



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL**

**LA EXPERIENCIA NARRADA DEL ABORTO EN MUJERES  
MEXICANAS: ENTRE EL ESTIGMA Y EL EMPODERAMIENTO**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**LUREL CEDEÑO PEÑA**

**TUTORA PRINCIPAL**

**DRA. OLIVIA TENA GUERRERO**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y HUMANIDADES, UNAM**

**COMITÉ TUTOR:**

**DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**DRA. FÁTIMA FLORES PALACIOS**

**CENTRO PENINSULAR EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES, UNAM**

**DRA. ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA DEL URUGUAY**

**DR. GUSTAVO MAURICIO ORTIZ MILLÁN**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS, UNAM**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

*A las niñas, adolescentes y jóvenes que encuentran los caminos feministas y de conciencia de género.*

*A Martha Ofelia, mi mamá y guía.*

*A Emiliano, hermosa estrella que iluminas mi vida y mi camino.*

*A todos mis seres queridos que partieron durante la elaboración de esta tesis, los llevo en mi corazón y me acompañan todos los días.*

POR UN MUNDO DONDE TODOS LOS EVENTOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES SEAN  
ACOMPañADOS

POR UNA SOCIEDAD MÁS DIGNA Y ÉTICA QUE VEA A LAS MUJERES ANTE TODO COMO  
PERSONAS

## AGRADECIMIENTOS

*A las participantes de esta investigación: María, Healy, Lis, Jimena, Karla, Fabiola, Dany, Quetzalli, Angie, Paulina, Rosa, Violeta, Andrea y Andy, gracias por la confianza, la inspiración y la reflexión mutua. A las compañeras que me ayudaron a concertar las entrevistas, gracias por la confianza.*

*A Martha Ofelia, mi mamá, por transmitirme el amor por el conocimiento y la ciencia, por defender siempre mi gusto por el estudio.*

*A mi abuela Francisca, porque enseñarme los caminos de la narrativa.*

*A Olivia Tena por la confianza, el apoyo, la mentoría y el impulso, las lecturas minuciosas, y el aprendizaje siempre cálido, las palabras se quedan cortas para expresarte mi agradecimiento.*

*A Tania Rocha, por la lectura, los comentarios, revisiones y guía en momentos cruciales.*

*A Fátima Flores, por su disposición y retroalimentación generosa.*

*A Alejandra López, por la confianza y disposición para ser parte de mi comité tutorial, la lectura y retroalimentación acertada.*

*A Gustavo Ortiz Millán, por su retroalimentación, recomendaciones y generosa lectura.*

*A los feminismos, por la reflexión y el cuestionamiento.*

*A Brenda, Vanessa y Kenia por ser mi red de apoyo y caminar conmigo en estos años.*

*A Xipatl, Susana y Evelyn por la amistad y el apoyo.*

*A Ivonne Galindo por motivarme a entrar al doctorado.*

*A Emily Barclow, por su mentoría generosa y sororal.*

*A Eduardo, por la compañía, el apoyo y alegrías compartidas.*

*A Axel Zaid, por la energía y vitalidad que me contagias.*

*A todas las personas que han cuidado de Emiliano.*

*A mi papá, por enseñarme el valor del trabajo.*

*A todos mis espacios de formación feminista y a quienes la han conformado, por cobijarme y acompañarme en mi crecimiento.*

*A la UNAM, por brindarme un espacio de libertad, conocimiento y crecimiento.*

*Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada a través de su Programa de becas para estudios de posgrado (convocatoria de becas nacionales 2014 segundo período, becaria 337795).*

*Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IT300118. Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida.*

<b>ÍNDICE</b>	
<b>Resumen .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>20</b>
1.1 ABORTO A NIVEL MUNDIAL.....	20
1.1.1 <i>El aborto: un breve recorrido histórico</i> .....	20
1.1.2 <i>Aborto legal y seguro</i> .....	22
1.2 EL ABORTO EN MÉXICO .....	27
1.2.1 <i>La despenalización del aborto en la Ciudad de México</i> .....	29
1.2.2 <i>El impacto de la despenalización del aborto en la Ciudad de México</i> .....	33
1.2.3 <i>Fortalecimiento y sistematización de experiencias de acompañamiento e iniciativas para reducir el estigma</i> .....	36
1.3 ESTADO DEL ARTE .....	37
1.3.1 <i>Negociaciones sexuales y reproductivas</i> .....	39
1.3.2 <i>Disputas discursivas</i> .....	40
1.3.3 <i>Itinerario abortivo y proceso decisorio</i> .....	40
1.3.4 <i>Acceso a la interrupción del embarazo.</i> .....	48
1.3.5 <i>Estigma, silencio y malestar</i> .....	54
1.3.6 <i>Empoderamiento y cambios vitales después de la interrupción</i> .....	59
1.4 PANORAMA GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE ABORTO EN LA UNAM.....	63
<b>CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....</b>	<b>66</b>
2.1 TEORÍA FEMINISTA.....	66
2.2 CLAVES FEMINISTAS PARA EL ABORTO .....	70
2.2.1 <i>Género, poder y resistencia</i> .....	70
2.2.2 <i>Género, salud mental y emociones</i> .....	72
2.2.3 <i>Maternidad</i> .....	74
2.2.4 <i>Autonomía</i> .....	76
2.2.5 <i>Disputa de sentidos e imaginario social</i> .....	78
2.2.6 <i>Crítica desde la psicología feminista a la construcción de la categoría aborto</i> . 80	
2.2.7 <i>Los derechos sexuales y reproductivos</i> .....	82
2.3 INVESTIGACIÓN Y EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA .....	85
2.4 LOS ABORDAJES NARRATIVOS .....	88
2.5 ESTIGMA.....	90
2.5.1 <i>Estigma relacionado al aborto</i> .....	94
2.5.2 <i>Estigma y empoderamiento</i> .....	97

2.6 EMPODERAMIENTO Y CIUDADANÍA .....	98
2.6.1 Conciencia de género .....	101
2.6.2 Ciudadanía sexual y reproductiva.....	102
<b>CAPÍTULO 3. ABORDAJE METODOLÓGICO .....</b>	<b>105</b>
3.1 DIMENSIONES PARADIGMÁTICAS .....	105
3.1.1 Dimensión ontológica.....	105
3.1.2 Dimensión Epistemológica.....	107
3.1.3 Dimensión ética.....	109
3.1.4 Dimensión Política .....	110
3.1.5 Dimensión Metodológica.....	111
3.2 PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	112
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	112
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	113
3.4.1 Técnicas.....	113
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	115
3.6 PARTICIPANTES.....	115
3.6.1 Selección de participantes.....	116
3.7 PROCEDIMIENTO .....	117
3.8 ESTRATEGIA ANALÍTICA .....	117
<b>CAPÍTULO 4. ACERCAMIENTO A LAS NARRATIVAS, DISPUTAS DE SENTIDO Y DIDÁCTICA DEL ESTIGMA. ....</b>	<b>122</b>
4.1 ELEMENTOS COMUNES EN LA TRAYECTORIA VITAL DE LAS PARTICIPANTES.....	122
4.2 ACERCAMIENTO A SUS NARRATIVAS ESCRITAS .....	125
4.3 DISPUTAS DE SENTIDO, DIDÁCTICA DEL ESTIGMA Y EXPERIENCIAS SEXUALES/ REPRODUCTIVAS PREVIAS.....	147
4.3.1 <i>Disciplinamiento corporal y subjetivo: entre el miedo, el pecado y el silencio.</i> .....	147
4.3.2 <i>Virginidad y amor romántico</i> .....	150
4.3.3 <i>Didáctica de la maternidad sagrada</i> .....	151
4.3.4 <i>Las genealogías maternas (historias de maternidad cercana)</i> .....	153
4.3.5 <i>La didáctica del estigma sobre el aborto.</i> .....	154
4.3.6 <i>Enseñanzas que rompen con la socialización tradicional de género</i> .....	158
4.3.7 <i>La despenalización del aborto en la CDMX: sentidos alternativos sobre el aborto</i> .....	159
4.3.8 <i>Enfrentarse al estigma: posicionándose a favor del derecho a decidir</i> .....	161

4.4 RUPTURAS Y TRANSGRESIONES, EJERCICIOS DE AUTONOMÍA Y AGENCIA.....	164
4.4.1 Estudiar .....	164
4.4.2 Romper el silencio: búsqueda de información sobre sexualidad o género.....	165
4.4.3 Usar métodos anticonceptivos y buscar el placer.....	166
4.4.4 Ruptura religiosa.....	167
4.4.5 Ruptura con la violencia en la relación de pareja .....	167
4.4.6 Cuestionar la maternidad.....	168
<b>CAPÍTULO 5. PROCESO DECISORIO: DE SABERSE EMBARAZADAS A OPTAR POR UNA ALTERNATIVA.....</b>	<b>170</b>
5.1 LA FORMA DE NOMBRAR LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO-ABORTO. ....	171
5.2. EMOCIONES Y SUBJETIVIDAD EN EL PROCESO DECISORIO.....	172
5.2.1 Me sentía traicionada por mi cuerpo: Las emociones ante la sospecha del embarazo. ....	173
5.2.2. La confirmación y el no deseo de la maternidad.....	176
5.2.3 Culpa y vergüenza: la responsabilidad por el embarazo.....	177
5.2.4. Los miedos y el discurso patriarcal religioso .....	179
5.2.5. El apremiante tiempo.....	181
5.2.6. El silencio .....	183
5.3. DIMENSIONES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA DECISIÓN .....	185
5.3.1. La lealtad a sí misma y la certeza de no desearlo.....	187
5.3.2. La inviabilidad del embarazo.....	191
5.3.3. El hombre implicado en el embarazo, la violencia y su relación con la decisión. .....	192
5.3.4. “No quise ser la decepción de mi familia” .....	198
5.3.5. “Por mis hijos” .....	199
5.3.6. Las dudas y el camino sinuoso .....	200
5.4 LOS ELEMENTOS CLAVES QUE FACILITARON EL PROCESO DECISORIO .....	202
5.4.1. El impacto del aborto seguro, legal y gratuito en el proceso decisorio. ....	202
5.4.2. Redes de apoyo: la presencia de las amigas y las organizaciones feministas .	204
5.5 LA ELECCIÓN DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO: MEDICAMENTOS VS AMEU .....	210
<b>CAPITULO 6. ACCESIBILIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO .....</b>	<b>213</b>
6.1 BARRERAS Y FACILITADORES EN EL ACCESO AL ABORTO SEGURO .....	215
6.1.1. Barreras relativas a la falta de información o difusión .....	215
6.1.2 Las barreras administrativas en las clínicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.....	218

6.1.3	<i>Accesibilidad y ejes de opresión.....</i>	219
6.1.4	<i>La objeción de conciencia o el maltrato del personal de salud.....</i>	225
6.1.5.	<i>La presencia de los grupos neoconservadores y las estrategias de defensa de las mujeres.....</i>	227
6.1.6	<i>El estigma interno como barrera indirecta.....</i>	230
6.1.7	<i>Los hombres implicados en el embarazo, facilitadores u obstaculizadores en el acceso.....</i>	230
6.2	<b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN: ENTRE LA VIOLENCIA Y EL BUEN TRATO.....</b>	232
6.2.1	<i>Vínculo interpersonal (Trato del personal de salud).....</i>	234
6.2.2	<i>Calidad de la información.....</i>	235
6.2.3	<i>Dignificación, ejercicio de derechos y autonomía.....</i>	240
6.2.4	<i>Violencia institucional: expresiones crudas del estigma y “castigo”.....</i>	241
6.3	<b>ENTRE LO LEGAL Y LO ILEGAL.....</b>	246
6.3.1	<i>Los rastros de la ilegalidad.....</i>	246
6.3.2	<i>El aborto inseguro mantiene presencia.....</i>	248
6.4	<b>CONCIENCIA DE GÉNERO Y DE PRIVILEGIO.....</b>	250
	<b>CAPÍTULO 7. VIENTO A FAVOR, SU VIDA DESPUÉS DEL ABORTO. ....</b>	<b>253</b>
7.1.	<b>MALESTARES Y ESTIGMA GENERADOS POR EL SISTEMA PATRIARCAL.....</b>	<b>254</b>
7.1.1	<i>Religión, discurso conservador y espacio doméstico: nutrientes del estigma y el malestar.....</i>	255
7.1.2	<i>Experimentar el estigma y la privacidad vulnerada.....</i>	261
7.1.3	<i>Sentirse culpable o responsable del embarazo.....</i>	263
7.1.4	<i>La desigualdad y la violencia en la relación con el hombre implicado en el embarazo.....</i>	266
7.1.5	<i>Mantener el silencio.....</i>	269
7.2	<b>VIENTO A FAVOR, PROCESOS DE EMPODERAMIENTO Y AGENCIA PERSONAL.....</b>	<b>271</b>
7.2.1.	<i>Aborto como cambio.....</i>	272
7.2.2	<i>El efecto liberador de romper el silencio.....</i>	275
7.2.3	<i>Autocuidado y control sobre el cuerpo/vida.....</i>	278
7.2.4	<i>Poniendo límites en sus relaciones de pareja.....</i>	281
7.2.5	<i>La maternidad en cuestión o reafirmada.....</i>	282
7.2.6	<i>Reacciones patriarcales ante los procesos de empoderamiento.....</i>	285
7.3	<b>PROCESOS DE EMPODERAMIENTO COLECTIVO.....</b>	<b>286</b>
7.3.1	<i>Romper el silencio como postura política.....</i>	286
7.3.2	<i>De lo personal a lo político y viceversa.....</i>	290



7.3.3 Reflexiones sobre la realidad mexicana del aborto .....	292
7.3.4 La participación en la investigación .....	295
<b>CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>298</b>
8.1 APORTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS .....	299
8.1.1 Estigma y silencio en torno al aborto.....	299
8.1.2 El empoderamiento personal/colectivo y el aborto.....	301
8.1.3 El impacto de la despenalización del aborto en la Ciudad de México en la vida de las mujeres. ....	302
8.1.4 Aportes metodológicos .....	303
8.2 FORTALEZAS Y LIMITACIONES .....	304
8.3 NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	305
8.4 RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO HASTA LAS 12 SEMANAS.....	306
8.5 POR LA DESPENALIZACIÓN LEGAL Y SOCIAL DEL ABORTO EN EL PAÍS .....	308
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>311</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>338</b>

## *Resumen*

Esta investigación narrativa feminista aborda la experiencia y el itinerario abortivo de 14 mujeres que interrumpieron sus embarazos en México después de 2007 -año de la despenalización del aborto en la CDMX- a partir de dos ópticas: el estigma y el empoderamiento. En primer lugar, se identifica una didáctica del estigma sobre el aborto y el silencio sobre la sexualidad, así como expresiones de ruptura con los mandatos de género desde que son niñas. En segundo lugar, al identificar el embarazo, surgen múltiples miedos y barreras simbólicas provocadas por el discurso conservador que, con apoyo de organizaciones feministas y amigas, se van disolviendo. Por otra parte, se señala que el proceso decisorio no es lineal ni estático y se entrecruza con la posibilidad de acceso a un aborto seguro. Adicionalmente, se observaron cuatro dimensiones del proceso decisorio: 1) la lealtad a sí misma y la certeza de no desearlo, 2) inviabilidad, 3) “no quise ser la decepción de mi familia”, y 4) “por mis hijos”. En el estudio se discute como la tensión entre guardar o romper el silencio sobre la interrupción y la violencia de género son un continuum en la trayectoria abortiva. Asimismo, sobre el estigma que impone distintas barreras para el acceso como la objeción de conciencia, la ausencia de información sobre procedimientos seguros y la presencia de los grupos conservadores. También se señala que tanto en servicios públicos como privados se reconocen áreas de mejora en la accesibilidad y la calidad de la atención. Fue relevante identificar que las amigas y las organizaciones feministas fueron fundamentales cuando se había perdido la esperanza de acceder a un aborto seguro. Por último, observamos que después de la interrupción, las mujeres no se arrepienten de su decisión, inician cambios en sus vidas e inician procesos de empoderamiento individual o colectivo.

Palabras clave: aborto, estigma, empoderamiento, investigación narrativa feminista, experiencia.

### *Abstract*

This feminist narrative research addresses the experience and abortion itinerary of 14 women who interrupted their pregnancies in Mexico after 2007 -year of the decriminalization of abortion in CDMX- from two perspectives: stigma and empowerment. In the first place, didactics of stigma about abortion and silence about sexuality are identified, as well as expressions of rupture with gender mandates since they are girls. Secondly, when identifying the pregnancy, multiple fears and symbolic barriers arise caused by the conservative discourse that, with the support of feminist organizations and friends, are dissolving. On the other hand, it is pointed out that the decision-making process is not linear or static and intersects with the possibility of access to safe abortion. Additionally, four dimensions of the decision-making process were observed: 1) loyalty to herself and the certainty of not wanting it, 2) infeasibility, 3) “I did not want to be the disappointment of my family”, and 4) “for my children”. The study discusses how the tension between keeping or breaking silence about interruption and gender violence is a continuum in the abortion trajectory. Likewise, on the stigma that imposes different barriers to access such as conscientious objection, the absence of information on safe procedures and the presence of conservative groups. It is also pointed out that both in public and private services areas of improvement are recognized in accessibility and quality of care. It was relevant to identify that girlfriends and feminist organizations were fundamental when the hope of accessing a safe abortion had been lost. Finally, we observe that after the interruption, the women do not regret their decision, they initiate changes in their lives and initiate processes of individual or collective empowerment.

Keywords: abortion, stigma, empowerment, feminist narrative research, experience.

## INTRODUCCIÓN

A las mujeres históricamente se nos ha colocado en un lugar de subordinación y de desigualdad con respecto a los hombres, ubicándonos en el espacio privado, a cargo de las diversas tareas domésticas y del cuidado de los otros/os; se ha dado por hecho que todas las mujeres somos madres, lo que limita nuestras posibilidades. El sistema patriarcal intenta definir nuestros sueños e identidad, expropiar nuestro cuerpo de distintas formas y definirnos como incubadoras, seres para otros u objetos sexuales, nos patologiza y restringe nuestros derechos.

Sin embargo, las mujeres no hemos tenido un papel pasivo ante el patriarcado<sup>1</sup> (sistema de dominación sobre las mujeres); desde la acción colectiva e individual y la investigación feminista también hemos luchado por la transformación de las condiciones, las leyes, las creencias, los estereotipos y los discursos, hacia una sociedad más justa e igualitaria; por ello el feminismo es un eje central cuando hablamos del derecho a decidir de las mujeres.

No debe olvidarse el eslogan “lo personal es político”, difundido por el feminismo radical. Kate Millet, una de sus representantes, en su libro *Política Sexual* (1975)<sup>2</sup> analiza el poder en las relaciones que se dan en el espacio privado, reconociendo que la opresión y la violencia de género en este ámbito son problemáticas sociales y políticas (Facio, 1999). En este mismo sentido, el aborto no es un problema privado de algunas mujeres, sino que nos atañe a todas y es de interés político, académico, ético y legal.

El aborto nos atañe porque es una experiencia común en la vida de las mujeres, porque el cuidado de las personas nos corresponde a todos, porque nuestra ciudadanía no estará completa hasta que se reconozca nuestro derecho al aborto legal, seguro y gratuito. A mí me atañe desde la experiencia vivida, como activista y psicóloga feminista que apuesta por construir conocimiento para, desde y con las mujeres, con el objetivo de contribuir a un cambio social hacia sociedades más igualitarias.

Cabe señalar que el aborto es una experiencia que, en la mayoría de las ocasiones, se mantiene en secreto para evitar el estigma, pero que merece ser narrada sin que haya un juicio de por medio y que está fuertemente vinculada a la construcción de género y de la sexualidad, evidenciando la ruptura con los mandatos inquebrantables: la maternidad y la actividad sexual solo con fines procreativos. El aborto, por otro lado, refleja dos poderes que coexisten, la agencia de las mujeres para decidir su destino, y la coerción/presión que otras personas e

---

<sup>1</sup> Gerda Lerner (1990) en su libro *La Creación del Patriarcado*, lo define como “La manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los/as niños/as de la familia, dominio que se extiende a la sociedad en general. Implica que los varones tienen poder en todas las instituciones importantes de la sociedad y que se priva a las mujeres del acceso a las mismas, pero no implica que las mujeres no tengan ningún tipo de poder, ni de derechos, influencias o recursos”(p. 340 )

<sup>2</sup> Año de la edición mexicana, la edición original de *Sex Politics* fue en 1969.

instituciones imponen sobre nuestros cuerpos. La decisión del aborto no ocurre en el vacío, está limitada por las condiciones estructurales y los sistemas de opresión que se viven dentro un patriarcado capitalista.

En este sentido, investigar sobre la experiencia del aborto sigue siendo una experiencia relevante y necesaria a nivel mundial. Especialmente en el contexto mexicano que ha cambiado radicalmente en los últimos diez años, debido a su despenalización en la Ciudad de México en 2007, así como por la mayor difusión de la interrupción del embarazo con medicamentos y el creciente número de colectivas, organizaciones y activistas que están proporcionando acompañamiento.

Ante tales avances, también se han presentado retrocesos y reacciones patriarcales-neoconservadoras de distintas instituciones y organizaciones que buscan mantener la tutela del cuerpo de las mujeres, entre los que podemos mencionar: el aumento del número de denuncias por aborto y de mujeres presas por abortar; la presencia de grupos neoconservadores afuera de las clínicas públicas y privadas, así como el clima de criminalización y confusión generado por las reformas que protegen la vida desde el momento de la concepción. El contexto mundial y mexicano del aborto se describe a detalle en el capítulo 1.

Como vengo diciendo, la interrupción del embarazo no ocurre en un vacío, existen múltiples aspectos que analizar en este proceso que dan cuenta de lo particular de esta experiencia y de sus significados,; entre éstos podemos mencionar la edad, la ubicación jurídica, las condiciones en que tuvo lugar el embarazo y/o de atención del aborto, su plan de vida y el tipo de vínculo con el varón implicado, situación económica, si tienen o no hijos, estado de salud, situación laboral, posición política, formación religiosa, condición étnica o de clase, y autorreconocimiento como ciudadana (Castañeda, 2003; Lagarde, 2003; Fernández y Tájer, 2006). En este sentido me aproximo al aborto como un asunto de justicia social, un derecho humano y un proceso que está inserto en distintos contextos de penalización legal y social, sistemas de salud y avances biomédicos, así como en trayectorias de vida particulares, que reflejan ambivalencias, rupturas y tensiones.

Si bien la evidencia es contundente sobre la asociación entre legalidad y seguridad del aborto, no podemos asegurar que todos los abortos ilegales son inseguros y viceversa. No todos los abortos realizados en un contexto legal son seguros, en especial, si partimos de dos premisas: 1) Un concepto integral de seguridad debe estar vinculado con el ejercicio de derechos y el bienestar psicológico de las mujeres y, elementos como la gratuidad, accesibilidad de insumos y servicios, capacitación y sensibilización al personal de salud, son fundamentales y 2) Como definieran Matamala y Maynou (1996), una buena atención en salud es “aquella que provee el máximo bienestar a la persona usuaria, desde el punto de vista de sus necesidades, de sus derechos humanos, sus expectativas y de su empoderamiento” (p.86).

En este sentido, investigar sobre el aborto requiere múltiples abordajes: como un tema de salud pública, legal y judicial, ético y filosófico, psicológico, de derechos sexuales y reproductivos, de análisis social e histórico, de activismo feminista, de políticas de género y sexualidad.

Así, desde múltiples lugares y experiencias surgen mis preguntas de investigación. Los destinos de la vida me llevaron a formarme como promotora de derechos sexuales y reproductivos en la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (*ddeser*); por primera vez me puse los lentes violeta y leí el libro titulado *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* publicado en 1970 en su primera edición amplió mis horizontes. Por otro lado, en mi tesis de licenciatura, analicé la relación entre conducta reproductiva/anticonceptiva y el empoderamiento de las mujeres y, aunque no era un tema que abordaba en las entrevistas, observé que, en algunos relatos, ellas vinculaban la experiencia de empoderamiento con el aborto.

Mi experiencia personal y mi participación en Decidir, Coalición por la Ciudadanía Sexual, abrieron una serie de reflexiones y acciones, entre las que se encuentra “De viva voz”, publicación en la que junto con Emily Barcklow intentamos plasmar algunas claves en las experiencias de mujeres jóvenes que interrumpieron sus embarazos acompañadas por este colectivo en un contexto restrictivo. Posteriormente, en mi primera experiencia laboral, a partir de abordar el estigma como un eje importante en relación con el VIH, me convencí de que el análisis del aborto desde el estigma estaba ausente y podía contribuir al tema. Después de una intensa movilización, se logró la despenalización del aborto, un sueño anhelado y la posibilidad de colaborar en Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C., en donde tuve el privilegio de acompañar a mujeres que querían interrumpir sus embarazos de forma virtual, elaborar materiales de difusión y capacitación o coordinar acciones para sensibilizar sobre el tema en otros estados, recibiendo capacitación y formación política/estratégica constantemente.

Mi formación en el diplomado de Feminismo en el CEIICH completó este rompecabezas, al elaborar un ensayo que vinculaba aborto y estigma. Es decir, esta investigación surge entre la teoría, la praxis y la propia experiencia, nutrida por la generosa tutoría y mentoría de la Dra. Olivia Tena. Así aterricé en las primeras preguntas de investigación: ¿A pesar de la despenalización prevalece un estigma social? ¿Cómo se configura el estigma relacionado al aborto en contextos de despenalización o restricción legal? ¿En qué casos el estigma tiene mayor influencia en el malestar de las mujeres? ¿Cómo enfrentan las mujeres que han interrumpido un embarazo el estigma relacionado a esta experiencia? ¿Es el acompañamiento o el apoyo social un factor que protege a las mujeres del estigma? ¿Pueden coexistir la experiencia del estigma y el empoderamiento al mismo tiempo en las mujeres que acceden a la interrupción segura de sus embarazos? Y el título de mi investigación se enfocaba a la experiencia del estigma, aunque tenía claro que el empoderamiento podía estar presente en la experiencia. Al iniciar la investigación el estigma

en relación con el aborto había sido poco explorado en México, pensaba que era importante que las participantes de mi investigación escribieran sobre sus propias experiencias y que la experiencia no se limitaba al momento de la interrupción, sino que era importante explorar lo que pasaba antes y después de la experiencia, esto último era importante pensando en la premisa de despatologización de la experiencia antes expuesta.

Finalmente, con la asesoría de mi Comité y después de un largo proceso definí las siguientes preguntas de investigación que reflejan más los posibles entrecruzamientos entre estigma y empoderamiento. De esta forma, planteé la pregunta general: ¿Cómo el estigma y el empoderamiento atraviesan las experiencias de interrupción de embarazo en el contexto actual mexicano?

Mientras que las preguntas específicas son: ¿Qué disputas de sentido narran las mujeres a lo largo de la trayectoria abortiva en un entorno de estigmatización social? ¿Cómo se imbrican el estigma relacionado al aborto y el empoderamiento en la trayectoria abortiva de las mujeres? ¿Qué elementos dificultaron la experiencia de interrupción en las mujeres a lo largo de la trayectoria abortiva? ¿Qué cambios vitales a partir de la interrupción del embarazo narran las mujeres? ¿De qué forma se expresan los procesos de empoderamiento y ciudadanía de forma posterior a la interrupción del embarazo?

Mi propuesta ante el contexto actual mexicano en el que se mantiene la penalización social y también legal en la mayor parte del territorio y al mismo surgen resistencias, rupturas, transgresiones en las vidas de las mujeres, es analizar las experiencias de las mujeres a partir de dos ópticas: el estigma y el empoderamiento.

Tomé el estigma -como primer eje de análisis- ligado al aborto, como una expresión del patriarcado, sistema sociopolítico de dominación, que históricamente ha posicionado la culpa y el mandato de la maternidad, a través de discursos e instituciones educativas, legales y religiosas, entre otras, para mantener el control sobre el cuerpo de las mujeres y la desigualdad de género. En este marco, el concepto de estigma toma particular relevancia, ya que me permite analizar críticamente la concepción del aborto como algo patológico, ilegal e inmoral. Esta herramienta patriarcal obstaculiza la trayectoria abortiva y el proceso decisorio, que contribuye de manera significativa al malestar de las mujeres, al constituir el origen del silenciamiento y el miedo sobre la experiencia.

De acuerdo con Erving Goffman (1963) la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y también los atributos que se consideran ordinarios y naturales para los miembros de cada una de esas categorías. Pero si las personas tienen un atributo que las hace diferentes al resto, de acuerdo a lo socialmente esperado, este atributo –estigma– las deslegitima como merecedoras de aceptación social al ser calificadas como menos valiosas; entonces se deja de ver a la persona en su totalidad, afectando de esta forma su identidad.

Reconozco también el carácter procesal del estigma, resultado de una construcción social, histórica y contextual (Parker y Aggleton, 2002) y como un tema estrechamente

vinculado con el poder y la dominación, que produce, reproduce y normaliza relaciones de desigualdad y exclusión social (Billings, Hessini y Andersen-Clark, 2010).

En el contexto mexicano, las mujeres siguen viviendo la experiencia del aborto en mayor o menor medida en secreto y soledad, independientemente de que sea legal hasta las 12 semanas en la Ciudad de México ya que persiste la penalización social y la criminalización. Sorhaindo et al. (2014) identificaron que todas las entrevistadas señalaron sentir dolor, vergüenza, tristeza, miedo y culpa. Fue común que no hablaran de lo sucedido en la mayoría de los casos, por temor al juicio de su círculo cercano. No obstante, ninguna de ellas comentó arrepentirse por haber abortado; consideraron que la decisión fue difícil, pero que era lo mejor que pudieron haber hecho.

En el mismo estudio, al abordar el estigma en relación con el aborto, las autoras contemplaron también la capacidad de agencia y de resistencia de las mujeres, tanto en lo individual como en lo colectivo. Mirar el estigma, permite generar alternativas para reducirlo y enfrentarlo, para abrir y mantener un debate ético necesario sobre las realidades de la maternidad y las implicaciones del cuidado. Por lo anterior, un planteamiento importante de esta investigación, es la posible coexistencia del estigma y el empoderamiento, individual y colectivo, en las experiencias de interrupción del embarazo en México.

Como segundo eje tomé el empoderamiento de las mujeres, tanto individual como colectivo, sustentado a partir de múltiples investigaciones sobre experiencias de interrupción en distintos contextos a nivel nacional, latinoamericano e internacional, que señalan que el proceso del aborto/interrupción del embarazo puede cruzarse o detonar, bajo ciertas condiciones, con un proceso de mayor control de las mujeres sobre sus cuerpos y sus vidas, ya sea por ser ésta la primera decisión trascendental, por tomar conciencia del mandato de la maternidad y lo que ello implicaría en sus vidas o por constituir esta experiencia un hito vital que las hace mirarse a ellas mismas (Halldén et al, 2005; Kero et al., 2004; Oduro y Otsin, 2014; Ortiz y Troncoso, 2012; Petracci, Pecheny, Mattioli y Capriati, 2012; Rivas y Amuchástegui, 1996). Es importante aclarar que, este proceso de empoderamiento pudo iniciarse incluso antes de la interrupción y que no todas las mujeres viven el aborto como una experiencia cercana al empoderamiento.

Ortiz (2008) señala que muchas mujeres, después de decidir interrumpir un embarazo, reconocen que “el aborto detonó una crisis que no había sido atendida previamente” (p.86), y que estas mujeres se dan cuenta de que esta decisión simboliza “una oportunidad para responsabilizarse de sí mismas en los diferentes ámbitos de su vida...; especialmente para las jóvenes, el aborto se convierte en la primera elección que las confronta con su capacidad para decidir sobre su vida” (p.86). Cardich (1993) en un estudio en contextos de penalización, ha afirmado que para la mayoría de las mujeres que entrevistó, “la experiencia significa una crisis existencial” (p.20) en la cual ellas reconocen y se hacen responsables de su capacidad reproductiva.



Algunas investigaciones en nuestro país muestran que la despenalización del aborto posibilita narraciones vinculadas a la ciudadanía y la autonomía, como la realizada por Sorhaindo et al. (2014), quienes encontraron que los discursos de las mujeres que viven en la Ciudad de México son diferentes de las que viven en otros estados (Chiapas, Chihuahua, Jalisco, Oaxaca y Yucatán). Las mujeres habitantes de la Ciudad de México consideraron que son dueñas de su cuerpo, deben decidir si tener un hijo/a es conveniente o no para su situación, y que la valoración de los demás sobre el hecho debe hacerse en el contexto de la vida de la mujer que decide interrumpir el embarazo. Asimismo, Amuchástegui (2013) a partir de las entrevistas realizadas a mujeres que interrumpieron su embarazo en los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal entre 2008 y 2009, considera que las mujeres se sienten seguras al no estar arriesgando su vida ya que tienen el respaldo de los Servicios de Salud del Distrito Federal e incluso su percepción sobre ellas mismas cambia.

Estas narrativas alternativas, vinculadas a la autonomía y ciudadanía pueden estar construidas a partir del proceso de despenalización *per se*, pero también a partir del acceso, mayor difusión y/o acompañamiento del aborto con medicamentos, que cambia el rol de pacientes a usuarias capaces de tomar responsabilidad en el proceso (Lamas, 2014); todo ello puede contribuir a la construcción de narrativas alternativas de esta experiencia, abonando a ejercicios de sororidad y empoderamiento colectivo.

Durante el proceso de investigación, identifique que otro concepto adicional útil tanto en términos metodológicos como analíticos es el itinerario abortivo propuesto por Débora Diniz y Marcelo Medeiros (2012) para analizar las trayectorias que recorren las mujeres hasta concretar un aborto, las cuales se dividen en varias etapas, desde que las mujeres perciben el atraso menstrual o sospechan del embarazo, hasta el postaborto. Para Mari Luz Esteban (2008) la idea de itinerario es útil “para mostrar las vidas, los cuerpos, en movimiento, como procesos dinámicos, abiertos y en continua transformación, y por tanto, singulares, contradictorios e inacabados... donde lo que interesa subrayar es la tensión entre acción social, entendida como corporal y contexto/s social/es...” (p.144). En este sentido, incorporar el concepto de itinerario como guía analítica de las narrativas, está muy lejos de concebir los procesos abortivos en términos lineales o racionales; más bien, posibilita la recuperación de los obstáculos, las tensiones y resistencias situadas y permite incluir la etapa previa y posterior a la interrupción.

En consonancia con lo anterior, a continuación enuncio los principales abordajes de este estudio: El primero es la epistemología feminista, que investiga la influencia de las concepciones y normas de género socialmente construidas y de los intereses y experiencias específicos de género sobre la producción de conocimiento, parte de la agencia de las mujeres e implica una manera particular de conocer y producir conocimientos para erradicar la desigualdad de género (Castañeda, 2008), además de concebir al conocimiento como

necesariamente situado (Haraway, 1995) y negar la distancia entre investigadora y participantes.

Los abordajes narrativos, como una forma de entender y organizar el mundo, conforman el segundo pilar teórico de esta investigación, articulando “la dimensión biográfica, histórica y social” (Martínez y Montenegro, 2014, p. 114), para la comprensión y construcción de significados en búsqueda de transformaciones sociales (Gandarias, 2014) y que nos permiten visibilizar las tensiones. Las historias que contamos son construcciones sociales (Murray, 2003), por lo que no existe una forma única para narrar un aborto al estar en constante transformación. En este trabajo planteo que, cuando algunas mujeres narran la experiencia del aborto “pueden ponerla en orden” (Arfuch, 2010); sin embargo, en contextos donde persiste el estigma, en especial donde el aborto se considera un delito o un pecado, estas experiencias pueden ser vividas como ilegales y clandestinas; en este sentido, se prefiere guardar silencio para evitar el juicio de otras personas o repercusiones en distintos ámbitos de su vida.

En una investigación narrativa feminista “el panorama no estaría completo sin la inclusión de los discursos elaborados a partir de las experiencias de las mujeres que atraviesan estas situaciones” (Anzorena y Zurbriggen, 2013, p.10).

El tercer pilar teórico, lo conforman las contribuciones de la psicología crítica que rechaza el discurso que patologiza la experiencia del aborto y vincula este evento per se con duelo, arrepentimiento y culpa, lo cual no está basado en evidencia sino en las creencias y sesgos de las/os investigadores, convirtiéndose en una forma de regulación social (Boyle, 1997; Leask, 2014). La psicología no es neutral y “la investigación psicológica también construye el fenómeno en el que se enfoca” (Boyle, 1997, p. 6), no podemos obviar que parte del conocimiento científico se ha utilizado como instrumento para ejercer control sobre la sexualidad y la reproducción de las mujeres (Blázquez, 2008), incluso para regularla legalmente; en el tema de aborto una de las formas de ejercerlo ha sido la patologización de la salud mental de las mujeres que abortan. Por ello, me posicionó en contra de lo patologización, señalando la importancia de incorporar una perspectiva de género feminista en las investigaciones sobre aborto, que complejicen la mirada analizando el contexto, revisen las ideas y vivencias de la investigadora en el tema y cómo ello impacta en los resultados; promoviendo el análisis del aborto en relación con temáticas tales como el bienestar, el empoderamiento, la conciencia de género y la ciudadanía, y la sobrevaloración de la maternidad.

A más de una década de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, ante la creciente criminalización del derecho a decidir, el estigma que rodea el tema así como el incremento en la difusión del aborto con medicamentos; partiendo de una visión no patologizante que vincula al aborto, bajo ciertas condiciones, con el inicio o la continuación de un proceso de empoderamiento y teniendo como ejes transversales los abordajes

narrativos y la teoría feminista, esta investigación tiene como objetivo analizar desde una perspectiva feminista las experiencias de interrupción del embarazo desde dos ejes: el empoderamiento y el estigma en el contexto actual mexicano.

Los objetivos específicos de esta investigación son:

- Explorar las disputas de sentido alrededor del aborto a lo largo de las trayectorias abortivas de las mujeres en un entorno de estigmatización cultural.
- Analizar la imbricación del estigma y del empoderamiento a lo largo la trayectoria abortiva de las mujeres a partir de sus narrativas.
- Analizar los elementos a lo largo de la trayectoria abortiva que dificultaron o facilitaron la experiencia de la interrupción
- Describir los cambios vitales que narran las mujeres a partir de la interrupción del embarazo.
- Analizar las diferentes expresiones de procesos de empoderamiento colectivo y de ciudadanía sexual y reproductiva posteriores a la interrupción.

La presente investigación feminista intenta reflejar una diversidad de experiencias, tensiones y ambigüedades alrededor del aborto mostrando, a través de las narrativas, que esta experiencia no es única o estática ni siempre está ligada al dolor, la culpa o el arrepentimiento; que las mujeres pueden hacer cambios en sus vidas y significar esta experiencia de múltiples formas; contribuye a disminuir el estigma relacionado al aborto, a visibilizar las resistencias a las narrativas dominantes, romper el silencio y a transformar la visión que se tiene del aborto desde la experiencia misma de las mujeres, a evidenciar que ciertas condiciones, como la acción colectiva, la sororidad y las redes de apoyo son decisivas en la experiencia de la interrupción del embarazo. Por último, contribuye a la “producción de pensamiento feminista emancipatorio, por un lado; y de prácticas de resistencia al disciplinamiento de la heterosexualidad en la pauta de la procreación” (Anzorena y Zurbruggen, 2013, p.10), a consolidar el cuerpo de conocimientos generados desde la investigación feminista y narrativa, así como a la reflexión sobre los procesos metodológicos, éticos y políticos involucrados en la investigación sobre el tema de aborto.

### **Estructura de la tesis**

La tesis está conformada por ocho capítulos. Los primeros tres abordan los aspectos teóricos, epistemológicos y metodológicos que sustentan esta tesis.

En el primer capítulo, debido a que los aspectos legales, políticos y académicos en el tema de aborto no están desvinculados, presento un breve contexto internacional y nacional del aborto, junto con el estado del arte. En el contexto internacional profundizó en algunos aspectos centrales como aborto seguro y legal mientras que, en el contexto nacional, además de abordar la despenalización del aborto en la Ciudad de México y su impacto, ubicó dos

elementos importantes: la presencia de los grupos neoconservadores y el fortalecimiento del acompañamiento de organizaciones y colectivos feministas. Posteriormente hago un recuento de los principales hallazgos recientes o relevantes en investigaciones tanto a nivel internacional y nacional sobre aborto en relación con el empoderamiento y/o el estigma. Finalmente, hago una breve descripción de las tesis realizadas en la UNAM sobre el tema.

En el segundo capítulo presento el marco teórico de este trabajo en el que abordo la epistemología feminista, los abordajes narrativos y lo que nombré como claves feministas para el aborto: 1) Género, poder y resistencia, 2) Género, salud mental y emociones, 3) Maternidad, 4) Autonomía, 5) Disputa de sentidos, 6) Derechos sexuales y reproductivos. Además, se profundiza en los dos temas clave de esta tesis: empoderamiento y estigma.

En el tercero, explico la metodología utilizada, al ser ésta una investigación cualitativa con un abordaje narrativo feminista, parto de las dimensiones paradigmáticas propuestas por Montero (2003) (ontológica, epistemológica, metodológica, ética y política), detallo el procedimiento y las técnicas utilizadas: narrativa escrita y narrativa oral (entrevista), y las características de las participantes.

Del cuarto al séptimo capítulo, profundizo en los resultados a partir de las narrativas escritas y orales de las participantes, analizadas a partir del itinerario abortivo. En el cuarto capítulo presento elementos de su historia de vida y de su posicionamiento sobre el aborto a través de un acercamiento a las narrativas escritas, así como la primera etapa del itinerario abortivo, previa al embarazo constituido por las disputas de sentido y su socialización sobre la maternidad, la sexualidad y el aborto evidenciándose el disciplinamiento corporal. Estos elementos son importantes porque nos permiten situar a las participantes y la experiencia del aborto además de analizar, por un lado, la didáctica de la maternidad sagrada, del estigma y el silencio y, por otro, las rupturas o transgresiones que iniciaron procesos de conciencia de género o empoderamiento en ellas, así como las narrativas sobre la despenalización en la Ciudad de México y su posicionamiento a favor del aborto que hicieron pensable el aborto frente a un embarazo no intencionado o deseado.

El quinto capítulo aborda la segunda etapa del itinerario abortivo -el proceso decisorio-, en el que las disputas de sentido y la imbricación del estigma y el empoderamiento se observan en los aspectos emocionales y subjetivos, desde el miedo o el silencio provocado por el discurso conservador, la culpa por el embarazo, el deseo o no del embarazo, mientras el tiempo “apremia” ante los obstáculos para el acceso. También muestro que la decisión, que no es lineal, está atravesada simultáneamente por el “ser para otros”, el “ser para sí misma”, el no deseo, la precariedad económica y laboral y el control patriarcal que se ha incorporado. Mientras que las amigas/os o las organizaciones apoyan el proceso decisorio y de accesibilidad, los hombres implicados en el embarazo obstaculizan, presionan o se mantienen distantes.

En el sexto capítulo también abordo la segunda etapa del itinerario abortivo, enfocado al acceso y la calidad en la atención identificando “una carrera de obstáculos” institucionales que las mujeres enfrentan para interrumpir un embarazo en especial quienes son más jóvenes o tienen menos recursos económicos, quienes no se libran de la violencia obstétrica e institucional. La calidad de la atención la analizo desde una mirada feminista identificando algunas fortalezas como las condiciones de las clínicas o la calidez de algunos prestadores de servicios de salud que contrastan con áreas de mejora como el número de fichas y la saturación de los servicios, la objeción de conciencia, la calidad de la información sobre el procedimiento o la consejería sobre métodos anticonceptivos. En este transitar, el aborto inseguro mantiene presencia cuando el acceso se dificulta y observo la percepción de ilegalidad en algunas participantes.

En el séptimo capítulo muestro la última parte del itinerario abortivo, lo que ocurrió en la vida de las mujeres de forma posterior a la interrupción: los malestares temporales relacionados con el discurso conservador, religioso o de planificación familiar; el empoderamiento y el cambio en sus vidas, así como el empoderamiento colectivo. Las participantes no se arrepintieron, hicieron cambios favorables en sus vidas, pusieron límites, siguieron los proyectos de vida que tenían contemplados, contribuyeron a romper el silencio en el ámbito familiar, escolar o laboral que les había sido impuesto o acompañaron a otras mujeres.

El último capítulo lo dedico a las conclusiones, incluyendo los aportes teóricos y metodológicos, las líneas de investigación que se desprenden a partir de esta investigación, las limitaciones, así como recomendaciones de políticas públicas a partir de este trabajo. El estigma es expuesto como un mecanismo del patriarcado que impone barreras simbólicas y subjetivas para la interrupción del embarazo, aprendido a través de una didáctica que penaliza la sexualidad femenina. Mientras que el empoderamiento, se expresa a través de las múltiples transgresiones, rupturas y resistencias y cuestionamientos al mandato de la maternidad y a la violencia de género que construyen a las participantes como personas con derechos, que cimientan su futuro. En cuanto a los aportes metodológicos, destaco la importancia de analizar los eventos previos y posteriores a la interrupción que me permiten analizar el aborto como un proceso, la relación de cercanía con algunas participantes, la contribución de la investigación a sus vidas, y la utilización de las narrativas escritas como método de investigación novedoso. Esta tesis contribuye a la marea verde mexicana e internacional, es decir a la despenalización social y legal del aborto.

## ***CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN***

En este capítulo presento los antecedentes de esta investigación, incorporando el contexto mundial y nacional del aborto así como el estado del arte, debido a que el contexto político y legal está relacionado con los temas o tendencias en la investigación sobre aborto.

Este capítulo comienza con un recuento del aborto a nivel mundial en el que se apuntalan elementos fundamentales: es un tema de derechos humanos, salud pública y justicia social. También problematizo los términos aborto seguro y legal. Posteriormente, hago un recuento del contexto legal en México incluyendo la despenalización del aborto en la Ciudad de México y el impacto de este suceso.

### **1.1 ABORTO A NIVEL MUNDIAL**

#### ***1.1.1 El aborto: un breve recorrido histórico***

A partir de las investigaciones de Devereux (1976) y Galeotti (2004) es posible afirmar que el aborto ha existido desde la antigüedad en todas las culturas. En Grecia, por ejemplo, se consideraba que este tema correspondía a las mujeres porque el producto era parte de su cuerpo. También se han encontrado documentos con las prácticas médicas utilizadas en Egipto (1500 a. c.) o en China hace 5000 años (Dabash y Roudi- Fahimi, 2008; Glenc, 1974 en Ipas, 2010). Con el cristianismo cambia la percepción social, comienza a considerarse pecado y se introduce la idea de que las mujeres son “recipientes de la voluntad divina”. La ley y la religión se unieron en contra de las mujeres, las sanciones para ellas iban desde el exilio hasta la pena de muerte (Mayo, 2002).

El aborto también ha sido utilizado como un método para regular la fertilidad cuando no existía o no se tenía acceso a la anticoncepción, jugando un papel importante en las transiciones demográficas anteriores y actuales (Gillaume y Rossier, 2018).

En la década de los 70s, a través de los movimientos de liberación femenina y de la segunda ola del feminismo en los países desarrollados, la lucha por la despenalización del aborto tuvo un papel central ya que significaba un principio de libertad individual y de autonomía; el que la identidad de las mujeres no se limitara a la maternidad, era un punto crucial para “eliminar la dominación de género” (Lagarde, 2003, p. 53). Se propuso que el Estado fuera garante de las condiciones en las que se llevara a cabo un aborto con el fin de que las mujeres no arriesgaran su vida al buscar una interrupción. Es decir “el derecho al aborto implicaba una concepción holística acerca de la condición libertaria de las mujeres” (Durand y Gutiérrez, 1998, p.5).

En estos años se logró la despenalización en Inglaterra (1967), Estados Unidos (1973), Francia (1975) e Italia (1979). Las mujeres comenzaron a participar en las agendas de Naciones Unidas y se firmó la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, primer instrumento de derechos humanos con perspectiva de

género. Al mismo tiempo, en los países en desarrollo, se comenzaron a implementar políticas poblacionales de control del crecimiento demográfico (Durand y Gutiérrez, 1998).

La reacción de la aprobación del caso Roe vs Wade que despenaliza el aborto en los Estados Unidos, no se hizo esperar, el papa Juan Pablo II y posteriormente el presidente Ronald Reagan y el partido republicano de los Estados Unidos en los 80's encabezaron a los grupos neoconservadores<sup>3</sup> en una "cruzada" en contra de la despenalización del aborto a través del ataque de clínicas y proveedores, intentos de revertir la sentencia y la aprobación de mayores restricciones aunado al fortalecimiento de la personalidad fetal debido al surgimiento del ultrasonido, obstaculizando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Lamas, 2018).

Line Barreiro (2003) propone tres factores que influyeron en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos: 1) la invención, difusión y utilización de la píldora anticonceptiva, que posibilitó que las mujeres separen sexualidad y reproducción, y por tanto ingresaran a otras esferas como la educativa, y laboral; 2) las organizaciones feministas que aportaron (y aportan) al discurso y difusión de estos derechos y 3) los avances en el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos.

Siguiendo con el recorrido histórico, llegamos a la década de los 90 en la que, dentro del movimiento feminista, se comienzan a utilizar conceptos como empoderamiento y titularidad de derechos y realizan dos eventos significativos para el movimiento a nivel local, regional e internacional: la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo (CIPD) en 1994 y la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer en 1995 (Durand y Gutiérrez, 1998).

La CIPD se centró en el papel de los grupos sociales y los individuos como temas fundamentales de la dinámica de la población, reconociendo el papel de las instituciones en la desigualdad entre hombres y mujeres. Por ello se enfatiza el empoderamiento y el mejoramiento de las condiciones de las mujeres para disminuir la pobreza e incrementar la calidad de vida de la población. El Programa de Acción consta de 16 capítulos y uno de ellos es sobre derechos reproductivos y salud reproductiva, dos conceptos que fueron formalmente reconocidos en esta conferencia y arduamente discutidos.

En la CIPD, los Estados reconocieron el aborto en condiciones de riesgo como un problema de salud pública y que en los casos en que el aborto fuera legal, éste debía practicarse en condiciones adecuadas, comprometiéndose también a ampliar y mejorar los servicios de planificación familiar. En la revisión CIPD +5, se estableció que "en los casos

---

<sup>3</sup> Es pertinente definir y diferenciar el conservadurismo y neoconservadurismo. El conservadurismo tiene sus orígenes en la Europa del siglo XVIII, busca conservar la propiedad y el control social a través de estructuras familiares rígidas, y el mantenimiento del poder de la Iglesia y de la clase para así sostener el statu quo (List, 2014). Este autor propone que el neoconservadurismo "es nueva relación entre los valores ideológicos del conservadurismo y los que plantea el liberalismo en términos económicos" (p.35), pero que también "tiene un interés por la vigilancia y el dominio de los cuerpos, y subjetividades a través de distintas estrategias, tiene un resurgimiento en los años 80s con la crisis del SIDA" (p.144)

en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud” (Naciones Unidas, 1994) para asegurar la accesibilidad del aborto. Después de la CIPD, 30 países han modificado su legislación, liberalizándola (Center for Reproductive Rights, 2019).

Un avance importante a nivel regional en los últimos años es el Consenso de Montevideo firmado por 38 países, documento elaborado en la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina en 2013, en el cual acordaron “Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos”. (CEPAL, 2013, p. 21).

### ***1.1.2 Aborto legal y seguro***

El panorama legal a nivel mundial es diverso, en algunos países el aborto está totalmente prohibido como en El Salvador o Nicaragua, mientras que en otros está restringido a ciertas excepciones o causales por ejemplo peligro de vida de la mujer, violación o malformación fetal y finalmente hay otros países en los que el aborto es legal sin restricción.

La mayoría de los países del Norte global y Asia central se encuentran en esta última categoría; en Europa, solo Malta y Andorra lo siguen penalizando, mientras que, en el Sur global, las leyes sobre aborto son restrictivas, incluyendo la región de América Latina y el Caribe, África, Medio Oriente y el sur de Asia. Uruguay, Sudáfrica, Zambia, Camboya y Vietnam son excepciones (Centro por los Derechos Reproductivos, 2019). Se calcula que el 42% de las mujeres en edad reproductiva vive en países con legislaciones restrictivas, que en su mayoría se ubican en los países en desarrollo (Singh, Remez, Sedgh, Kwok y Onda, 2018).

Organismos internacionales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Humanos señalan que las leyes que penalizan el aborto o niegan el acceso a los servicios de salud únicamente para mujeres son discriminatorias (Recomendación 24, 1999).

Es necesario subrayar que el acceso al aborto seguro es un asunto de derechos humanos, que está protegido por diversos tratados internacionales vinculantes, basados en los derechos a la vida, salud, libertad y seguridad de la persona, a su intimidad, privacidad, igualdad y no discriminación; a la información; a la libertad de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; y al disfrute de los beneficios del progreso científico (Centro por los Derechos Reproductivos, 2019). El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Relator Especial sobre el derecho a la salud han recomendado que los Estados eliminen todas las medidas punitivas hacia las mujeres que han interrumpido un embarazo o hacia los médicos/as que ofrecen estos servicios, que revisen su legislación y han



solicitado la legalización del aborto en ciertos casos como violación, malformaciones o por causales de salud (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2015).

El caso *KL vs. Perú*, en el que el Estado peruano obstaculizó el aborto por malformaciones forzando a llevar a término el embarazo, junto con otros casos paradigmáticos, han sentado precedente y jurisprudencia al ser llevados a organismos internacionales de derechos humanos (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2015).

El Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido que el derecho a la salud, exige servicios de salud sexual y reproductiva -incluyendo aborto legal-disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad (Observación General 14, 2000). La despenalización no es suficiente, generalmente se presentan brechas en la implementación de las leyes, es necesario que el aborto sea accesible en el día a día de las mujeres; por ejemplo, la Corte Suprema de Nepal en 2009, identificó una barrera en los costos, ordenó una ley integral y la creación de un fondo para quienes no pueden pagar (*Lakshmi Dhikta vs. Gobierno de Nepal*, 2019, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2015). En los países en donde es legal, también existen algunas barreras en el acceso al aborto: asesoramiento obligatorio y sesgado; períodos de espera después de la asesoría; consentimiento de terceros; limitaciones en el rango de procedimientos seguros; objeción de conciencia; poco presupuesto y restricciones para la publicidad de los servicios de aborto (Center for Reproductive Rights, 2019).

Desde el punto de vista feminista y de derechos humanos, se considera que la penalización del aborto no reduce su práctica<sup>4</sup> pero sí pone en grave riesgo la salud y la vida de las mujeres al afectar condiciones de su práctica, con consecuencias económicas y secuelas en su salud, violentando sus derechos reproductivos y humanos (Lerner, 2008).

Las interrupciones del embarazo realizadas en contextos legales son más seguras<sup>5</sup> que las que se realizan en contextos restrictivos (Singh, Wulf, Hussain, Bankole & Sedgh, 2009). De 2015 a 2019 se produjeron en todo el mundo 121 millones de embarazos no planeados, de estos 61% terminó en aborto (73 millones de aborto por año) (Bearak, 2020).

En el período de 2010 a 2014 se produjeron 25 millones de abortos inseguros (45% del total los abortos) al año, según estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher (2018). El 97% de los abortos inseguros se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina en donde la legislación es restrictiva.

---

<sup>4</sup> De acuerdo con el último reporte del Instituto Guttmacher (Singh et al, 2018), reportan tasas similares, 37 y 34 abortos por cada mil mujeres en países con legislaciones más restrictivas y menos restrictivas.

<sup>5</sup> El aborto inducido es médicamente seguro cuando es llevado a cabo por personas capacitadas que usan métodos recomendados por la OMS.

El aborto inseguro está asociado con la muerte materna<sup>6</sup>: estimaciones muestran que entre el 8 y 11% de la mortalidad materna se debe a esta causa, muertes que son totalmente prevenibles. Aproximadamente 47,000 muertes maternas cada año son consecuencia de las complicaciones de un aborto inseguro (OMS, 2012). En los países donde el aborto es ilegal, el riesgo de muerte y lesión de las mujeres que buscan servicios de aborto es en promedio 30 veces más alto que en países donde el aborto es permitido por la ley (Grimes et al., 2006).

Mientras que el aborto seguro puede ser incluso más seguro que un parto, de acuerdo con Raymond y Grimes (2012) al analizar las tasas de muertes en estos dos sucesos (0.6 muertes por 100,000 abortos y 8.8 muertes por 100,000 nacidos vivos).

Los estudios feministas y demográficos demuestran que la interrupción del embarazo es una experiencia frecuente en la vida de las mujeres y uno de los procedimientos ginecológicos más comunes (Sedgh, 2012 en Marecek, Macleod y Hoggart, 2017) aunque debido a la ilegalidad y al estigma existe un subregistro de casos. En Estados Unidos se estima que tres de cada diez mujeres de 45 años han experimentado un aborto electivo (Henshaw, 1998). Mientras que, en la región de América Latina y el Caribe, de acuerdo con las estimaciones del último reporte del Instituto Guttmacher (Singh et al., 2018), el 32% de los embarazos terminaron en aborto, pero solo uno de cada cuatro fue seguro.

A nivel mundial se calcula que, en el período de 2010-2014, el 25% de los embarazos terminó en un aborto, , que se traduce en una tasa anual promedio de 35 mujeres por cada mil pero solo el 55% de estos procedimientos son seguros (Singh et al., 2018), observándose también una disminución en las tasas en países desarrollados (de 46 a 27) en comparación a 1990.

Cabe aclarar, que no todos los abortos ilegales son inseguros (el uso de misoprostol en las dosis adecuadas es un procedimiento seguro), y no todos los abortos en un contexto legal son seguros (si los servicios de salud a los que acuden las mujeres no cuentan con personal capacitado, son objetores o no cuentan con la infraestructura adecuada) o accesibles debido al costo, distancias geográficas y la intersección de otros ejes de opresión como la edad, la clase y la raza.

McCulloch y Wearherall (2017) identificaron que, en Nueva Zelanda, aunque el aborto está penalizado, las mujeres tienen acceso a los servicios de interrupción por una interpretación amplia de la ley y que en Bangladesh el aborto está prohibido, pero la regulación menstrual (interrupción del embarazo hasta las 10 semanas) está permitida.

Por su parte, Triviño (2012) observó en España, después de la aprobación del acceso libre y gratuito al aborto, prácticas paralelas al sistema de salud, como el uso del misoprostol

---

<sup>6</sup> El término muerte materna, es es definida como la muerte de una mujer embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada con el embarazo mismo o su atención. Sin embargo, desde un punto de vista feminista es necesario mostrar que con este término se maternaliza el embarazo.

autoadministrado por mujeres migrantes latinoamericanas debido a obstáculos administrativos, atención inadecuada, negación de información y objeción de conciencia.

La legalidad tampoco se traduce automáticamente en autonomía y agencia de las mujeres; por ejemplo, en China donde el aborto es legal, también se presenta el aborto forzado y existen lineamientos donde la toma de decisión sobre la interrupción recae en el personal de salud (Marecek, Macleod y Hoggart, 2017). Por su parte, en Francia, el uso de medicamentos está bajo estricto control médico a través de dos consejerías previas antes de su administración (Gillaume y Rossier, 2018).

En este punto me detendré un poco en detallar los procedimientos o métodos de aborto se dividen en dos tipos: 1) tradicionales y 2) médicos y quirúrgicos. Los métodos tradicionales, generalmente inseguros incluyen tés y hierbas que tienen propiedades abortivas, sustancias químicas ácidas o cáusticas, laxantes, sobredosis de medicamentos contraindicados en el embarazo, la inserción de objetos sólidos en el útero, el ejercicio excesivo o las caídas. Su uso deriva en abortos incompletos y en complicaciones para la salud en las mujeres, en su mayoría de escasos recursos económicos (Gillaume y Rossier, 2018).

Los métodos quirúrgicos se dividen en dos: 1) dilatación y curetaje conocido también como legrado y 2) aspiración manual endouterina (AMEU). Su funcionamiento se basa en la dilatación del cérvix y en la evacuación de la cavidad uterina. La dilatación puede ser riesgosa si el personal de salud no está calificado, provocando hemorragias, infecciones y esterilidad. Era el método más utilizado anteriormente y todavía se practica en algunos países donde es legal como Malasia y Sudán. La Organización Mundial de la Salud, lo considera obsoleto, recomendando los procedimientos seguros: la aspiración y los medicamentos (Gillaume y Rossier, 2018).

Mientras que el AMEU permite la evacuación del útero mediante el uso de un aspirador de plástico portátil fijado a una cánula. También se puede usar para el tratamiento del aborto incompleto, espontáneo o el aborto médico no exitoso o hacer biopsias del endometrio. El AMEU es seguro, efectivo, fácil de usar, portátil y reutilizable. No requiere una formación prolongada para utilizarla correctamente. (Caucus sobre tecnologías nuevas o infrautilizadas en Salud Reproductiva, 2014).

La regulación menstrual, es decir el uso de la evacuación uterina antes de la confirmación del embarazo y de las 14 semanas de retraso, se ha utilizado ampliamente en Asia y Cuba, sin tanto rechazo por cuestiones culturales o religiosas.

**Aborto con medicamentos.** El aborto con medicamentos “es el avance más importante en salud reproductiva desde el desarrollo de los anticonceptivos orales” (Winikoff y Sheldon, 2013, p.164). Este procedimiento funciona como “tecnología política” (Lamas, 2014, p.56) que modifica creencias y prácticas posibilitando un mayor control de las mujeres sobre sus cuerpos y el cuestionamiento al modelo médico hegemónico. Su administración es sencilla, segura, económica y efectiva (hasta en un 98%) para interrupciones en las primeras

diez semanas, por lo que ha ampliado la variedad de procedimientos seguros, en especial en lugares donde la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal como América Latina, transformando cualitativamente las prácticas abortivas a nivel mundial y marcando una diferencia en la experiencia de las mujeres (Winikoff y Sheldon, 2013). Sin embargo, la eficacia y seguridad en contextos restrictivos depende de la utilización adecuada (dosis y edad gestacional) y de la disponibilidad de servicios post aborto (Zamberlin, Romero y Ramos, 2012).

Existen dos medicamentos: la mifepristona y el misoprostol que pueden usarse solos o de forma combinada, este último es el régimen más efectivo (98%) y recomendado. El misoprostol solo tiene una efectividad de entre el 85% y el 90%. Al principio se utilizó para fines gástricos y antiinflamatorios, y en los 80's se comenzó a utilizar con fines abortivos. La mifepristona está registrada en nuestro país desde 2011 aunque no se vende en farmacias. En Estados Unidos fue aprobada en el año 2000 y en 14 países europeos, donde Reino Unido y Suecia, la utilizan desde mediados de los 90's.

Estos dos medicamentos fueron incluidos a principio de la década del 2000, en la lista de medicamentos esenciales recomendados para el aborto, el tratamiento de abortos incompletos y las hemorragias posparto de la Organización Mundial de la Salud; su uso ha reducido las muertes maternas por aborto inseguro, en especial en América Latina (Kumar, 2012 en Gillaume y Rossier, 2018), sin embargo, no todos los países han seguido estas recomendaciones.

Brasil fue uno de los primeros países en los que se utilizó el misoprostol; en 1986 comenzó su venta y, aunque en 1991 el gobierno la limitó, su venta continúa en el mercado negro con precios altos; en la actualidad sigue siendo el principal procedimiento utilizado para interrumpir un embarazo (Diniz y Medeiros, 2012). En América Latina el uso de este medicamento se ha difundido más que en África, mientras que en Asia su uso se ha extendido en países con legislaciones restrictivas. En contextos legales, como Uruguay o Francia también es el principal método utilizado reduciendo drásticamente la utilización de la aspiración o el legrado (Gillaume y Rossier, 2018).

El panorama social, legal y subjetivo del uso de medicamentos es contradictorio en contextos restrictivos por “la penalización normativa y simbólica y al mismo tiempo de mayor acceso relativo a abortos seguros” (Szwarc y Fernández, 2018, p.93). Al mismo tiempo, este procedimiento, “ha reducido la dependencia de las mujeres de los sistemas médicos, proporcionándoles una mayor autonomía y control sobre sus decisiones reproductivas” (Winikoff y Sheldon, 2013, p.164). El misoprostol no ha estado alejado de la estigmatización, la culpabilización por su uso y de la percepción de ser “una amenaza moral” (Triviño, 2012), aunque el personal de salud puede sentirse más cómodo utilizándolo en lugar de la aspiración (Gillaume y Rossier, 2018).

Las organizaciones feministas y profesionales de la salud a nivel internacional y local han difundido información y acompañamiento para la utilización del misoprostol a través de

internet, de materiales impresos y líneas telefónicas, como es el caso de *Women on Web* (Szwarc, 2014; Burton, 2017; Zamberlin, Romero y Ramos, 2012).

**Avances y retrocesos recientes a nivel mundial.** Durante el proceso de la elaboración de esta tesis, sucedieron algunos eventos en otros países que dan cuenta tanto de los avances y retrocesos en los últimos años como de los posibles retos por venir: 1) el incremento de casos de Zika que podría derivar en un incremento de interrupciones del embarazo por malformaciones congénitas; 2) la movilización masiva en Polonia en contra de legislaciones más restrictivas; 3) la eliminación de la octava enmienda que igualaba la vida fetal y de las mujeres a través de un referéndum en Irlanda, un país de fuerte tradición católica, permitiendo la despenalización del aborto a partir de 2019; 4) la gran “marea verde” en Argentina, movilización de diversos sectores encabezados por el movimiento feminista por la despenalización del aborto hasta las 14 semanas que logró la aprobación del proyecto en la Cámara de Diputados, y fue rechazada en la Cámara de Senadores, contribuyendo a la despenalización social en aquel país y a la movilización feminista en otros países de América Latina; 5) el incremento y la visibilización de casos de violencia sexual y de embarazo infantil en México y América Latina; 6) la llegada de Trump al poder presidencial en Estados Unidos restringiendo los recursos para organizaciones que proveen servicios de salud sexual y reproductiva alrededor del mundo, promoviendo la prohibición del aborto tardío, sumado a un conjunto creciente de restricciones y requisitos estatales y al fundamentalismo de grupos conservadores que amenazan o agreden a proveedores y mujeres; 7) la omisión del tema en la agenda internacional, especialmente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, lo que ha permitido retrocesos como los mencionados en el punto anterior (Anzorena y Zurbriggen, 2013; Gillaume y Rossier, 2018; Marecek, Macleod y Hoggart, 2017).

## **1.2 EL ABORTO EN MÉXICO**

El aborto ha estado presente en la agenda pública mexicana a lo largo del siglo XX. En 1936, las médicas Ofelia Domínguez y Matilde Rodríguez, propusieron despenalizar el aborto por razones económicas y sociales. Posteriormente, a partir de la segunda ola del feminismo en los años 70, con las demandas del Movimiento de Mujeres en Acción Solidaria (MAS), el Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) y la Coalición de Mujeres Feministas, el tema vuelve a estar en el centro de los debates. En 1976, se llevó a cabo la Primera Jornada Nacional sobre Aborto y se presentó un proyecto de ley sobre aborto en la Cámara de Diputados. En 1980 se volvió a presentar la iniciativa por el Partido Comunista, que generó una agresiva y estigmatizante reacción de los grupos conservadores, y en contraparte una desmovilización de los grupos feministas. En 1989, el tema vuelve a la agenda pública, cuando detienen a médicos y a mujeres en una clínica clandestina en Tlaxcoaque y un año después por la propuesta de despenalización en Chiapas (Lamas, 2003).

En términos legales en México, actualmente y desde 1871<sup>7</sup> “el aborto es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, es decir, en determinados casos a las personas que llevan a cabo un aborto, no se les impone una sanción” (GIRE, 2013, p. 17). Si bien la causal de violación está presente en todos los estados, las otras causales como salud, peligro de vida de la mujer, malformaciones, aborto culposo o accidental carecen de perspectiva de género, varían dependiendo del estado, así como los requisitos y tiempos para su ejecución. Prácticamente son casos excepcionales los que pueden acceder al aborto por causales (GIRE, 2013), documentándose diversas barreras para el acceso al aborto legal por causales como: a) trámites judiciales y administrativos lentos, revictimizantes que hacen inviable la interrupción aunado al desconocimiento de la NOM 046 y la Ley de Víctimas en el que se establece que no es necesaria la denuncia; b) la aprobación de padres, pareja o familiares, en especial en casos de menores de edad, aunque esto no sea necesario en mujeres mayores de 12 años; c) la presión hacia el personal de salud para denunciar a las mujeres, d) la opinión de uno o varios médicos/as para autorizar la interrupción (Lerner, 2008). Además, es escaso el personal capacitado para ofrecer servicios de aborto seguro en los hospitales públicos del país (Miranda, 2008).

Aunado a esta situación, nuestro país atraviesa por una grave crisis de seguridad, impunidad y violencia de género debido a la presencia de narcotráfico y redes criminales, lo que vulnera a niñas y adolescentes exponiéndolas a la violencia sexual y trata con fines de explotación sexual, a un embarazo por dicha causa y por ende a necesitar un aborto legal. Además, en 2016, se registraron 11,808 nacimientos de embrazos en niñas de 10 a 14 años (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2018).

Recientemente la Suprema Corte de Justicia de la Nación, otorgó dos amparos a víctimas de violación sexual, sentando un precedente sobre la obligación de los prestadores de servicios de salud de garantizar el acceso al aborto en casos de violencia sexual y, por ende, por cualquier otra causal (GIRE, 2018).

De acuerdo con una investigación realizada por el Instituto Guttmacher y el Colegio de México (Juárez et al., 2013) se estima que en México más de la mitad (55%) de embarazos en 2009 fueron no planeados y que, de éstos, la mitad se interrumpió, es decir que se realizaron poco más de un millón de abortos (1,026,000), lo que significa una tasa de 38 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. El aborto inseguro continúa siendo la cuarta causa de mortalidad materna en nuestro país de acuerdo con el Observatorio de Mortalidad Materna, 2015 (Molina, 2019).

La experiencia de la interrupción segura del embarazo está atravesada por elementos como el nivel socioeconómico, la edad y la escolaridad de las mujeres, así como el lugar de residencia, por ello el aborto es “un tema de justicia social y de discriminación de género” (GIRE, 2013, p.17). Sousa, Lozano y Gakidou (2010) realizaron una investigación en

---

<sup>7</sup> Año en que se incluyó en el Código Penal en México.

México, basados en datos obtenidos para la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica en la cual reportan que las mujeres pobres, con niveles educativos menores a cinco años de escolaridad e indígenas tienen nueve veces más probabilidad de tener un aborto inseguro que las mujeres que no son indígenas, o que cuentan con mayores niveles socioeconómicos y educativos. Lo anterior denota que “La situación del aborto refleja las condiciones de desigualdad social que prevalecen en el país” (Miranda, 2008, p.70).

El aborto en México se enmarca en una crisis en el sistema de salud por la falta de presupuesto y de graves violaciones a los derechos sexuales y reproductivos, que se refleja en el desabasto de métodos anticonceptivos, en una escasa educación integral de la sexualidad, la calidad deficiente de la consejería en metodología anticonceptiva, las múltiples barreras – tanto simbólicas como prácticas- para el acceso tanto a los servicios como a los insumos de anticoncepción y en la dificultad para la negociación de su uso desembocando en altas tasas de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos y en un número creciente de embarazos no deseados.

El grupo etario con las tasas más altas de necesidad insatisfecha son las adolescentes. De acuerdo con la ENADID 2018 la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años es de 70.6 nacimientos por cada 1000 mujeres en este rango de edad. Ante esta situación, la administración anterior lanzó la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, como un esfuerzo de articulación que reconoce que no solo es un problema de salud, sino también de falta de oportunidades educativas y laborales, en el que la valoración de la maternidad toma fuerza ante la ausencia de un plan de vida claro.

### ***1.2.1 La despenalización del aborto en la Ciudad de México***

Debido al trabajo de las organizaciones feministas y de la coyuntura política entre 2006-2007, se hizo realidad el reconocimiento del derecho a decidir de las mujeres en la Ciudad de México. El 26 de abril de 2007 se publicó en la Gaceta Oficial la reforma al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal después de ser votada en la Asamblea Legislativa del entonces Distrito Federal el 24 de abril del mismo año con 46 votos a favor y 19 en contra.

A partir de la modificación del artículo 144 del Código Penal, el embarazo en términos legales quedó establecido como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio, y el aborto como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación; se instauraron las bases legales para la provisión de los servicios de salud tanto públicos como privados, con pleno respeto a los derechos humanos de las mujeres. Esta es una reforma integral porque se estipuló que los servicios de interrupción del embarazo fueran gratuitos, dando un carácter prioritario a la atención en salud sexual y reproductiva (Escalante, 2008), el cual es congruente con un Estado democrático de derecho.

En el proceso de despenalización “la polarización post electoral se convirtió en una ventana de oportunidad que asambleístas, y ciudadanos/as supieron aprovechar” (Ubaldi, 2008, p. 70) y se conjuntaron diversos factores: 1) actores políticos que apoyaron el proyecto de despenalización, incluyendo al Partido de la Revolución Democrática, otros partidos de centro- izquierda, Marcelo Ebrard como jefe de gobierno, la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. y la Comisión de Derechos Humanos del entonces Distrito Federal y 2) “la participación de artistas, intelectuales, expertos en bioética, filósofos, periodistas, médicos/as, líderes de opinión...” (Ortiz, 2014, p. 21).

Otros elementos políticos y culturales que posiblemente contribuyeron de acuerdo con Amuchástegui (2012) fueron: el gobierno de izquierda a partir de la elección de Cuauhtémoc Cárdenas, el mayor nivel educativo de la población, y el debilitamiento de la jerarquía religiosa por los escándalos de abuso sexual y el crecimiento de las iglesias protestantes.

Además la discusión de otros temas relativos a los derechos sexuales y reproductivos estuvieron en la agenda pública en años cercanos a la despenalización del aborto entre estos la inclusión de la pastilla de anticoncepción de emergencia en la NOM 005 en 2004, la sentencia en la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre los militares que vivían con VIH, así como la aprobación de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres en 2006 y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en 2007 (Amuchástegui, 2012).

Es necesario remarcar el esfuerzo sostenido durante más 30 años por las organizaciones y colectivos feministas, que asesoraron y apoyaron la iniciativa, crearon materiales de difusión, lograron una alianza entre el ámbito legislativo, académico y la sociedad civil, informaron a la base social, apoyaron la implementación de la ley y han acompañado a mujeres no sólo de la Ciudad de México sino de diversos estados a interrumpir su embarazo (Ortiz, 2014). Entre estas organizaciones se encuentran *ddeser* (Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México); GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida); IPAS, Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C; CDD (Católicas por el Derecho a Decidir) y Population Council que, junto con las anteriores, forman la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. De igual forma trabajan Decidir, Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual; SIPAM (Salud Integral para la Mujer) y Fondo María (iniciativa que surgió de forma posterior a la despenalización). Además, hay otras organizaciones en las entidades federativas como Las Libres en Guanajuato, que han realizado una labor destacada en la defensa de las mujeres presas por aborto, así como en la difusión y acompañamiento del aborto con medicamentos (Ortiz, 2014; Ubaldi, 2008).

Durante los meses previos y posteriores a la decisión en la entonces Asamblea del Distrito Federal (ahora Congreso de la Ciudad de México), se caracterizaron por un debate público que se extendió en diversos ámbitos. Los grupos conservadores como la Unión



Nacional de Padres de Familia se manifestaron en contra en varias ciudades del país, realizaron una campaña de desinformación sobre las repercusiones físicas y psicológicas del aborto; mientras que la jerarquía católica amenazó con la excomunión a las mujeres que interrumpieran el embarazo, al personal médico y a los funcionarios públicos que apoyaron las reformas, e instó a la feligresía a no votar por estos últimos. Felipe Calderón, el presidente en funciones, se manifestó en contra de la despenalización.

Treinta días después de la aprobación de las reformas se presentaron acciones de inconstitucionalidad por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Procuraduría General de la República (PGR). Posteriormente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) aprobó la realización de seis audiencias públicas con la participación de académicos/as y organizaciones de la sociedad civil, que se realizaron entre abril y junio de 2008, en los que se manifestaron argumentos a favor y en contra desde perspectivas jurídicas, filosóficas, éticas, políticas y de salud pública (Bernal, 2008; Escalante, 2008).

En agosto de 2008, en una votación de ocho contra tres, la SCJN determinó la constitucionalidad de la reforma; además, señaló que sí es facultad de las entidades federativas emitir leyes en esta materia y “que los derechos de las mujeres no compiten con la protección legal dada al no nacido” (bien jurídicamente tutelado) (Escalante, 2008 p.37), ya que éste no tiene el rango constitucional que sí tienen las mujeres como titulares de derechos.

A pesar de la ratificación de constitucionalidad, solo en Oaxaca se despenalizó el aborto en 2019. En el estado de Guerrero, el gobernador Ángel Aguirre, envió en mayo de 2014 una iniciativa a la legislatura local, ésta la rechazó. En Morelos, aunque el gobernador Graco Ramírez prometió la despenalización en su campaña, una vez elegido nunca lo cumplió. Sin duda, la iglesia católica, los intereses electorales y los grupos conservadores han fungido como un obstáculo importante para la despenalización del aborto en todo el país.

**La reacción de grupos neoconservadores.** En México, la iglesia católica se ha mostrado “activa y agresiva contra quienes apoyan o proponen el reconocimiento de derechos sexuales” (List, 2014, p. 44), cuentan con el apoyo de todos los partidos políticos, que le han dado margen de movimiento en temas públicos, así como de “los sectores económicos más poderosos con los que tienen un vínculo muy estrecho”, además de dirigentes y militantes de grupos neoconservadores que se han constituido en el “brazo civil de las religiones” (Lerner, Gillaume y Melgar, 2016, p. 94). Estos grupos utilizan cuatro estrategias: 1) manifestaciones en la vía pública, 2) “acción directa” para obstruir el acceso al aborto, 3) incidencia en el poder legislativo y judicialización, 4) han adoptado y tergiversado el discurso de derechos humanos y de género (Morán Faundes en Lerner et al., 2016).

Entre las asociaciones conservadoras fundadas desde los ochenta puedo mencionar al Comité Nacional Provida, Unión Nacional de Padres de Familia, Asociación Nacional Cívica Femenina, Movimiento Familiar Cristiano, Unión Nacional Sinarquista, cuyo objetivo

común es “mantener un modelo de sexualidad heterosexual, monógamo, con fines reproductivos y dentro del matrimonio” (List, 2014, p. 76).

Estos grupos conservadores junto con la clase política de todos los partidos políticos y la iglesia orquestaron un retroceso importante en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a partir de 2008 después de la ratificación de la constitucionalidad de la ley<sup>8</sup> que despenalizaba el aborto en la Suprema Corte de Justicia de la Nación: la aprobación en 21 entidades federativas de reformas en sus constituciones locales para proteger la vida desde el momento de la “concepción”, generando un ambiente de criminalización para las mujeres mexicanas que enfrentan un aborto espontáneo, un parto fortuito, una emergencia obstétrica o un embarazo no deseado; evidenciando la falta de justicia reproductiva y repercutiendo de forma negativa en la vida y el ejercicio de sus derechos humanos ya que pueden ser sujetas de procesos penales, cárcel, multas o tratamiento psicológico (GIRE, 2013). Ante estas acciones se recurrió a estrategias legales como los amparos que en su mayoría fueron sobreseídos y el uso de las acciones de inconstitucionalidad en el caso de Baja California y San Luis Potosí en 2011, sin embargo, la Suprema Corte de Justicia decidió que estas modificaciones eran constitucionales (Márquez, 2013).

Esta desigualdad jurídica y sin una garantía federal para el acceso al aborto, impide el cumplimiento de los derechos reproductivos (Mills, 2010 en Amuchástegui, 2012).

Cabe aclarar que estas modificaciones legales si bien no anulan las causales legales han creado confusión en el personal de servicios de salud y de procuración de justicia favoreciendo un clima de persecución hacia las mujeres, incrementando el número de denuncias. De acuerdo con GIRE (2018), al día una persona es denunciada por aborto.

De acuerdo con una investigación realizada por GIRE (2013), de 1992 a 2007, se presentaron 1000 causas penales y averiguaciones previas de mujeres denunciadas cuando buscaban atención médica posterior al aborto. En contraste, de enero de 2007 a diciembre de 2016, se identificaron 4246 personas denunciadas por aborto lo que implica un incremento considerable; de ese total 228 fueron sentenciadas, 83 derivaron en prisión preventiva y 53 en prisión definitiva (GIRE, 2018). Entre los estados que destacan con el mayor número de denuncias en este último período están el entonces Distrito Federal (894), Baja California (466), Veracruz (416), Nuevo León (339) e Hidalgo (207). Además, se realizaron 1666 averiguaciones previas por aborto de enero de 2015 a abril de 2018, de acuerdo con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

Las reformas que protegen la vida desde el momento de la concepción también han aumentado el número de mujeres acusadas por el delito de homicidio agravado en razón de parentesco o infanticidio con penas de más de 30 años de prisión. GIRE (2018) reportó 51

---

<sup>8</sup> Estos grupos influyeron en la presentación del recurso de inconstitucionalidad por parte de la PGR y la CNDH argumentando la protección de la vida desde el momento de la concepción.

denuncias, 43 juicios penales y 32 sentencias, sin embargo, solo la mitad de los estados contestaron las solicitudes con la información correcta. Algunos de los estados en donde se han identificado mujeres consignadas por este delito son: Guanajuato, Puebla, Querétaro, Guerrero, San Luis Potosí, Veracruz y Baja California. Como Lerner et al. (2016) señalan, estos casos comparten características similares de las mujeres afectadas, es decir, son mujeres pobres, indígenas y rurales; lo anterior evidencia una “cadena de violaciones a los derechos humanos”, ya que el personal de salud no guarda el secreto profesional, los jueces y ministerio público violan el debido proceso, revictimizan y dictan sentencias basados en los estereotipos de maternidad, y los medios de comunicación estigmatizan a las mujeres. Un caso difundido por los medios de comunicación, es el de Dafne MacPherson, empleada de Liverpool en Querétaro, quién tuvo un parto fortuito a los 8 meses de embarazo en las instalaciones de dicha tienda, del cual fue acusada de homicidio doloso y condenada a 16 años de prisión. Su proceso estuvo lleno de irregularidades en los que los jueces consideraban que ella no actuó de acuerdo a su instinto materno. Fue liberada -en enero de 2019- después de más de tres años en la cárcel.

Otro elemento a considerar es la presencia de los grupos conservadores afuera de clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Poco después de que se empezaran a prestar los servicios de ILE en las clínicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el Centro de Ayuda para la Mujer Latinoamericana (CAM), instaló módulos afuera de los hospitales y clínicas para dar información errónea, aproximándose a las mujeres y utilizando diferentes estrategias de disuasión como la exhibición de modelos de plástico o fotos de fetos, el ofrecimiento de ultrasonidos gratuitos sin contar con el personal capacitado y proporcionando información falsa, o llevando a las mujeres a sus oficinas centrales donde les muestran el video “El grito silencioso”. El personal de los hospitales o centros de salud también ha sido objeto de hostigamiento por parte del personal (Contreras, 2011 en Secretaría de Salud del D.F, 2014).

Esta presencia de grupos conservadores se ha extendido a las clínicas privadas, en donde un grupo denominado “40 días por la vida” ha realizado vigiliyas de oración durante cuarenta días afuera de las clínicas durante día y noche obstaculizando el acceso a las instalaciones, desde 2014 a la fecha

En los últimos años, el acoso de los grupos conservadores se ha extendido a clínicas en otros estados como es el caso de Unasse en Yucatán, cuya directora, la Dra. Sandra Peniche, sufrió una agresión física e intento de homicidio en marzo de 2018, además de organizar marchas y perpetrar ataques en contra de sus instalaciones.

### ***1.2.2 El impacto de la despenalización del aborto en la Ciudad de México***

En la Ciudad de México, la Secretaría de Salud estatal realiza la interrupción legal del embarazo en 13 clínicas de salud sexual y reproductiva, cinco de las cuales se encuentran dentro de centros de salud y 8 en hospitales (Secretaría de Salud de la Ciudad de México,

2019), con procedimientos seguros y personal capacitado acorde con “protocolos basados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud” (Sanhueza, 2008, p.77) y en las investigaciones más recientes. Estos servicios son gratuitos en los centros de salud incluso para las mujeres que viven fuera de la Ciudad de México y en los hospitales se elabora un estudio socioeconómico. Sin embargo, al inicio del programa de ILE, éste enfrentó algunos obstáculos como la falta de personal de salud, la objeción de conciencia<sup>9</sup> (Sanhueza, 2008), mientras que la negligencia de los servicios de salud federales que se han negado a acatar la normatividad local continúa hasta la finalización de esta investigación.

Al inicio de estos 13 años de implementación de la ley, el servicio se proporcionaba dentro de la red hospitalaria y, debido en parte a la alta demanda, poco a poco se empezó a atender en unidades de primer nivel especializadas que fueron adaptadas para contar con un ambiente confortable para las mujeres. El Programa de Interrupción del Embarazo ha ido evolucionando, por ejemplo, el legrado sólo se utilizó en los primeros años de la implementación de la ley, se adoptaron procedimientos seguros como el aborto médico en mayor medida y la aspiración, lo que también ha permitido atender una creciente demanda, impactando en la salud y bienestar de las mujeres, así como en la disminución en la carga del sistema de salud.

A partir de la implementación de esta ley, 227,686<sup>10</sup> mujeres han accedido a la interrupción legal del embarazo en los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la mayoría viven en la Ciudad de México (69.2%) pero también se han beneficiado mujeres del Estado de México (26.7%) y de otros estados y países (3.9%) (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2020). Las mujeres tienen entre 18 y 29 años (69.4%), son solteras o viven en unión libre (83%), con secundaria o preparatoria (73%). En la mayoría de los procedimientos se han utilizado medicamentos (78%), y en menor medida AMEU (20.66%). El 86.6% acude antes de las 9 semanas de embarazo, habiendo una tendencia a interrumpir de forma temprana.

Además, de acuerdo a estimaciones de Raffaella Schiavon et al. (2010), en los servicios privados se realizan más de 20,000 interrupciones anuales<sup>11</sup>, lo cual nos indica que posiblemente casi 500,000 mujeres han accedido a servicios de aborto en la Ciudad de México en estos trece años.

Contar con estadísticas sobre las usuarias atendidas en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ha permitido mostrar el impacto de la ley en los siguientes aspectos: 1)

---

<sup>9</sup> El 23 de marzo de 2018 se aprobó la objeción de conciencia al modificar el artículo 10 Bis de la Ley General de Salud que, si bien no se trata de una objeción específica para los servicios de salud sexual y reproductiva, en los hechos representará un claro obstáculo para el acceso a la interrupción segura del embarazo y se extenderá a personal que no es médico o de enfermería.

<sup>10</sup> Cifra al 31 de julio de 2020.

<sup>11</sup> En esta investigación identificaron 150 instalaciones médicas y más de 3000 proveedores potenciales que realizaban interrupciones del embarazo. Si una quinta parte de estos proveedores realizan tres abortos mensuales, se realizarían más de 20,000 interrupciones anuales.

La incidencia de complicaciones graves por procedimientos inseguros de aborto casi ha desaparecido por completo en la Ciudad de México (SSDF, 2014); 2) Después de la ILE, 88% de las usuarias adoptó un método anticonceptivo; 3) La reducción entre el 2.3 al 3.8% de nacimientos en mujeres en edad reproductiva, y del 5.1 al 7.1% entre mujeres adolescentes; así como una reducción en las tasas de mortalidad materna, de 8.8 a 16.2% para mujeres en edad reproductiva y de 14.9 a 30.3% entre adolescentes. También parece incrementar la edad al primer embarazo (Clarke y Mülhrad, 2016); 4) De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFADEA), un aborto en el primer embarazo puede impactar de manera significativa en la vida reproductiva de las mujeres jóvenes, reduciendo el número de hijos y retardando la edad del primer hijo.

Schiavon y Troncoso (2020) han hecho una revisión de las tasas de letalidad (riesgo de morir) por aborto, antes y después de la interrupción en todo el país y en la Ciudad de México, identificando: 1) que conforme aumenta la tasa de atención por aborto baja la tasa de letalidad, 2) la tasa de letalidad se redujo en todo el país, aunque de manera desigual pero es más pronunciada en la Ciudad de México (40.3 por cada 100,000 a nivel nacional y 15 por cada 100,000 en la Ciudad de México), y 3) la legalidad es un reductor de desigualdades.

También en este período se han desarrollado guías y lineamientos para la atención del aborto seguro generando evidencia nacional e internacional, por ejemplo, el protocolo de investigación para la utilización del misoprostol bucal, para la administración del misoprostol a domicilio, la provisión del misoprostol por personal no médico capacitado, y el inicio de la anticoncepción hormonal inmediata con el implante subdérmico.

Por otra parte, de acuerdo con Ortiz (2014), el proceso de despenalización constituyó un avance democrático que responde a una mayor aceptación del discurso de derechos humanos y de derechos de las mujeres; mostró una mayor apertura del sistema judicial a la sociedad civil, y “abonó a un cambio moral mucho más acorde con valores democráticos” (p. 12).

La despenalización del aborto en la Ciudad de México también ha favorecido el desarrollo de investigaciones sobre los aspectos psicológicos y subjetivos asociados a su práctica y la sistematización de experiencias de acompañamiento (Ortiz, 2008, 2010).

La legalización posiblemente también ha marcado un cambio en la concepción de sí mismas que tienen las mujeres que interrumpen un embarazo, pues pasan de ser delincuentes a usuarias legítimas de un servicio público (Flores y Amuchástegui, 2012). Las mujeres que interrumpieron un embarazo y viven en la Ciudad de México señalan que son dueñas de su cuerpo y deben decidir si tener un hijo/a es conveniente o no para su situación (Sorhaindo et al., 2014).

Amuchástegui (2012) señala que los discursos feministas sobre el derecho a decidir han ido conquistando terreno, en este sentido la apropiación, la titularidad y el ejercicio de

derechos toman primordial importancia, ya que el accionar político para ser efectivo depende en gran medida de ello.

### ***1.2.3 Fortalecimiento y sistematización de experiencias de acompañamiento e iniciativas para reducir el estigma***

El acompañamiento es una estrategia feminista de apoyo e información antes, durante y después de la interrupción del embarazo, que proporciona un espacio seguro que incluye la resolución de dudas, la escucha activa, la atención logística, la contención emocional con la finalidad de fortalecer la toma de decisiones y el ejercicio de derechos, primordialmente el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

El acompañamiento feminista por el aborto legal y seguro en México inició incluso antes de la despenalización. Las Libres iniciaron dando acompañamiento al aborto legal después de que en el 2000 el congreso de Guanajuato aprobó una reforma para eliminar la causal de violación<sup>12</sup>, posteriormente comenzaron a dar acompañamiento de aborto con medicamentos desde 2005 y a acompañar legalmente a mujeres que estaban presas por aborto; por su parte, *ddeser* (Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México) comenzó a dar acompañamiento a casos de interrupción legal del embarazo por violación en 2004 en la Ciudad de México y después del 2007 continuó proporcionándolo a mujeres de todo el país que buscan una ILE. A partir de 2005 y durante algunos años, DECIDIR<sup>13</sup>, Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual, a través de una página de internet dio información sobre aborto seguro con un enfoque juvenil y acompañamiento a casos de aborto voluntario. En 2007 surge ADAS (Acompañamiento Después de un Aborto Seguro), una iniciativa de Olivia Ortiz y en 2009 surge el Fondo de Aborto por la Justicia Social MARIA (FONDO MARIA), con el objetivo de dar apoyo logístico, emocional y financiero a mujeres que no cuentan con recursos para acceder a los servicios de aborto legal. A esta tarea se sumaron en años recientes organizaciones como Safe to choose, Redefine o M de Mujer.

Posteriormente, surgen iniciativas de colectivas feministas que a través de páginas web o Facebook hacen difusión del uso del misoprostol y acompañamiento como MisOvarias, Reflexión y Acción Feminista, Bloodys, Aborto Seguro Campeche, Red Asaleas, Aborta Segura, Odesyr, Morras Help Morras, Aborta Libre, Las Confidentas, Abortando Juntas, y Línea Aborto Chiapas, en distintos estados de la República.

Aunque el impacto de estas y otras organizaciones y colectivas feministas puede ser limitado, han alcanzado ya a miles de mujeres (Cruz, 2015). Por ejemplo, Fondo María, acompañó a casi 8000 mujeres entre 2009 y 2018 (Garduño, López y Tejas, 2018).

Hasta el momento, se han sistematizado cinco experiencias de acompañamiento a mujeres, conformando Modelos de acompañamiento en distintas modalidades que van desde

---

<sup>12</sup> Finalmente, el gobernador en turno veto esta ley.

<sup>13</sup> Las imágenes que crearon fueron emblemáticas para el momento de la despenalización. Lamentablemente su página desapareció y el colectivo se encuentra inactivo.

el acompañamiento presencial hasta el telefónico o en redes sociales: DECIDIR, Fondo María, ddeser, ADAS y Las Libres. Fondo María define el acompañamiento como “la escucha activa, la orientación y la atención logística en todo el proceso de aborto”, que posibilita el “fortalecimiento del poder personal para tomar decisiones y ejercer derechos” (Ortiz, 2010, p.35).

Mientras que la mayoría de las organizaciones y colectivas se han centrado en el acompañamiento durante la interrupción, ADAS (Acompañamiento Después de un Aborto Seguro) se enfoca en el período post abortoy es definido por Olivia Ortiz “como una intervención informativa- reflexiva y vivencial que ofrece un espacio seguro a mujeres que optaron por la interrupción de su embarazo para sentir, nombrar, reflexionar y comprender las motivaciones detrás de su decisión” (Ortiz y Troncoso, 2012, p.3). Ortiz y Troncoso (2012) reivindican la importancia de ofrecer a las mujeres espacios de acompañamiento posteriores al aborto, para recibir información, reflexionar y expresar sobre su experiencia, que contribuyan a eliminar el estigma entre las mujeres que han abortado, lo cual debe ser retomado por el feminismo latinoamericano.

Fondo María desarrolló la campaña “Yo aborto, yo acompaño, yo transformó” entre 2014 y 2016 con la “finalidad de situar al aborto como una experiencia en la vida de las personas, romper estereotipos sobre el aborto y sobre las mujeres que abortan y brindar a las mujeres una plataforma para compartir sus historias” (Balance, 2016). Mientras que Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C. desarrolló la radionovela ¡Decidir para vivir! el video documental “Era yo otra vez” con una guía para hacer cine debates y el cortometraje “Aborto y punto” para redes sociales, la plataforma virtual Focos en la que se comparten testimonios de mujeres que han abortado, mostrando relatos lejanos a la patologización que muestran los medios de comunicación así como los Círculos de Reflexión, estos últimos tienen como objetivos: 1) Generar un movimiento de apoyo hacia las mujeres que han tenido un aborto, 2) Reducir el silencio entre mujeres sobre sus experiencias de aborto, 3) Incrementar la confianza de las mujeres en su decisión.

A partir de los últimos meses de 2018, el aborto ha tomado mayor notoriedad en México por la marea verde argentina y los cambios políticos en nuestro país, la despenalización ha vuelto a ser un tema en la agenda, lo cual discutiré con mayor profundidad en las conclusiones de este trabajo.

### **1.3 ESTADO DEL ARTE**

Como he mencionado anteriormente, el aborto es un tema que se ha abordado desde diversas aristas y, con base en los objetivos de esta investigación, consideré de suma importancia contar con un estado del arte que: 1) analizara las investigaciones sobre aborto relevantes tanto a nivel nacional e internacional relacionadas con las categorías y enfoques más importantes para el problema de investigación, como: experiencia, estigma, narrativa, investigación feminista y empoderamiento ; 2) mostrara un panorama de las investigaciones

relacionadas al tema que se han generado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), entendiendo que la ciencia genera discursos y narrativas sobre el aborto; para este punto, me centraré en las investigaciones provenientes de la psicología, sociología y trabajo social.

En primer lugar, realicé búsquedas utilizando el “Descubridor de Información” de la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM para la localización de artículos y libros. También rastree algunas referencias bibliográficas citadas en los artículos más relevantes e identifiqué trabajos de relevancia en los programas de congresos especializadas en el tema. En el caso de artículos y libros definí los siguientes descriptores o palabras clave tanto en español como en inglés y solo se incluyeron aquellas publicaciones que presentaban resultados empíricos. Las palabras de búsqueda de artículos y libros fueron las siguientes:

- Mujeres y aborto (o interrupción del embarazo) y experiencias (o trayectorias o narrativas o investigación feminista)
- Mujeres y aborto y empoderamiento o bienestar
- Mujeres y aborto y estigma.

Los resultados y conclusiones de las investigaciones en su mayoría feministas o que incorporan la perspectiva de género, las organicé de acuerdo a las categorías temáticas que fueron las más frecuentes:

1. Negociaciones reproductivas
2. Disputas discursivas
3. Itinerario abortivo y el proceso decisorio
4. Acceso a la interrupción del embarazo.
5. Estigma, silencio y malestar
6. Empoderamiento, autonomía y cambios vitales

Un elemento en común de las investigaciones, es la identificación del contexto de legalidad o ilegalidad del aborto, así como factores estructurales (por ejemplo, niveles de pobreza o índice de desarrollo humano), los cuales son elementos imprescindibles en la mayoría de las investigaciones porque influyen en gran medida en todo el proceso de aborto y tienen un impacto significativo en las experiencias. Cada relato de aborto es único, ya que en éste coinciden elementos culturales y sociales, la historia y proyectos de vida de las mujeres, los significados sobre la maternidad, la pareja y el aborto (McIntyre, Anderson y McDonald, 2001). Además, el aborto se da en un contexto de vida en el cual se mantienen diferencias y desigualdades de género, que se intersectan y exacerban de acuerdo al nivel socioeconómico, educativo y de edad (Erviti, 2005).



El relato de aborto no se limita el evento en sí, involucra episodios en la trayectoria vital anteriores y posteriores al aborto (McIntyre, Anderson y McDonald, 2001). En este mismo sentido, en investigaciones recientes se ha enfatizado la trayectoria abortiva.

### ***1.3.1 Negociaciones sexuales y reproductivas***

Las negociaciones sexuales y reproductivas que anteceden al aborto, se vuelven conflictivas al tomar en cuenta el doble patrón sexual, las diferencias de poder, la construcción como “seres para otros” de las mujeres y la sexualidad como un tema tabú. En la investigación de Rivas y Amuchástegui (1996), para la mayoría de las entrevistadas mexicanas era importante negar el deseo sexual para presentarse como “mujeres buenas”, tampoco se dialogaba en pareja sobre esos temas, sin embargo, en los relatos surgieron resistencias, y ellas expresaron disfrutar su actividad sexual, aunque ello causaba desconfianza en sus compañeros. Las mujeres que tuvieron relaciones sexuales premaritales (aunque no hubiera sido por elección) tenían miedo del rechazo de sus parejas.

En varios estudios (Lafaurie, 2005; Rivas y Amuchástegui, 1996; van Dijk et al., 2011) las mujeres entrevistadas no usaban métodos anticonceptivos o lo hacían irregularmente al momento del embarazo que interrumpieron, tenían dificultades para asumir totalmente la decisión del uso, estaban buscando un mejor método, o estaban separadas y negaban el riesgo de embarazo. Rivas y Amuchástegui (1996) identificaron cuatro mecanismos para el uso irregular de métodos anticonceptivos:

“1) la ignorancia respecto a los procesos fisiológicos femeninos y temor a daños por el uso, 2) ausencia de figuras femeninas que funcionen como modelos, 3) mecanismos no conscientes relacionados con el deseo del embarazo, 4) imposibilidad de negociación con la pareja, y el temor al abandono o al rechazo” (p.78).

En el estudio de Clevee, Faxelid, Nalwadda y Klingberg-Alvin (2017) en Uganda, también identificaron la capacidad de negociación limitada de las mujeres sobre la anticoncepción que se atribuía al amor y la confianza, a través de la presión emocional que los hombres utilizaban ya que no les gustaba utilizar anticonceptivos. Mientras que Santos y Brito (2014) identificaron que a las mujeres entrevistadas no les gustaba utilizar condón, en especial en relaciones estables, por la confianza, por considerar la disminución del placer sexual, o para no interrumpir la relación sexual.

La anticoncepción significa para las mujeres priorizar sus intereses antes que los de otros, y el placer sexual en lugar de la reproducción, por lo que también se identifica un estigma a la anticoncepción (Rivas y Amuchástegui, 1996). La falta de información, el miedo a efectos secundarios como cáncer o infertilidad, y/o las barreras para el acceso a métodos anticonceptivos o a la pastilla de emergencia son factores que incrementan el riesgo de un embarazo (Cleeve et al., 2017). Chaneton y Vacarezza (2011) señalan que nunca tendremos claro cuáles son los motivos del embarazo, posiblemente la ambivalencia del deseo, la pasión o la violencia influyan junto con otros elementos ya mencionados.

### ***1.3.2 Disputas discursivas***

Las disputas discursivas en torno al aborto, entendidas en este trabajo como diferentes atribuciones de sentido que llegan a confrontarse, también han sido un tema frecuentemente abordado por investigadoras feministas en México y otros países. Este es un tema especialmente relevante para esta investigación porque permite dar cuenta de narrativas diferentes a la proveniente de discursos hegemónicos conservadores que están siempre en tensión. Estos discursos alternativos se identifican en los relatos de las propias mujeres, así como en los construidos a partir de organizaciones de mujeres que apoyan a otras mujeres en sus procesos de aborto, como son las socorristas.

En Argentina, Santarelli y Anzorena (2017), señalan que los socorrismos disputan la construcción de sentidos al construir discursos, prácticas alternativas, evidencia científica, “narrativas corporizadas” o producciones artísticas, identificando tres escenarios: el legal, las prácticas médicas y el encuentro intersubjetivo y político de las mujeres con las socorristas. En el escenario legal, los socorrismos crean “nuevos argumentos para exigir la legalidad” (Santarelli y Anzorena, 2017, p.8), priorizando las experiencias y generando estrategias para que las mujeres accedan a las causales de interrupción legal. En cuanto a las prácticas médicas, el socorrismo teje redes con médicos, y al mismo tiempo acompañan desde la autonomía y el ejercicio de derechos, cambiando las narrativas sobre el aborto que anteriormente se vinculaban a muerte y crimen. El tercer escenario, posiciona el aborto como “derecho colectivo de las mujeres”, vinculado a la vida, la autodeterminación y a la salud.

El discurso conservador como fuente de estigma ha impactado las experiencias de las mujeres en diferentes partes del mundo. En Sudáfrica, la mayoría de la población no aprueba el aborto voluntario y una pequeña minoría lo hace solo bajo ciertas circunstancias. Gilbert y Sewpaul (2015), también identifican como parte del discurso conservador al pronatalista y sobre la maternidad, y muestran que la dicotomía entre el discurso antiderechos y a favor de la elección tiene fisuras. De forma paradójica, todas las mujeres entrevistadas que habían abortado expresaron puntos de vida antiderechos, dificultando su decisión. Ninguna hizo referencia al término feto, ellas hablaron de “mi bebé”, “mi niño”. También se apropiaron del discurso que las señala como pecadoras y asesinas, y realizaron rituales acordes a su cultura para que el no nacido descansará en paz, lo que hizo su experiencia más difícil.

### ***1.3.3 Itinerario abortivo y proceso decisorio***

Diniz y Medeiros (2012) proponen el término itinerario abortivo, para hablar de la trayectoria recorrida hasta concretar el aborto, que está dividida en varias etapas desde que las mujeres perciben el atraso menstrual o sospechan del embarazo hasta el post-aborto. Al respecto, Szwarc y Fernández (2018) identifican una secuencia lógica, no lineal, pero con etapas correlacionadas en la interrupción con medicamentos en Argentina: “1) la noticia del embarazo, 2) la toma de decisión de abortar, 3) la búsqueda de información y el establecimiento de vínculos, 4) la obtención de la medicación, 5) la toma de la medicación y

6) la expulsión y la verificación de que el aborto se completó” (p. 101). Ramos, Romero y Aizenberg (2015) identifican cuatro etapas en las experiencias de las mujeres argentinas, que son similares a las antes descritas, solo amplían la última etapa al post aborto incluyendo las reflexiones de las mujeres.

En coincidencia, Coast et al. (2018) han propuesto un modelo conceptual de elementos que influyen en las trayectorias y toma de decisiones de las mujeres para obtener un aborto, tanto a nivel macro, incluyendo elementos como el contexto legal, el rol del activismo por el aborto en organizaciones de la sociedad civil, la religión, la disponibilidad de procedimientos seguros de aborto y normas socioculturales, como en el nivel micro, con elementos como los conocimientos, creencias, relaciones, y recursos.

En Brasil, los itinerarios abortivos de mujeres de clases populares son más tardados y sinuosos ya que utilizan diversos recursos para regular la menstruación como el uso de té y hierbas como parte de la cultura reproductiva de las mujeres y de forma más reciente el misoprostol, en su mayoría finalizan en el hospital con mayores riesgos para las mujeres jóvenes y afrodescendientes. Las mujeres de clases medias acuden a clínicas privadas, por lo que sus trayectorias son más lineales, rápidas y seguras (Diniz y Medeiros, 2012; Heilborn et al, 2012).

Arilha (2012) también en el contexto brasileño señala que el éxito o fracaso de la interrupción estaba relacionado con las posibilidades ofrecidas por su entorno. Los itinerarios varían de acuerdo a las redes de información y la edad de las mujeres.

Silva (2014) llevó a cabo una investigación doctoral para comprender la construcción de la decisión sobre el aborto en mujeres y hombres de estratos sociales medios en el Noreste brasileño; un argumento central de su tesis es que la decisión es un proceso social dinámico que involucra distintos momentos fluidos e interconectados, redes sociales, factores socioculturales y dinámicas de poder. Silva (2014) propone que el proceso decisorio y el itinerario abortivo están interconectados, muestra de ello es que la decisión puede ser reconsiderada durante el itinerario si las mujeres no consiguen acceder al aborto seguro.

Santos y Brito (2014) señalan que, en la primera etapa de la trayectoria abortiva -la sospecha-, las mujeres entrevistadas identificaron un atraso menstrual y cambios corporales que las hicieron suponer un embarazo, ante lo cual, la mayoría se realizó exámenes de laboratorio o pruebas de embarazo caseras o ambos. A partir de esa confirmación las mujeres se concientizan de la existencia del embarazo y comienzan a pensar en las alternativas y en los pros o contras, iniciando un proceso decisorio y reflexivo sobre el aborto.

Al saberse embarazadas, las mujeres experimentaron emociones diversas, pero la mayoría sintieron tristeza y desesperación, o angustia expresada al buscar varios exámenes que confirmaran o descartaran la posibilidad. (Santos y Brito, 2014). El embarazo representa un rompimiento con el curso de vida cotidiano (Donati, Cèbe y Bajos, 2002).

Las mujeres brasileñas entrevistadas por Santos y Brito (2014) no querían enfrentar la realidad de un embarazo no deseado, que implicaba tomar una decisión que puede significar un conflicto. La decisión se vivió como un conflicto relacionado con la censura y los juicios morales, con estrés y sufrimiento, en el que se identificó un diálogo consigo mismas y un tiempo de reflexión evaluando sus opciones. Tal vez por ello, en otra investigación Chiweshe, Mavuso y Macleod (2017) identificaron que en la entrevista narrativa las mujeres invirtieron mucho tiempo justificando su decisión y al mismo la ausencia del discurso de derechos era notoria.

Frente a los discursos conservadores que acusan que la despenalización del aborto promueve su práctica, se ha encontrado que la ilegalidad y clandestinidad no parece influir en la decisión de interrumpir (Petracci, 2012), aunque, en los hallazgos de van Dijk et al. (2011), quienes preguntaron a mujeres que habían interrumpido de forma legal qué harían si fuera ilegal, si bien la mayoría de las mujeres mencionaron que encontrarían la forma de interrumpir el embarazo, otras indicaron que lo continuarían por el riesgo para su salud, mientras que otras más expresaron estar indecisas.

Por otra parte, Leal (2012) identificó una paradoja entre creencias y prácticas, ya que se puede tener una opinión desfavorable hacia el aborto, pero una tolerancia a su práctica en casos particulares. Mientras que Hoggart (2017) señala que la aceptación pragmática de la necesidad del aborto se relaciona con el marco moralista en el que el aborto es necesario pero indeseable.

Más que en factores causales, algunas investigaciones feministas se enfocan en las narrativas y en los discursos, identificando la preocupación por los otros, los contextos apropiados para la procreación y el ejercicio de la sexualidad, así como en los discursos sobre la maternidad y las responsabilidades asociadas con ésta, todo ello de gran peso en la toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo (Chiweshe et al., 2017).

Por otra parte, Arnaud (2008) que realizó una investigación en Rio de Janeiro, con mujeres de clases medias, agrupo los motivos de la decisión de la interrupción en tres categorías: 1) valores individualistas ligado a proyectos personales o viajes, 2) relaciones de pareja, 3) ideal de maternidad, relacionado con el tipo de cuidado que ellas visualizaban darle a un hijo/a opuesto a la idea de “abandono”. Mackenzius et al. (2013) en Suecia, reportaron que las mujeres entrevistadas también querían continuar con planes o proyectos de vida en especial y continuar con los estudios. Mohamed et al. (2018) en Kenia, identificaron que las mujeres jóvenes priorizaron sus planes y autorealización antes que las creencias y deseos de otros.

Espaciar los embarazos o priorizar el bienestar de un hijo/a recién nacido también ha sido otra de las situaciones identificadas, en especial en Zimbawe, en donde existe la creencia de que no deben compartir la leche materna (Chiweshe et al., 2017).

Oduro y Otsin (2014) en Ghana donde el aborto es muy estigmatizado y donde los hijos/as son considerados como una pertenencia del grupo social, reportan que hay una fuerte noción de cuerpo, autonomía y de los valores personales proyectado por 16 de las 28 participantes. El discurso “yo controlo mi cuerpo”, coincide con estudios similares en los cuales las mujeres que interrumpen protegen su integridad moral. Ellas consideran que no son asesinas, ya que el feto no es aún un niño. En una de las participantes, la decisión de interrumpir el embarazo fue una forma de mantener el control sobre su vida ya que si continuaba con el embarazo perdería su trabajo y dependería económicamente de un hombre.

Por otra parte, evitar el estigma, la exclusión, la vergüenza y prever la sanción social o las reacciones de sus padres como el abandono o la violencia también puede ser una motivación para interrumpir el embarazo apegándose a las normas de género ya que si continúan el embarazo pueden ser etiquetadas como prostitutas o inmorales lo que dificultaría que se casaran posteriormente. Pero si la gente se entera de la interrupción, también pueden etiquetarlas de la misma forma, lo que constituye una razón para guardar el secreto. Este doble estigma genera que las mujeres esperen el estigma no importan lo que hagan. El estigma percibido hacia el ejercicio de la sexualidad es una forma de presión para el aborto (Cleeve et al., 2017; Mackenzius et al., 2013).

Otro factor importante en la decisión es el tiempo del embarazo, lo que reduce la búsqueda de opciones (Rivas y Amuchástegui, 1996).

Algunos elementos importantes en el proceso decisorio se detallan a continuación:

**Ultrasonido.** Un punto importante en la toma de decisión y en el itinerario abortivo de las mujeres, analizada en la literatura es el ultrasonido, que posibilita la visualización del feto o embrión, ya que podría ser perturbador para algunas mujeres (Diniz y Medeiros, 2012). A través de la imagen, es posible que las mujeres den un mayor significado del feto o embrión, sin embargo, en el estudio de Santos y Brito (2014), para algunas entrevistadas fue muy importante realizarlo porque les permitió conocer la edad gestacional o qué tan desarrollado está el embrión, lo que fue decisivo para optar por el aborto si era poco tiempo de gestación o si no aparecía como algo semejante a una persona, estableciendo en su imaginario una inexistencia de vida.

Otras entrevistadas en ese mismo estudio, no realizaron un ultrasonido por miedo a desistir en su decisión de abortar, ya que pensaban que estaban interrumpiendo un ciclo de vida (las entrevistadas no identificaban el embrión como una persona, pero sí lo percibían como un ser con vida). Observar el embrión o escuchar sus latidos puede relacionarse con la presencia de una vida, generando sensaciones complejas y un sentimiento de pesar. En otro estudio realizado por Capiello et al. (2014), algunas de las razones para ver el ultrasonido fueron la curiosidad, confirmar su salud o fertilidad lo que podría ayudarles a tomar la decisión.

**Condiciones económicas/laborales.** Un elemento común en el proceso decisorio en investigaciones de distintos países son las condiciones económicas y laborales de la mujer al momento del embarazo. En la investigación de Gilbert y Sewpaul (2015), las entrevistadas destacaron las dificultades económicas combinadas con el abandono de sus parejas cuando supieron de sus embarazos, identificando una relación entre el desempleo de las mujeres, su situación de pobreza (reflejo de la historia de racismo y de la educación estratificada), negligencia y abandono de menores. Las mujeres entrevistadas pensaron que era más ético y responsable abortar que continuar el embarazo y abandonarlo (lo que es común en ese país), o las que ya tenían hijos y sobrevivían con el apoyo dado por el gobierno con muchas dificultades no deseaban que sus hijos sufrieran más privaciones. Para otras mujeres que estaban estudiando con la intención de superar el ciclo de pobreza, el embarazo podría impactar de forma negativa sus aspiraciones. Cleeve et al. (2017) identificaron que dejar la escuela en Uganda, también puede ser una causa de estigma y falla en la comunidad, ya que la educación es altamente valorada.

De forma similar, Chumpitaz (2003) y Carvalho (2009) que realizaron sus investigaciones en Brasil con mujeres de clases populares, identificaron que la decisión estaba relacionada con las condiciones económicas y la poca certeza de un futuro en la relación afectivo- sexual. Es decir, las condiciones económicas frecuentemente aparecen vinculadas con la situación de pareja.

Santos y Brito (2014) en Brasil, identificaron que las dificultades económicas son determinantes en la decisión cuando las mujeres son las principales proveedoras en sus familias, no tienen un trabajo estable o están desempleadas, ya que el embarazo significaría un obstáculo para obtener otro trabajo o podrían perderlo. El embarazo también puede implicar dependencia económica, en las narrativas de sus participantes se identifica la idea de que la maternidad implica una pérdida de libertad y una dedicación integral que imposibilita realizar otras tareas.

También se observa un cambio generacional en la crianza, ya que antes se valoraba tener muchos hijos y ahora, las generaciones más jóvenes quieren tener familias pequeñas que les permitan dar más oportunidades a sus hijos/as (Cleeve et al., 2017).

La preocupación por la estabilidad financiera, el desempleo o los estudios inconclusos al momento del embarazo no solo se presenta en países de bajos ingresos, también se presenta en Suecia (Makenzius et al, 2013), al igual que otras razones como problemas de salud o discapacidad en algún familiar.

En la investigación en México de Joaquina Erviti (2005) observó que dentro del grupo de mujeres pobres que fueron atendidas en servicios públicos de salud por complicaciones de aborto, las entrevistadas compartían elementos en su contexto de vida: marginación social, poca autonomía al depender económicamente de la pareja, dedicación al trabajo doméstico no remunerado, bajo nivel educativo, redes sociales precarias o eran inmigrantes y en su mayoría vivían violencia ejercida por su pareja. La precariedad en sus redes sociales dificultó

la búsqueda de alternativas seguras para interrumpir el embarazo. Por otra parte, las mujeres atendidas en una clínica privada presentaban contextos de vida diferentes, con mejores condiciones de vida, mayor autonomía económica y nivel educativo, así como redes sociales más efectivas.

**Relación afectivo sexual y violencia de género.** En diversos estudios, el varón aparece como el principal interlocutor en la decisión y tiene un papel relevante en el acceso a los servicios de interrupción y en el bienestar posterior. Algunos estudios analizan la situación de pareja en la toma de decisión (Petracci et al., 2012), mientras que otros reflejan la limitada participación de los varones (López Gómez, 2010a), la falta de apoyo o interés (Cleeve et al., 2017).

La relación afectivo-sexual fue el principal motivo o de los más importantes que componen la “red de razones entrelazadas” en la interrupción del embarazo (Silva, 2014), que además se presentó en investigaciones de diferentes contextos y países. Sin duda, el aborto tiene una relación estrecha con el tipo y momento del vínculo, la situación de trabajo del varón y su capacidad como proveedor (Chumpitaz, 2003); por otra parte, Soto (2013) identificó que la mayoría de las relaciones de pareja se terminaron después de este proceso.

No solo la violencia actual influye, Gilbert y Sewpaul (2015) identificaron que la violencia familiar y de pareja vivida con anterioridad como un predictor del aborto ya que las mujeres entrevistadas temían repetir experiencias pasadas o ser abandonadas nuevamente.

Donati, Cèbe y Bajos (2002) ubicaron cuatro categorías en las relaciones afectivo-sexuales de las mujeres que interrumpieron un embarazo: 1) de poco involucramiento, sin compromiso; 2) de futuro incierto, en construcción o en crisis; 3) una relación con involucramiento pero incierta y 4) conyugalidad instaurada.

De forma similar, Mendes y Orosky (2014) identificaron que la mayoría de las relaciones en las que se dio el aborto, de acuerdo con las mujeres que entrevistaron, son inestables por lo que las mujeres se sentían angustiadas por no tener el apoyo del varón, en algunos casos vivían juntos o estaban en proceso de separación, mientras que en otros casos eran relaciones de noviazgo o solo salían.

En otro estudio en Suecia realizado por Makenzius et al. (2012), las mujeres que interrumpieron señalaron que tomaron la decisión correcta basada en sus deseos, sin embargo, en algunas ocasiones estuvieron influenciadas por otros, en especial por el varón implicado. De forma similar, Aléx y Hammarström (2004) en una investigación feminista, identificaron que algunas de las mujeres entrevistadas, al saber sobre su embarazo reaccionaron de forma positiva, sin embargo, todas reportaron que sus parejas no deseaban ser padres. Las autoras consideran que, en estos casos, las mujeres cambiaron de opinión tal vez inconscientemente y se ajustaron a la opinión de sus parejas por el discurso del amor romántico, aunque ellas manifestaron que había sido su decisión.

En esa misma investigación, ninguna de las participantes quería ser madre soltera, es decir las mujeres no querían criar a un hijo solas, buscaban formar una familia nuclear, en la que el hombre mostrará compañerismo, solidaridad, proveduría y fuera un padre responsable (Aléx y Hammarström, 2004).

Chiweshe et al (2017) identificaron el discurso de la “conyugalización de la reproducción”, es decir que el nacimiento de un niño/a solo es legítimo dentro del matrimonio, y al mismo tiempo, es una forma de seguridad ante la inestabilidad en las relaciones

De forma similar, Kimport et al (2011) identificaron que en algunos casos, las parejas rechazaron o negaron la responsabilidad del embarazo, por lo que las mujeres sintieron que no tenían elección, ya que la otra alternativa era la monomarentalidad para la que no estaban preparadas y posiblemente no tendrían apoyo familiar en el embarazo y en la crianza. Esto ejemplifica una brecha de género, en donde las mujeres al ser las únicas que pueden embarazarse son responsables totales del embarazo, ya que los hombres no asumen su responsabilidad en la anticoncepción, el aborto y en la crianza. Ante el rechazo del embarazo por los varones, las mujeres implícita o explícitamente tienen que ajustarse a sus deseos.

Cleeve et al (2017) y Oduro y Otsin (2014), ambas investigaciones en el continente africano, identificaron que algunas de sus entrevistadas no le informaron al varón implicado o terminaron el embarazo en contra de sus deseos, debido al miedo al estigma y a su deseo de continuar su educación. Mohamed, Diamond-Smith y Njunguru (2018) identificaron que las jóvenes kenianas no estaban preocupadas por la opinión de sus parejas, mostrando confianza en su decisión.

**Género y maternidad.** El mandato de la maternidad ligado al matrimonio, también aparece como un aspecto fundamental que enmarca la decisión, la experiencia de la interrupción y sus significados, pero que varía dependiendo de la edad y el nivel socioeconómico y educativo. Tanto Soto (2013) como Sorhaindo et al (2014) coinciden en sus hallazgos sobre la maternidad al identificar que al interior de las familias, así como en las relaciones de amistad, se espera y es una norma irrompible que todas las mujeres sean madres pero en circunstancias específicas (a la edad adecuada y dentro del matrimonio); este condicionamiento es más fuerte en las mujeres adultas que en las jóvenes.

Amuchástegui (2013) al entrevistar a mujeres que interrumpieron de forma legal en la Ciudad de México identificó que “el proyecto de maternidad se mantiene incuestionado y sólo se admite la decisión sobre su oportunidad” (p.2). Solo se puede rechazar el mandato de la maternidad por una ocasión y “para ser mejor madre, ya sea de hijos nacidos o futuros” (p.2). Esto coincide con los hallazgos de Soto (2013), quién señala que las entrevistadas (en su mayoría solteras y sin hijos) argumentaron su decisión en el mismo sentido.

Sorhaindo et al (2014) señalaron que las mujeres entrevistadas más jóvenes comentaron que la maternidad no es percibida para ellas y sus contemporáneas como un



evento deseable porque no les permitiría desarrollarse. Esto coincide con lo identificado por Soto (2013), ya que las mujeres jóvenes entrevistadas tienen una idea de maternidad relacionada con responsabilidad, como una decisión basada en las condiciones de la mujer.

No solo existe un cambio generacional sobre las significaciones sociales sobre la maternidad, también varían de acuerdo al nivel educativo de acuerdo a lo que López y Carril (2010b) identificaron. Por ejemplo, las mujeres de nivel educativo alto, con mayor independencia no viven la maternidad como “única fuente de realización” (p.14), incluso algunas dudan o eligen no ser madres; tienen mayor posibilidad de decidir sobre sus proyectos de vida, entre ellos el profesional. Las mujeres con niveles educativos bajos, tienen más incorporados los estereotipos de género, para ellas la maternidad y “ser buenas madres” es una obligación, por ello el embarazo que se quiere interrumpir ocasiona angustia y la decisión es ambivalente.

En este mismo sentido, Petracci et al. (2012) proponen a partir de su investigación en Argentina que el estrato socioeconómico y educativo marcó dos patrones distintos ligados a la maternidad y al aborto: en las mujeres pobres, al primer embarazo sigue uno o más hijos/as y después el aborto, mientras que, en las mujeres de clases medias y altas, al primer embarazo sigue el aborto y después los hijos/as. La decisión no es tanto sobre el embarazo sino sobre si se quiere un proyecto de maternidad o paternidad (Petracci et al, 2012).

Rivas y Amuchástegui (1996) identificaron tres grupos diferentes de situaciones en las que se encuentran las mujeres al momento de decidir la interrupción y que están fuertemente vinculadas con la maternidad: 1) Mujeres que desean al producto, pero se debe renunciar a él por no existir las condiciones de pareja que permita la presencia de un padre en la crianza en mujeres con niveles educativos altos que no tenían hijos. 2) Mujeres que quieren seguir formándose, se consideran incapaces afectivamente para ser madres, o no querían el embarazo ni el hijo, 3) En las mujeres que ya tenían hijos, el deseo no era tan fuerte, y otro hijo ponía en peligro su desempeño como madres, no había condiciones económicas o había la posibilidad de un maltrato para el futuro ser. En otro caso, a pesar del deseo de tener un hijo/a, se depositó la decisión en la pareja.

Este tercer grupo, es similar a las motivaciones que Figueroa (2012) identificó al entrevistar a dos mujeres mayores de 40 años y con hijos, relacionadas con la etapa del ciclo vital, haciendo énfasis en la calidad de vida del posible hijo/a y de los hijos/as que ya tienen, aunado a la falta de apoyo afectivo y moral de la pareja en el caso de una mujer, mientras que para otra el proyecto de maternidad estaba satisfecho. Esto coincide con los hallazgos de Makenzius et al (2013), quienes identificaron que algunas mujeres que habían interrumpido sus embarazos tenían otros hijos con problemas de salud o discapacidad. Así como los de Lie et al (2008) en los cuales las mujeres casadas y con hijos se preocupan por las actitudes de sus parejas, las necesidades de sus hijos y su calidad de vida.

El discurso de la maternidad correcta también influyó en las decisiones de las mujeres en Sudáfrica, a ellas les preocupaba la responsabilidad y las demandas de la maternidad, ser

“buenas madres” (con educación, buen trabajo, buen salario), junto con las tareas domésticas en una situación de pobreza (Gilbert y Sewpaul, 2015). Hoggart (2017) señala que esta narrativa también puede contribuir a resistir al estigma interno y al mismo tiempo reforzar las normas de género, ya que las mujeres entrevistadas consideraron que la maternidad debe ser planeada y responsable visualizándola en un futuro (no se plantean la posibilidad de no ser madres) ligada a sus expectativas sobre el matrimonio, la familia o su desarrollo personal que deberán cumplir antes de embarazarse. En este sentido buscaron posicionarse como “buenas mujeres”, “buenas madres”, “cuidadoras”, “maternales” priorizando a sus hijos (potenciales o reales) antes que a ellas mismas, por ello el aborto no es un acto egoísta.

Chiweshe et al (2017) al identificar este mismo discurso de “buena madre” señala que las narrativas aluden a un tipo particular de maternidad, con un alto nivel de compromiso, atención y cuidado, que tiende a la figura de la “madre abnegada” y relaciona este discurso con el “centrado en el niño/a” que asigna personalidad al feto.

#### ***1.3.4 Acceso a la interrupción del embarazo.***

**En contextos restrictivos.** De forma recurrente las investigaciones y revisiones consultadas, señalan las consecuencias negativas de los contextos de ilegalidad para las mujeres a nivel médico, social, psicológico y jurídico (López, 2015) y la no existencia de un aborto ideal en condiciones de restricción legal (Rostagnol et al., 2013). La clandestinidad, más allá de considerarse un contexto, funciona como “texto que determina las formas como se vive y se significa el acontecimiento de abortar” (López y Carril, 2010a p.10).

El contexto de ilegalidad genera dificultades para el acceso al aborto e implica un acceso diferenciado al aborto seguro de acuerdo a los recursos económicos. De acuerdo con los resultados de Petracci et al (2012), la ilegalidad estaba naturalizada en los relatos de las mujeres que entrevistó, como un dato fijo. Por ello, las rutas diversas que las mujeres siguen hasta realizarse la interrupción dependen de las condiciones económicas, la edad, el tipo de procedimiento, la disponibilidad de recursos, el apoyo familiar y social (López, 2015). Aunque el costo del aborto con medicamentos no fue percibido como inconseguible, en especial si se comparaba con la aspiración (Ramos et al., 2015).

Mendes y Orosky (2014) enfatizan que el aborto clandestino forma parte de una cadena de vulnerabilidades: pobreza, embarazo adolescente, y dificultades en la negociación de métodos anticonceptivos. El miedo también acompaña la búsqueda del aborto: Las mujeres en Uganda reportaron miedo a morir, a la infertilidad y al escarnio social y, en menor medida, a las repercusiones legales (Cleeve et al., 2017), mientras que en Baja California, México, uno de los estados más conservadores de nuestro país, las mujeres entrevistadas que interrumpieron un embarazo sí percibían mayores riesgos de salud y legales después de la aprobación de las reformas que protegen la vida de la concepción, que crearon un clima de criminalización del aborto (Aguilar, 2014).

El aborto con medicamentos (misoprostol) ha cambiado las prácticas en la región latinoamericana, sin embargo, existen varios obstáculos para su obtención, por ejemplo, la receta como requisito para su obtención en algunos países como Argentina, que no está registrado para usos obstétricos o los altos costos (López, 2015; Zamberlin, Romero y Ramos, 2012). Ramos et al (2015) identificó que a las mujeres argentinas les tomó entre una y dos semanas obtener las pastillas, incluso tuvieron que pedir a un adulto mayor que la comprará argumentando problemas gástricos.

Para obtener la receta, Ramos et al (2015) identificaron que poco menos de la mitad de las mujeres entrevistadas acudieron a un servicio público de salud, que era conocido por su compromiso con las mujeres y la calidad de su servicio, en el cual les dieron la receta, resolvieron sus dudas y respetaron su decisión. Sin embargo, en otras entrevistas se reportan dudas o información contradictoria sobre las dosis y el intervalo entre las tomas, además de creencias erróneas sobre el funcionamiento del misoprostol.

Entonces, el acceso al aborto seguro en contextos restrictivos es un tema complejo, si bien la difusión del aborto médico ha disminuido riesgos. La seguridad y la secrecía guían la búsqueda de servicios (Cleeve et al., 2017).

La necesidad de viajar para obtener el servicio también implica una barrera, en especial si se tienen hijos/as, no se tienen recursos económicos e implica un estrés adicional cuando no se conoce el lugar (Purcell et al., 2014).

En la investigación de Rivas y Amuchástegui (1996), antes de que se despenalizara el aborto en la Ciudad de México, la mayoría de las mujeres que entrevistó tuvieron acceso a lugares parcialmente adecuados en los que en algunos casos se percibió maltrato del personal o fines de lucro. En algunos casos se utilizó el AMEU. En otros casos se utilizó el legrado en donde la anestesia tuvo efectos negativos. Otras mujeres acudieron a parteras o se autoindujeron el aborto utilizando té, sondas e inyecciones, con dolores y sangrados intensos, por lo que requirieron atención hospitalaria, no fueron apoyadas por su familia, se sintieron solas, no sabían lo que estaba ocurriendo en su cuerpo y tenían miedo a la muerte.

Esto coincide con los hallazgos en Brasil, país en el que el aborto voluntario es ilegal. Mendes y Orosky (2014), identificaron que la mayoría de las mujeres que entrevistaron conocían a alguien que había interrumpido un embarazo, la práctica no era desconocida para ellas. Sin embargo, no tenían información sobre los procedimientos seguros o no sabían que hacer. Todos los abortos que realizaron las mujeres que entrevistaron fueron inseguros, el 40% de las mujeres utilizaron medicamentos sin acompañamiento profesional o información correcta, 31% acudieron a clínicas clandestinas, un 15% utilizaron té y otro 15% fueron a “casas de aborteras”. Más de la mitad de los abortos (54%) tuvieron complicaciones, y acudieron a un servicio de salud debido a ello, evaluándolo de forma negativa en la mayoría de los casos por la discriminación que recibieron, coincidiendo con los datos obtenidos en

las entrevistas de Diniz y Medeiros (2012) que señalan amenazas de denuncia, largos tiempos de espera o que las hicieron compartir cuarto con las mujeres que acaban de parir.

Maroto (2011) identificó en su investigación que las mujeres que tuvieron acceso a fuentes de información segura y apoyo emocional, se sintieron en menor riesgo; por otra parte, quienes no tuvieron consejería, vivieron el proceso con ansiedad e incertidumbre porque tenían dudas sobre los síntomas. Las mujeres que no tenían contactos claves, tardaron entre una y ocho semanas en encontrar información.

En el contexto restrictivo estudiado por Rivas y Amuchástegui (1996) también se observaron “elementos que brindaron seguridad y bienestar” (p.99) como: 1) recursos médicos, técnicos y materiales que posibiliten la atención, en especial en casos de emergencia, 2) la actitud y apoyo de los médicos/as, que estaban dispuestos a atender y aceptar su decisión.

En Baja California, México, una investigación identificó que las estrategias que utilizan las mujeres para interrumpir un embarazo no se habían modificado por las reformas que protegen la vida desde el momento de la concepción, tampoco impidieron que las compartieran con otras mujeres y que algunas accedieran al aborto en la Ciudad de México (Aguilar, 2014).

**En contextos legales.** Por otra parte, algunas investigaciones en contextos legales indican que se presentan otras dificultades u obstáculos para el acceso como el consentimiento de los padres, los altos costos o la intención de mantenerlo oculto que motivó a las mujeres a buscar el aborto ilegal o no seguro (Hung, 2010 en Purcell, 2015). En Reino Unido, donde es legal, las actitudes negativas del personal de salud, los procesos de referencia poco claros y las demoras, afectaron de forma negativa la experiencia de las mujeres (Purcell, 2015) y su percepción de los servicios, al sentirse insatisfechas con la atención en los servicios de aborto (Atsbury-Ward et al., 2012); incluso algunas mujeres pensaban que serían juzgadas por las y los prestadores pero en la realidad no fue así.

En Uruguay, por su parte, difícilmente las mujeres pueden decidir qué tipo de procedimiento quieren, debido a que la Guía Técnica recomienda el aborto con medicamentos (López, 2015)

Cockrill y Nack (2013) y Kimport et al. (2011) señalan que algunas mujeres entrevistadas en Estados Unidos, reportaron la presencia y confrontación con los grupos provida afuera de las clínicas o medidas de seguridad, mientras que otras recibieron el rechazo del proveedor/a para realizar el procedimiento.

Por el contrario, en Cuba donde el aborto está normalizado o se ve como algo cotidiano y del que se puede hablar, es visto como una forma de control de la fertilidad que complementa a la anticoncepción más que como un último recurso (Bélangier y Flynn, 2009).

Mientras que en la investigación de van Dijk et al (2011), cuando ya se había despenalizado el aborto en la Ciudad de México, una tercera parte de las mujeres intentaron

autoinducirse el aborto antes de realizarse el procedimiento en las clínicas. Dos de 10 mujeres que acudieron a servicios privados, primero lo intentaron en los servicios públicos. Además, 10 de las 15 mujeres que acudieron a los servicios públicos, tuvieron que acudir a varios lugares antes de finalmente acceder al servicio, y algunas mujeres tuvieron que regresar al día siguiente porque no alcanzaron ficha. Las mujeres que interrumpieron en servicios públicos lo hicieron por el alto costo y la percepción de la falta de supervisión y regulación de los servicios privados. Por otra parte, las razones de quienes acudieron a servicios privados aluden a una mejor calidad del servicio. Los comentarios sobre la calidad de los dos tipos de servicio fueron positivos, con calificativos como “excelente”, “atentos” y “amigables”, aunque sugerían dar más información sobre los diferentes procedimientos de aborto y métodos anticonceptivos en los servicios públicos.

Otra barrera identificada en la Ciudad de México después de la despenalización, es la difusión pública de los servicios. La investigación realizada por Soto (2013) con mujeres que interrumpieron después de la despenalización en la Ciudad de México, indica que no había difusión de la ILE ni campañas sobre el tema, aunque algunas mujeres identificaron anuncios transmitidos por radio. Esto difiere en parte con los hallazgos de van Dijk et al. (2011) quienes identificaron que 16 de 25 mujeres entrevistadas reportaron haber escuchado de la despenalización parcial del aborto en la Ciudad de México en las noticias, o de boca en boca.

**Tipo de procedimiento.** Existe poca investigación sobre el proceso de elección del tipo de procedimiento de aborto, algunas investigaciones señalan elementos como la disponibilidad, las consideraciones legales y de la edad gestacional, aunque la investigación es limitada. Experiencias previas de aborto quirúrgico podría promover que las mujeres busquen el aborto médico (Lie et al., 2008), también son importantes las experiencias de personas cercanas con los distintos tipos de procedimientos (Halldén et al., 2009).

El misoprostol puede ser la mejor alternativa en un contexto restrictivo tomando en cuenta los costos, la seguridad y la privacidad (Ariha, 2012). Zamberlin et al. (2012) concluyeron que las experiencias de mujeres que interrumpieron con medicamentos en Latinoamérica son múltiples y dependen del contexto, la edad, la historia reproductiva, el nivel socioeconómico y el conocimiento sobre aborto, así como de las circunstancias físicas, emocionales y sociales en las que tiene lugar el aborto. Sin embargo, se identificaron como factores importantes: la supervisión médica y la información completa sobre su uso, efectos y signos de alarma, así como el apoyo emocional.

Ramos et al. (2015) identificaron que las mujeres obtuvieron información sobre los medicamentos a través de amigas y familiares, sin embargo, en algunas ocasiones era insuficiente, entonces ellas buscaron otras fuentes de información. La información obtenida a través de internet también fue importante, en especial si accedieron al material “Todo lo que quieres saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas”, con la información paso a paso, que evaluaron como accesible y adecuado.

Socorristas en Red en Argentina, junto con otras organizaciones en Latinoamérica y colectivas feministas a nivel mundial han tenido un papel fundamental para la difusión del aborto con medicamentos como ya se comentó en la introducción de esta tesis (Santarelli y Anzorena, 2017).

Socorrista en Red feministas que abortamos, reúne a grupos y colectivas de 18 provincias y 40 localidades de Argentina, en un feminismo de acción directa con lineamientos comunes para el acompañamiento sobre el uso seguro de medicamentos, con dos objetivos: 1) Priorizar el derecho a la información y a decidir sobre el propio cuerpo, y 2) Politizar la experiencia de abortar con medicamentos, de manera autogestionada, autónoma y con acompañamiento feminista (Santarelli y Anzorena, 2017).

Tanto en la investigación de Zamberlin et al. (2012) como en la de Lie et al. (2008), Elul et al. (2000), Ramos et al (2015) y Makenzius et al. (2013) las mujeres evaluaron el aborto médico como una forma de evitar la cirugía y la anestesia, más fácil, más práctico, menos costoso y riesgoso, que permite mayor autonomía, tranquilidad y control; más comfortable y relajado ya que se realiza en un espacio propio, con la presencia de la pareja o amigas, evitando actitudes negativas del personal de salud o la presencia de personas extrañas, esto último les permite una mayor libertad de expresar sus emociones. También se percibe más natural como si fuera un aborto espontáneo o una menstruación lo que permite afrontar la ansiedad o el miedo, se puede realizar de forma más temprana que un AMEU y con ello evitar los cambios hormonales, lo que redujo los sentimientos de culpa de algunas participantes. Sin embargo, el dolor y los efectos secundarios como contracciones, vomito, diarrea, escalofríos, la posibilidad de que no sea efectivo, que se tenga que buscar atención médica de emergencia o vivir en espacios compartidos son desventajas identificadas. Rivas y Amuchástegui (1996) señalaron que las mujeres que utilizaron la AMEU identificaron como ventajas la rapidez, la carencia de malestares por la anestesia y salir caminando.

En cuanto a la experiencia emocional del uso de medicamentos, algunas mujeres reportaron miedo a un sangrado abundante, de tener que revelar que interrumpieron el embarazo al personal de salud, de ser infértil posteriormente y dudan si tomaron el medicamento de forma correcta (Ramos et al., 2015).

Rostagnol et al. (2013) en su estudio con mujeres uruguayas concluyó que apropiarse del proceso de aborto médico implica asumir en varios niveles (personal, subjetiva y corporal) todos los costos del evento, lo que produce temor, ya que se cambia un orden dado (el poder médico).

Makenzius et al. (2013) identificaron que la experiencia de dolor y sangrado estaba relacionada con aspectos como el apoyo del varón implicado, las razones del aborto, el trato recibido por el personal de salud, experiencias de embarazo previas, y la información que tenían sobre el procedimiento. Ramos et al. (2015) identificó que solo una cuarta parte de las mujeres argentinas entrevistadas utilizaron analgésicos, creyendo que estos detendrían el proceso de aborto.

La experiencia con medicamentos es diversa en cuanto al apoyo social ya que mientras un estudio en contextos de ilegalidad reportó que poco más de la mitad de las mujeres que interrumpieron su embarazo con medicamentos lo hicieron solas o sin que su familia se enterara (Lafaurie et al., 2005), difiere de otro en el mismo contexto de ilegalidad el cual identificó que dos terceras partes tuvieron la compañía de alguien cercano (Ramos et al., 2015), similar a lo encontrado en otro estudio en Estados Unidos en un marco legal, que identificaba la ayuda activa de parejas o amistades que daban masajes, o preparaban un té, para reducir los síntomas (Elul et al., 2000).

**Apoyo de redes sociales.** Tanto en contextos legales como restrictivos, el apoyo de las redes de amistad, familiares o el vínculo con organizaciones de la sociedad civil o redes feministas son importantes para el acceso a la información y al servicio, así como al bienestar posterior al aborto. Por ejemplo, en la investigación en Costa Rica de Maroto (2011) en un contexto restrictivo, las fuentes de información fueron personal de salud en servicios privados y mujeres amigas o conocidas que habían tenido experiencias previas, que además las acompañan durante todo el itinerario. Diniz y Medeiros (2012) en Brasil identificaron que las mujeres tanto adultas como jóvenes tuvieron apoyo de amigas, médicos/as, enfermeras, familiares, y que las mujeres adultas y con mayor nivel educativo eran acompañadas por sus parejas. Además, las amigas o las parejas consiguieron el citotec.

Aguilar (2014), que realizó una investigación en Baja California, México donde es ilegal el aborto voluntario identificó que son a las redes de pares la primera opción de búsqueda de apoyo, pero en ocasiones no cuentan con la información o los recursos económicos, por lo que las mujeres acudieron a servicios que no estaban en las mejores condiciones. Entonces no solo es necesario tener en cuenta la presencia de redes sociales sino también las características de estas.

En el caso de las mujeres entrevistadas por Soto (2013), cuando el aborto estaba despenalizado en la Ciudad de México, ninguna afrontó la interrupción sola y se sintieron más seguras cuando recibieron apoyo de familiares y amigas. Las mujeres accedieron a información sobre la ILE, por amigas, médicos/as ginecólogos/as o por organizaciones de la sociedad civil.

La mayoría de las mujeres que participaron en el estudio de Maroto (2011) conversaron con sus amigas después de la interrupción siendo un importante espacio de elaboración de lo sucedido. Esto coincide con los resultados de otro estudio en Estados Unidos que reporta que es más probable que las mujeres confíen en sus amigas para contarles sobre sus embarazos que en algún miembro de su familia o parejas (Fielding et al., 2002). Las narrativas de las mujeres sugieren que ellas se sienten más apoyadas por interlocutores/as que afirman que ellas tenían la autoridad en la decisión y reconocen los múltiples factores que tomaron en cuenta (Kimport et al., 2011).

Con respecto al ámbito familiar, Halldén et al. (2009) destacan que la aprobación de sus padres, y en especial el apoyo de sus madres fue muy valorado por las mujeres suecas

que participaron en un estudio, sin embargo, en otros casos, se sintieron señaladas por no usar métodos anticonceptivos.

**Consejería.** Otro aspecto importante en el acceso a los servicios de aborto es la consejería. Por ejemplo, las cuatro mujeres entrevistadas por López (2009), atendidas en un servicio privado, dijeron sentirse protagonistas de su atención, cómodas, confiadas, escuchadas, apoyadas y respetadas, ya que recibieron consejería previa al procedimiento y el trato del personal médico era cálido.

La orientación antes de la interrupción favorece el bienestar emocional, ya que es una oportunidad de hablar de algo íntimo y difícil de decidir (Figuroa, 2012), es especialmente importante en las mujeres que no quieren contar de su embarazo a su pareja o familiares (Bennett, 2001). En este mismo sentido, Rostagnol et al. (2013) subraya que los relatos de las mujeres entrevistadas muestran que cuando hay consejería del aborto con medicamento, esta experiencia se integra con mayor facilidad a su cotidianidad.

### ***1.3.5 Estigma, silencio y malestar***

La *APA Task Force on Mental Health and abortion* en 2008, concluyó que los estudios con metodologías adecuadas “muestran que el estigma, la necesidad de no revelar este hecho y mantenerlo oculto, la exposición a los mensajes antiaborto y la falta de apoyo para tomar la decisión de la interrupción, afectan negativamente la experiencia después de un aborto” (APA, 2008, p.2).

Shellenberg et al (2011) reportaron que las mujeres saben que el aborto puede tener algún “costo” como el divorcio, violencia doméstica, acoso o infertilidad. En algunas ocasiones lo identifican como una forma de castigo hacia ellas, sin embargo, no es razón suficiente para detener su decisión. En algunas investigaciones en el contexto africano, se ha identificado que el estigma hacia el embarazo no intencionado y el aborto puede extenderse a la familia de la mujer, señalando a los padres como irresponsables (Cleeve et al., 2017).

En este mismo sentido, Sorhaindo et al. (2014) señala que la carga del estigma en las mujeres entrevistadas tanto en contextos legales como restrictivos estuvo en el aspecto moral, a pesar de no ser practicantes asiduas de la religión católica sí asociaban el aborto con un castigo divino, que se identificaba con el sufrimiento mental cada que recordaban el aborto, pues a pesar de poder racionalizar el tema del catolicismo con aspectos negativos para el desarrollo de la mujer, reconocieron que cargaban con la culpa y pensaban que no podrían embarazarse en el futuro o tendrían hijos/as con malformaciones congénitas.

El estigma dificulta que las mujeres puedan compartir esta experiencia y la necesidad de esconderlo genera malestar aún en contextos legales. Las mujeres que participaron en el estudio de Kimport et al. (2011) en Estado Unidos sí querían compartir su experiencia con alguien, pero no querían ser juzgadas, por lo que optaron por ocultarlo, experimentando emociones negativas y estigma; algunas reportaron insomnio, ataques de pánico y ansiedad



producto del esfuerzo de esconder su aborto. El secreto, el juicio y el estigma alrededor del aborto, pueden aumentar la angustia en las mujeres que no tuvieron apoyo en el proceso de toma de decisiones. Lo que coincide con los hallazgos de Astbury-Ward et al. (2012) quienes identificaron que las mujeres que entrevistaron en Reino Unido también guardaron en secreto su experiencia, sin importar el tiempo transcurrido, ya que reconocen que el aborto es inaceptable socialmente, que podría provocar desaprobación hacia ellas o podrían ser etiquetadas de forma negativa o porque ellas mismas autoevalúan de forma negativa esta experiencia como su “falla”, apreciándose el estigma interno en su experiencia.

Las investigaciones de Erviti (2005), Gilbert y Sewpaul (2015), así como de Cockrill y Nack (2013), identificaron que el estigma o los múltiples estigmas que viven las mujeres adolescentes, solteras o en relaciones fuera del matrimonio, debido a que sus embarazos no ocurren en las circunstancias “ideales”, dificultaron el acceso a los servicios, ya que tardaban en solicitar apoyo por ocultar el embarazo ante el temor a la crítica y a la exigencia de sus padres de casarse.

Sin embargo, el secreto también puede ser un ejercicio de agencia al permitir a las mujeres mantener el poder en la toma de decisiones o puede reducir el riesgo a la estigmatización, aunque puede exponerlas a mayores riesgos de salud ya que buscaron servicios privados o procedimientos inseguros, vivieron la experiencia solas, estuvieron expuestas a mayores complicaciones, gastaron mayores recursos y tardaron más en conseguirlos (Cleeve et al., 2017).

Guardar el secreto del aborto fue una causa de malestar para la mayoría de las mujeres entrevistadas, exacerbado por sus sentimientos de soledad y aislamiento, aunado a la poca disposición de otras personas (por ejemplo, los varones implicados) para hablar sobre la experiencia. El silencio también fue una carga, ya que se limita la expresión de emociones, en algunas ocasiones en conflicto. El espacio que posibilitó la investigación fue percibido como una oportunidad para contarlo sin ser juzgadas y como una oportunidad para visitar y reflexionar sobre temas que no habían sido capaces de abordar (Astbury-Ward et al., 2012).

Fletcher (1995) años antes realizó una importante investigación sobre silencio y aborto en mujeres irlandesas, sintetizando sus resultados en cuatro temas que dan cuenta de la complejidad de la tensión entre guardar o romper el silencio:

1) *Protección*. Las mujeres quieren evitar posibles repercusiones negativas. Al respecto, la autora encontró que las mujeres eran selectivas, tanto de las personas con las que compartían su experiencia como del tipo de detalles que estaban dispuestas a socializar. Ellas estaban conscientes de que su decisión no era irresponsable o egoísta como algunas personas podían suponerlo.

2) *Ambivalencia*. Algunas mujeres mantienen el silencio porque tienen sentimientos encontrados, desde emociones negativas hasta alivio por haber abortado, los cuales, ellas

evitaban nombrar públicamente porque al hacerlo podrían activar la creencia de que se hizo algo malo y ello las pondría en una situación de vulnerabilidad.

3) *Preocupación por otros/as*. El silencio de las mujeres sobre la experiencia de aborto se mantiene por sentir que expresarlo podría ser molesto para personas que las aman y que son importantes para ellas. La preocupación por otras mujeres que han abortado fue para algunas una motivación importante para romper el silencio, con la intención de que también ellas se sientan capaces de hacer lo propio.

4) *Frustración*. Este silencio obligado provoca frustración y enojo en las mujeres por la falta de espacios públicos que les posibiliten expresar la complejidad de sus experiencias. Algunas mujeres expresaron disgusto porque en dichos espacios la voz que domina es la masculina y del aborto se habla de manera impersonal pero no como una experiencia vivida. Ellas mismas ante estas circunstancias, se ven obligadas a ocultar su propia experiencia.

En este mismo sentido, en la investigación de Astbury-Ward et al. (2012) algunas mujeres pensaron que sería conveniente si más mujeres hablaran sobre sus experiencias. Varias mujeres expresaron sentirse como una “minoría” o “la única persona en el mundo que ha tenido un aborto”.

Major y Gramzow (1999) quienes realizaron un estudio de corte cuantitativo con 442 mujeres a través de un cuestionario antes, un mes y dos años después de la interrupción, identificaron que el 47% de las mujeres reportan que podrían ser estigmatizada si otras personas se enteran, y el 44% sienten que deben guardar en secreto el aborto a su familia o amigos. El malestar psicológico era bajo dos años después del aborto y era significativamente más bajo que el malestar psicológico antes del aborto. Si bien guardar el secreto puede tener beneficios, también puede tener costos intrapsíquicos de acuerdo con los autores, quienes identificaron que tanto la intrusión o la supresión de pensamientos sobre esta experiencia están relacionados con malestar psicológico. Sin embargo, no se identificó una relación negativa entre hablar sobre el aborto y la presencia de pensamientos intrusivos, sin embargo, quienes tuvieron pensamientos intrusivos, y hablaron sobre su experiencia sentían menos malestar.

Por su parte, Kimport et al. (2011) identificaron que la falta de apoyo social, fue uno de los factores que influyó en resultados psicológicos negativos después de la interrupción. Varias mujeres reportaron que sus familiares y amigos no las apoyaron cuando ellas contaron sobre sus abortos y tres de ellas terminaron su amistad por esta razón, aunque fueron pocas quienes contaron a sus familiares y amigos sobre el aborto, pues la mayoría guardó en secreto su experiencia, temiendo que no las apoyaran.

Algunas mujeres suecas entrevistadas por Halldén et al. (2009) entendían el aborto como tomar la vida de un niño potencial, matar una nueva vida o una acción egoísta, cuando los motivos están relacionados con sus vidas, mientras que para otras, la acción no era egoísta cuando valoraban la responsabilidad de la crianza. Ideas similares se identificaron en Brasil,

en donde Mendes y Orosky (2014) identificaron que 9 de las 22 (40%) mujeres entrevistadas reportaron sentirse tristes, arrepentidas o con un peso en su conciencia, relacionadas con la idea de “haber tirado una vida”. También en México, Figueroa (2012) identificó que en una de sus dos entrevistadas la toma de decisión se dificultó porque tenía temor de haber provocado dolor al feto (aunque se tranquiliza cuando le explican en la consejería que no es así), de que su familia la juzgara o ser castigada por Dios (en la segunda entrevista dice “Dios perdona”), además hizo un vínculo afectivo con el producto.

Sell et al. (2015) en su revisión de 11 estudios brasileños en donde el aborto está penalizado salvo ciertas causales, concluye que la mayoría de las mujeres en mayor o menor medida asocia esta experiencia con culpa, remordimiento, miedo a morir, al castigo de Dios o a ser criticada.

Las mujeres estadounidenses entrevistadas por Cockrill y Nack (2013) aprendieron estereotipos negativos sobre las mujeres que han interrumpido sus embarazos (egoístas, irresponsables, crueles, promiscuas), posteriormente legitimaron estos discursos, y los aplicaron hacia ellas. El estigma interno aparece con mayor frecuencia en mujeres en contextos familiares o comunitarios que tenían actitudes negativas hacia el aborto. Las autoras identificaron un fuerte vínculo entre religión y estigma interno (65% tenían religión vs 35% que no tenían religión). Ninguna mujer entrevistada integró el aborto a su identidad.

Gilbert y Sewpaul (2015) señalan que “la influencia de la religión no es absoluta” (p.84), que los valores individuales y los factores situacionales median su influencia en la toma de decisiones morales.

Santos y Brito (2014) identificaron que todas las mujeres entrevistadas se sintieron culpables porque se percibían responsables de haberse embarazado ya que no estaban usando anticonceptivos hormonales, solo estaban usando una forma de anticoncepción, o por arriesgarse en una relación sexual desprotegida y eximían de esta responsabilidad a los hombres, explicado por la responsabilidad exclusiva de la anticoncepción de las mujeres en nuestra sociedad. Posiblemente relacionado con esto en el estudio de Sell et al. (2015) también se identificó un deseo de romper la relación de pareja, o pérdida de la libido. O con los hallazgos de otras investigaciones (Oduro y Otsin, 2014, Trybulski, 2008) en los que las participantes se sintieron preocupadas o traicionadas por su cuerpo, por ejemplo, lamentaban la falla del método anticonceptivo

Las mujeres que internalizaron el estigma, en el estudio de Hoggart (2017) en Reino Unido también se sintieron culpables, consideraron que hicieron algo equivocado o vergonzoso o dijeron que no estaban de acuerdo con el aborto, describiendo al feto como inocente. Sin embargo en este estudio, se identificaron tres contranarrativas o resistencias al estigma: 1) “la buena madre” basando su decisión en los intereses de sus hijos/as ya que el embarazo ponía en riesgo su propia salud y bienestar así como la calidad de vida familiar y de los futuros hijos/as, ratificaron su decisión pero se oponen al aborto ya que atribuyen personalidad al feto, 2) responsabilidad sexual y reproductiva, que alude la reflexión sobre

las circunstancias en que se embarazaron, señalando que sí habían utilizado métodos anticonceptivos que fallaron en contraste las mujeres que no habían utilizado métodos anticonceptivos sentían vergüenza, culpa y se decían estúpidas, 3) el rechazo al estigma, en este caso algunas participantes ya habían contemplado la opción de la interrupción de forma previa al embarazo, no se juzgan a sí mismas ni mantienen el aborto en secreto pero sí perciben la situación como un error y algo desafortunado aunque confían en su decisión en la que priorizaron su necesidad de controlar su vida reproductiva.

En el mismo sentido, Atsbury-Ward et al. (2012), identificaron que, aunque las mujeres entrevistadas desarrollaron percepciones negativas sobre ellas mismas y se juzgaron duramente después del aborto, sintiéndose culpables de esta falta o falla, no todas las mujeres estaban dispuestas a cargar con esto o rechazaban las etiquetas negativas. Mientras que en el estudio de Cockrill y Nack (2013) las excusas y justificaciones aparecieron con frecuencia en las narrativas y algunas mujeres transfirieron el estigma a otras personas como formas de enfrentar el estigma internalizado.

Las mujeres que reportaron diferentes niveles de tristeza, arrepentimiento y duelo se sintieron forzadas por otras personas o las circunstancias y enfatizaron las desventajas de continuar el embarazo (Avalos, 1999).

**Malestar emocional e ilegalidad.** Algunas investigaciones destacan que la ilegalidad está vinculada con malestar emocional. Por ejemplo, Rostagnol et al. (2013) en su investigación en Uruguay documenta algunos casos de mujeres adultas en donde debido a la persecución policial, eran recogidas por el proveedor de servicios de aborto en alguna esquina y ellas ignoraban a donde las llevaban. La mayoría de estas mujeres, no sabían que método fue usado, solo recuerdan haber sido anestesiadas. La no vivencia del aborto genera un vacío experiencial, y una entrega de la propia vivencia a otro. Clandestinidad y soledad se asocian y se implican mutuamente. Esos abortos, permanecieron fuera de las narraciones de las mujeres a menos que se les preguntara expresamente.

Maroto (2011) en Costa Rica identifica que una mujer refirió malestar emocional, debido a que tardó 10 semanas en acceder a la interrupción por la falta de recursos económicos, que negó la experiencia, y no había hablado con nadie de ésta a pesar de que ya habían pasado varios años. Otras dos mujeres enfrentaron duelos, no por la interrupción del embarazo, sino por otras pérdidas y el contexto. Otra mujer que tuvo problemas psicológicos anteriores y posteriores al aborto hace referencia a la presión social: “*No es que usted queda loca después de hacerse un aborto, es que ¿Cómo no va a quedar loca con toda la presión y los viajes que le meten a uno en la cabeza?*” (Maroto, 2011, p. 72). La ilegalidad y la penalización generan temor, incertidumbre y angustia (Petracci et al., 2012).

**Ambivalencia.** Halldén et al. (2009) reporta que los sentimientos pueden ser contradictorios y ambivalentes, por ejemplo, al sentir dolor y al mismo tiempo alivio, el dolor puede estar relacionado con la idea de estar tomando una vida y el alivio estar relacionado con la finalización del proceso o de que se puede regresar a la normalidad. También identificó

que las mujeres jóvenes que entrevistó estaban muy preocupadas por su fertilidad futura. En coincidencia, otro estudio sueco señaló que en el proceso de decisión las mujeres tenían actitudes positivas hacia el derecho al aborto, pero también actitudes negativas hacia su propia experiencia de aborto, debido a que pensaban que podrían arrepentirse en un futuro o estaban preocupadas por su fertilidad, otro argumento en contra del aborto, es que sintieron alegría al saber del embarazo y que deseaban a ese niño/a. Después del aborto, la ambivalencia continuaba, ya que se sentían aliviadas, pero también pensaban como estaría su cuerpo si el embarazo continuará (Aléx y Hammerström, 2004).

Santos y Brito (2014) identificaron una ambivalencia emocional en las mujeres entrevistadas (expresada de manera directa o velada) que sentían simultáneamente felicidad y tristeza, porque sabían que tenían que interrumpir el embarazo.

La investigación de López y Carril (2010) vincula los sentimientos ambivalentes al significado de la maternidad ya que hay “una lucha interna entre un aspecto de sí mismas que no quiere o puede con un hijo/a y otra que la condena por el no deseo” (p.15).

### ***1.3.6 Empoderamiento y cambios vitales después de la interrupción***

Si bien el estigma y el malestar generado por el discurso conservador están presentes bajo ciertas condiciones y son temporales, el alivio posterior a la interrupción es común y los cambios vitales posteriores al aborto también son evidentes y es necesario visibilizarlos.

**El síndrome post aborto no existe.** La Asociación Psicológica Americana a través de la Fuerza de Tarea en Salud Mental y Aborto (TFMHA), concluyó en 2008 que “entre las mujeres que tienen un embarazo que no ha sido planeado, el riesgo relativo de presentar problemas de salud mental no es mayor en aquellas que tuvieron un aborto consentido en el primer trimestre, que en aquellas que llegaron al final del embarazo” (APA, 2008, p. 1). Cuando no se toma en cuenta la salud mental de la mujer antes del aborto, los problemas de salud posteriores podrían parecer un resultado del aborto mismo cuando en realidad éstos ya existían (APA, 2008). Tanto este estudio como otros estudios en América Latina concluyeron que no existe un síndrome traumático post-aborto (López, 2015; Maroto, 2011).

Tener un aborto puede ser un evento estresante para la mujer, como otros eventos significativos en su vida (un divorcio, la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo). Las mujeres reportaron un amplio rango de emociones después de un aborto, la mayoría siente alivio, sin embargo, algunas mujeres experimentan sentimientos de tristeza o culpa (APA, 2008; Avalos, 1999) y las interpretaciones retrospectivas del aborto pueden cambiar, en especial si el crecimiento personal y las circunstancias hacen reevaluar la experiencia (Avalos, 1999).

**Alivio y apoyo social posterior a la interrupción.** La sensación de alivio después del aborto es reportada por la mayoría de los estudios, en especial cuando hubo apoyo social (López, 2015; López y Carril, 2010, Maroto 2011; Ramos et al., 2015). Las condiciones de

apoyo emocional y la conciencia de derecho, por parte de la red social de las mujeres disminuían la culpabilidad, la angustia y mejoraba el impacto psicológico y emocional (Erviti, 2005). Tener información sobre el desarrollo fetal y sentir que “habían resuelto” el problema vital, era contrapeso para la culpa y el remordimiento (Ramos et al., 2015).

Mendes y Orosky (2014) identificaron que el 60% de las participantes se sentían aliviadas y tranquilas, ya que se sentían “libres” de un embarazo no deseado o lo veían como una forma de ejercer un derecho sobre su cuerpo.

En la entrevista un año después del aborto a 58 mujeres suecas (Kero et al., 2004) solo una se había arrepentido, la mayoría lo asociaba con alivio y como una forma de responsabilidad, pensaban que lo había enfrentado bien o muy bien, aunque de forma paralela la mitad también expresaban sentimientos dolorosos. Comparando los sentimientos reportados al momento del aborto y un año después, el grupo que solo reportó sentimientos positivos se incrementó de 16% a 47%, el que reportó solo sentimientos dolorosos disminuyó de 30% a 3%, y el que presentaba tanto sentimientos positivos como negativos se mantuvo prácticamente igual (54% a 50%).

Las mujeres de cinco países en contextos legales y restrictivos reconocieron que es una opción necesaria y que era la mejor decisión que habían tomado, aunque expresaron sentimientos de culpa y tristeza (estos sentimientos estaban asociados en ocasiones a temas religiosos) (Shellenberg et al., 2011). Estos resultados coinciden parcialmente con investigaciones posteriores a la despenalización en la Ciudad de México como la de Sorhaindo et al. (2014) donde ninguna de las mujeres entrevistadas comentó arrepentirse por haber abortado, aunque la decisión fue difícil; Figueroa (2012) en la cual las mujeres se sienten tranquilas y perciben bienestar emocional con la decisión que tomaron, ya que fue la más adecuada; y de Soto (2013) ya que en las mujeres que entrevistó no se percibió miedo o culpa, y cuando lo expresaron fue producto de saber que pudieron prevenir el embarazo o la pareja las hacía sentir culpables.

Las emociones posteriores al aborto pueden estar relacionadas con la edad gestacional (Elul et al., 2000) o el lenguaje usado para describir al embrión o feto refleja que la cercanía o la distancia que se siente hacia éste (Goodwin y Odgen, 2007).

Kimport, et al. (2011), por su parte identificaron emociones positivas cuando las mujeres entrevistadas tomaron la decisión de forma independiente o sintieron el apoyo de sus parejas. Avalos (1999) indica que un tema importante para entender sus emociones es la forma en que ellas se explicaron el problema del embarazo. Las mujeres que tuvieron mayor libertad para decidir, y que son capaces de enfatizar las ventajas de interrumpir el embarazo, porque les permitió realizar los planes que tenían se sintieron más satisfechas con esta decisión. En este grupo también están las mujeres que continúan la relación de pareja, y que interrumpieron para darle prioridad a la relación.

**Apoyo psicológico.** Santarelli (2018) identificó que las mujeres acudieron con psicólogos/as cuando enfrentaron un embarazo no deseado, ya sea en el marco de una relación previamente establecida o debido a esta problemática. Este diálogo con el personal de psicología, se convierte así en otro elemento en el acompañamiento, que contribuyó a: 1) validar y reconocer deseos, decisiones o derechos, aprendizajes, 2) obtener información sobre procedimientos seguros, 3) tener espacio de contención y escucha sin juicios frente a la ausencia de otros interlocutores, 4) reflexionar sobre lo ocurrido, procesar las emociones, disminuir la culpa y la sensación de ser la única así como cuestionar el silencio, 5) a la organización de sentidos y significados sobre la experiencia del aborto y maternidad, que se integren a la biografía personal.

**Cambios vitales posteriores a la interrupción.** Las entrevistadas en la Ciudad de México después de la despenalización por Figueroa (2012) y Soto (2013) refieren que el aborto les permitió reflexionar acerca de ellas mismas, sobre su propio autocuidado, sus parejas sexuales y el uso de métodos anticonceptivos; reafirmó su poder en la toma de decisiones, estando conscientes de sus capacidades y limitaciones. También hay un cambio en la forma en como se perciben las mujeres a partir de la ILE, de un ser débil y dependiente a una persona capaz de tomar decisiones por sí sola.

Después del aborto, el deseo de prevenir futuros embarazos y obtener métodos anticonceptivos sin considerar a las parejas es reportado en el contexto africano (Cleeve et al., 2017).

La reflexión sobre su vida futura también fue un elemento identificado en todas las mujeres, por Sorhaindo et al. (2014), sobre todo en las mujeres que tenían menos de treinta años señalaron que en cierto sentido el aborto había tenido un punto positivo, que las hacía mirar hacia ellas mismas y hacia las consecuencias para su futuro que podía tener traer un hijo/a al mundo sin desearlo.

Rivas y Amuchástegui (1996) en su investigación realizada en contextos restrictivos, identificaron que, en una cuarta parte de las mujeres había coincidencia entre las “decisiones claras y autónomas, efectos emocionales positivos” (p.102), una mayor autonomía estableciendo una negociación sobre el uso de métodos y un fortalecimiento de su autoestima. Ellas interpretaron el aborto como una postergación de la procreación y no como una “trasgresión”.

De acuerdo con Ortiz y Troncoso (2012) la mayor parte de las mujeres mexicanas que participaron en el programa de ADAS (Acompañamiento Después de un Aborto Seguro) ratificó su decisión, y destaca que, a partir la interrupción del embarazo, las mujeres hicieron cambios en sus vidas, en especial en relación con estereotipos y roles de género, decidiendo por ellas mismas y favoreciendo procesos de autonomía. La interrupción del embarazo apoyada por un acompañamiento puede fortalecer la autonomía, “formando un eslabón más en la gestión de su proceso de soberanía” (p.11). Ortiz y Troncoso (2012) señalan que el aborto significó la posibilidad de cambiar o evitar mayores conflictos o poner límites, es

decir, el embarazo las enfrentó con situaciones dolorosas o críticas que no habían resuelto previamente.

Kero et al (2004) identificó que casi dos terceras partes reportaron al año solo experiencias positivas posteriores al aborto relacionadas con su bienestar, como madurez, mayor autoconocimiento, autoestima fortalecida además de mayores conocimientos sobre su fertilidad o la mejora en sus relaciones de pareja o en sus prácticas anticonceptivas. Otro estudio con mujeres jóvenes suecas reportó que se entendieron mejor a ellas mismas, sus cuerpos, su fertilidad, y el significado de la maternidad (Halldén et al, 2005) Por otra parte, otro estudio con adolescentes afroamericanas de entre 15 y 18 años, identificó que ellas tenían poco conocimiento sobre la salud y los procesos reproductivos, pero el aborto fue valorado de una manera positiva, como una experiencia de crecimiento, y de empoderamiento (Andrews y Boyle, 2003).

Cleeve et al. (2017) concluyen que el aborto puede ser al mismo tiempo una no elección y una acción agéntica para recuperar el control sobre su vida y su futuro, por lo que representa una forma de empoderamiento detonante de la emancipación de las mujeres en Uganda.

A lo largo de esta panorámica sobre el estado del arte en relación con el tema del aborto podemos concluir lo siguiente como una síntesis de los hallazgos más importantes:

- El estigma relacionado al aborto reforzado por un contexto ilegal obstaculiza el acceso a un aborto seguro y el bienestar posterior a la experiencia.
- El proceso decisorio no es lineal, no hay motivos aislados, y el itinerario abortivo se entrecruza.
- Las opciones ante un embarazo no intencionado son limitadas al estar en medio de condiciones socioeconómicas o laborales desfavorables.
- Las mujeres también consideran el bienestar familiar al tomar sus decisiones.
- El discurso de “buena madre” permea el proceso decisorio y también puede ser una estrategia para resistir al estigma.
- Los significados sobre el aborto están relacionados con el significado de maternidad, y el contexto social y cultural en el que viven.
- La presencia de redes familiares, de amistad, el apoyo psicológico o la consejería contribuyen al acceso al aborto seguro y al bienestar emocional posterior a la experiencia.
- Las mujeres se sienten culpables por no prevenir el embarazo, pero no adjudican responsabilidad a su pareja sexual.
- El estigma internalizado provocado por el discurso conservador genera en algunos casos malestar después del aborto.
- El silencio impuesto puede afectar el bienestar emocional pero también físico al retrasar la búsqueda de servicios seguros.



- Los significados de la maternidad son diferentes de acuerdo a la edad, nivel socioeconómico y educativo.
- Las mujeres después de un aborto se sienten aliviadas y no se arrepienten de su decisión.
- La interrupción del embarazo en especial en contextos de legalidad permitió que algunas mujeres tomaran mayor conciencia sobre sí mismas y quisieran hacer cambios en su vida reproductiva, en especial en el uso de anticonceptivos.
- El aborto con medicamentos ha transformado la experiencia de la interrupción, haciéndola más accesible, segura y controlada por las mujeres.
- La consejería psicológica tiene un papel fundamental para brindar contención, validar las decisiones de las mujeres, y reducir la culpa

#### 1.4 PANORAMA GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE ABORTO EN LA UNAM

Consideré importante tener un panorama de las investigaciones realizadas por estudiantes universitarios que analizaran el tema de aborto, como una fuente de información actualizada y que nos mostrara también los principales discursos y narrativas sobre el tema en la población universitaria.

Realicé una búsqueda en TESIUNAM, que incluye las tesis desarrolladas en las diferentes facultades y escuelas de la UNAM, así como en universidades incorporadas, con el término “aborto” e “interrupción del embarazo”. Se identificaron 502 tesis sobre “aborto” desde 1869 a 2015 y 44 tesis sobre “interrupción del embarazo” de 1941 a 2015, descartándose tesis de biología, química y medicina veterinaria; el análisis se limitó a las tesis producidas de 1971 a 2015 considerando que, en dichos años, se empezaron a diversificar las investigaciones sobre el tema ya que, previo a 1971, la mayor parte de su tratamiento era desde la perspectiva legal. La mayoría de estas tesis son de licenciatura o especialidad, mientras que solo 13 son de maestría y tres son de doctorado. En un primer análisis las tesis se agruparon por carrera y período de titulación.

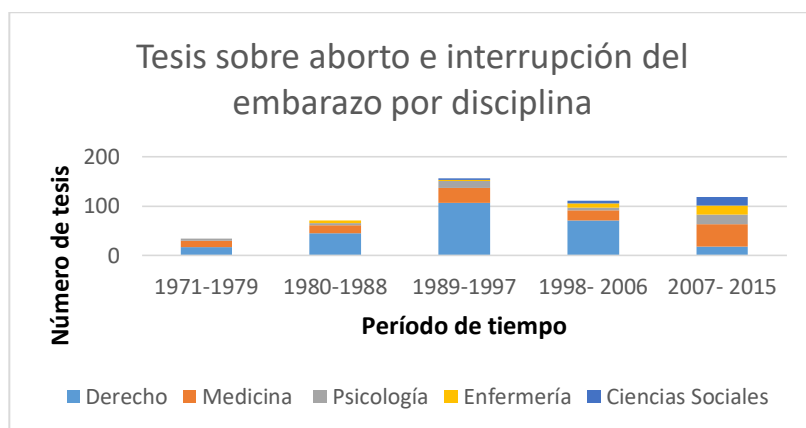


Figura 1. Número de tesis sobre aborto e interrupción del embarazo por disciplina y período de titulación.

En la Figura 1 se observa que la mayor parte de las tesis sobre aborto en el período 1971- 2006 provenían de estudiantes de derecho, además de un repunte general importante en la producción de tesis sobre este tema en el período de 1989 a 1997, en el cual se desarrollaron 153 tesis, mayoritariamente en la disciplina del Derecho. Este repunte y su énfasis en Derecho podría deberse al debate surgido a partir del primer intento de despenalización del aborto en el país, ocurrido en 1990 en Chiapas.

A partir de 2007, año en que se despenalizó el aborto hasta las 12 semanas en el Distrito Federal, se identificaron cuatro hallazgos importantes:

1) Un incremento de las tesis con la categoría, “interrupción del embarazo” (33 tesis en el período 2007-2015), siendo ésta una categoría nueva que toma fuerza después de la despenalización parcial del aborto en el D.F en 2007.

2) Un incremento en el número de tesis en la mayoría de las disciplinas analizadas, resaltando un aumento mayor en el área médica y una disminución en el número de tesis sobre aspectos legales . Adicionalmente, en este período se encontró un aumento en el abordaje social y político.

3) En el área psicológica se observa también un incremento importante, con 20 tesis sobre el tema en 8 años, lo que triplica el número de tesis con respecto al período anterior, aunque parte importante de estos trabajos no tienen una perspectiva de género.

4) El surgimiento de nuevas temáticas como el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo (se desarrollaron 5 tesis en este período) o las características y calidad en la prestación de los servicios de interrupción legal del embarazo.

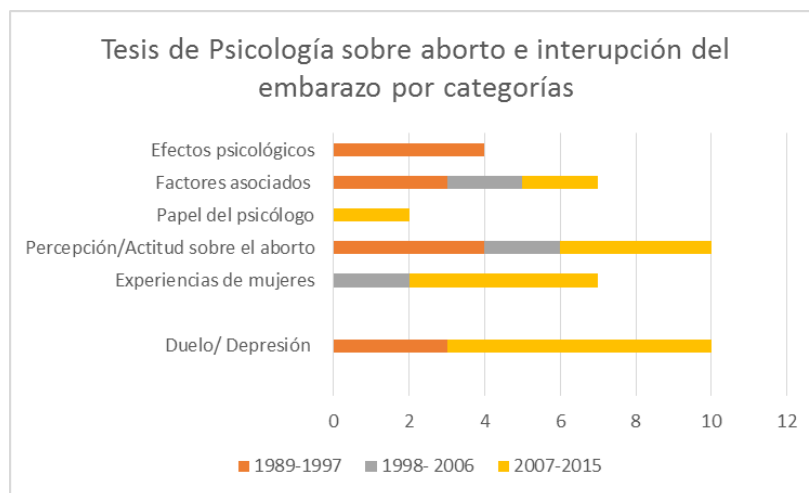


Figura 2. Tesis de Psicología sobre aborto e interrupción del embarazo.

En cuanto a las tesis sobre el aborto desarrolladas desde la psicología a partir de 1989 predominantemente desarrolladas por mujeres (92%), en la Figura 2 observamos que la relación con el duelo y/o la depresión o los posibles efectos psicológicos son temas que aumentaron en frecuencia a partir de la despenalización del aborto en 2007, sin embargo,

algunas de estas tesis consistían en revisiones bibliográficas, las cuales no permiten dar cuenta de los contextos y narrativas de las mujeres. Las actitudes y percepciones sobre el aborto han sido una temática psicológica constante en los últimos años. Es posible que la despenalización permita una mayor profundización en las experiencias de las mujeres, posiblemente porque las mujeres entrevistadas son contactadas a través de los servicios públicos y privados y la legalización posibilita otra vivencia ya que, de ser delincuentes, ahora son usuarias legítimas de un servicio (Amuchástegui, 2013).

Sin embargo, es necesario ampliar este tipo de investigación desde la Psicología, incluir los aportes y resultados de otras disciplinas como la Sociología y extender sus marcos analíticos incorporando la perspectiva de género feminista. Si bien en algunas tesis se incluye la categoría de género o maternidad en sus marcos teóricos o su postura es respetuosa del derecho a decidir de las mujeres, esta perspectiva que debe ser transversal no está incluida en su metodología, resultados y conclusiones. En el período 2007- 2015, 5 tesis incluyen la perspectiva de género de forma integral en su estudio, mientras que en el período 1998- 2006 solo dos tesis la incluyen.

En conclusión, ante la escasez de investigaciones a nivel posgrado acentuada en el ámbito psicológico en la Universidad Nacional Autónoma de México es de suma relevancia el presente estudio sobre experiencias de aborto que permita hacer análisis más detallados, con marcos teóricos sólidos y críticos y desde una perspectiva de género. Es importante mencionar que esta ausencia de investigaciones puede significar una expresión del estigma social sobre el tema que también incluye el ámbito académico.

## ***CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL***

En este capítulo abordo el marco teórico y conceptual de esta investigación, que está dividido en cinco apartados. En los tres primeros, se ahonda en los ejes teóricos, epistemológicos y metodológicos que guían esta investigación: la teoría e investigación feminista y los abordajes narrativos. Por otra parte, en la cuarta y quinta sección se abordan los dos temas que anteriormente he planteado son claves en el contexto actual mexicano para analizar las experiencias de interrupción del embarazo: el estigma por un lado y el empoderamiento por otro.

### **2.1 TEORÍA FEMINISTA**

Si bien la diferencia no implica necesariamente desigualdad, en los hechos es así y ha sido así por mucho tiempo; en el caso de las mujeres, éstas son vistas como inferiores en diversas culturas y el lugar de subordinación se ha mantenido así a través de distintos mecanismos como el lenguaje, la ideología patriarcal y el pensamiento dicotómico (Facio, 1999).

Lo femenino tradicionalmente se ha asociado con la maternidad, el cuidado y el afecto, como “seres para otros”, como diría Franca Basaglia (1983); a las mujeres se les ha ubicado en el ámbito privado, doméstico, del trabajo no remunerado, obstaculizándoles el acceso a la educación, al trabajo remunerado y a los espacios de toma de decisiones (Fernández Rius, 2012) o generando brechas y desigualdades en estos espacios. Distintas instituciones patriarcales han limitado la sexualidad de las mujeres a la reproducción y a los deseos masculinos; han invisibilizado su erotismo, pensando el cuerpo de las mujeres desde una lógica masculina (Pauluzzi, 2006). En el marco de este trabajo, reconozco esta construcción de género-sexualidad y la liga casi insoluble entre ser mujer y ser madre que pesa en la cotidianidad de la vida de las mujeres mexicanas, que limita sus posibilidades de acción y tiene una influencia importante en el proceso de la interrupción del embarazo y en su significado.

Por ello, el feminismo ha emprendido una serie de acciones en el plano académico, político, comunitario y del activismo, en la defensa del derecho a decidir de las mujeres. El feminismo, marco teórico y político del presente trabajo, lo entiendo, siguiendo a Alda Facio (1999), como un movimiento social y político, local y global y, al mismo tiempo, como una teoría trans e interdisciplinaria que pretende comprender, explicar y analizar los múltiples factores que sostienen la desigualdad de género y la subordinación femenina en sociedades patriarcales, con el fin de “acabar con las relaciones de dominación, terminar con la discriminación sexual, asegurar la liberación sexual de las mujeres, luchar a favor de sus derechos e intereses, crear conciencia, transformar las estructuras institucionales y legales” (Dietz, 2005, p.179). Además, nos permite analizar a hombres y mujeres no como seres estáticos y sin posibilidades de cambio, sino como sujetos históricos contruidos socialmente (Castañeda, 2008; Facio, 1999).

Marcela Lagarde (2009) plantea que el feminismo es radical porque: 1) plantea ir a la raíz de lo que nos coloca en desventaja y nos daña, 2) proclama la condición humana de las mujeres, así como la igualdad entre mujeres y hombres, 3) dicha igualdad implica cambios y transformaciones profundas en nosotras mismas.

Debido a que históricamente la única experiencia válida y conocida era la de los hombres blancos, occidentales y de clase media, y al mismo tiempo la ciencia neutral no daba o no ha dado cabida o importancia a visibilizar otras realidades, la teoría feminista ha sido construida a partir de la revalorización y descubrimiento de las experiencias, voces y necesidades de las mujeres en y desde una posición de opresión (De las Heras, 2009; Santarelli y Anzorena, 2017). De esta forma, “La experiencia entendida como subjetiva y corporal, como fuente de crítica y rebelión, marcada por las relaciones de dominación” (Fernández Hasan, 2012, p.65), como conciencia activa, es punto de partida de la historia y para la reconstrucción de narraciones; está constituida por el lenguaje y enlaza lo personal con lo político; en conclusión, es una herramienta metodológica, epistemológica y política. Si bien esta categoría ha sido cuestionada, y es necesario no romantizarla considerándola como verdad absoluta o el hecho en sí mismo, la experiencia situada en un contexto, sigue teniendo plena vigencia y más aún en el tema del aborto, en el que se han privilegiado estimaciones y estadísticas mientras que las experiencias de mujeres en su diversidad y complejidad comienzan a conocerse a partir de sus testimonios o declaraciones públicas rompiendo los límites entre lo público y lo privado, dando posibilidad a la transformación social y a la creación de “saberes encarnados y localizados” (Vacarezza, 2015).

En el plano académico (Facio, 1999; Madoo y Niebrugge- Brantley, 1997), la teoría feminista, caracterizada como crítica y activista, que busca un mundo mejor para las mujeres y la humanidad, productora de una teoría de la vida social que cuestiona todo lo que hemos creído conocer, es la base para entender el funcionamiento del patriarcado, la división sexual del trabajo, la expropiación del cuerpo de las mujeres, la sobrevaloración de la maternidad, el disciplinamiento y control de nuestros cuerpo por los hombres y las instituciones médicas, legales y religiosas con el objetivo de controlar la sexualidad y la reproducción, temas fundamentales para comprender las diversas experiencias de las mujeres que interrumpen sus embarazos.

Madoo y Niebrugge- Brantley (1997) propusieron que toda teoría feminista podría ser clasificada en tres tipos ideales: Las teorías de la diferencia, de la desigualdad y de la opresión de género (en otra edición de Ritzer las autoras añadieron las otras dos formas de opresión en los tipos de teorías), al utilizar las diferentes respuestas que estas teorías le han dado a dos preguntas fundantes que tratan de explicar la situación de las mujeres : ¿Qué hay de las mujeres? y ¿Por qué esta situación es la que es? Esta investigación es afín a las teorías de la opresión de género, ya que enfatizan que la situación de las mujeres se explica a partir de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, en donde las mujeres somos oprimidas, controladas, subordinadas, moldeadas, usadas y objeto de abuso. El patriarcado es parte de

estas teorías como estructura básica de dominación. De estas teorías deriva el feminismo radical en el que nos detendremos por su importancia para esta investigación, que también retoma algunos aportes del feminismo liberal y psicoanalítico.

Si bien la presente investigación coincide con algunos postulados del feminismo liberal, como la reivindicación de las mujeres como seres humanos completos dotadas de razón y poseedoras de derechos, que no pueden ser definidas por su función biológica y que se encuentran en una situación desigual originada por la organización de la sociedad, me distancio del supuesto de que las mujeres tienen total control de sus cuerpos y autonomía al considerar que estamos inmersas en factores estructurales como la pobreza o el desempleo y discursos que nos constriñen; también retomo algunas contribuciones del feminismo radical<sup>14</sup> que surge en el contexto del mayo de 68, se articula alrededor del principio ético y político de la igualdad (Cobo, 2014), tomando como punto de partida a las mujeres como “clase universal doblemente oprimida, por el capitalismo y el patriarcado” (Briñon, 2007, p.37). En este sentido, es importante identificar que las limitaciones que las mujeres tienen para el acceso al aborto legal y seguro en la mayor parte del territorio mexicano, así como la maternidad forzada, son expresiones de la dominación y la opresión de género que impiden la construcción una “humanidad democrática” (Lagarde, 1996).

Los aportes del feminismo radical siguen teniendo vigencia, es decir que, como señala Greer (2000), “Lo personal sigue siendo político”. El slogan “Lo personal es político” se empezó a utilizar en 1965, y Carol Hanish, feminista radical escribió el primer artículo sobre esta idea, que aludía a que los problemas de las mujeres tenían sus raíces en estructuras patriarcales que permean prácticamente todo en nuestra cotidianeidad (Facio, 2013).

La categoría de “patriarcado” es central como causa de la opresión de las mujeres y el sistema sobre el que se asientan otras dominaciones (clase, raza, etc.); un “hábito mental y una forma de vida” (Millet, 1975, p.84) y “una constante social tan hondamente arraigada que se manifiesta en todas las formas políticas, sociales y económicas... que muestra, no obstante, una notable diversidad, tanto histórica como geográfica” (Millet, 1975, p.34) y, a través del cual los hombres se benefician, ya sea de manera económica, sexual o psicológica. Ubicando al patriarcado en el tema de aborto, ¿cómo no pensar que el estigma es una forma de control impuesta por el patriarcado para que las mujeres no puedan decidir libremente sobre sus cuerpos?.

---

<sup>14</sup> El feminismo radical se diferenció del liberal en varios sentidos. Por su reivindicación de la sexualidad y el aborto; por su análisis sobre el patriarcado y por su propuesta de transformación social, que va más allá de reformas legales e implica la participación de las mujeres, comenzando por sus propias vidas (Del Olmo, 2016; Perona, 2010; Puleo, 2010).

En este trabajo reconozco que la igualdad formal y el reconocimiento de derechos es un paso necesario, pero no suficiente para cambiar la situación de subordinación y que, en este caso, con la aprobación legal de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, ha cambiado el panorama sobre éste, pero al mismo tiempo no se ha logrado la despenalización social.

Otras aportaciones del feminismo radical que se retoman en esta tesis son las siguientes:

- Ubicar el espacio privado, la familia y las relaciones más íntimas, como un espacio de dominación patriarcal. Kate Millet (1975) señala a la familia como el “principal instrumento y pilar fundamental del patriarcado” (p.44). Esta autora da un giro a la teoría política al ubicar las relaciones de poder que moldean la familia y la sexualidad (De las Heras, 2009). En este sentido, para la realización del presente trabajo, visualizo la interrupción del embarazo como un evento personal pero que tiene repercusiones políticas importantes, por lo que es un tema de interés público.
- La noción de política como “el conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo queda bajo el control de otro grupo” (Millet, 1975, p.32).
- Contemplar la importancia de los grupos de autoconciencia para transformar las vidas de las mujeres y a la sociedad, en los que las mujeres se dan cuenta de su situación de invisibilización y exclusión; de lo que implica la sociedad; de las posibilidades de cambio y de los obstáculos que enfrentan; esto a través de hablar desde la propia experiencia, de la reflexión, el análisis y el debate entre las mujeres, con el objetivo de buscar la libertad y el crecimiento personal, al mismo tiempo que se asumen como sujetos políticos (De las Heras, 2009; Del Olmo, 2016; Millet, 1975). Además, se rechaza la jerarquía y la enemistad entre mujeres apostando a la creación y el fortalecimiento de vínculos entre mujeres, a través de la sororidad<sup>15</sup>, pieza fundamental para desarticular el patriarcado. Si bien, en el contexto actual, se han diversificado las estrategias para generar conciencia de género y sororidad entre mujeres, una expresión que abordo en esta tesis es el acompañamiento a mujeres por parte de organizaciones y colectivos feministas.
- Colocar a la sexualidad y la dominación sexual de la cual son objeto las mujeres, como temas centrales entendidas en tanto construcciones políticas. Millet (1975) propuso la revolución sexual para liberar a las mujeres de la subordinación, la cual requiere: la desaparición de tabúes sobre la homosexualidad, la ilegitimidad y la sexualidad fuera del matrimonio; romper con la visión negativa de la sexualidad y con el doble estándar sexual, así como reconocer al amor romántico como estrategia de poder que obstaculiza las decisiones de las mujeres. En este sentido, el derecho a la interrupción del embarazo legal, seguro y gratuito y la

---

<sup>15</sup> Marcela Lagarde (2009) define sororidad como el pacto político de género entre mujeres que se reconocen como interlocutoras. No hay una jerarquía, sino un reconocimiento de la autoridad y la valía de cada una, tiene un principio de reciprocidad, implica compartir recursos, tareas, éxitos y dar a conocer las aportaciones de las mujeres. Se basa en el respeto para enfrentar la misoginia. La sororidad es posible si estamos encaminadas a la mismidad y la autonomía.

despenalización social del aborto son elementos importantísimos para esta revolución, en la cual las mujeres puedan vivir o no maternidades amorosas y deseadas con políticas públicas que sustenten la posibilidad de ser o no madres.

Las argumentaciones del feminismo radical, son producto de la interacción entre teoría y praxis, por ello se concatenan con la investigación activista feminista<sup>16</sup> (IAF), con la cual también me identifico, ya que este trabajo es en parte resultado de la participación en colectivos y organizaciones feministas y de la propia experiencia de interrupción del embarazo y estigma, que podrían ubicarme en una posición epistemológica privilegiada y politizada. Las palabras de Claudia Anzorena y Ruth Zurbriggen (2013) al escribir sobre la experiencia de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en Argentina resuenan y hacen sentido en esta investigación, en la que “buscamos ambiciosamente pensar e intentar suspender nuestras propias evidencias, en un ejercicio que implica interrumpir, por un momento, el accionar para interrogarlo” (p.18).

Bárbara Biglia en Araiza y González (2017) plantea once elementos que conforman la IAF: el compromiso con el cambio social, la ruptura de la dicotomía público/privado, relación de interdependencia entre teoría y práctica, el reconocimiento de la perspectiva situada, la asunción de responsabilidades, la valoración y el respeto de las agencias de todas las personas, la puesta en juego de las dinámicas de poder, la apertura a su modificación, la reflexividad/ autocrítica/ difracción, saberes colectivos, y redefinición de los procesos de validación del conocimiento.

## **2.2 CLAVES FEMINISTAS PARA EL ABORTO**

A continuación, retomando la palabra utilizada de Marcela Lagarde (1997), se presentan siete “claves feministas” para analizar la interrupción del embarazo en el contexto mexicano. Esta autora las considera “mecanismos o métodos” (p.4) y yo agregaría que son reflexiones que, como ella señala, “son llaves para abrir puertas o ventanas que cada quien puede utilizar para elaborar su propia teoría” (p.4) y, al mismo tiempo, también pueden ser claves de vida.

### ***2.2.1 Género, poder y resistencia***

Una categoría analítica imprescindible para esta investigación, es el género. Scott (1986, 2010) señala que esta categoría es un esfuerzo de las feministas, por mostrar las limitaciones de las teorías existentes para explicar la desigualdad entre mujeres y hombres, las formas en las que las diferencias del sexo anatómico tienen significados distintos en diferentes momentos, así como cuestionar cómo se impusieron las normas regulatorias del comportamiento sexual o la forma en que las estructuras simbólicas afectaban las vidas y

---

<sup>16</sup> El término investigación activista feminista comenzó a utilizarse en las Jornadas Internacionales de Investigación Activista y Movimientos Sociales en Barcelona. Se apropiaron de este término sin intentar definirlo.



prácticas comunes. Además, esta categoría tiene un fin político enfatizando que las características humanas que identificamos como femeninas no son naturales (Lamas, 2002).

Scott (1986,) define al género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (p.4). Comprende cuatro elementos interrelacionados, ninguno opera sin los demás: 1) símbolos culturalmente que invocan representaciones (con frecuencia opuestas/binarias); 2) conceptos normativos a partir de las interpretaciones de los significados de los símbolos, expresados en la religión, las instituciones educativas, la ciencia, la ley y la política que afirman los significados de varón y mujer; y que están en tensión con otras posturas alternativas; 3) las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el parentesco, la familia, el mercado de trabajo, las instituciones educativas y la política, 4) la identidad subjetiva.

Retomo también el concepto de poder enfatizado en la obra de Scott (1986), entendido como “el control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos o acceso a los mismos” (p.4.), no solo porque está estrechamente vinculado a la categoría de género, sino porque nos permite identificar los poderes y discursos que están en juego en el proceso de la interrupción del embarazo: por una parte, el que tienen las mujeres para tomar esta decisión y aliados/as que las apoyan (médicos/as, familia, amistades, académicos, algunas instituciones y agrupaciones feministas) y por otra parte el poder de las instituciones y personas conservadoras que creen tener la tutela de las mujeres (familia, medios de comunicación, instituciones médicas y en algunas ocasiones sus parejas).

En este sentido, Scott (1986) y de Barbieri (1993), coincidiendo con el planteamiento del feminismo radical aclaran que el poder no es un solo ente, que no sólo está presente en el Estado, sino que se está disperso en los espacios y las relaciones sociales desiguales, pero que, dentro de esos espacios, también tiene lugar la agencia, la desobediencia y la resistencia. En consonancia, de Lauretis (1996) señala que el género se (re)actualiza y re(produce) constantemente a través de tecnologías y discursos institucionales que controlan los significados, pero no solo ubica en la construcción de género a los discursos hegemónicos sino también a los radicales como el feminista, situados en el margen pero que generan resistencias y nuevas autorepresentaciones de género.

Marcela Lagarde (2012) señala que el feminismo “surge y se define frente al poder” (p. 469). El poder, que está en toda relación social

consiste en la posibilidad de decidir sobre la vida del otro; en la intervención con hechos que obligan, circunscriben, prohíben o impiden. Quien ejerce el poder somete e interioriza, impone hechos, ejerce el control, se arroga el derecho al castigo y a conculcar bienes reales y simbólicos: domina. Al hacerlo, acumula más poder (p.469).

Sin embargo, el poder es dialéctico, también puede ser definido como autoafirmación para vivir la vida, pero que no conlleva opresión. Por ello propone el desarrollo de poderes

vitales entre ellos: 1) para enfrentar las diferentes expresiones de la opresión, 2) culturales para apropiarnos de conocimientos, habilidades y discursos, 3) para la autoconstrucción, 4) para la representación simbólica como humanas y 5) para la apropiación del cuerpo.

Poder y resistencia, son procesos que coexisten y son inseparables. Michel Foucault (1976) afirma que en donde hay poder, hay o existe la posibilidad de resistencia. Dentro de la red de poder, los puntos de resistencia están presentes en todas partes. La resistencia es definida como “proceso de creación y transformación permanente” (Giraldo, 2006 p.105) y “respuesta al ejercicio de poder sobre el cuerpo, las afecciones, los afectos” (Giraldo, 2006, p.118).

Desde el punto de vista feminista propuesto por Marcela Lagarde (2011), “la resistencia es la reacción ante situaciones opresivas en condiciones de dependencia vital, sujeción y subordinación” (p. 169), en las que no se tiene un amplio margen de acción y/o recursos para hacer otra cosa, cuando no se puede cambiar todo, es el inicio del cambio y se expresa como un rechazo al deber ser, al mandato o la autoridad del otro. La resistencia a la dominación está asociada a la construcción de los sujetos, y a procesos de libertad y autonomía.

Partiendo de este supuesto, acompañar a otras mujeres a interrumpir un embarazo en un contexto restrictivo es un ejercicio de resistencia o incluso la misma experiencia de interrupción puede serlo cuando no hay alternativas frente a un embarazo no intencionado que las llevaría a vivir a una maternidad forzada.

También habría que añadir que las mujeres mexicanas no viven la experiencia de la interrupción del embarazo en el aislamiento o fuera de contexto, por el contrario, están inmersas en relaciones de pareja, amistad y familiares, en un sistema económico neoliberal, capitalista, y de violencia exacerbada. Dichas relaciones funcionan como obstáculos o detonantes de malestar o por el contrario como facilitadores y apoyo frente a la decisión de interrumpir un apoyo. El contexto neoliberal y la violencia siempre irán en su contra.

En esta misma línea de enfatizar el poder como algo dinámico, Sánchez (2003) propone que las relaciones de género no mantienen de manera estática lugares jerarquizados, y se entretajan con otras relaciones de desigualdad y opresión (clase, edad, raza). Sobre este último punto, es importante reconocer que la experiencia de la interrupción del embarazo y su significado no es el mismo en todas las mujeres ya que estos ejes de opresión y las condiciones materiales y simbólicas para su realización son factores importantes en la organización de sentidos.

### ***2.2.2 Género, salud mental y emociones***

Al ser esta una investigación en psicología y ante la existencia de una serie de mitos sobre la salud mental de las mujeres que abortan, es necesario posicionarme. En primer lugar, tomo como punto de referencia los conceptos propuestos por Mabel Burín, psicoanalista

argentina, en sus libros y en particular en “El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada” (Burín, Moncarz y Velázquez, 1990), en el cual plantea las posibles repercusiones en la salud mental y en los “modos de vida enfermantes” de las mujeres al estar inmersas y en condiciones opresivas en una cultura patriarcal, proponiendo salir de los dualismos salud-enfermedad y normal- patológico impuestos por el modelo médico hegemónico e incluir y reconceptualizar el concepto de malestar, un concepto flexible y transicional, que considera los modos de resistencia que las mujeres utilizan ante las condiciones opresivas, rechazando los criterios médicos hegemónicos e implementando tanto recursos como cuidados personales y colectivos para enfrentar el malestar, que tiene un potencial transformador al generar cambios.

Su modelo tensional-conflictivo propone dos conceptos centrales: conflictos y crisis. Los primeros son situaciones contradictorias e incompatibles, pero pueden promover la creación de recursos para transformar la tensión, mientras que las situaciones de crisis vitales (como la interrupción del embarazo) pueden ser oportunidades propiciadoras de cambio en la salud mental de las mujeres al ser momentos de reconstrucción y deconstrucción. Ambos conceptos, nos llevan a pensar en momentos de ruptura, que necesitan de cierta contención como la psicoterapia y los grupos de reflexión (Burín et al., 1990).

Desde esta concepción de malestar, la salud mental es un derecho y al mismo tiempo un deber social, tiene un enfoque crítico, no es adaptación o normatización.

Al hablar de salud mental y género, es necesario recordar que desde el modelo médico psiquiátrico hegemónico basado en criterios esencialistas, individualistas y biologicistas, la salud de las mujeres estaba indisolublemente asociada a su función reproductiva y por lo tanto su salud mental también lo estaba. Posteriormente, esta concepción cambio a una más tecnocrática que pone énfasis en el equilibrio, y se basan en una supuesta sensibilidad femenina para identificar y gestionar las emociones, es decir en el “ser para otros”. Estos dos enfoques androcéntricos invisibilizan las causas del malestar y psicologizan los malestares de las mujeres. Burín et al. (1990) identificó un tercer enfoque, más incipiente, el participativo que se focaliza en la concientización y la transformación de sus condiciones de opresión, reconociendo a las mujeres como sujetos sociales activos y a la salud mental como “una noción que sus mismas protagonistas van construyendo en diferentes momentos de sus vidas” (p.11).

Burín et al. (1990) señala que la construcción de la subjetividad femenina está íntimamente relacionada con la construcción de la salud mental, que ha funcionado como dispositivo de poder garantizando condiciones para controlar a las mujeres.

Es así que, desde el inicio de la tradición judeocristiana, los conceptos de salud y enfermedad mental estaban asociados a las mujeres vírgenes o demoníacas-pecadoras. La persecución y el señalamiento de las mujeres que vivían su sexualidad fuera de las normas establecidas continuó la cacería de brujas. Y es a partir de la revolución industrial, que el espacio doméstico se estrecha aún más, reforzando la “moral maternal” (Burín et al., 1990,

p.29), el aislamiento de las mujeres y la represión sexual; en ese marco, el “ideal maternal” se vuelve constitutivo de la subjetividad femenina y “el goce de la sexualidad, a partir de entonces, queda adscripto al goce en la maternidad” (p.29). Quienes siguen esta moral maternal y se encargan de producir/ regular los afectos de sus familias son mujeres “sanas” mientras que las mujeres que no la siguen y que viven una sexualidad transgresora son mujeres locas e inmorales. En la época capitalista, la propiedad privada de las mujeres son sus hijas/os y al producir sujetos se producen a ellas mismas. Transgredir las normas patriarcales ha estado asociado con la locura, mientras que el deseo o instinto maternal sigue considerándose la esencia de la subjetividad femenina y “el garante de la salud mental” (p.34) y un requisito para hacer nombrar a las mujeres como personas. Ante este constreñimiento, es importante la ampliación de subjetividades femeninas.

En segundo lugar, retomo el análisis que Sara Ahmed (2015) ha hecho sobre las emociones en su libro “La Política cultural de las emociones”, en el que intenta responder a la pregunta ¿qué hacen las emociones? En este libro critica la visión que las inferioriza respecto al pensamiento y que, al subordinar las emociones también subordina lo femenino y el cuerpo<sup>17</sup>, o que propone que son innatas. Sara además señala que las emociones tienen un componente cognitivo y sensorial, son intencionales, performativas y relacionales, es decir, no son algo que solamente estén dentro de las personas, no son “estados psicológicos sino prácticas culturales y sociales” (p. 32), nos muestran cómo el poder moldea la superficie misma de los cuerpos y de los mundos” (p.38). Éstas dan forma a los objetos de la emoción y son moldeadas por ellos y “están entreveradas con el afianzamiento de la jerarquía social” (p.23).

Entiendo las emociones desde la psicología social, como prácticas afectivas contextualmente situadas (Wetherell, 2012) que, de acuerdo con los aportes feministas, nos ayudan a mirar la forma como el dolor, el miedo, la vergüenza, la culpa y el silencio son anclajes emocionales al servicio de las normas de la sexualidad y de la maternidad obligatoria, es decir “las emociones pueden atarnos a las condiciones mismas de nuestra subordinación” (Ahmed, 2015, p.37).

### ***2.2.3 Maternidad***

Reid (2013) señala que la maternidad “como práctica subjetivante del género femenino, es una construcción cultural que puede asumir formas diversas y puede ser productora de desigualdad ya que encierra relaciones de poder” (p. 121). No se puede dudar de su eficacia para el sistema de dominación patriarcal. Adicionalmente, Sánchez (2003) señala que la maternidad está históricamente determinada “dependiendo de las elaboraciones culturales a través de las cuales las mujeres construyen su maternidad” (p.21). La maternidad como “eje

---

<sup>17</sup> Retomando el análisis de filósofas feministas como Spelman y Jaggar, en Ahmed (2015).

implica el confinamiento al ámbito privado, la ternura y el altruismo como pilares de la subjetividad femenina” (Reid, 2013, p. 128).

Debido a que la gestación y el parto solo es posible en cuerpos que tienen un útero y ovarios, como los que tienen en su mayoría las mujeres ha favorecido que el ejercicio de la maternidad, más que ningún otro componente de género, “haya sido objeto de una interpretación fuertemente esencialista y se haya construido como algo universal, natural e inmutable, patrimonio exclusivo de las mujeres” (Reid, 2013, p.121), cuando en realidad se trata de una construcción social.

Al respecto Ana María Fernández, en su libro “La mujer de la ilusión” (1993) plantea que “nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea Mujer=Madre” (p. 161); desde esta lógica solo a través de la maternidad las mujeres “alcanzan su realización y adultez” (p. 161). Este mito de la maternidad conformado tanto por creencias como anhelos colectivos, organiza prácticas e invisibiliza otras y crea un universo de significaciones imaginarias.

El mito mujer=madre dificulta el reconocimiento de la mujer “como sujeto de placer, productivo, histórico, de discurso y de poder” (Fernández, 1993, p. 165), y sienta su eficacia en tres elementos: 1. La ilusión de la naturalidad, 2. La ilusión de la atemporalidad y 3. La relación: a menos hijos, más mito.

En primer lugar, la ilusión de la naturalidad, que lo limita a un “hecho biológico” y no cultural, se basa en dos supuestos: tener un aparato reproductor y el instinto materno. Sobre este último, sostenido tanto por la ciencia como por las creencias populares, como un “saber- hacer heredado genéticamente” (p.170) a partir del cual las mujeres poseemos las características, conocimientos y conductas necesarias para la crianza y el vínculo con las y los hijos/as, obviando los procesos psíquicos, culturales y sociales involucrados. A partir de esto el vínculo madre- hijo/a se muestra irremplazable, infalible, incondicional e indisoluble, negando la agresividad, el erotismo, y el aborto. Fernández (1993) señala que “pensarnos como hijos del instinto nos da cierta ilusión de fuerte anclaje, mientras que pensarnos hijos del deseo...nos enfrenta a la contingencia” (p.171).

En segundo lugar, la ilusión de la atemporalidad se basa en la lógica natural de la maternidad, por lo que se considera que “siempre fue así y siempre será así” (Fernández, 1993, p.172), cuando en realidad no es estática, ya que antes de la sociedad industrial, lo valorado era gestar y parir y la familia no tenía la función afectiva y transmisora de valores que tiene en la actualidad.

En tercer lugar, algunas transformaciones sociales y culturales como: 1) los avances científicos en materia reproductiva: métodos anticonceptivos y fertilización asistida, 2) los adelantos en materia de independencia, libertad y equidad de género para algunos sectores y el ingreso de las mujeres al ámbito laboral, académico, político y profesional, 3) las mutaciones en el modelo de familia (Sánchez, 2003), y 4) la reducción de la mortalidad

infantil y materna (Fernández, 1993), fueron reduciendo el número de hijos/as y al mismo tiempo “las fuerzas del cuerpo social se reorganizaron exaltando los valores de la madre” (p.177), ligados al sacrificio y a la dedicación, es decir se fortalecieron los discursos que esencializaban la maternidad, definiendo a las mujeres por sola una de sus potenciales funciones.

La maternidad y el mito mujer=madre integra tanto prohibiciones y prescripciones sobre el embarazo, el parto, y la crianza, la jerarquización de los proyectos de vida de las mujeres y los discursos existentes sobre las mujeres. Al decir prescripciones, tenemos que hablar de la discriminación y el estigma que viven las mujeres que no son madres. Y de la violencia simbólica que todas las mujeres viven, al negar la diversidad de experiencias de maternidad.

En este sentido, Marcela Lagarde (2003) enfatiza que no se debe equiparar o hacer sinónimo la palabra mujeres con la palabra madres, ya que para ejercer la maternidad de forma plena es necesario que sea producto de una decisión, y tener útero y ovarios no implica que las mujeres deseemos ser madres o debamos serlo. En el discurso patriarcal, “ser madre es mejor que ser mujer” (p.41), la maternidad es una forma de trascendencia y se “anula la gestación como una experiencia humana extraordinaria en sí misma, siempre personal..., para convertirla en un hecho que sucede en cuerpos cosificados, cuyo deber es concebir, gestar y parir, aun en contra de su voluntad y conciencia” (Lagarde, 2003, p. 47). El modelo mujer= madre “nos coloca en el lugar de incubadoras vivientes y nos quita humanidad” (Pauluzzi, 2006, p.48).

Lamas (2003) señala que en los años 70 las feministas retomaron el concepto de “maternidad voluntaria” del feminismo italiano y que para alcanzarla eran necesarias cuatro condiciones: educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos, acceso al aborto, y rechazo a la esterilización forzada. Por lo anteriormente expresado, planteamos que el derecho a la interrupción del embarazo forma parte el derecho a la maternidad voluntaria.

En este trabajo, al hablar de maternidad voluntaria nos estaremos refiriendo al derecho (incluyendo el acceso a recursos informativos, médicos, y económicos) de las mujeres a decidir si serán o no madres, ejercicio que no necesariamente contempla la gestación.

Es importante alertar también sobre la maternalización de las mujeres gestantes pues, como señala Marcela Lagarde (2003) “como si la gestación implicase el termino identitario de madre per se; como si estar embarazada fuera “ya” ser madre” (p.42). ¿Cómo las mujeres pueden decidir sobre sus cuerpos “cargando” el peso del mandato de la maternidad?

#### ***2.2.4 Autonomía***

De acuerdo con Lagarde (1997), la autonomía es asunto relativo al poder, algo en construcción y en defensa continua porque no existe en plenitud, tiene como base filosófica

la libertad. Aclara que autonomía e independencia no son lo mismo, y que estos dos procesos han sido obstaculizados o anulados para las mujeres.

Marcela menciona algunas características de la autonomía vista desde el feminismo: 1) no es neutral, 2) es histórica y simbólica, 3) es específica y depende del nivel (personal, grupal, institucional), 4) es una construcción y un pacto social/ político, que requiere del reconocimiento y del apoyo social así como de ciertas condiciones y actores sociales que la reivindiquen, 5) se conforma en los procesos vitales, es decir de cuestiones concretas, tangibles y al mismo tiempo subjetivas y simbólicas, en distintos ámbitos como las económicos, sexuales, psicológicos, políticos e ideológicos, 6) es circunstancial, es decir se construye en cada círculo, pero para las mujeres el círculo familiar y de pareja son de vital importancia.

La autonomía “es una revolución en la identidad de las mujeres que tradicionalmente está basada en la fusión con otras personas” (Lagarde, 1997, p.6), significa pues transformación de la cultura y una constante pelea por los derechos de las mujeres.

De acuerdo con Lagarde (1997), los procesos de autonomía varían por género, y requieren de un nuevo pacto entre mujeres y hombres, ya que desde la construcción social de género las mujeres tradicionales al estar definidas como “seres para otros”, no desarrollan su autonomía, su sentido de vida está en la utilidad y ser indispensables para otros, su identidad está basada en la incompletud, en necesitar vitalmente a otros y darles más importancia, posicionándolos en el centro de nuestras vidas.

Y al mismo tiempo, en mayor o menor medida, se construye a las mujeres en la modernidad como seres individuales, para sí mismas, con límites subjetivos y objetivos, creyendo que tienen igualdad, pero sin contar con las condiciones para ello; por ello somos “mujeres sincréticas” (Lagarde, 1997, p.23) en donde lo moderno y lo tradicional coexisten, se contradicen, se tensionan y nos conflictúan, así nuestra identidad es un híbrido.

Lagarde (1997) plantea que para construir nuestra autonomía necesitamos ser autosuficientes, construir nuestra autoidentidad, aislar la fantasía de la realidad, contar con condiciones económicas mínimas, separarnos de los estereotipos, identificar nuestras necesidades, hacer revisión y transformación crítica de la sexualidad, partir del cuerpo vivido. Y en este sentido señala “La base del ser para otros es ser cuerpo para otros: cuerpo erótico para el placer de otros, cuerpo estético para el placer de otros, cuerpo nutricio para la vida de otros, cuerpo procreador para la vida de otros” (Lagarde, 1997, p.36). La pregunta inaugural y paso indispensable para la autonomía es “¿de quién es mi cuerpo? ¿de quién ha sido mi cuerpo?” (p.36), asumiendo al responder la propiedad de nuestro cuerpo y sexualidad. Cuando hablamos de interrupción del embarazo, es el cuerpo de las mujeres y su autonomía reproductiva la que está en juego, múltiples actores e instituciones se disputan la propiedad del cuerpo de las mujeres, intentando desconocer o negar la competencia que tienen ellas sobre su propio cuerpo, lo que significa una forma de expropiación de su individualidad. Si

las mujeres nos afirmamos como dueñas de nuestro cuerpo, nos posicionamos como seres para nosotras mismas.

La autonomía reproductiva y moral están imbricadas. Marcela Lagarde (2003) señala que las mujeres tenemos autonomía moral, podemos hacer juicios sobre nuestra propia vida y vivir bajo nuestros principios éticos, lo que se enfrenta a la concepción tradicional de pasividad, inferioridad e inocencia (Guisán, 1992), en la cual la individualidad moral es negada. Correa y Petchesky (1994) señalan que la autonomía moral es una premisa básica de los derechos sexuales y reproductivos

Por su parte, Rosado-Nunes (2006) considera que una sociedad es moral cuando reconoce a las mujeres como agentes con capacidad de actuar éticamente, e inmoral cuando acepta que otros decidan sobre su cuerpo. El reconocimiento de la autonomía moral de las mujeres “amenaza al poder de las jerarquías políticas y religiosas” (Tamayo, 2001, p.22).

La clandestinidad como un mecanismo para mantener el control en el cuerpo de las mujeres; el silencio, la sospecha y el juicio que viven las mujeres como parte de su educación sexual (Pauluzzi, 2006); el poco acceso o desabasto de métodos anticonceptivos, así como las condiciones económicas y sociales que las mujeres viven, son otros elementos que obstaculizan la autonomía reproductiva de las mujeres.

Lagarde (2003) expone varias acciones a través de las cuales se expropia el cuerpo de las mujeres negándoles la propiedad y competencia sobre su propio cuerpo: no tomar en cuenta a las mujeres en la elaboración de la normatividad del aborto; considerar a fetos y embriones en una condición superior a la mujer, ubicándola como un objeto y dejando a la gestación como un evento biológico y no subjetivo; tener una ciudadanía parcial ya que no pueden participar o están limitadas para participar en temas relacionados con la sexualidad y la reproducción.

### ***2.2.5 Disputa de sentidos e imaginario social***

Otro concepto de utilidad es el de imaginario social, entendido como “los sentidos organizadores que sustentan la institución de normas, valores y lenguaje, por los que una sociedad puede ser visualizada como una totalidad (Fernández, 1993, p. 69) pero que se “inscriben en la subjetividad” por lo que aluden a emociones, mitos y rituales. Su función está ligada al disciplinamiento de los cuerpos para alinear los deseos al poder y al discurso del orden marcando la línea entre lo legal y lo ilegal, sin embargo, los imaginarios o universos de significaciones no son estáticos ni permanentes, pueden transformarse.

“Lo instituyente”, trastoca y resiste al imaginario instituido, crea nuevos organizadores de sentido, nuevas prácticas rompiendo la disciplina de los cuerpos. El movimiento feminista, un ejemplo de lo instituyente, sin duda, ha puesto a temblar significaciones centrales sobre la desigualdad entre mujeres y hombres y la dominación (Castoriadis, 1988 en Fernández, 1993), la maternidad y el aborto.



En este sentido, el aborto representa una lucha simbólica o guerra cultural entre dos posiciones opuestas del mundo que se disputan “los significados de vida, la persona, la familia, las identidades y arreglos de género y la relación entre religión y gobernanza” (Maier, 2015, p.12). Estas dos visiones o sentidos se basan en lógicas discursivas con diferentes sustentos y mantienen distintas estrategias de poder (Bernal, 2008).

La primera visión o sentido, es la hegemónica, la patriarcal, cuenta con mayores recursos económicos y el apoyo de las instituciones del estado para su difusión y sostenimiento, es de quienes se oponen a la decisión de las mujeres, entiende el sentido de la vida como único e inalterable, predeterminado e independiente de la voluntad humana por lo que no dan importancia al proceso. Esta visión es la que sustenta el estigma relacionado al aborto, en todos sus niveles y que es sumamente efectivo al internalizarse en las propias mujeres.

Utiliza la violencia simbólica para imponer y apropiarse de sentidos, por ejemplo, ya se ha documentado como los grupos conservadores han tergiversado el discurso feminista o la forma como han utilizado las imágenes de fetos y embriones que parecen independientes de las madres, manipulando la idea de ser humano inocente. Sus estrategias en este sentido pueden ser sutiles pero potentes, por ejemplo, la mercadotecnia de la compañía mexicana Distroller con su línea de productos neonatos (k-simeritos) que implica que las niñas deben cuidar a embriones y fetos.

La primera visión o sentido “niega la existencia misma de las mujeres” (Castañeda, 2003, p. 17), está basada en una lógica religiosa y de dogmas, que todo lo naturalizan (Maier, 2015) y al ser el imaginario instituido, en los mitos sobre lo que “las mujeres son y deben ser”, y sobre el aborto como algo malo, insalubre, inseguro, causante de infertilidad y otras enfermedades.

En esta visión conservadora, la unión entre religión y derecho es evidente; al convertir un supuesto pecado en un delito la ley deja de proteger a sus ciudadanas para proteger preceptos morales, reforzando la culpa, el silencio y el miedo inculcado en una cultura judeocristiana como la nuestra (Castañeda, 2003). Otro elemento importante sobre el que se mantiene, es la perspectiva de la familia, y el concepto de familia natural como base de la sociedad, que se contraponen con la perspectiva de género.

La segunda visión, es de quienes defienden la autonomía reproductiva de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos, considerando que no hay un consenso sobre el momento en que comienza la vida, el sentido de vida se construye gradualmente de forma individual o colectiva, está mediado por la construcción histórica y cultural, tiene entre sus bases la laicidad y considera a la mujer sujeta de derechos y “agente moral” (Bernal, 2008). Maier (2015) identifica que este segundo discurso está basado en una lógica científica, de libertad de conciencia, autonomía y justicia.

Esta visión progresista, plantea que el reconocimiento del derecho a la vida no incluye la vida prenatal, que la protección prenatal puede considerarse, pero siempre a la par de los derechos de las mujeres, ya que si no lo hace se violan sus derechos a la salud, autonomía y libertad (Maier, 2015).

Para Santarelli y Anzorena (2017), el socorrismo posibilita otras vivencias respecto al aborto y al mismo tiempo representaciones y significados alternos que reivindicán el aborto como derecho y muestran la capacidad organizativa del feminismo a través de sus redes basadas en la horizontalidad. El socorrismo, las prácticas artísticas y el discurso feminista desde los márgenes y la micropolítica forman parte de las resistencias al discurso hegemónico sobre el aborto voluntario.

Estas dos visiones anteriormente mencionadas, se han convertido en una geografía política polarizada: por una parte, los países en donde el aborto es ilegal, en donde hay un fuerte vínculo entre patriarcado, clandestinidad y ciudadanía parcial, y por otra parte, los países en donde está legalizado, enlazando democracia, derechos sexuales y reproductivos y el reconocimiento la ciudadanía de las mujeres (Lagarde, 2003), sin olvidar que en esta disputa de sentidos hay un capital simbólico (Maier, 2015) y que es en el cuerpo de las mujeres, en donde se libra la “batalla” (p.14) de estos sentidos, y discursos, por ello un tema de interés de esta tesis.

#### ***2.2.6 Crítica desde la psicología feminista a la construcción de la categoría aborto***

Un punto inicial en este análisis, es que la psicología se ha visto involucrada en responder la reiterativa cuestión ¿el aborto incrementa el riesgo de enfermedades psiquiátricas posteriores? y la respuesta respaldada por un sólido corpus de investigaciones empíricas señala que no es así, refutando lo que grupos conservadores han intentado hacer creer sobre la existencia del síndrome de estrés post aborto existe. ¿Pero no estaremos limitando y sesgando la investigación con una sola pregunta?. Macleod (2012) acertadamente señala que un tema al que se le ha dado menor importancia son los efectos del aborto clandestino o inseguro en la salud mental, ya que la mayor parte de la investigación se ha enfocado en la pregunta anterior como respuesta a las aseveraciones de los grupos conservadores, lo que ha provocado una psicologización problemática o incluso reduccionista.

Por otra parte, si bien existe una extensa investigación y análisis desde la psicología y el psicoanálisis feminista sobre el vínculo entre maternidad, género y aborto, el análisis desde esta perspectiva sobre la construcción de la categoría aborto en las investigaciones psicológicas es escaso, aunque algunas autoras como Boyle (1997), Marita Leask (2014), Catriona Macleod de forma individual (2012) y junto con Jeanne Marecek y Lesley Hoggart (2017) han realizado importantes aportes a este análisis indispensable para la disciplina psicológica.

Mary Boyle en su libro “Rethinking abortion: psychology, gender and power” (1997), hace fuertes críticas a la supuesta neutralidad y objetividad que busca eximir “a la psicología de la responsabilidad de examinar los sistemas de valores que influyen la elección de nuestras preguntas de investigación, métodos y teorías” (p.5); hace críticas también al poco estudio o a los sesgos que desde la psicología se han establecido en el tema del aborto, como es su énfasis como tema de salud pública, un evento estresante para todas las mujeres resaltando los efectos negativos del aborto y las características negativas de las mujeres que buscan interrumpir un embarazo. La investigación de Macleod, Chiweshe y Mavuso (2016) en la cual analizaron 39 artículos publicados entre 2007 y 2014 en Africa e indexado en PsycINFO, coincide también en el énfasis en salud pública, pero también identifican aspectos sociales (actitudes, narrativas o discursos públicos) y la toma de decisión del aborto como los principales temas de interés. Macleod et al. (2016) también señalan que el aborto ha sido un tema poco estudiado desde la psicología ya sea por las dificultades para identificar participantes en contextos restrictivos, la censura, la falta de financiamiento o la poca importancia que se da a este tema en algunas universidades.

Boyle (1997) señalaba tres sesgos presentes en las investigaciones psicológicas sobre el aborto: 1) no tienen perspectiva de género; 2) se enfocan en el individuo, en este caso, en las mujeres, con atributos y procesos que pueden ser analizados sin tomar en cuenta el contexto social y 3) no reconocen los sesgos morales, éticos y religiosos de las y los investigadoras/es que se asumen “neutrales”.

En consonancia con el segundo sesgo, Marecek, Macleod y Hoggart (2017) proponen que en la investigación psicológica sobre aborto siempre se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos: 1) la centralidad del contexto en el que intervienen elementos sociales, comunitarios, institucionales, subjetivos y relacionales en los que podemos incluir las condiciones materiales, los puntos de vista de las personas cercanas, la accesibilidad de los procedimientos, los dilemas morales, los significados sobre maternidad, crianza y aborto; 2) analizarlo como un proceso que comienza cuando ellas confirman un embarazo no deseado, y continua cuando toman la decisión, buscan el procedimiento y manejan sus repercusiones, en el que cada una de estas etapas del proceso puede constituirse en un estresor, 3) ampliar la mirada, priorizando la agencia de las mujeres que toman decisiones, dejando atrás miradas individualistas, lo que impactara en nuestras elecciones metodológicas, 4) la negatividad y el estigma que prevalece en la mayor parte del mundo aun cuando es un procedimiento común, analizando sus causas pero también las formas de resistencia.

Boyle (1997) ubicaba dos temas ausentes en las teorías psicológicas que son fundamentales cuando analizamos experiencias de aborto: género y poder. Por ejemplo, analizó con base en Foucault cómo el control del acceso al aborto es parte del control de la sexualidad y reproducción femeninas, así como de las biopolíticas de población, utilizando tanto mecanismos visibles (poder jurídico) como sutiles (poder disciplinario) para ejercerlo,

ubicando como uno de estos últimos, a la producción de conocimiento y los discursos sobre nuestros cuerpos.

La autora identificó también distintas formas de representar el aborto, relacionadas con diferentes construcciones de la maternidad. Los silencios y omisiones sobre los aspectos negativos de continuar el embarazo o de la adopción parten del supuesto (validado por la ciencia) de que la maternidad es “normal, natural y no problemática” (Boyle, 1997, p. 30); el estado ideal que solo tiene efectos positivos en la vida de las mujeres y que “la única decisión equivocada es tener un aborto” (p.30). Sobre esa base se construye una visión negativa y el estigma sobre el aborto y quienes deciden no ser madres.

Boyle (1997) afirma que la forma en que algunas teorías, por ejemplo, sobre el instinto maternal y el apego, también han contribuido a “normalizar e idealizar la maternidad” así como representar a las mujeres como figuras centrales y dedicada a la familia. También destaca que la difusión de estas teorías a través de los medios de comunicación, manuales y guías se ha intensificado en los momentos en que las mujeres han tenido más autonomía y participación en el ámbito público.

### ***2.2.7 Los derechos sexuales y reproductivos***

Marecek et al. (2017) desde la investigación psicológica proponen a los derechos reproductivos como un marco para teorizar sobre el aborto, ya que permite mirar aspectos socioculturales. Por otra parte, los avances en la argumentación, aprobación e implementación del derecho a la interrupción legal del embarazo en varios países, no pueden ser entendidos sin los aportes del discurso proveniente de los derechos sexuales y reproductivos, y de derechos humanos.

Retomando el último punto, esta investigación incorpora la reflexión de Giulia Tamayo (2001) sobre los derechos humanos como “instrumentos para empoderar” (p.18), que buscan “lo esencial para una vida digna” (p.20), pero que requiere de personas que los hagan exigibles, promuevan y defiendan, que no se limita a lo estrictamente jurídico, sino que tienen un sentido social y político basado en experiencias individuales y colectivas

El reconocimiento de que los derechos de las mujeres son derechos humanos, parecería algo obvio, pero no ha sido así por muchas razones: se pensaba que las mujeres no eran capaces de tener derechos o que no tenían iguales derechos que los hombres; este androcentrismo en los derechos humanos invisibilizaba lo que sucede en el ámbito privado y reproductivo. Las feministas han incidido en la inclusión de la perspectiva de género, lo que permite reconocer las necesidades específicas de las mujeres como la anticoncepción o el aborto, es decir los derechos sexuales y reproductivos como temas de derechos humanos ya que atañen a su vida y sus cuerpos (Facio, 2003).

Sin embargo, en los años 80 se introducen políticas neoliberales y la presencia de los neoconservadores es fuerte, incluso con ataques a clínicas y proveedores de servicio de

aborto legal. Pero a la par, los espacios de activismo feminista se amplían. Es en este contexto en que se empieza a utilizar el concepto de derechos reproductivos en 1984, a partir del Cuarto Encuentro Internacional de Mujeres y Salud en Ámsterdam y en la Conferencia Internacional de Población en México (Durand y Gutiérrez, 1998), con amplia participación del movimiento feminista, dando inicio a un “nuevo paradigma de desarrollo humano y democracia genérica” en donde se contempla “la condición humana de las mujeres” (Lagarde, 2003, p. 52). Lamas (2003) considera que los derechos sexuales y reproductivos, ponen en el debate temas como “calidad de la vida, responsabilidad individual y libertad de conciencia” (p.103).

Los derechos sexuales y reproductivos (DSYR), es un conjunto de derechos humanos, relacionados con la sexualidad y la reproducción (por ejemplo, el derecho a la salud debe incluir el acceso al aborto seguro o el derecho a la educación, incluir la educación sexual laica y científica) (Tamayo, 2001). El movimiento feminista junto con el movimiento homosexual, pusieron en la agenda estos derechos con el objetivo de que las personas pudieran tener control sobre estos procesos en las mejores condiciones de salud y de bienestar (Correa y Petchesky, 1994).

Entre estos derechos podemos mencionar: el derecho a no morir por causas relacionadas con el parto y el embarazo; derecho a la salud sexual y reproductiva; derecho a vivir libre de violencia de género; derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos; derecho a la intimidad; derecho a la no discriminación en la esfera sexual y reproductiva; derecho al matrimonio; derecho a la protección legal de la maternidad; derecho a no ser discriminada laboralmente por el embarazo o maternidad; derecho a la educación sexual; derecho a la información adecuada y oportuna; derecho a disfrutar del progreso científico y al acceso al aborto electivo, legal y seguro (Facio, 2003).

Sin embargo, el tema de derechos sexuales y reproductivos no ha estado libre de diferencias y críticas; entre estas últimas se habla de su sesgo indeterminado, individualista, así como la presunta universalidad y la dicotomización de lo público y privado (Correa y Petchesky, 1994); por ejemplo, se ha señalado que el propio término “derechos sexuales y reproductivos” desdibujó al aborto como una demanda y se despolitizó (Durand y Gutiérrez, 1998).

Otra crítica importante, es la que las feministas afroamericanas y del sur han posicionado a partir del cuestionamiento de la palabra “elección”, es decir, el ejercicio de un derecho está condicionado por múltiples factores y no es solo una decisión individual. Es decir, no podemos obviar la importancia del cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales para el pleno ejercicio de los DSYR ya que todos los derechos humanos están interrelacionados. En el caso de esta investigación, su importancia radica en entender que las condiciones estructurales (por ejemplo, pobreza o racismo) restringen el derecho a interrumpir un embarazo, así como el acceso a condiciones seguras y limitan las opciones de

las mujeres frente a un embarazo y ponen en entredicho si realmente hay una decisión cuando no hay otras alternativas (Cabria, 2006; Correa y Petchesky, 1994; Tamayo, 2001).

Otra aportación feminista, es que es necesario considerar otros intereses (o incluso presiones) diferentes a los propios que las mujeres toman en cuenta al tomar sus decisiones reproductivas, por ejemplo, los intereses de la familia y/o la pareja, así como los contextos sociales y políticos como lugares donde se ejercen o limitan los derechos y las normas de género, es decir las decisiones no se toman en total libertad (Correa y Petchesky, 1994). Por estas razones, se ha creado el movimiento por la justicia reproductiva que sitúa la eliminación de la pobreza y la injusticia social como prioridades para alcanzar la autonomía reproductiva.

Sonia Correa y Rosalind Petchesky (1994), proponen dos términos importantes en la discusión de los derechos sexuales: poder y recursos. “Poder para tomar decisiones informadas sobre nuestra fertilidad, parto, crianza, actividad sexual, y recursos para llevar a cabo decisiones de forma segura y efectiva” (p.107). En esta investigación, un ejemplo en donde podemos ilustrar estos dos conceptos, es la ley que despenaliza el aborto en la Ciudad de México hasta las 12 semanas de gestación, ya que en ésta las mujeres, no importando su lugar de residencia *pueden* ejercer el derecho a la interrupción del embarazo y, por otra parte, tienen los *recursos*, es decir los procedimientos se pueden realizar en los Servicios de Salud del Distrito Federal y son gratuitos en las clínicas. Sin embargo, también hay que hacer notar que, en este caso, son poderes y recursos parciales porque solo se excluye a las mujeres que tienen más de 12 semanas de gestación y no se han hecho campañas amplias para informar sobre este derecho.

Esta investigación apuesta por una despenalización legal y de forma simultánea social y cultural (Castañeda, 2008) y el reconocimiento de las mujeres como seres éticos y ciudadanas (Rosado-Nunes, 2006). Esta investigación plantea que, para poder lograr la despenalización social y cultural del aborto, necesitamos entender una categoría importante que ha tomado auge: el estigma y específicamente el estigma relacionado al aborto, como una forma de control del patriarcado que se manifiesta en múltiples formas y en distintos niveles, lo cual se abordará en el siguiente apartado.

*A manera de conclusión de la primera sección del primer capítulo, señaló lo siguiente:*

Esta tesis se enmarca en una perspectiva de género feminista que es una visión “científica, analítica, política, crítica, explicativa y alternativa” (Lagarde, 1996 p.2) creada desde el feminismo. Es decir, analiza las características, también sus “posibilidades vitales, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y relaciones que se dan entre géneros” (p.2), crítica los efectos nocivos y opresivos que produce el patriarcado como organización basada en la desigualdad, y crea múltiples propuestas y acciones para acabar con ella, para que las mujeres se vivan como “seres para sí” conformándose como sujetos políticos y sociales (Lagarde, 1996).

Pensar el tema de aborto desde la perspectiva de género, nos permite entender que la maternidad como una construcción social que es vivida como un mandato y parte importante de la identidad de muchas mujeres; nos obliga a complejizarlo, entendiendo que hay experiencias múltiples que se vinculan a otras categorías como la pertenencia étnica, la clase y la edad; que la ciencia, la ley y la religión se han aliado para controlar el cuerpo de las mujeres a través de sus discursos y dispositivos biopolíticos concluyendo, con sesgos sexistas que las mujeres “sufren física y mentalmente por un aborto” o que el aborto es inmoral.

También nos obliga a historizarlo, hacer un análisis complejo de los cambios sociales y científicos que han dado lugar a que las mujeres puedan ejercer su decisión de forma segura. Y a analizarlo desde la subjetividad de las mujeres, las tensiones y ambigüedades entre sus deseos y los mandatos como un tema relacionado con los sistemas de parentesco (matrimonio y reconocimiento de los hijos) y de la división social del trabajo y cuidado (de Barbieri, 1993).

Otra aportación de la perspectiva de género es la generación de alternativas (Lagarde, 1996), nos permite crear nuevos significados en distintos ámbitos desde y con las mujeres, por ello es importante rescatar las resignificaciones que las mujeres están elaborando en lo individual y lo colectivo sobre el aborto y el ejercicio de la maternidad; así como las alternativas que desde el feminismo se están difundiendo para que las mujeres puedan interrumpir un embarazo de forma segura y/o legal o para disminuir el estigma, mecanismo del patriarcado para controlar el cuerpo de las mujeres.

Mirar con estos lentes implica “poner las relaciones de poder entre hombres y mujeres en el centro de cualquier análisis e interpretación de la realidad” (Facio, 1999, p.17), entonces nos llevaría en esta investigación a poner en tela de juicio las relaciones que las mujeres que interrumpen un embarazo tienen con hombres cercanos (su pareja, padre, hermanos y amistades), con otras mujeres (su madre, amigas, hermanas) para analizar la influencia que tienen en ellos en su toma de decisión, reflexión y posible bienestar o malestar después de la experiencia. Bajo esta perspectiva, la posible relación de pareja es parte importante del análisis, así como las posibles coerciones por ejemplo en el uso de anticonceptivos y en el proceso de interrupción. También permite reconocer que parte de los embarazos no planificados se deben a relaciones no consensuadas, a la violencia sexual que no debemos invisibilizar, tolerar o justificar y también implica analizar las múltiples violencias que viven las mujeres especialmente en situación de pobreza (Pauluzzi, 2006).

### **2.3 INVESTIGACIÓN Y EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA**

Esta investigación retoma los postulados de la investigación y la epistemología feminista, ya que permiten por una parte tener congruencia con nuestro marco teórico, con la posición ética y política que enmarca esta investigación, y por otra, reflexionar sobre los propios sesgos y tomar la experiencia de las mujeres como eje central.

De acuerdo con Patricia Castañeda (2008), la investigación feminista como “campo en formación, flexible, dinámico y libre” (p. 17), “es una manera particular de conocer y producir conocimientos” (p.12), con la finalidad de transformar para erradicar la desigualdad de género. Es la investigación interdisciplinaria de, con y para las mujeres. Se caracteriza por ser “contextual, experiencial, multimetodológica, reflexiva, no replicable y comprometida” (Goldsmith-Connelly, 1998, p.45), por ello ha desafiado la concepción tradicional de ciencia, concluyendo que el conocimiento no es neutral ni inmutable. Otra característica importante es su mirada crítica que analiza tanto los conocimientos obtenidos como las formas de obtención, incluyendo al “sujeto cognoscente y su condición generizada” (Molet Chicot, 2014, p.240).

La investigación feminista toma como punto de partida las experiencias (como categoría intrapsíquica e intersubjetiva) de las mujeres para definir los problemas de investigación y como un “indicador significativo de la realidad” (Molet Chicot, 2014), así como la incorporación “de la desigualdad en los cuerpos y en las vidas de las mujeres... siempre significadas por el poder” (Castañeda, 2008, p. 13). En un plano personal, en la experiencia se mezclan las emociones, decisiones y la forma como resolvemos las disyuntivas y en un plano social, “las formas colectivas de vivir una condición y situación de género” (Castañeda, 2008, p.14).

En el tema de aborto es fundamental priorizar las experiencias de las mujeres, porque permite desmontar una serie de mitos para controlar el cuerpo, la sexualidad y la reproducción de las mujeres que la ciencia tradicional, los medios o las instituciones les han querido imponer; porque ellas son las protagonistas de estas historias, y en la mayoría de las ocasiones también se le ha negado poder hablar de esta experiencia.

Las mujeres en la ciencia tradicional son solo tratadas como objetos de estudio, mientras que en la investigación feminista toman el lugar de sujetos epistémicos (agentes de conocimiento); dado que en la ciencia tradicional se partía de las preguntas que se planteaban quienes eran los autorizados para hacer ciencia: hombres blancos, occidentales y burgueses (Harding, 1998).

Otra premisa dentro de la epistemología feminista es su carácter dialógico y su crítica a la objetividad tradicional, ya que el/la investigador/a debe estar en el mismo plano crítico que el objeto de estudio. Por lo anterior, es necesario explicitar la raza, la clase, la cultura, la ideología de género del investigador/a ya que al reconocer la influencia de éstas en la investigación se evita una posición “objetivista” y se asume la parcialidad en la producción de conocimiento (Harding, 1998). Haraway (1995) propone hablar de “conocimientos situados”, como alternativa a los enfoques tradicionales. En este sentido habla de que todo conocimiento es parcial, localizable y crítico que busca “una objetividad que favorezca la contestación, la deconstrucción, la construcción apasionada, las conexiones entrelazadas y que trate de transformar los sistemas de conocimiento y las maneras de mirar” (p.329). Molet



Chicot (2014) nombra a esta objetividad situada y responsable como “objetividad política” (p.242).

Otra aportación importante de la investigación feminista de acuerdo con Castañeda (2008) es la crítica deconstructiva de los sesgos de género en la ciencia (androcentrismo, binarismo, etnocentrismo, eurocentrismo, clasismo) y otros mecanismos del sexismo como la insensibilidad al género, el familismo, la sobregeneralización y el doble estándar (Eichler, 1997). Castañeda (2008) propone tres claves epistemológicas: “la visibilización, la desnaturalización y la historización” (p.86), que utilizaremos en la presente investigación al sacar a la luz y del silencio la experiencia del aborto, mostrando una diversidad de experiencias, con tensiones, ambigüedades, y distintos significados, develando los sesgos sexistas en la ciencia tradicional que quieren unificar y patologizar la experiencia del aborto; desnaturalizando los procesos reproductivos en las mujeres, y contextualizando el momento social y político que viven las mujeres que interrumpen un embarazo.

A manera de ilustración se presenta una síntesis de las aportaciones de la teoría e investigación feminista a esta tesis (Figura 3):



*Figura 3. Aportaciones de la teoría y epistemología feminista*

A continuación abordaremos otro eje teórico de esta investigación, los abordajes narrativos que, además de compartir puntos centrales con la investigación feminista, forman parte de las dimensiones ontológicas, epistemológicas, metodológicas y éticas de esta investigación.

## 2.4 LOS ABORDAJES NARRATIVOS

Este estudio toma como punto de partida la investigación narrativa atravesada por una visión feminista que: 1) valora epistémicamente a las participantes como expertas en sus vidas, a las mujeres que han interrumpido un embarazo en especial cuando son sujetos históricamente invisibilizados por los discursos dominantes, pero sin idealizarlas; 2) ve a las participantes como agentes y no como víctimas, parten de la capacidad de interpretación, negociación y manipulación de la narradora cuidando de no reproducir una imagen de subordinación; 3) es una herramienta útil para identificar aspectos complejos y ocultos sobre las relaciones de poder entre los géneros y 4) posiciona a las narrativas como herramientas de transformación social de la realidad y de acción política (Bernasconi, 2011; Gandarias, 2014; Martínez y Montenegro, 2014; Schongut, 2015).

En estos procesos de investigación narrativo-feministas lo personal y político se entremezclan, con la posibilidad de transformar las relaciones de dominación y construir vínculos más igualitarios (Bernasconi, 2011; Gandarias, 2014; Martínez y Montenegro, 2014; Schongut, 2015). Además, permiten poner en primer plano la subjetividad en el proceso de producción de conocimiento, situándola en un contexto histórico y cultural específico, enlazando lo personal y lo político, reconociendo que los contextos influyen en los relatos, al mismo tiempo que los relatos influyen en los contextos (Martínez y Montenegro, 2014); por otro lado, la investigación narrativo-feminista, posibilita la formulación de nuevas preguntas “dando luz” sobre la complejidad de las experiencias, con un profundo respeto a las percepciones, pensamientos y significados de las participantes (Cole, 2009).

Otro punto de coincidencia entre la investigación feminista y narrativa es que ambas cuestionan la objetividad y niegan el supuesto de distancia entre investigador/a y objeto investigado que la ciencia convencional nos ha enseñado, ya que las narrativas de las participantes y de la investigadora participan en la construcción parcial de los significados, en este caso de los significados relativos a la interrupción del embarazo.

Conceptualizo la narración como los recuentos de la experiencia vivida, en donde quien narra, privilegia hablar sobre algunos eventos y les da orden. Son recuentos en plural, porque las narraciones pueden cambiar dependiendo de la(s) persona(s) a la que se dirige la narración y de la situación o momento en que se narra, creando un entramado de relatos y evidenciando la constante interpretación y transformación que hacemos tanto del mundo como de las personas (Schongut, 2015); por ello es posible, que las narraciones sobre el aborto puedan cambiar o que al narrar en distintos momentos se vayan explorando distintas temáticas relacionadas.

También es importante señalar que la narración es un proceso, que estos recuentos o relatos van conformando nuestra identidad; nos permiten construirnos y reconstruirnos como sujetos, así como construir significados y en ocasiones tomar una postura política, al mismo

tiempo que configuran la construcción social de la realidad (Díaz, 2016). En un mundo construido y constituido por palabras, la relación entre la vida y la narrativa es circular, damos sentido narrativo a nuestras vidas y damos vida a nuestras narraciones (Domínguez y Herrera, 2013).

Estos recuentos están sumamente relacionados con un acto de memoria y de “poder nombrar”; todas y todos en algún momento de nuestras vidas hemos tenido dificultades para nombrar algún sentimiento o emoción, pero relacionado con nuestro tema de investigación, llama la atención la dificultad social inherente al solo hecho de mencionar la palabra aborto. Justo estas dificultades para poder nombrar, dan cuenta del estigma que rodea al aborto y al ejercicio de la sexualidad de las mujeres.

Domínguez y Herrera, (2013) enfatizan que la construcción de sentido y significado a través de un proceso reflexivo y la organización a través de la temporalidad, es uno de los procesos vitales más importantes. Desde un punto de vista narrativo, el significado no es un concepto, sino un continuo proceso interpretativo.

En esta investigación, un aspecto central es explorar desde una perspectiva de género, los significados de la experiencia de interrupción del embarazo en las mujeres, a sabiendas de que cada mujer construye sus significados a partir de sus condiciones sociales y de vida, este significado no es estático, tal vez no sea el mismo significado antes, durante o después de la interrupción o un año después o 30 años después y que incluso puede cambiar a partir de la entrevista. Arfuch (2010) comenta que “la historia de una vida se presenta como una multiplicidad de historias, divergentes, superpuestas, donde ninguna puede aspirar a la mayor representatividad” (p.27).

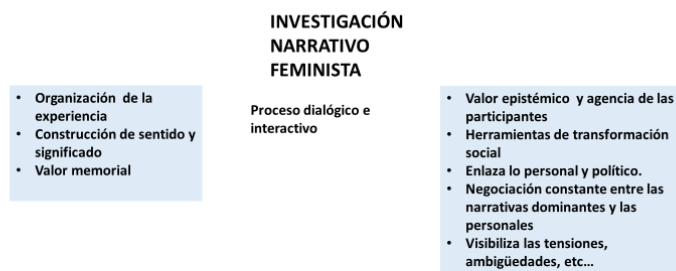
Entonces la narrativa es importante tanto como constructora de significados y como organizadora de la experiencia. Arfuch (2010) propone que antes de la narración y sin ella, solo “habrá un flujo caótico de existencia, la sensación, la pulsión, y la vivencia con su inmediatez y su permanencia” (p.27). Por ello es tan importante que las mujeres puedan romper el silencio que durante años se ha guardado sobre las experiencias de aborto, y que puedan escribir o narrar a otra persona de confianza sobre esta experiencia lo que posibilita su análisis y reflexión. La experiencia de narrar puede ser muy útil, cuando abordamos la experiencia de la interrupción del embarazo, ya que narrar permite comprender y contener las tensiones, incoherencias y ambigüedades de la experiencia, permite la reinterpretación y el resurgimiento de la experiencia desde distintos enfoques (Robinson y Hawpe, 1986).

Retomando a Arfuch (2010) no podemos olvidar el valor memorial de las narraciones, en este caso de las mujeres que interrumpen un embarazo, trayendo al presente algo que las instituciones patriarcales pretenden borrar de la memoria de las mujeres como colectivo; por ello es importante, a través de las narraciones, historiar la resistencia a los mandatos de género y a las relaciones de poder que nos limitan; la resistencia a continuar con patrones familiares y a mirar la interrupción del embarazo como un hecho patologizante y pecaminoso en sí mismo.

La cultura, los valores y la moral en la que se vive pueden facilitar o limitar la construcción y comunicación de narrativas, las personas constantemente están negociando la relación entre sus narrativas personales y las narrativas dominantes (Domínguez y Herrera, 2013). En esta investigación, uno de los objetivos específicos, es analizar las tensiones discursivas en los discursos dominantes y disidentes sobre el aborto expresadas en las narrativas personales. Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015), han incluido en su análisis sobre el proceso de despenalización y las experiencias de las mujeres que interrumpen su embarazo a las narrativas dominantes y señalan que la ILE (interrupción legal del embarazo) “posibilita nuevos significados y una “disputa subjetiva” entre distintos discursos” (p. 178).

Es necesario enfatizar que la narrativa es un proceso, ya que no se trata de enlistar sucesos, sino de crear tramas, aspecto fundamental de la narrativa que permite transformar un evento en acción (Schongut, 2015); cabe aclarar que las tramas no siempre son lineales y no hay determinismos.

Por tanto, la investigación narrativa es un proceso dialógico e interactivo ya que implica que la situación investigada es estructurada e influida tanto por la investigadora como por la persona investigada, quienes toman diferentes posiciones de poder y privilegio, aunque es la investigadora quien integra el encuadre metodológico. Las transformaciones, tensiones e incomodidades de la investigadora durante el proceso también se convierten en foco de investigación (Gandarias, 2014). A manera de resumen de las principales características de la investigación narrativa, se presenta la figura 4.



(Gandarias, 2014; Schongut, 2015; Martínez y Montenegro, 2014; Bernasconi, 2011; Domínguez y Herrera, 2013; Arfuch, 2010 )

Figura 4. Investigación narrativo feminista

## 2.5 ESTIGMA

La investigación sobre estigma relacionado con el aborto sigue siendo escasa en comparación con otros temas que también se vinculan con el estigma como el VIH, la orientación sexual, algunas enfermedades como la lepra e incluso la salud mental. También existen pocos estudios sobre la presencia e intensidad del estigma en distintos contextos legales (Shellenberg et al., 2011). Para esta investigación, el tema del estigma, entendido como un

mecanismo del patriarcado para mantener el control sobre el cuerpo de las mujeres y la desigualdad, toma particular relevancia, ya que nos permite analizar de manera crítica la construcción del aborto como algo patológico, ilegal e inmoral en distintos niveles que van desde lo personal hasta lo cultural. Cabe aclarar que, al abordar el estigma, no se deja de lado la agencia y la capacidad de resistencia de algunas mujeres en lo individual y lo colectivo.

De acuerdo con Goffman (1963), la palabra estigma fue creada por los griegos para referirse a signos corporales (cortes o quemaduras) con los cuales se mostraba algo malo o poco común en el status moral y señalaba que el portador/a era un esclavo/a, criminal o traidor/a. Si bien la palabra se creó en otro contexto, lamentablemente sigue teniendo vigencia en nuestros días.

Para el autor, la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y los atributos que se perciben como naturales o valiosos en los miembros de cada una de esas categorías. Pero si una persona tiene “un atributo profundamente desacreditante” que lo hace diferente<sup>18</sup> a los demás y lo convierte en alguien menos valioso; dejamos de ver a la persona en su totalidad para reducirla a un “ser inficionado y menospreciado” (Goffman, 1963, p.13), dañando de esta forma su identidad. El estigma afecta tanto a personas como grupos, en este caso la persona estigmatizada podría ser la mujer que interrumpe un embarazo, pero también las personas que la apoyan (médicos/as, activistas, redes sociales cercanas).

El estigma es contextual, ya que un atributo que puede ser desacreditante en un lugar en otro puede ser deseado, aunque hay atributos que son desacreditantes en distintos contextos (Goffman, 1963).

De primera instancia, parecería que el concepto de estigma tiene similitudes con otros conceptos como actitud, estereotipo o prejuicio pero, justo lo que Goffman (1963) y otros autores como Parker y Aggleton (2002) trataron o han tratado de enfatizar, es el carácter procesal del estigma y su construcción social, histórica y contextual, estrechamente vinculado y “dependiente del poder político, económico y social” (Link y Phelan, 2001, p.375), produciendo, reproduciendo y normalizando relaciones de desigualdad, creando jerarquías, reforzando la exclusión social y operando como un medio de control y orden social para mantener el statu quo, que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de éstas.

Si no observamos la importancia del poder en los procesos de estigmatización estamos por un lado naturalizando las diferencias, limitándolo a lo individual, mientras que al identificar su relevancia podemos reconocer que tanto grupos estigmatizados como estigmatizantes pueden etiquetar y estereotipar, pero las acciones de los grupos estigmatizados no tienen el mismo nivel de poder que derive en discriminación (Link y Phelan, 2001).

---

<sup>18</sup> Cabe aclarar que esta diferencia no es deseada.

En este mismo sentido, Alfarache (2009) plantea que en los procesos de estigmatización, la diferencia es convertida en legitimación de la deshumanización, compartida por el género ya que la diferencia entre mujeres y hombres se convierte en desigualdad y bajo este marco las mujeres no son personas.

De acuerdo con Parker y Aggleton (2002, p. 9), “el estigma y la estigmatización funcionan, de manera muy literal en el punto de intersección entre cultura, poder y diferencia”, por ello, analizar el funcionamiento del estigma , concluyendo que: 1) “la estigmatización puede visualizarse jugando un rol principal en la transformación de la diferencia en desigualdad” (p.10), las personas estigmatizadas tienen un menor acceso a recursos, menor influencia y control sobre sus vidas, por lo que hace sinergia con cualquiera de los ejes de desigualdad estructural (género, clase, edad, raza, sexualidad); 2) es necesario entender “las fuerzas sociales, políticas y económicas que estructuran el estigma”(p.12); 3) conceptos como la violencia simbólica ayudan a entender la aceptación y la internalización del estigma en las personas; 4) la estigmatización es parte de la economía política de la exclusión social, es decir que los cambios globales y las políticas económicas han intensificado las desigualdades preexistentes.

En coincidencia, con algunos de los puntos anteriores, Link y Phelan (2001) consideran que cuando “la etiquetación, el estereotipamiento, la separación, la pérdida de estatus y la discriminación” (p. 367) convergen en una situación de poder, podemos hablar de estigma. En cuanto al primer componente, abarca la distinción y etiquetamiento<sup>19</sup> de las diferencias, notando que la valoración de estas diferencias varía en diferentes épocas y lugares. El segundo componente, el estereotipamiento sucede cuando las etiquetas se enlazan con estereotipos, que operan de forma preconsciente o automática, permitiendo tomar decisiones rápidas. El tercer componente, la separación nosotros vs ellos, ocurre cuando etiquetamos al creer que somos diferentes y atribuir características negativas a “ellos”, mientras que las personas estigmatizadas creen que son diferentes o se identifican con la “etiqueta”. El cuarto componente, ocurre como consecuencia de las anteriores ya que la persona a la que se le atribuyen características negativas no tiene el mismo estatus que la persona o grupo estigmatizante y se encuentra en desventaja e inequidad. Cabe aclarar que los estereotipos y actitudes negativas, no en todos los casos desembocan en discriminación.

Este análisis más integral y amplio del estigma nos permite tomar en cuenta que éste, relacionado con el aborto, se encuentra dentro de campos amplios de poder y desigualdad; también permite distinguir los estigmas preexistentes, que hacen sinergia y fortalecen el estigma relacionado al aborto; tal vez el más evidente es el estigma hacia el ejercicio de la sexualidad de las mujeres cuando ocurre fuera de los cánones establecidos: el matrimonio, la reproducción y con una sola pareja sexual, pero también interactúan al mismo tiempo otros ejes ya antes mencionados como la clase, la edad o el origen étnico y en especial el género,

---

<sup>19</sup> Utilizan el término etiqueta, en lugar de atributo o condición ya que implican validez.

ya que como sabemos las mujeres están en desventaja social, y económica y se enfrentan a múltiples obstáculos para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Cabe mencionar que esta sinergia se crea a través de círculos viciosos que se refuerzan mutuamente, por ejemplo, el estigma sobre la actividad sexual de las mujeres refuerza al estigma relacionado al aborto y viceversa, creando una penalización social del aborto.

El estigma que rodea al aborto juega un papel importante en su marginación social, médica y jurídica, en la estereotipia de mujeres y proveedores, y en políticas discriminatorias (Bellagio Expert Group, 2013; Cockrill y Hessini, 2014), además contribuye a la negación de la prestación de este servicio por los proveedores de servicios de salud e influye en la búsqueda, forma y el lugar en donde se proveen estos servicios, así como en la permanencia de leyes restrictivas a pesar de la evidencia de su impacto negativo (Shellenberg et al., 2011). Se considera una barrera importante para el cumplimiento del Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (Bellagio Expert Group, 2013).

Parker y Aggleton (2002) también dieron importancia al tema de la construcción de identidad en relación al estigma, partiendo de la propuesta de Goffman (1963) y retomando la propuesta de clasificación de Manuel Castells (1999) sobre identidades legitimadas, de resistencia y de proyecto. Este tema no es menor en esta tesis, ya que la construcción de nuevas identidades también es importante desde el punto de vista narrativo, lo que corresponde al tercer tipo que propone Castells y que puede ser un tema clave cuando hay un proceso de empoderamiento relacionado a la interrupción ya que a través de estas nuevas identidades las mujeres redefinirían su posición social y “buscarían la transformación de toda la estructura social” (Castells, 1999, p.30), siendo ésta una forma de responder al estigma que va más allá del cambio individual.

Otro tema de análisis para los autores antes mencionados y que también coincide con el abordaje narrativo de esta tesis, es el uso de metáforas que fortalecen la estigmatización al apoyar en la difusión de información poco precisa y errónea. En la presente investigación, propongo las siguientes metáforas relacionadas con el estigma del aborto a partir de las metáforas que Parker y Aggleton (2002) plantean para el estigma relacionado con el VIH:

Aborto como asesinato

como pecado

como muerte

como enfermedad

Sin embargo, también es importante ubicar durante las entrevistas o las narrativas que ellas desarrollan, las metáforas alternativas que surgen de la experiencia de algunas mujeres.

**Manifestaciones del estigma individual.** Herek (2009) propone tres manifestaciones del estigma, basado en sus investigaciones sobre el estigma sexual, que pueden aplicarse también en esta investigación.

- 1) Estigma expresado: Son las conductas que expresan estigma, dichas conductas pueden formar un continuo que va desde la evitación, el estigma de cortesía hacia los amigos o familia de la persona estigmatizada hasta ataques físicos, crímenes de odio o el exterminio de un grupo. Esta manifestación desde mi punto de vista puede confundirse con el concepto de discriminación.
- 2) Estigma percibido: Son las expectativas/ conciencia sobre la posibilidad de que ellas u otras personas reciban un trato estigmatizante y sus consecuencias. Requiere que las personas tengan conciencia de los sistemas de creencias que causan el estigma y los momentos y situaciones en que puede activarse, por ello también es un potencial estresor que implica la evaluación de posibles formas y recursos de afrontamiento o evitación, por ejemplo, intentando pasar como parte del grupo no estigmatizado lo que puede provocar malestar psicológico. El miedo, es una emoción que sostiene esta manifestación, cuando las personas perciben que el estigma puede activarse. El estigma percibido afecta tanto a las personas estigmatizadas como a las no estigmatizadas.
- 3) Estigma internalizado: Se refiere a la aceptación y legitimación del estigma hacia sí mismo o un grupo al cual se pertenece, el estigma forma parte de su autoconcepto, y se asumen como propios los valores, creencias, regulaciones y prescripciones que las sostienen. Cuando se internaliza el estigma, se acepta la denigración y el desprestigio. El sentimiento de vergüenza está asociado a esta manifestación.  
De acuerdo con Morrison (2006), en el estigma interno intervienen “la experiencia del contexto, la autopercepción de sí mismo y las acciones protectoras” (p.9).

En relación al aborto, Cockrill y Nack (2013), proponen otro elemento, el manejo del estigma, como las conductas que las mujeres utilizan para mantener su sentido de sí mismas y su reputación, evitando expresiones directas de estigma y manteniendo el silencio que paradójicamente contribuye al estigma.

Sobre este mismo tema, Shih (2004) propone tres mecanismos psicológicos para manejar el estigma: 1) la compensación, 2) interpretaciones estratégicas del ambiente social, 3) utilizar las múltiples identidades que tiene cada persona.

### ***2.5.1 Estigma relacionado al aborto***

Anuradha Kumar, Leila Hessini y Ellen M. H. Mitchell en 2009 hicieron un análisis de estudios relacionados sobre el tema y elaboraron una definición del estigma relacionado al aborto: “Atributo negativo adscrito a las mujeres que buscan terminar un embarazo, marcándolas interna o externamente, como inferiores de acuerdo a los ideales de femineidad” (p. 4). Por otra parte, Cockrill y Nack (2013) lo definen como “...un entendimiento acorde de que el aborto es inmoral e inaceptable”. Partiendo del análisis sobre la conceptualización del estigma mencionado en la sección anterior, estas definiciones no dejan claro el carácter procesual de la estigmatización; aunque posteriormente Kumar (2013) reconoció que es un



concepto complejo que nos remite a un círculo vicioso de inequidad y que la intensidad del estigma relacionado al aborto podría fluctuar dependiendo de qué tan restrictivo es el contexto legal y propone que consideremos en el análisis las inequidades fundamentales (raza, edad y clase).

Asimismo, Kumar et al. (2009) consideran además que el significado y expresión del estigma relacionado al aborto están dados por un contexto específico, y concluyen que si bien no es universal, depende del significado del aborto en distintos contextos.

Goffman (1963) aclara que no todos los atributos indeseables son estigmas sino “únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinado grupo de individuos” (p.13). Esto aplicaría en el caso del aborto, en donde esta práctica iría en contra de los roles y estereotipos designados a las mujeres, y el mandato de la maternidad. De acuerdo con el autor antes citado, es necesario establecer una diferencia entre lo desacreditado y lo desacreditable. Esta última categoría corresponde a las personas cuyas diferencias no se revelan de inmediato y no se tiene conocimiento previo de dichas diferencias, como en este caso serían las mujeres que interrumpen un embarazo. La tensión surge en el manejo de la información sobre la supuesta deficiencia, el conflicto es sobre si expresarlo o callarlo, y a quién, cómo, dónde y cuándo.

El encubrimiento, categoría señalada por Goffman (1963) y asociada a las personas desacreditables, se presenta cuando el estigma es invisible y la persona que lo posee lo mantiene en secreto, ya que ser considerado normal tiene beneficios; en algunos casos como el aborto, se debe ocultar cuidadosamente a cierta clase de personas como la policía o las y los médicos/as para evitar la cárcel en aquellos contextos en donde la práctica está penalizada. En algunos casos, el encubrimiento no es sencillo, y puede implicar una dificultad para elaborar su identidad personal y generar una desconexión en su biografía. Un secreto implica esfuerzo y vigilancia (Herek, 2009). Major y Gramzow (1999) y Erviti (2005) identificaron que ante el estigma, algunas mujeres guardan en secreto el aborto, y por tanto reflexionan menos sobre su experiencia.

El silencio es un efecto directo de la estigmatización tanto por las consecuencias penales del posible delito, como por las consecuencias de rechazo y exclusión social. Las mujeres ocultan la interrupción del embarazo para conservar el respeto en su comunidad y frecuentemente entre sus redes más cercanas (Shellenberg et al., 2011).

Pensar en el estigma relacionado con el aborto, también nos lleva a tomar en cuenta otros estigmas asociados a la maternidad y la vida sexual/reproductiva de las mujeres: el estigma de no ser madre, de ser madre soltera, de tener un hijo fuera del matrimonio o, incluso recientemente desde un contexto urbano, de tener muchos hijos.

**Niveles del estigma relacionado al aborto.** Kumar et al (2009) también proponen una serie de niveles en donde se localiza el estigma relacionado al aborto basados en los

modelos propuestos por Heijinders y Van der Meij, que posteriormente son detallados por Le Tourneau (2016). A continuación, se describe cada uno de los niveles:

a) Cultura de masas y medios de comunicación: En este nivel se encuentra el discurso dominante que ciertos sectores de la población tienen y la forma como se representa el tema en los medios de comunicación (Kumar et al., 2009; Le Tourneau, 2016). El aborto es un tema poco representado en los medios y en la mayoría de los casos es proyectado como controversial, anormal, una experiencia poco común, y tema tabú. También ha contribuido a mantener estereotipos sobre las mujeres que interrumpen como egoístas, irresponsables, inmorales, que no quieren tener hijos y jóvenes.

b) Legal: En este nivel se encuentran las políticas y leyes cargadas de ideologías y normas que obstaculizan el acceso al aborto (Kumar et al., 2009; Le Tourneau, 2016). Ejemplo de ello, es la criminalización a la que están expuestas las mujeres que tienen un aborto espontáneo o voluntario o los proveedores de salud en un marco legal restrictivo, bajo una ideología heteropatriarcal que castiga la no maternidad.

c) Institucional: Son las políticas, normas y prácticas utilizadas por las instituciones o el personal de estas instituciones (Kumar et al., 2009; Le Tourneau, 2016), ejemplos de ello son la falta de entrenamiento sobre procedimientos de aborto en escuelas de medicina, el trato que reciben las mujeres que abortan que mantiene una pobre calidad de la atención, el abordaje de este tema en investigación y formación en distintas disciplinas. No debemos olvidar que las diferencias de poder y estatus son legitimadas y mantenidas por las instituciones y sus sistemas ideológicos.

d) Comunitario: Incluye las normas sociales y culturales, actitudes y comportamientos grupales relacionados con el aborto que se presentan en las comunidades (Le Tourneau, 2016).

e) Individual: “Es la experiencia (internalizada, percibida o vivida) del estigma individual por parte de las personas” (Le Tourneau, 2016, p.4).

Sin embargo, considero que es difícil separar cada uno de los niveles y que están en constante interacción, en especial el nivel individual y comunitario, los cuales son inseparables en el análisis de la psicología social.

**Causas del estigma relacionado al aborto.** Kumar, Hessini y Mitchell (2009), consideran que al menos tres constructos asignados tradicionalmente a las mujeres son transgredidos por la experiencia del aborto: la sexualidad femenina destinada a la reproducción, la maternidad y el instinto de crianza. Sobre la sexualidad ahondan señalando que la actividad sexual de las mujeres, es el centro del estigma relacionado al aborto porque amplifica las transgresiones a las normas establecidas sobre cuándo, con quién, por qué y cómo tener actividad sexual, evidenciando que las mujeres han tenido actividad sexual sin fines reproductivos y que ellas buscan ejercer control sobre su reproducción y sexualidad.

Posteriormente, Norris et al. (2011) proponen que el aborto es estigmatizado porque: a) Irrumpe los estereotipos, b) Se le atribuye personalidad al feto, c) Existe un marco legal restrictivo que refuerza la idea del aborto como un delito, d) Es visto como algo sucio e insalubre, e) Los grupos conservadores han encontrado en ésta una poderosa herramienta.

Un aspecto del estigma, que de forma reciente ha sido señalado por su importancia, es el emocional, específicamente el disgusto o la repulsión, tanto en la investigación sobre el estigma (Miric, 2003) como en la enfocada al aborto (Kumar, 2018). La autora anteriormente citada señala que los grupos antiderechos han asociado esta emoción a los procedimientos, a los proveedores de salud que los realizan y a las mujeres que interrumpen un embarazo, y recomienda que los grupos a favor del derecho a decidir analicen sus implicaciones en términos legales, políticos y sociales.

Algunos estudios muestran que el disgusto o la repulsión son predictores de una ideología conservadora sobre la sexualidad (Inbar et al., 2009 en Kumar, 2018) o se correlaciona con la oposición al aborto (Crawford et al.; 2014 en Kumar, 2018). Algunos teóricos, señalan la existencia del disgusto sociomoral, emoción que surge de los tabués y normas sociales, enfatizando que ésta es aprendida y contextual (Rozin et al., 2008 en Kumar, 2018).

El procedimiento de aborto al asociarse con muerte, suciedad, sangre, los restos fetales y en el caso de la aspiración, la penetración del cuerpo, puede evocar desagrado. El disgusto, en el caso del aborto, es un detonante emocional que mantiene los procesos de estigmatización y es contagioso (Kumar, 2018).

### ***2.5.2 Estigma y empoderamiento***

Desde el feminismo y la investigación social buscamos contrarrestar, disminuir y deconstruir el estigma relacionado al aborto, para que las mujeres vivan esta experiencia acompañadas, libres de mandatos de género que las opriman y como personas éticas y para que, de esta forma, construyamos procesos de empoderamiento tanto colectivo como individual y ciudadanía.

Algunos estudios sobre el estigma han propuesto a partir de la experiencia de grupos o personas estigmatizadas que no solo tiene consecuencias negativas en sus vidas como el prejuicio, el estrés, baja autoestima y que es necesario identificar los elementos que pueden ayudar a las personas a superar el estigma. A partir de ello, proponen dos modelos de estrategias de protección frente al estigma: el afrontamiento y el empoderamiento (Oyserman y Swim, 2001; Shih, 2004).

Este segundo modelo (Oyserman y Swim, 2001), visualiza a las personas estigmatizadas como agentes activos que pueden obtener resultados positivos de situaciones difíciles y no como receptoras de prejuicios que solo buscan evitarlos, coincidiendo con la visión feminista y crítica de esta investigación. Desde este modelo, sobrepasar la adversidad

también puede ser un proceso enriquecedor que les permitió adquirir fortaleza y reflexiones vitales importantes.

Si las personas consideran que el estigma es injusto, pueden sentirse enojadas e intentar reducir el estigma a nivel individual y colectivo o si se sienten identificados con el grupo estigmatizado busquen otras características positivas del grupo (Corrigan y Watson, 2002 en Shih, 2004).

Desde esta investigación se plantea que el empoderamiento y la ciudadanía son alternativas frente a un sistema de dominación patriarcal, que intenta desconocer la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos. Estas alternativas, se han implementado a través de acciones feministas como el acompañamiento en situación de aborto, la elaboración y difusión de materiales audiovisuales, foros, cinedebates, grupos, etc.

## **2.6 EMPODERAMIENTO Y CIUDADANÍA**

Considero desde mi propia experiencia y la de otras mujeres, que la interrupción del embarazo puede significar el inicio o la continuación de un proceso de empoderamiento, ya que permite tomar conciencia de una misma, de la situación de otras mujeres, de los derechos sexuales y reproductivos y lograr una mayor autonomía en diversos aspectos de nuestra vida, pero también podría iniciar o dar continuidad a procesos de ciudadanía sexual y reproductiva a través de la movilización colectiva para el aborto, que éste no sea visto como un tema privado sino también público y exigir su aprobación legal, compartir la experiencia en los espacios familiares, escolares o laborales o acompañar a otras mujeres que requieran la interrupción, es decir, realizar cualquier acción cuya finalidad sea transformar la realidad social sobre el aborto.

Empoderamiento es una palabra de origen extranjero, *empowerment*, traducida al español, que ha recibido muchas críticas en su utilización por ser un anglicismo y por las contradicciones o ambivalencias en su utilización; sin embargo, las teóricas feministas (Wieringa, 1997;) en la década de los 90 y el movimiento de mujeres del Sur, devolvieron su sentido emancipador y de transformación a este término. El feminismo retoma este concepto por la importancia que el poder tiene para la teoría y práctica feminista, y las ciencias sociales y para darle otros sentidos a la palabra, desde la democracia y la distribución de poder (León, 1997). Rowlands (1997) señala que el poder marca la experiencia de las mujeres de dos formas: como opresión en su abuso y de resistencia o libertad en su uso.

La traducción en español de su significado es “dar poder” y “conceder a alguien el ejercicio del poder” (León, 1997, p.5) e implica una acción. Otros términos equivalentes son potenciación (que está referido a objetos), poderío, o apoderar que se define como “dar poder a uno y facultades” o “hacerse poderoso” (León, 1997, p.6).

Marcela Lagarde (2011) propone el término poderío, para referirse a los poderes de liberación, resultado de la conciencia de sí y del mundo, de la autoafirmación, la

independencia y la autonomía, y del desarrollo de habilidades para desmontar la opresión. Mientras que Olivia Tena (2013) resalta la importancia del “poder de las mujeres para hacer modificaciones vitales a nivel individual y colectivo, con el fin de mejorar su propia calidad de vida, entendiendo el poder no en un sentido patriarcal y androcéntrico, si no un poder transformador y útil” (p.343).

Magdalena León (1997), señala que hay cierto consenso desde el feminismo, en el sentido de “que el empoderamiento conduce a lograr autonomía individual, a estimular la resistencia, la organización colectiva y la protesta mediante la movilización” (p.20). Además, considera que el proceso de empoderamiento es un reto a las relaciones de poder, a la ideología patriarcal y es un “proceso de superación de la desigualdad de género” (p.20).

Cabe aclarar que, desde una reflexión feminista, “no es posible que alguien empodere a otra persona” (Townsend, 2002, p. 42); el empoderamiento es producido por las personas involucradas; no es producido, permitido, autorizado por otro, aunque esto no excluye la labor de instituciones mediadoras (las organizaciones feministas en este caso que funcionan como acompañantes) (Montero, 2003). Olivia Tena (2013) enfatiza que “el poder no se otorga” y que el empoderamiento “no consiste en capacidades vacías en espera de ser llenadas o regaladas por alguien” (p. 352), ni se desarrolla de un momento a otro.

El empoderamiento es un término dinámico, ya que se refiere a un proceso (Batliwala, 1994) y se manifiesta en distintos escenarios. No tiene un inicio y un fin igual para todas las mujeres. “El empoderamiento es diferente para cada individuo o grupo” (León, 1997, p.20) de acuerdo a sus circunstancias.

Otra aportación importante del feminismo, es que no se puede reducir el empoderamiento a lo individual olvidándose de lo histórico y lo político, ya que si bien son necesarios los cambios a este nivel también deben ser a nivel colectivo, y estos dos niveles no son opuestos, sino que se influyen mutuamente. En este sentido, Marcela Lagarde (1997) propone que el poderío es la base de la democracia y el desarrollo humano sustentable, al eliminar la opresión y potenciar la construcción de ciudadanía.

El empoderamiento individual implica la autovaloración, el reconocimiento de los propios logros, la construcción y reconstrucción de identidades, la propia percepción como persona poseedora de derechos, la capacidad para exigirlos y de contribuir al cambio social. Si se queda solo en este nivel, es una ilusión (Tena, 2013).

El empoderamiento colectivo “forma parte de un proceso político de mayor aliento, que guía transformaciones sociales” (Tena, 2013, p. 355) a partir de una conciencia histórica de opresión y que posibilita el surgimiento de sujetos políticos y sociales, que habían estado invisibilizadas por el orden patriarcal.

Olivia Tena (2013) señala que, si el empoderamiento es el ejercicio de poderes, debemos desarrollarlo en todos los espacios, incluso en la propia casa y familia de forma cotidiana. Nos alerta también que el “poder no se mide por la cantidad de responsabilidades

asumidas” (p. 353), en este sentido una mujer que realiza triple jornada no está más empoderada perse.

Como una introducción al tema del empoderamiento, Rowlands (1997) diferencia cuatro clases de poder con base en Lukes (1974), que son útiles cuando abordamos el empoderamiento y para comprender sus alcances:

*Poder sobre.* Es el más familiar y común, representa “la habilidad de una persona para hacer que otras actúen en contra de sus deseos” (p.218), lo que implica que una persona gana poder y la otra pierde. Va más allá de la toma de decisiones y el conflicto, se trata de control sobre el cuerpo, los recursos, y la ideología (Batliwala, 1994) y del poder invisible. La violencia, coerción, manipulación, el miedo y la información sesgada o falsa y la internalización de la opresión son ejemplos de este tipo de poder. Lo ejercen los hombres y los grupos de hombres (aunque no exclusivamente) (León, 1997; Townsend, 2002).

*Poder para.* Es un “poder generativo o productivo que crea nuevas posibilidades y acciones sin dominación” (Rowlands, 1997, p. 221), permite compartir el poder y favorece el apoyo mutuo. Es importante para que se expresen todas las capacidades y potencial humanos (León, 1997). Puede ser expresión del poder desde dentro o alimentarlo cuando las mujeres se reconstruyen y reinventan (Townsend, 2002).

*Poder con.* “Es la capacidad de lograr juntas lo que no es posible conseguir solas” (Townsend, 2002 p.51), multiplicando poderes individuales, dando importancia a la solidaridad y a la construcción de alianzas. Es tener conciencia de la acción grupal.

*Poder desde dentro.* Este “representa la habilidad para resistir el poder de otros mediante el rechazo a las demandas indeseadas. Es el poder que surge de sí mismo y no es dado ni regalado” (León, 1997, p. 19). Parte del reconocimiento de la propia fuerza, y de las restricciones de fuerzas externas, en este caso de los aspectos que mantienen la subordinación (León, 1997). Se basa en la aceptación y respeto de sí mismo y de los demás. Su relación con el empoderamiento es fundamental (Townsend, 2002).

En el tema de aborto, el empoderamiento se reflejaría de diferentes maneras: a) Como un *poder desde dentro* de las mujeres que resisten el mandato de la maternidad y ponderan sus planes y su vida en primer lugar, que consideran que la interrupción del embarazo es un derecho válido para ellas, b) Como un *poder con*, cuando las mujeres se apoyan si una de ellas decide interrumpir su embarazo o cuando forman grupos de apoyo o acompañamiento y c) Como un *poder para* influir en otras personas y cambiar lo que se piensa sobre el aborto o realizar cambios en la propia vida a partir de la interrupción del embarazo. Estos tres poderes antes mencionados están fuertemente vinculados a la noción del empoderamiento desde una perspectiva feminista y con el ejercicio de ciudadanía sexual y reproductiva. El *poder sobre* se observa cuando las diferentes instituciones sociales, las parejas, etc., quieren imponer su voluntad ya sea de continuar o interrumpir un embarazo a costa de las decisiones

y deseos de las mujeres; esto también se presenta a través del miedo y del control de la información que ejercen los grupos conservadores.

Concluimos con la siguiente definición de empoderamiento dada por Olivia Tena (2013): “Es un proceso el cual las mujeres transitan, de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación o exclusión, hacia una situación de conciencia, autodeterminación y autonomía” (p.358).

A continuación, se detalla la categoría de conciencia de género u opresión, como primer paso para el empoderamiento.

### ***2.6.1 Conciencia de género***

Magdalena León (1997) señala que el primer paso en el camino del empoderamiento es reconocer y tomar conciencia de la existencia de una ideología que mantiene la dominación masculina, de sus problemas sociales y políticos y que perpetúa la discriminación, es decir, conciencia de género; posteriormente las mujeres deben modificar la imagen de sí mismas y las creencias sobre sus derechos y capacidades. Esta propuesta también coincide con la de Marcela Lagarde (2011) quien retoma el concepto de conciencia de sí misma para llegar a la conciencia de género y de ciudadanía ya que la base del poderío es reconocer, ejercer y respetar los derechos democráticos.

A través de la conciencia de género las mujeres entienden que “lo personal es político”, es decir las complejas relaciones entre aspectos individuales de su experiencia y las condiciones estructurales, así mismo comprenden la forma como funciona la opresión de género, su estatus de subordinación, el poder en las relaciones de género y los procesos de socialización que mantienen esos procesos (León, 1997).

Es un componente central de las actividades feministas y piedra angular de la teoría feminista para lograr el cambio social y personal, que se logra a través de la conciencia o el cambio personal de que son parte de un grupo más amplio y que lo que se busca para una se busca para todas (Tierney, 1989).

Mariela Infante (2007) utiliza el término de conciencia de género para identificar el grado en que las mujeres perciben discriminación, subordinación, falta de autonomía y libertad. Propone tres niveles discursivos a saber: a) tradicional, en el cual se acepta la división sexual del trabajo, limitando a las mujeres al ámbito doméstico y a las labores de cuidado y de crianza; b) de la igualdad, en la cual se evidencia la existencia de discriminación de género, y existe un concepto mínimo de igualdad; c) de la autonomía, supone el nivel más alto de conciencia de la condición de subordinación, en el que se reconocen condiciones desventajosas y prácticas discriminatorias, y las limitaciones de la igualdad, se demanda una integración paritaria en lo político y laboral.

Estos discursos de género, no siempre son consistentes en el ámbito público y privado, es decir se pueden manifestar con distintos grados de radicalidad. Estos tres niveles discursivos cumplen una finalidad más analítica que práctica y, en la realidad, se superponen.

El empoderamiento, la conciencia de género y la ciudadanía, pueden ser categorías útiles que nos permiten entender la complejidad de la experiencia de la interrupción del embarazo en el contexto actual, entre la legalidad y la ilegalidad, entre discursos hegemónicos y disidentes, viviendo la experiencia solas o acompañadas, sabiéndose poseedoras de derechos o delincuentes, acompañando a otras mujeres o creyendo que este derecho solo es válido para ellas.

El empoderamiento, en especial el colectivo, está ligado a la ciudadanía porque las mujeres, al saberse poseedoras de derechos, pueden ejercerlos y ejercer otros derechos que antes no habían ejercido, recordando también que, sin el reconocimiento del derecho a interrumpir un embarazo, nuestra ciudadanía está limitada porque no tenemos derecho a decidir sobre nuestra vida, nuestro cuerpo y lo que queremos para nuestro futuro. No somos ciudadanas si solo se nos reconoce por una función biológica o como incubadoras. No tenemos una ciudadanía completa si no podemos intervenir en las decisiones que nos afectan, si esas decisiones las toman otros (la iglesia, el Estado, la pareja) o si dejamos en manos de éstos esas decisiones porque no nos sabemos o no nos sentimos poseedoras de derechos.

### ***2.6.2 Ciudadanía sexual y reproductiva***

La despenalización del aborto en la Ciudad de México (antes Distrito Federal) es una coyuntura histórica que está estrechamente relacionada con la ciudadanía y la conciencia de derechos, ya que este tema fue ampliamente discutido en diversos medios de comunicación, se han realizado diversos eventos públicos sobre el tema y más de 227,686 mujeres han ejercido este derecho, reconociendo el derecho a decidir sobre su cuerpo y su maternidad, pero ¿Las mujeres que viven en el D.F. se han apropiado de este derecho? Aún falta camino por recorrer, para que todas las mujeres en el D.F en primer lugar sepan que tienen este derecho, y que transformen sus narrativas (posiblemente con tensión entre lo tradicional y lo autónomo) para poder ejercerlo. Por otra parte, para las mujeres que viven en otros estados su ciudadanía no está completamente reconocida porque no pueden interrumpir un embarazo en condiciones seguras en la mayoría de los casos, salvo que se considere que cumple con alguna de las causales, que tengan acceso a información confiable sobre el uso de medicamentos o que una organización las acompañe.

Lagarde (2011) señala que “la ciudadanía es la clave feminista de la identidad política, para el feminismo implica convertirnos en seres investidas de derechos específicos relacionados con nuestra condición de género.” (p. XLVI). Nuestra ciudadanía es parcial, mientras la interrupción del embarazo por voluntad de la mujer no sea reconocida como un derecho para todas en todo el país.



La categoría de ciudadanía “no es neutral ni históricamente unívoca, su desarrollo es ambivalente, con avances y retrocesos, y se encuentra en permanente construcción” (Sánchez, 2013, p.91). Además, Alma Sánchez (2013) considera que “autonomía y conciencia de derechos son expresiones de la ciudadanía plena y se concreta en los nuevos movimientos sociales” (p.104).

El feminismo ha hecho una crítica al enfoque liberal ya que las raíces de la exclusión de las mujeres como ciudadanas están basadas en los pensadores del contrato social y ha mostrado el sesgo androcéntrico en los conceptos de ciudadanía y política. También se ha criticado el enfoque sociohistórico de Marshall (1950 en Sánchez, 2013), quién planteaba tres dimensiones de ciudadanía: civil (derechos para la libertad individual, propiedad y justicia), política (derecho a la participación, elegir y ser elegidos) y social (derechos a un mínimo beneficio económico, seguridad social y salarios). Desde el feminismo se ha criticado que no contempla el concepto de género y se ha propuesto la ampliación de una cuarta generación de derechos: los derechos sexuales y reproductivos.

Ciudadanía plena desde el feminismo “es el desarrollo de la capacidad de autodeterminación, expresión y representación de intereses y demandas, así como el pleno ejercicio de derechos políticos, sociales e individuales” (Sánchez, 2010, p.114). Por ello el derecho a decidir sobre el propio cuerpo está íntimamente ligado a la ciudadanía.

Ciudadanía y sexualidad son categorías que no están separadas. Jeffrey Weeks (1998) propone la categoría de ciudadanía sexual, señala que el ciudadano/a sexual existe “por la prioridad que se le ha dado a la subjetividad sexual en el mundo actual y es un presagio de nuevas políticas de la intimidad y la vida cotidiana” (p. 35). Parecería que la idea de ciudadano/a sexual es una contradicción en sí misma, ya que tendemos a pensar que lo sexual es lo más íntimo de nuestra vida personal mientras que la ciudadanía opera en la esfera pública, por ello es una categoría híbrida, que rompe la división público/privado.

La idea de ciudadanía sexual es contemporánea, es decir en el contexto neoliberal del siglo XXI, vinculada a las luchas por equidad y la justicia social. La emergencia del ciudadano/a sexual es un reflejo del impacto del cambio social acelerado, la transformación del mundo sexual y de nuevas posibilidades del *self* y de la identidad (Weeks, 1998). La noción de ciudadanía sexual intenta remediar las limitaciones de conceptos anteriores de ciudadanía, es un concepto más integral, que incluye otras categorías analíticas, como la clase, el género y la raza, así como el impacto del binarismo heterosexual/ homosexual y la institución del matrimonio heterosexual (Weeks, 1998).

Sabsay (2015), en su conferencia dictada en nuestro país considera que, si bien ha habido avances significativos en la inclusión y reconocimiento de derechos, también se han desarrollado “nuevas formas de regulación sexual o una nueva moral sexual”, ya que la inclusión también produce exclusión. Por ejemplo, en el tema del aborto, si bien está despenalizado hasta las 12 semanas en la Ciudad de México, interrumpir un embarazo en varias ocasiones o en el segundo trimestre, es fuertemente sancionado moral y/o legalmente

(no todos los abortos son evaluados de la misma forma) y el acceso para menores de edad solo se logra si se tiene la aprobación de padres y tutores.

Sabsay (2015) también señala que, en el contexto neoliberal, la idea de libertad o autonomía se restringe a la idea de empoderamiento o elección, enfocándose en lo individual y perdiendo lo colectivo. En esta investigación, reconocemos la importancia del contexto social y económico de las participantes, su historia personal y las relaciones de pareja o familiares como factores que restringen o posibilitan sus elecciones, ya que las mujeres no deciden en un vacío. También un eje importante de esta investigación es el empoderamiento colectivo que puede surgir o continuar a partir de la experiencia de la interrupción del embarazo, es decir las acciones que han realizado para transformar no solo su realidad, sino la realidad de otras mujeres.

Algunos autores han propuesto el término ciudadanía reproductiva, señalando que la reproducción media la vinculación entre sexualidad y ciudadanía, enfatizando el control sobre la reproducción por parte del Estado con énfasis en las mujeres, y el rol de las biopolíticas, así como la forma en que la idea tradicional de ciudadanía está relacionada con la reproductividad y con la idea de familia (Richardson, 2017; Turner, 2008). También se ha propuesto el término “ciudadanía íntima”, elaborada por Ken Plummer (2003 en Olesky, 2009), que aborda las preocupaciones sobre el derecho de las personas a elegir sobre sus proyectos de vida, sus cuerpos, identidades, sentimientos, relaciones, representaciones.

En términos de esta investigación, la ciudadanía sexual y reproductiva, ya que no podemos aislar lo sexual de lo reproductivo, se expresaría cuando las mujeres conocen el marco legal sobre aborto, se sienten poseedoras de sus derechos sexuales y reproductivos y de su derecho a una maternidad voluntaria, vinculan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con otros derechos; apoyan a otras mujeres en algún momento del proceso de la interrupción de un embarazo o realizan una acción pública de apoyo a favor de la despenalización del aborto o de la disminución del estigma relacionado al aborto, por ejemplo narrando su experiencia de forma pública o en espacios escolares, familiares o laborales; por ello esta categoría estaría relacionada con el “poder con” y el “poder para”, que hemos señalado anteriormente en la sección de empoderamiento. Cabe señalar la posibilidad de que el término ciudadanía sexual, sea un término que no sea expresado como tal, en la narrativa de las mujeres, pero sí las acciones o prácticas mencionadas anteriormente.

## ***CAPÍTULO 3. ABORDAJE METODOLÓGICO***

Para aclarar el punto de partida y situarme, que es parte de la construcción del conocimiento científico, retomo la definición de Montero (2001) de paradigma como un “modelo y modo de conocer que incluye tanto al individuo o sujeto cognoscente como una concepción del mundo en que vive y de las relaciones entre ambos” (p.1) y las dimensiones paradigmáticas interrelacionadas que ella propone, considerando las dimensión política y ética de la investigación como elementos fundamentales para una psicología politizada, en concordancia con las propuestas de investigación feminista que señalan que el conocimiento no es neutro, y que la investigación es de, con y para las mujeres. Estas dimensiones guían la investigación y van más allá de los marcos teóricos. Como señala Blázquez (2012),

el concepto central de la epistemología feminista es que la persona que conoce está situada y por lo tanto el conocimiento es situado, es decir, refleja las perspectivas particulares de la persona que genera conocimiento, mostrando cómo es el que el género sitúa a las personas que conocen (p. 28).

Por ello, como investigadora feminista, tengo el compromiso de transparentar los elementos ontológicos, epistemológicos, éticos y políticos que dan forma a mi posicionamiento sobre el aborto y las mujeres que abortan, así como el contexto que dio origen a las preguntas de investigación.

### **3.1 DIMENSIONES PARADIGMÁTICAS**

#### ***3.1.1 Dimensión ontológica***

Esta primera dimensión, responde a las preguntas ¿Cuál es la naturaleza de lo cognoscible? ¿Cuál es la naturaleza de la realidad? ¿Quién conoce, quién o qué es conocido?

Esta tesis se enmarca en 1) la epistemología e investigación feminista; esta última se caracteriza por ser interdisciplinaria, “contextual, experiencial, multimetodológica, reflexiva, no replicable y comprometida” (Goldsmith-Connelly, 1998, p.45); rechaza la objetividad tradicional partiendo del “conocimiento situado”, -parcial, localizable y crítico- (Haraway, 1995)-, así como la “objetividad política” (Molet Chicot, 2014, p.242) comprometida con la emancipación, y 2) una perspectiva de género feminista, reconociendo que vivimos en un mundo generizado, patriarcal, y desigual para las mujeres, que se exagera cuando se cruza con otras condiciones como la edad, la clase o la etnia.

Considero que las mujeres somos sujetos de conocimiento, que pueden tomar decisiones éticas, con voz propia, con derechos, ciudadanas, agentes para decidir el rumbo y las riendas de nuestras vidas, capaces de construir en colectivo, que viven en un estructura patriarcal, en un contexto histórico y geográfico particular, socializadas como “seres para otros” rodeadas y limitadas por discursos religiosos, científicos, legales, familiares que nos señalan lo opuesto: obediencia, dependencia, indecisión, rivalidad, debilidad como

características esencialmente femeninas, retomando a Marcela Lagarde vivimos en “una contradicción permanente” (Lagarde, 2011). No somos objetos de estudio ni ratas de laboratorio, las mujeres que aceptaron participar en esta investigación son eso, participantes.

Para entender la realidad retomo los aportes de los abordajes narrativos, como condición ontológica. Los relatos o narrativas son parte de nuestra vida cotidiana, a través de ellos expresamos nuestros sentires, pensamientos, tomamos postura sobre diferentes temas, organizamos, entendemos la vida y forman parte de nuestra identidad (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008; Martínez y Montenegro, 2014). En esta investigación narrativo feminista, concibo la realidad como algo cambiante, que podemos conocer parcialmente, construida socialmente, que puede ser conocida parcialmente, no es algo dado, inerte o estático que espera ser conocido como lo marca el positivismo.

En esta misma tónica, resultan relevantes los aportes de la psicología crítica que pone en el centro las relaciones de poder que subyacen a toda investigación y al mismo tiempo cuestiona la legitimidad de la psicología hegemónica, individualista, reduccionista y positivista que omite las cuestiones políticas y estructurales, dejando de lado la transformación social al buscar la homeostasis o validando la opresión y la desigualdad (Santarelli, 2016).

Ante lo anteriormente señalado surge la pregunta ¿es posible hacer una investigación feminista sobre aborto desde la psicología? Sí, partiendo de los aportes de la psicología crítica feminista, haciendo resistencia desde esta disciplina al capitalismo y al patriarcado, visibilizando, analizando y erradicando las desigualdades de género, estableciendo alianzas en un marco de sororidad con las académicas feministas que nos preceden. Ante la inexistencia de un posgrado en Estudios de Género en la UNAM, el camino es la construcción de un marco sólido feminista en la disciplina, comprometido con las experiencias y problemáticas de las mujeres y no con la conformidad y la obediencia al *status quo*.

A partir de la psicología crítica feminista, rechazo el discurso que patologiza la experiencia del aborto y que vincula este evento per se con duelo, arrepentimiento y culpa, convirtiéndose en una forma de regulación social (Boyle, 1997; Leask, 2014). Todo ello se traduce en una concepción no victimista de las mujeres y en la comprensión de sus experiencias situadas, no solo en tanto contexto social o cultural, sino, de manera especial, considerando los diferentes itinerarios recorridos y las tensiones asociadas a éstos a partir de reconocer la diversidad de narrativas sobre el aborto.

Entonces la realidad que quiero analizar, en este caso la experiencia de la interrupción del embarazo, es múltiple y diversa, no es estática, expresa contradicciones y tensiones, está atravesada por la violencia de género, la legalidad y seguridad de su práctica, pero que ante todo debe ser gratuita, legal y segura para todas las mujeres sin excepción, sin tramites ni tuteladas. Entiendo también que la decisión de interrumpir un embarazo no es lineal, transita entre dudas, temores y también certezas, va más allá de un listado de motivos, y que frente a

un embarazo no intencionado en algunas ocasiones en un contexto de precariedad las mujeres no tienen alternativas.

Mi visión sobre el aborto ya ha sido presentada en la introducción y en las claves feministas indispensables para analizar la interrupción del embarazo que se desarrollan en el marco teórico: 1) *Género, poder y resistencia*, 2) *Género, salud mental y emociones*, 3) *Maternidad*, 4) *Autonomía*, 5) *Disputa de sentidos*, 6) *Derechos sexuales y reproductivos*.

Reconozco que mi mirada no es neutral como investigadora, que ha cambiado a lo largo de los cinco años que implicó esta investigación, está matizada al ser una mujer de 38 años, identificarme como feminista, y por mi propias experiencias de interrupción del embarazo, estigma, violencia de género y de maternidad/ maternaje de un niño de diez años a través de las cuales percibo el estigma como una carga injusta e impuesta por el patriarcado, al embarazo como un evento estresante y un riesgo para la salud de las mujeres, a la interrupción del embarazo como un derecho de las mujeres y un hito que puede detonar procesos de cambio y crecimiento, y a la maternidad como una tarea demandante, desafiante, en soledad, sin idealizaciones ni instintos. Mi experiencia de violencia de género y crecer hasta los 18 años con un padre machista, me ha sido de utilidad para entender de distintas formas corporeizadas cómo funciona el patriarcado. Partir de las propias experiencias requiere distanciarse por momentos, reflexividad y autovigilancia.

Mi experiencia anterior como activista y colaboradora en una organización feminista y en un colectivo juvenil también ha permeado esta investigación, ya que me permitió acercarme a la experiencia de la interrupción a través de los correos de las mujeres que buscaban información, de la participación en distintos grupos de reflexión sobre el tema, en foros y congresos sobre el tema así en el video documental sobre la experiencia de la interrupción “Era yo, otra vez”, del intercambio con otras mujeres que interrumpieron sus embarazos, de la participación en marchas, y protestas ante los retrocesos. Mi intención al iniciar esta investigación era y es vincular teoría y praxis, mirando a la ciencia como “agente de cambio y generadora de comprensión del cambio” (Cubides y Duran, 2002, p. 12). Este posicionamiento y mi experiencia, es el lugar desde yo conozco e influyó en las preguntas de investigación, en la guía de entrevista y en mis categorías de análisis.

### ***3.1.2 Dimensión Epistemológica***

De acuerdo con Blázquez (2012), la epistemología “se refiere al estudio de la producción y validación del conocimiento científico” (p.22) mientras que la epistemología feminista aborda “la manera en que el género influye en las concepciones del conocimiento, en la persona que conoce y en las prácticas de investigar, preguntar y justificar” (p.22).

Los enfoques feministas<sup>20</sup> críticos y narrativos, comparten el cuestionamiento hacia los postulados de la ciencia tradicional y positivista que parten de una mirada androcéntrica, señalando la necesidad de romper con el dualismo sujeto-objeto, la objetividad tradicional, la universalidad, predictibilidad, la racionalidad y la neutralidad (Blázquez, 2012).

La objetividad tradicional y débil que supone una distancia entre investigadora y participantes, no es meta de esta investigación, ni se utiliza como medio patriarcal de control (Blázquez, 2012), apuesto a una objetividad fuerte como señala Harding (1998) y responsable, en la que me pongo o intento ponerme en el mismo plano que las participantes, a lo largo del proceso investigativo y no solo dentro de las entrevistas.

Esta es una investigación de tipo cualitativa que persigue el “análisis y comprensión de los fenómenos complejos y que interpreta los hechos a la luz de los contextos, las subjetividades y los significados que le dan forma” (Lafaurie, 2006, p. 3).

Considero que con las mujeres que entrevisté y que previamente me narraron de forma escrita su experiencia de interrupción, tenía en común, como situación de género, la experiencia de interrupción del embarazo; en algunos casos coincidimos en el nivel educativo, el rango de edad e incluso en el interés teórico y político por el tema del aborto, pero también había diferencias en el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y en los significados sobre la experiencia de interrupción. Reconozco que existieron diferentes posiciones de poder en la relación investigadora y participantes y que no “doyo voz” ni liberó a las participantes ya que no tengo la potestad de una voz que no es la mía.

También reconozco que la entrevista y la narrativa escrita en sí mismas pudieron transformar las narraciones de las entrevistadas, pero también la investigación transformó y nutrió mi narrativa sobre el aborto, evidenciando que la subjetividad de la investigadora también está en juego en la investigación. Es decir, hay una relación dialógica entre participantes e investigadora, aunque ellas no participaron en la etapa de análisis, ni todas conocen las conclusiones de esta tesis.

Desde este marco epistemológico feminista crítico y narrativo: 1) es fundamental contar con las experiencias de las mujeres, porque permite desmontar una serie de mitos para controlar o manipular a las mujeres, porque ellas son las protagonistas de estas historias, y en la mayoría de las ocasiones también se les ha negado poder narrar esta experiencia, 2) reconocer el valor epistémico y agencia de las y los participantes, 3) la narrativa como herramienta de transformación y como la vía ideal para el conocimiento y la interpretación de los procesos de subjetivación (Arfuch, 2010), 4) el conocimiento situado, 5) el reconocimiento de la palabra como constructora de significado y sentido, y a la

---

<sup>20</sup> Dentro de las tres líneas de aproximación a la epistemología feminista (empirismo, teoría del punto de vista y posmoderna), me considero más cercana a la última, con los aportes del conocimiento situado de Haraway, y al valorar la pluralidad de perspectivas al considerar la diferencia como “apertura, pluralidad y diversidad” (p.33).

narrativización es una forma epistemológica, y fenomenológica de comprensión y expresión (Riessman, 1990).

### ***3.1.3 Dimensión ética***

La dimensión ética de la investigación feminista es de igual relevancia que la dimensión epistemológica, por lo que es indispensable explicitar los dispositivos planeados para garantizar de los derechos, la dignidad y el bienestar de las participantes. Entre éstos consideré las relaciones de poder asimétricas que pueden estar presentes en la relación entre entrevistadora y entrevistada. Si bien este dispositivo es importante en cualquier investigación, en ésta fue especialmente relevante, ya que partí del conocimiento de que la narrativa que las participantes construirían a lo largo de la investigación tendría diferentes implicaciones para ellas, pues podrían estar basadas en episodios dolorosos de su historia personal; por ello, cuidé que las entrevistas se dieran en un marco de escucha “cercana, cálida y empática” (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008, p.35), que las participantes tuvieran la libertad de dejar la investigación en cualquier momento; además, como el aborto es un tema que genera estigma, puse especial atención el lenguaje utilizado y, en algunos casos, ofrecí la canalización a ADAS, Acompañamiento Después de un Aborto Seguro.

Tampoco debemos perder de vista que nuestras narrativas y la ética están íntimamente ligadas, al narrar, podemos asumir una postura (y quien realiza investigación narrativa no debe perder de vista esta petición implícita), podemos hacernos “cargo de las propias palabras”, lo que significa una “opción ética” (p. 30, De Villers, 1999 en Cornejo, Mendoza y Rojas, 2007). En este caso, varias participantes fijaron su postura frente a la interrupción del embarazo.

Otro aspecto relacionado con la ética en la investigación feminista, es que su finalidad última no solo debe ser la producción académica, sino que debe tener un impacto y utilidad, en este caso, en la vida de las mujeres. Esto último, era una de mis principales preocupaciones al iniciar mi investigación, que las participantes no percibieran su aportación como una ayuda o favor para mí.

Asimismo y, en un sentido más operativo, a cada participante le leí en voz alta un texto informativo en el que se solicitaba su consentimiento informado (Anexo 1) para participar voluntariamente en la investigación, el cual fue obtenido y grabado en todos los casos; protegí su identidad y la de sus personas cercanas a través del uso de pseudónimos, a menos que ellas sugirieran lo contrario y, finalmente, devolví a las mujeres la transcripción de sus entrevistas para que la revisaran y modificaran si lo consideraban conveniente, algunas de ellas lo hicieron, mientras que otras no contestaron el correo.

En este sentido, los valores éticos que me guiaron en esta investigación fueron la libertad, la justicia, la responsabilidad, la honestidad, el respeto y la sororidad, considerando a ésta última como el más grande imperativo ético de la investigación feminista. Esta

investigación la realicé con la aspiración de contribuir a una sociedad más empática con las mujeres, que cuestione las condiciones en que la maternidad y el cuidado se realizan, que busque la sororidad y un mundo más justo, igualitario y digno para las mujeres.

### ***3.1.4 Dimensión Política***

Esta investigación busca contribuir a disminuir el estigma relacionado al aborto; a la transformación de la opresión y el control del cuerpo de las mujeres; a visibilizar las resistencias a las narrativas hegemónicas y frecuentemente ubican a la interrupción del embarazo como una experiencia de tranquilidad y bienestar, partiendo de una crítica a la patologización de una experiencia frecuente en la vida de las mujeres.

También intenta romper el silencio sobre esta experiencia que el estigma y el patriarcado han impuesto como una forma de control y de aislamiento, mostrando una diversidad de significados, tensiones y ambigüedades que las narrativas reflejan, enfatizando que las narrativas son constructoras de significados tanto individuales como colectivos, que tienen efectos y transforman la realidad creando diversas interpretaciones. Por ello, lo que las mujeres narran sobre sus experiencias de interrupción de embarazo, es fundamental para construir nuevos significados asociados a la libertad, responsabilidad o la ética y transformar la realidad.

El feminismo pone en primer plano la palabra de las mujeres. La narración de las experiencias de interrupción del embarazo permite recuperar el valor memorial que el aborto o la interrupción del embarazo tiene como símbolo de múltiples luchas feministas, reiterando que “lo personal es político”, y la importancia que tiene la narración para las mujeres cuando la palabra y voz de ella ha sido negada históricamente, y con mayor énfasis cuando se habla de aborto. Pero también posibilita recuperar la reflexión ética que las mujeres realizan cuando toman esta alternativa, y para las y los lectores de estas narraciones les permitiría reflexionar sobre si es justo o no juzgar a estas mujeres.

La narración es dinámica y posibilita la resignificación y la transformación, por ello considero que el mismo acto de narrar la interrupción del embarazo, puede significar resistencia a los discursos dominantes, y de transgresión a los mandatos de género y al silencio que rodea la sexualidad, de posicionamiento personal-político, y de transformación tanto personal como colectiva por ello es un eje fundamental para entender el proceso de aborto como un posible proceso de empoderamiento y de ciudadanía.

Por último, busca evidenciar que la acción colectiva, la sororidad y las redes de apoyo son decisivos para transformar las realidades de las mujeres, y que el estigma puede ser deconstruido a través del empoderamiento colectivo de las mujeres.



### ***3.1.5 Dimensión Metodológica***

En esta investigación, de corte cualitativo, privilegié el abordaje narrativo ya que, a partir de éste, reconozco y doy un papel preponderante a la persona que narra, dándole un rol activo y constructivo. La persona narradora (la mujer que interrumpió un embarazo, en este caso) construye una narración particular, a partir de su posición, circunstancias, punto de vista y subjetividad, pero que también está limitado por discursos hegemónicos. Por lo tanto, la narrativa es una puerta de entrada a lo social y cultural al mismo tiempo que a la propia perspectiva de quién narra, entonces articula la “dimensión biográfica, histórica y social” ofreciendo un abordaje que “desdibuja las dicotomías personal-social y micro- macro” (Martínez y Montenegro, 2014, p.114).

A la narrativa de la interrupción del embarazo, me acerqué de dos formas, en primer lugar a través de la narrativa escrita de su experiencia y en segundo lugar, a través de una narración oral. Para esta última desarrollé una guía de entrevista (Anexo 3).

A través de estas dos formas de narración y debido también a la guía de entrevista, podemos observar que las participantes ligan este evento con otros hitos en su biografía. Al respecto, Marcela Lagarde (1997) señala que “desde el punto de vista metodológico y desde el punto de vista social, para poder saber cómo se concreta la autonomía de cada mujer tenemos que resumir el método de la biografía” (p. 25), recalcando la importancia de la reflexión biográfica y la escritura para la construcción de la autonomía “cuando siempre nos han dicho quiénes somos” (p. 26) o la costumbre es que consultemos a otros, que también implica hacer genealogía, “resignificar nuestra historia”(p.26), elaborar lo que estamos pensando y crear alternativas.

Por otra parte, la narrativa oral o relato capta la riqueza y detalles de los significados que no pueden ser expresados a través del razonamiento lógico- formal. El relato es un modo de comprensión y expresión de la vida, en el que está presente la voz del autor/a (Bolívar, 2002). Para esta narrativa oral, elaboré previamente una guía de entrevista, cuyas preguntas parten de los objetivos de la investigación y de la experiencia propia.

El abordaje narrativo nos permite poner en primer plano la subjetividad de las mujeres en el proceso de producción de conocimiento, evidenciando lo político; es una subjetividad situada en un contexto histórico y cultural específico. Además, da lugar a un sujeto con agencia y creatividad y es una herramienta para la transformación social de la realidad (Martínez y Montenegro, 2014).

Por otra parte, la importancia de abordar el estudio del aborto desde los itinerarios, implica comprender que interrumpir un embarazo es un camino bifurcado con dudas y obstáculos que las mujeres van enfrentando y superando al tomar diferentes decisiones desde su propia agencia, además de develar aquellas condiciones que abonan al ejercicio de sus derechos, con importantes implicaciones políticas.

## **3.2 PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **Pregunta General**

¿Cómo el estigma y el empoderamiento atraviesan las experiencias de interrupción de embarazo en el contexto actual mexicano?

### **Preguntas de Investigación Específicas**

¿Qué disputas de sentido narran las mujeres a lo largo de la trayectoria abortiva en un entorno de estigmatización social?

¿Cómo se imbrican el estigma relacionado al aborto y el empoderamiento en la trayectoria abortiva de las mujeres?

¿Qué elementos dificultaron la experiencia de interrupción las mujeres a lo largo de la trayectoria abortiva?

¿Qué cambios vitales a partir de la interrupción del embarazo narran las mujeres?

¿De qué forma se expresan los procesos de empoderamiento y ciudadanía de forma posterior a la interrupción del embarazo?

### **Objetivo General**

Analizar desde una perspectiva narrativo- feminista las experiencias de interrupción del embarazo a partir de dos ejes: el empoderamiento y el estigma en el contexto actual mexicano

### **Objetivos Específicos**

Explorar las disputas de sentido alrededor del aborto a lo largo de las trayectorias abortivas de las mujeres en un entorno de estigmatización cultural.

Analizar la imbricación del estigma y del empoderamiento a lo largo la trayectoria abortiva de las mujeres a partir de sus narrativas.

Analizar los elementos a lo largo de la trayectoria abortiva que dificultaron la experiencia de la interrupción

Describir los cambios vitales que narran las mujeres a partir de la interrupción del embarazo.

Analizar las diferentes expresiones de procesos de empoderamiento colectivo y de ciudadanía sexual y reproductiva posteriores a la interrupción.

## **3.3 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es de corte cualitativo. De acuerdo con Lafaurie (2006)

La investigación cualitativa constituye una perspectiva epistemológica que busca interpretar el hecho social partiendo de la mirada de los actores involucrados y que propone nuevas rutas de abordaje y análisis frente a la experiencia que, al ser vivida,

construida y narrada dentro de contextos culturales particulares, adquiere diferentes significados para los individuos en virtud de los diversos grupos sociales en que se hallan inmersos (p. 31).

Lafaurie (2006), señala que en investigaciones en salud sexual y reproductiva cuando se busca explorar y comprender una realidad e interpretar fenómenos complejos como es este caso, la investigación cualitativa es la mejor elección. Este tipo de estudio, no busca la generalización de los resultados, por ello no se realiza en poblaciones amplias (Tarrés, 2001), pero sí es un proceso sistemático y riguroso que permite explorar la vinculación entre la construcción de género y salud reproductiva así como tomar decisiones programáticas en el ámbito de salud en distintos niveles desde una perspectiva de género y un enfoque de derechos en temáticas relacionadas con la afectividad, la identidad y el sentido vida, el poder y la ideología como son el embarazo adolescente, el uso de métodos anticonceptivos, el embarazo y el aborto (Lafaurie, 2006).

La investigación cualitativa reivindica la realidad subjetiva e intersubjetiva como campo de conocimiento, la vida cotidiana como escenario básico de investigación, el diálogo como posibilidad de interacción, e incorpora la multidimensionalidad, diversidad y dinamismo como características de las personas y sociedades (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012, p. 197).

### **3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Privilegié el abordaje narrativo feminista. En el diseño narrativo, de acuerdo con Salgado (2007), el/la investigador/a recoge datos sobre las historias de vida y experiencias para describirlas y analizarlas.

Esta una investigación cualitativa con un diseño particular y novedoso, ya que utiliza la narración escrita y oral. La narrativa escrita o carta a sí misma sobre la experiencia de interrupción, la pensé cercana a la autobiografía que como López Górriz (2007) señala “el trabajo que una persona hace de sí misma, sobre sí misma, para sí misma y consigo misma. Para ello la persona se narra sí misma. Narra su vida o algunos aspectos de ella, exponiendo, reflexionando, analizando (p.4)”. Permitiendo la elaboración de un proyecto ético de lo que ha sido y será la vida (Bolívar, 2002). Los resultados obtenidos coinciden con esta propuesta.

#### **3.4.1 Técnicas**

Utilicé dos técnicas:

1. Narración escrita. Esta técnica permitió dar realce a la propia narrativa de las mujeres y a la forma en que ellas construyen su experiencia de forma individual, lo que permite la introspección y la reflexión, al mirar en retrospectiva. El texto podía escribirse en primera o tercera persona y la extensión fue a elección de cada participante, sin tiempo límite

para desarrollar su narración. Esta narración escrita se solicitó previo a la aplicación de la siguiente técnica.

2. Narración oral. Una vez recibida cada narración escrita, se procedió a realizar entrevistas semiestructuradas a cada una de las participantes, con una guía previamente elaborada con base en los objetivos específicos de esta investigación (Anexo 2), profundizando en los temas que en la narrativa escrita no abordaron. Las entrevistas tuvieron una duración de 90 a 240 minutos y se realizaron de septiembre de 2016 a febrero de 2017. Cabe mencionar que dos de las entrevistas se llevaron a cabo por medio de Skype, debido a que no conté con recursos económicos para el traslado. Todas las entrevistas realizadas por la primera autora se llevaron a cabo en lugares privados y sin interferencias (cubículos, consultorios o casa de las participantes).

El diseño de la investigación contempló la aplicación de estas técnicas en el orden expuesto debido a que partimos del supuesto de que el habla hacia una misma tiene posibilidades diferentes que el habla dialogada. La primera permitió que las participantes hicieran un ejercicio de reflexión y reconstrucción de su propia historia previa a la entrevista, como una ocasión para su posicionamiento o reposicionamiento frente a este evento de su vida. A partir de las narrativas escritas, las entrevistas tuvieron una función complementaria desde la empatía, fortalecida por la relación de horizontalidad con la entrevistadora a partir de una experiencia de aborto compartida. Estas fueron decisiones tomadas a partir de un proceso de reflexividad feminista para generar condiciones que favorecieran no solo el habla de las mujeres sobre su experiencia a modo de descripción, sino el énfasis en las tensiones y sus fundamentos discursivos a lo largo de sus trayectorias abortivas.

Además, diversos elementos que contribuyeron a que la mayoría de las participantes se sintieran en confianza y libertad para escribir y conversar de esta experiencia con la primera autora fueron el hecho de tener una amistad en común en algunos casos, compartir un espacio de aprendizaje y que conocieran su trabajo en organizaciones feministas.

Teniendo en cuenta que la narración es un proceso de co-construcción, que en este caso comienza con la narración escrita y continúa con la entrevista, se privilegió un estilo conversacional por ello fue importante que las participantes no se sintieran juzgadas.

Las narraciones escritas me permitieron observar el orden en que ellas narran su experiencia, los eventos, creencias o pensamientos a los que ellas les dan mayor peso, mientras que las narraciones surgidas en la entrevista, me permitieron ahondar en algunos detalles, en los antecedentes de esta experiencia, en las opiniones sobre la situación actual mexicana del aborto y los significados de esta experiencia, aunque algunas participantes ya incluyen algunos de estos elementos desde su narración escrita.

### **3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Al inicio de la entrevista, a cada participante le leí en voz alta un texto informativo en el que le solicitaba su consentimiento informado, el cual fue obtenido y grabado en todos los casos, en el cual autorizaban su participación señalando que es voluntaria y que podría ser interrumpida o cancelada en cualquier momento de la entrevista, pedí autorización a las mujeres para grabar la entrevista aclarando que sólo la investigadora puede escucharla; para tener una copia de su autobiografía así como para analizar y utilizar fragmentos de las narrativas escritas o de los relatos obtenidos en la entrevista, aclaré que ellas podrían revisar la transcripción y modificar su contenido si lo consideraban necesario. Protegí la identidad de las mujeres entrevistadas a través del uso de pseudónimos, a menos que ellas sugirieran lo contrario, y de las personas que ayudaron a contactar a las mujeres que hubieran interrumpido su embarazo

Cuando les envié el correo con su entrevista transcrita, algunas participantes no respondieron, mientras que otras ratificaron la información o excluyeron segmentos en los que se hacía referencia a otras personas.

### **3.6 PARTICIPANTES**

Participaron 14 mujeres mexicanas elegidas con base en los siguientes criterios de inclusión: 1. Que hubieran interrumpido uno o más embarazos antes de las 12 semanas de gestación; 2. Que residieran en México; 3. Que tuvieran la disposición de participar de manera voluntaria. La descripción de las participantes, se desarrollará más adelante en este capítulo.

Las características de las mujeres que participaron se sintetizan de la siguiente manera: nueve de ellas eran habitantes de la Ciudad de México; una vivía en el Estado de México, otra residía en Guadalajara, otra en Chiapas y 2 más residían en Querétaro. Al momento de la entrevista, su rango de edad estaba entre los 23 y los 34 años. Cuatro de ellas vivían con su pareja, siete vivían con familiares y tres más vivían solas. Solo dos de ellas tenían hijos. Doce de ellas tenían un ingreso propio, tres de ellas eran docentes, dos contaban con becas como estudiantes de posgrado y seis eran profesionistas; las dos participantes que no tenían ingresos propios se dedicaban al estudio. Sin embargo, en algunos casos, su situación y condiciones vitales eran muy diferentes al momento del embarazo (véase Tabla 1).

Rosa, Dany, Paulina, Violeta y Quetzalli vivían en estados donde la interrupción del embarazo no es legal. Mientras que el resto de las participantes vivían en la Ciudad de México al momento de la interrupción, sin embargo, Fabiola había vivido en Nayarit y Healy en el Estado de México.

En el estudio busqué contactar a una diversidad de mujeres (de distintas edades, niveles educativos y socioeconómicos) con distintas experiencias alrededor de la interrupción del embarazo en diferentes contextos de legalidad. Si bien identifiqué diferentes experiencias

de interrupción tanto en tipo de procedimiento y servicio, así como en distintos contextos legales; la mayoría de las participantes tienen niveles educativos altos y no logré contactar a mujeres que hubieran interrumpido con medicamentos y acompañamiento de colectivos feministas, pero sin supervisión médica directa.

Por otra parte, un elemento importante que la literatura refiere es el tiempo que ha transcurrido desde la experiencia, señalando que los recuentos sobre la experiencia no son estáticos, y que los significados sobre esta experiencia pueden cambiar de acuerdo a las circunstancias de vida (Avalos, 1999), si bien no hay un consenso en la forma en que afecta la narración de la experiencia. En esta investigación, tomé en consideración el tiempo transcurrido e intenté contar con experiencias recientes ocurridas entre 2015 y los primeros meses de 2016, pero no limité la selección de participantes a estos años, por la dificultad que implica identificar a mujeres que hayan interrumpido un embarazo y que estén dispuestas a participar en esta investigación de forma voluntaria.

### ***3.6.1 Selección de participantes***

En la selección de las participantes se utilizaron diferentes estrategias, si bien tenía contemplado con anterioridad contactarlas a través de informantes clave (colectivos y organizaciones feministas, clínicas privadas), facebook y bola de nieve, también las mismas participantes dieron muestra de su disposición a colaborar en esta investigación, cuando tuvieron conocimiento de la investigación en foros y clases. También las amigas mutuas fueron un elemento clave. Por ello ya no se utilizó el Facebook.

Cuatro de las mujeres se mostraron interesadas en participar en la investigación cuando conocieron de ella, dos amigas participaron por invitación mía, cuatro fueron contactadas por amigas en común, dos fueron contactadas con el apoyo de un proveedor de servicios privados, una más fue contactada con el apoyo de una consultora que da acompañamiento después de un aborto seguro y otra fue contactada a través de otra participante.

Otra mujer, quien era mi amiga, mostró interés, pero finalmente no fue posible agendar la entrevista por compromisos personales y de trabajo. Por otra parte, una mujer de Quintana Roo que había sido contactada por medio de una clínica privada, finalmente declinó su participación.

Algunos elementos en la construcción de confianza fueron la formación profesional, el vínculo con la universidad, conocer la postura de la investigadora. La construcción de una relación/ espacio de confianza y seguridad para las participantes es fundamental para romper el silencio y el secreto sobre el aborto posibilitando realizar la investigación basada en una posición ética de compromiso (Silva, 2014)

En una primera etapa contacté a la mayoría de las participantes que mostraron interés o que tenían una amiga en común conmigo como investigadora, en una segunda etapa busqué

perfiles distintos a los de la primera etapa, por lo que entrevisté a las mujeres que vivían en otros estados, que fueron contactadas con el apoyo de los servicios privados o de la consultora que da acompañamiento post aborto, y a quienes tenía contemplado entrevistar en una primera etapa pero que fue difícil concretar la entrevista.

En algunos casos, la cita para la entrevista tuvo que cambiar de fecha ya sea porque no habían terminado su narrativa escrita, o por las actividades que tenían las participantes. En las entrevistas por Skype, cambiaron en una ocasión por problemas de audio.

### **3.7 PROCEDIMIENTO**

A las diez participantes que no conocían el proyecto las contacté por mensajes de texto o correo, y les envié por correo electrónico un breve resumen del proyecto, explicándoles el objetivo y las dos técnicas de la investigación antes mencionadas. Las otras cuatro mujeres, conocieron el objetivo y la metodología durante la clase o el foro.

El procedimiento para la aplicación de cada una de las técnicas de investigación fue el siguiente

1. Una vez que aceptaron participar, acordamos que escribieran una narrativa escrita - autobiografía o carta a sí misma- sobre su experiencia de interrupción, en la extensión y forma que ellas quisieran. Las participantes debían enviar por correo electrónico previo a la entrevista sus textos escritos. Cabe señalar que en dos casos no conté con dicha narrativa y procedí a la entrevista.
2. Concerté una cita para la entrevista, pidiéndoles a las participantes dos horas de su tiempo; todas las entrevistas las llevé a cabo en lugares privados y sin interferencias (cubículos, consultorios, habitación de hotel o casa de las participantes). Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas. Dos de las entrevistas las realicé por medio de Skype.
3. Para iniciar la entrevista pregunté a cada participante si había algún tema que quisiera complementar a su narración escrita o quisiera abordar como complemento de su narración escrita. Una vez agotada la temática sugerida, dí inicio la entrevista propiamente dicha con base en la guía antes descrita. En los casos en que no pude obtener la narrativa escrita de forma previa, opté por una entrevista narrativa. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 90 y 240 minutos.

Después de cada entrevista tomé algunas notas de campo, y transcribí las entrevistas.

### **3.8 ESTRATEGIA ANALÍTICA**

A partir de los relatos obtenidos, llevé a cabo un análisis narrativo y de los itinerarios abortivos tomando como base las propuestas de Heather Fraser (2004), así como las de Débora Diniz y Marcelo Medeiros (2012). Estos últimos proponen el término “itinerario abortivo”, para analizar las trayectorias que recorren las mujeres hasta concretar un aborto,

las cuales dividen en varias etapas, desde que las mujeres perciben el atraso menstrual o sospechan del embarazo, hasta el post-aborto. Esta estrategia también ha sido utilizada por otros estudios brasileños como el de Santos y Brito (2014); Porto y Sousa (2017); y Heilborn et al., (2012). De acuerdo con Porto y Sousa (2017) al analizar estos recorridos se pueden observar las diferencias de acuerdo a elementos como el poder económico y la clase, además proporciona una visión más detallada sobre la forma en que se realiza el aborto clandestino evidenciando a los agentes mediadores que facilitan u obstaculizan el acceso. Si bien en esta investigación, parte importante de las participantes interrumpieron en un contexto legal, sus trayectorias son complicadas y acuden a varias unidades de salud, además la mayoría de las participantes inician sus narraciones escritas ubicándose en su contexto al momento del embarazo o el momento justo en que se dan cuenta que están embarazadas.

Para Mari Luz Esteban (2008) la idea de itinerario es útil:

...para mostrar las vidas, los cuerpos, en movimiento, como procesos dinámicos, abiertos y en continua transformación, y por tanto, singulares, contradictorios e inacabados... donde lo que interesa subrayar es la tensión entre *acción social, entendida como corporal* y contexto/s social/es... (p.144).

En este sentido, incorporar el concepto de itinerario como guía analítica de las narrativas, está muy lejos de concebir los procesos abortivos en términos lineales o racionales; más bien, posibilita la recuperación de las tensiones y resistencias situadas en el espacio y en el tiempo, así como la reconducción agéntica de los itinerarios abortivos de las mujeres. Las etapas de la trayectoria abortiva se definieron con base en las narrativas de las participantes abarcando momentos previos, durante y posteriores a la interrupción; dado que es una división solo con fines analíticos, siendo parte de un proceso, no fue de extrañar el traslape entre éstas. Las etapas que identifiqué fueron las siguientes:

1. Disputas de sentido previas: la didáctica del estigma y el silencio sobre la sexualidad
2. El proceso decisorio.
- 2b. Calidad y acceso a la interrupción del embarazo
3. Después de la interrupción (del post aborto hasta el momento actual).

Al analizar los temas, el contenido o el estilo de las narraciones, me ayudó a comprender el significado que las mujeres en este caso, están dando a la interrupción de sus embarazos y a su vez a comprender el contexto cultural en el que viven y la forma en la que ellas construyen su identidad. También a través del análisis narrativo, pude observar la retórica y las metáforas que las mujeres utilizan y “la forma en que representan y contextualizan su experiencia y conocimiento personal” (Gibbs, 2012, p.84).



En un primer momento, con base en Gibbs (2012) llevé a cabo las siguientes acciones para el análisis narrativo:

1. Lectura y relectura las narraciones escritas y de las transcripciones de las entrevistas.
2. Elaboración de un resumen corto de las narraciones escritas de cada una de las participantes, que se presenta en el siguiente capítulo.
3. Identificación de ideas temáticas
4. Identificación de emociones y el uso de metáforas.
5. Codificación de ideas temáticas y desarrollo de un marco de codificación.

Posteriormente retomé algunas ideas sugeridas por Fraser (2004): 1) Registro y reflexión de las emociones a partir de la lectura y escucha de las narrativas; 2) Interpretación de textos y transcripciones individuales; 3) Análisis de los diferentes dominios de la experiencia (aspectos intrapersonales, interpersonales, culturales y estructurales); 4) Identificación de puntos en común y diferencias entre participantes y 5) Relación de “lo personal con lo político”. Con base en lo anterior, en el presente trabajo de análisis, puse especial énfasis en aspectos como la secuencia de las narraciones escritas, así como en los temas comunes, las palabras, términos, metáforas, contradicciones, discursos, tensiones y resistencias identificadas en las narrativas escritas y en las obtenidas a partir de las entrevistas.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES**

	Edad al momento de la entrevista	Residencia al momento de la entrevista	Otros lugares de residencia	Escolaridad al momento de la entrevista	Ocupación al momento de la entrevista	Ocupación al momento de la interrupción	Año de la interrupción	Religión
Fabiola	29	Ciudad de México	Nayarit y Monterrey	Posgrado en curso	Estudiante	Misma ocupación	2014	Sin religión (familia católica)
María	30	Ciudad de México		Posgrado en curso	Estudiante	Desempleada/TDNR <sup>21</sup>	2015	Sin religión (familia católica)
Angie	27	Ciudad de México		Licenciatura	Funcionaria público	Estudiante	2013	Sin religión (familia católica)
Andrea	32	Ciudad de México		Maestría	Colaboradora en ONG	Desempleada/TDNR	2012	Sin religión (familia católica)
Jimena	26	Ciudad de México		Licenciatura	Profesionista	Estudiante	2009 y 2015	Sin religión (familia católica)
Quetzalli	29	Estado de México		Licenciatura	Docente	Estudiante	2011	Sin religión (familia católica)
Healy	33	Ciudad de México	Estado de México	Maestría	Docente	Estudiante y docente	2014	Sin religión (familia cristiana)
Dany	24	Querétaro	Municipio Guanajuato	Licenciatura en curso	Psicóloga y promotora	Estudiante	2012	Sin religión (familia católica)
Rosa	34	Querétaro	Municipio Guanajuato	Licenciatura	Docente y promotora	Empleada	2011	Sin religión (familia católica)
Andy	26	Ciudad de México	Canadá	Licenciatura	Cargo directivo	Misma ocupación actual	2017	Católica
Lis	26	Ciudad de México		Preparatoria trunca	Empleada	Trabajo doméstico no remunerado	2008	Sin religión (familia católica)
Violeta	26	Guadalajara	Varios estados	Licenciatura en curso	Estudiante	Trabajo doméstico no remunerado	2014	Católica
Paulina	23	Chiapas	Municipiorural de Oaxaca	Licenciatura en curso	Estudiante	Estudiante de bachillerato	2013	Católica
Karla	34	Ciudad de México		Posgrado en curso	Estudiante	Trabajo doméstico no remunerado	2010	Católica

<sup>21</sup> Trabajo doméstico no remunerado

**TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERRUPCIÓN**

	<b>Procedimiento</b>	<b>Tipo de servicio<sup>22</sup></b>	<b>Redes de apoyo<sup>23</sup></b>	<b>Año de la interrupción</b>
Fabiola	Medicamentos	Privado	Amigas/os y pareja	2014
María	Medicamentos	Clínica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA	Amigas y novio	2015
Angie	Medicamentos	Clínica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA	Amigas y novio	2013
Andrea	AMEU	Privado	Amiga (apoyo logístico)	2012
Jimena	AMEU y medicamentos	Privado (1) y Clínica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA (2)	Papás/amiga (1) Novio (2)	2009 y 2015
Quetzalli	Espontáneo	Privado	Amiga	2011
Healy	AMEU	Privado	Novio y compañeras de trabajo	2014
Dany	AMEU	Clínica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA	ONG	2012
Rosa	AMEU	Privado	ONG	2011
Andy	Medicamentos	Privado	Amigas, y pareja	2017
Lis	Medicamento	Consultorio privado	Amiga	2008
Violeta	AMEU	SEDESA	ONG	2014
Paulina	Medicamento	Privado en Chiapas	Amiga	2013
Karla	AMEU	Privado		2010

<sup>22</sup> Registramos en esta columna, el servicio al que finalmente las mujeres accedieron para la interrupción; sin embargo, varias participantes acudieron antes a otros servicios públicos o privados.

<sup>23</sup> Los novios o parejas no tuvieron un rol de apoyo en todos los casos, incluso llegaron a obstaculizar el acceso o afectar su bienestar, por ello se omiten en algunas ocasiones en esta columna.

## ***CAPÍTULO 4. ACERCAMIENTO A LAS NARRATIVAS, DISPUTAS DE SENTIDO Y DIDÁCTICA DEL ESTIGMA.***

En este capítulo hago un recuento de las narrativas escritas de las participantes, intentando mostrar los distintos elementos que conforman sus experiencias y trayectorias abortivas. Posteriormente profundizo en las disputas de sentido, la didáctica del estigma y las barreras simbólicas que incorporan desde niñas.

### **4.1 ELEMENTOS COMUNES EN LA TRAYECTORIA VITAL DE LAS PARTICIPANTES.**

A continuación, presentaré algunos elementos comunes importantes en la trayectoria de las participantes, que me permite contextualizar y situar la experiencia de la interrupción en las participantes.

#### ***Migración***

La experiencia de migración interna no era ajena para las participantes, influyó en la presencia o ausencia de redes sociales, o también les permitió estar en contacto con discursos alternativos sobre género, sexualidad y aborto. En el caso de Fabiola y Healy, este cambio de residencia las situó en un contexto donde la interrupción del embarazo es legal.

En varios casos las participantes migraron para continuar con sus estudios universitarios como en el caso de Paulina, Dany y Rosa. En otros casos la migración se debió al trabajo de los padres, como es el caso de Violeta que vivió en por lo menos 9 ciudades distintas. La posibilidad de un cambio de residencia, también influyó en la decisión.

#### ***Ausencias maternas***

María y Lis relataron que sus mamás fallecieron cuando ellas tenían 12 y 11 años respectivamente, por lo que quedaron al cuidado de sus respectivos padres, cada una tenía un hermano. Mientras que María no dio muchos detalles, en el caso de Lis sí vinculó la ausencia materna con la interrupción del embarazo.

*“a lo mejor si hubiera estado ella hubiera sido diferente, a lo mejor ni siquiera hubiera andado con él, yo andaría en otras situaciones, en otra onda, en la escuela o con ella. Por eso te digo, es cuando yo me siento como sola, empiezo a buscar a alguien que llene hasta el espacio de mi papá” (Lis, 26 años)*

#### ***Edad al momento de la interrupción***

Uno de las participantes era menor de edad (Lis) y tres más (Paulina, Jimena y Dany) tenían menos de 20 años al momento de la interrupción. Lis y Jimena tuvieron que recurrir a su familia para acceder la interrupción, y acudieron a varios servicios antes de interrumpir su embarazo. Ser joven sin duda complejizó la interrupción por la ausencia de recursos económicos y la tutela que tenían sus familiares sobre ellas.

### ***Situación educativa y la transición a la vida laboral***

Al momento de la entrevista, seis participantes tenían una licenciatura concluida, cinco concluyeron o estaban cursando estudios de posgrado, dos estaban cursando una licenciatura y otra tenía preparatoria trunca. Sin embargo, al momento del embarazo, tres de las que tenían licenciatura eran estudiantes.

Su situación educativa o sus planes de estudiar eran importantes para varias participantes, quienes refirieron que les gustaba leer y estudiar desde niñas o adolescentes, parece ser que era un camino que se han trazado. Sin embargo, cuando este camino finalizó al terminar los estudios, es posible que se presente incertidumbre sobre el camino que debían tomar, el señalado por los mandatos de género o uno que ellas trazarían, más incierto y complicado ante la precarización y escasez del campo laboral. En esta situación de incertidumbre o tránsito entre la finalización de los estudios y el ingreso al campo laboral se encontraban Karla, Andrea y María.

Por otra parte, otras participantes (Lis, y Violeta) dejaron de estudiar por razones económicas y violencia lo que las dejó en vulnerabilidad, ya que el estudio era un espacio en donde podrían encontrar información o redes de apoyo y por tanto facilitar su acceso a la interrupción.

### ***Situación de salud***

Cuatro de ellas presentaron problemas de salud que las aquejaban al momento de la interrupción. Jimena padecía keratocono, Andrea depresión, Dany y Andy tenían problemas hormonales. En estos últimos casos, los médicos les dijeron que era muy difícil que pudieran embarazarse.

### ***Uso de métodos anticonceptivos***

Andy menciona que disminuyó las medidas para prevenir un embarazo “bajan las riendas”, ante un diagnóstico de problemas hormonales, lo que nos deja ver que eran ellas las principales responsables de la prevención del embarazo. En el caso de Andrea estaba contraindicado el uso de anticonceptivos hormonales por alergias.

Relacionado a su estado de salud y al momento de la relación de pareja se ubicaba el uso de métodos anticonceptivos. El uso no regular de estos, sus efectos secundarios, la creencia de esterilidad o poca fertilidad y la percepción de menor riesgo cuando la actividad sexual era esporádica ya que las relaciones de pareja pasaban por una crisis se hicieron presentes dificultando el uso de métodos anticonceptivos. La no utilización de métodos anticonceptivos coincide con hallazgos de Rivas y Amuchástegui (1996), Lafaurie (2005), y Van Dijk et al, (2011). Sin embargo, Dany y Karla mencionaron que sí estaban usando métodos anticonceptivos cuando se embarazaron, pero estos fallaron.

*Yo también era muy absurda, la verdad es que yo con varias parejas no me protegí, ni yo ni ellos, no utilizamos condón incluso con mis novios ehh, salvo con uno creo,*

*no había utilizado mucho, eso yo ya lo había hecho tanto que en algún momento hasta había pensado “a lo mejor soy estéril” ... (Quetzalli, entrevista)*

La narrativa de Lis evidenció una mala consejería de métodos anticonceptivos llena de mitos que junto con los obstáculos que enfrentaron las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, limitaron sus opciones.

*El ginecólogo me decía en aquel entonces, es que no uses hormonales, porque estás muy chica, puedes quedar estéril, no puedes ponerte el dispositivo, porque tampoco has tenido hijos, luego el DIU se encarna, parches vas a gastar mucho, tampoco te los recomiendo luego se despegan. Yo te recomiendo las inyecciones, pero yo odio las inyecciones, entonces para mí era más fácil usar la pastilla del día siguiente (Lis, entrevista).*

### ***Violencia de género***

La violencia también fue un continuo que apareció en las narrativas de la interrupción en los diferentes momentos cronológicos, en algunas inició en la familia, incluso con historias de las mujeres que las antecedieron, en otras participantes se manifestó en sus relaciones de pareja anteriores o con las que vivieron la experiencia de la interrupción. Este reconocimiento de la violencia es parte de su conciencia de género y de su resistencia a relaciones de pareja violentas antes o después de la interrupción por lo que se convirtió en una acción clave para su empoderamiento.

### ***Experiencia de interrupción***

En cuanto a la experiencia de interrupción, ocho de las participantes fueron atendidas en servicios privados y seis en clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud de Ciudad de México (cabe mencionar que una de las participantes interrumpió en dos ocasiones) y una más fue atendida por personal médico privado en Chiapas. Seis de las mujeres utilizaron medicamentos, a otras ocho les realizaron una aspiración manual endouterina, una más tuvo un aborto espontáneo un día antes de su cita de interrupción. En cuanto al tiempo transcurrido entre la experiencia y la entrevista, en un caso la experiencia era muy reciente (1 mes), cuatro casos tenían entre uno y dos años, ocho casos tenían de tres a cinco años y dos casos tenían ocho años.

### ***¿Quién paga la interrupción?***

No se indagó sobre la situación socioeconómica de las participantes, sin embargo, sus narrativas y el acceso económico a los servicios nos dieron información al respecto. Cuatro de las que acudieron a servicios privados contaban con ingresos propios y pagaron ellas el servicio (Fabiola, Andrea, Andy y Healy), incluso dos de ellas llegaron en automóvil propio a la clínica. En el caso de María y Angie la atención fue gratuita. Lis, Quetzalli, Jimena y Paulina recibieron apoyo económico parcial o total de familiares o amigas, solo Lis y Karla de su pareja. Rosa, Dany y Violeta recibieron apoyo de organizaciones de la sociedad civil para su traslado.

## 4.2 ACERCAMIENTO A SUS NARRATIVAS ESCRITAS

A continuación, con base en sus narrativas escritas presento a cada una de las participantes tratando de dar un panorama general de quiénes son, su contexto familiar, laboral y algunos datos sobre la interrupción, incluyendo algunos párrafos iniciales, finales o más relevantes y la secuencia de eventos que ellas narraron. Cada participante se acompaña de una línea de tiempo que permite visualizar algunos hitos en sus vidas y la trayectoria abortiva que recorrieron.

### MARÍA

Tiene 30 años al momento de la entrevista, no tiene religión, aunque no se considera atea; actualmente estudia una maestría en ciencias sociales y vive con su pareja. Su mamá falleció cuando ella tenía 12 años, ella quedó al cuidado de su papá. María no da muchos detalles en su narrativa escrita sobre las implicaciones de esta ausencia, pero considera que las madres son las responsables de la transmisión de tabúes.

Ahora su familia cercana está conformada por su pareja, su papá, su hermano y sus tías. Desde su adolescencia había comentado con su familia su deseo de no tener hijos, sin embargo, un año antes de la interrupción su pareja y ella deciden vivir juntos, planean tener hijos en un mediano plazo lo que comentan con la familia de ella. Al momento del embarazo, ella no tenía trabajo a pesar de haber terminado la licenciatura, y su pareja concluiría su maestría en unos meses.

María inicia su narrativa de la siguiente forma:

*Evidentemente escribir sobre el aborto vivido no suele ser grato, ya que a pesar de ser consciente de los prejuicios impuestos a las mujeres que decidimos abortar son producto de una sociedad machista y patriarcal, en la realidad concreta y relacional no somos de acero ni inmunes a estos prejuicios, es decir, algunos de estos prejuicios se cuelan a través de nuestras capas de racionalidad científica, y en mi caso la reflexión me implica regresar a un punto que he trabajado no regresar, precisamente por esos prejuicios.*

Su narrativa escrita es extensa, al inicio da un posicionamiento sobre el aborto, en donde da muestra de su conciencia de género y del estigma en el que conjunta un análisis social e individual, posteriormente menciona que en esta reflexión comparte la experiencia del aborto además de las razones en su decisión de no ser madre, y hace un recuento del ejercicio de su sexualidad

*En fin, esta reflexión quiere dar cuenta de que no me escondo detrás de discursos sobre el derecho o no de abortar, sino que asumo que mi sexualidad la he vivido social y subjetivamente, imbricadamente, y que esto mismo me orientó todo el tiempo, desde que supe que estaba embarazada, a ver el aborto como la única opción.*

Posteriormente, aborda un momento de duda sobre su decisión, que ocurre en el servicio de salud; narra el contexto previo al embarazo (uso de métodos naturales, relación de pareja, precariedad económica y la dificultad para encontrar trabajo); comenta la referencia de una clínica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México por una amiga facilitando su acceso; acude acompañada de otra amiga y su pareja y describe el proceso de atención dentro de la clínica donde le proporcionan los medicamentos para la interrupción. Regresa en su narración al momento de duda y al maltrato que vive por personal de salud cuando esto ocurre y concluye su narración con sus reflexiones posteriores a la interrupción, al darse cuenta de la desigualdad en su relación de pareja y al percibir los efectos secundarios del implante subdérmico en su cuerpo, así como los cambios vitales a partir de la interrupción. A continuación, se cita el penúltimo párrafo de su narrativa escrita:

*Fueron muchos aspectos que me permitieron vivir dentro de lo que cabe dignamente mi aborto, la posibilidad de hacerlo gratuitamente y seguro, la paciencia y apoyo de mi amiga y mi pareja, la tranquilidad de poder “ocultarlo” sin que me genere remordimientos. Mi familia no lo sabe, y creo que no es importante que lo sepan, porque es una decisión que, si bien influyeron elementos estructurales, el aborto es una decisión subjetiva que debe respetarse y que parte de ese respeto es que tu decidas a quien se lo compartes.*

Al momento de presentar los objetivos de la investigación en una clase, María ofreció ser participante en la investigación.



Figura 5. Trayectoria vital de María



## ANGIE

Tiene 27 años al momento de la entrevista, no tiene religión, aunque sus padres si son católicos; es psicóloga y trabaja en atención a víctimas. Actualmente vive con sus papás, uno de sus hermanos y su pareja. Al momento de la interrupción sus papás que eran percibidos por ella como “el matrimonio perfecto” estaban en proceso de separación, lo que la hace replantearse su idea de familia. Ella estaba estudiando la licenciatura. Su hermana menor se embarazó cuando era adolescente, y Angie cuidó de sus sobrinos y de su hermano menor. Antes del embarazo había comentado a sus amigas, que pensaba no ser madre. Ella tenía una relación de noviazgo de varios años.

*Mi experiencia sobre la interrupción legal del embarazo fue hace 3 años, la verdad no recuerdo bien la fecha sólo sé que fue a principios del mes de septiembre. Tomé esa decisión ya que yo no me sentía preparada para la responsabilidad de ser madre. Fue en una clínica del gobierno del D.F (CDMX) y tenía 6 semanas.*

Su narración escrita es breve, y en ella describe el proceso de búsqueda y atención del servicio público de salud, y sus miedos. Ella busco información por internet, fue a una clínica de la Secretaría de Salud que no proporcionaba el servicio, llamó a ILETTEL, acude a otra clínica sin alcanzar ficha y es interceptada por grupos conservadores, en la segunda ocasión que acude le proporcionan los medicamentos. Contó con el apoyo de sus amigas y su novio.

Concluye su narración de la siguiente forma “actualmente no tengo remordimiento y mucho menos siento culpa, fue una decisión que tomé porque soy dueña de mi cuerpo y de mis decisiones”.

Angie y yo, como investigadora, no nos conocíamos con anterioridad, una amiga en común le comentó a Angie sobre la investigación y ella aceptó participar.



Figura 6. Trayectoria vital de Angie.

## ANDREA

Tiene 32 años, no profesa religión actualmente, pero fue educada en la religión católica, tiene una maestría en el área administrativa, se identifica como feminista, actualmente vive con su mamá. Su familia está conformada por sus papás, que están divorciados y su media hermana, ella refiere que tiene una familia muy politizada, en donde se hablaba de derechos, aunque no hablaban abiertamente de sexualidad. Desde niña tuvo un fuerte ejemplo de independencia económica y trabajo remunerado de su mamá y tías. Al momento del embarazo acababa de terminar la maestría, no tenía trabajo y se dedicaba al trabajo doméstico no remunerado, vivía con su pareja y el hijo de él, pero se estaban mudando.

Inicia su narrativa con un recuerdo sobre su posicionamiento a favor del derecho a decidir que aún es vigente y que era una opción para ella.

*Estaba en preparatoria cuando en una clase se realizó un debate sobre el aborto. Como estudiantes de área dos que deseaban estudiar medicina o algo relacionado, en algún momento tendríamos que llegar a ese tema y pensar en qué posición tomar. En ese entonces, la interrupción del embarazo no era legal, ni siquiera en el D.F.*

*Desde entonces para mí siempre fue claro que era una necesidad que la interrupción del embarazo fuera legal y se dejara de ver a las mujeres que lo hacían como “malas mujeres”, incluso era claro que, dada la circunstancia, para mí era una opción considerable...*

Después nos ubica en el año de la interrupción (2012) y en el momento en el que comienza a sospechar de su embarazo, le cuenta a una amiga, quien le aconseja hacer una prueba de embarazo, y la apoya con cuestiones logísticas, pero Andrea vive el proceso prácticamente en soledad, no quiere decepcionar a su familia. Su narrativa del momento en el que tiene que decidir está llena de emociones, además no tiene información sobre los lugares en donde se proporciona el servicio. No es una decisión fácil, pero está clara en que es lo mejor.

*Fueron muchos sentimientos al mismo tiempo: angustia, ansiedad, miedo, desesperación. Lo único de lo que estaba segura, era de que ese no era el momento para mí para tener un bebé.*

Hizo tres visitas a una clínica privada, ya que ella quería una aspiración con anestesia, además al ser Rh negativo, tuvo que conseguir una vacuna, ya que si se embarazara nuevamente podría haber una reacción inmunológica. Después de la interrupción, ella ha tenido miedo de no poder volver a embarazarse.

Concluye su narrativa escrita, con una reflexión sobre lo que se piensa de las mujeres que abortan, y desde su experiencia ratifica que no es un asunto fácil o de irresponsabilidad.

*La decisión, aunque correcta para mí, no fue sencilla; aunque no me arrepiento, no es algo que quisiera hacer a cada rato. Sin embargo, estoy convencida de que saber que existe la opción y se puede acceder a ella, ha cambiado la vida de muchas mujeres, incluyendo la mía y la de mujeres cercanas.*

Dos años después de la interrupción se lo comentó a su mamá, quien la comprendió. Andrea y yo nos conocimos tres años antes de la entrevista en espacios de activismo feminista, sin embargo, yo no conocía a detalle su experiencia.



Figura 7. Trayectoria vital de Andrea

## FABIOLA

Tiene 29 años, no tiene religión, pero fue a escuelas católicas pertenecientes a los Legionarios de Cristo en su niñez, actualmente es estudiante de doctorado en Psicología, especializándose en sexualidad y vive sola. Su familia está conformada por sus papás, dos hermanas y un hermano que viven en otros estados. Al momento del embarazo, ella vivía con sus *roomies* y tiene una red extensa de amistades. El embarazo ocurre con una pareja casual. Su narrativa escrita es extensa, la escribió antes de que la investigadora la solicitará, en dos distintos momentos, unas horas después de la interrupción y ocho meses después de la interrupción, y comienza de la siguiente forma:

*Cual trama de programa televisivo, no sabía que estaba embarazada. Tenía dos meses de gestación y apenas me enteraba. Tengo 28 años, soy estudiante de posgrado, no tengo pareja estable, me mantengo sola, ahorro para mis viajes y cursos*

*además de uno que otro gustito y por el momento no quiero ser madre, no quiero tener hijos.*

Ella argumenta que no necesita más justificación que su deseo de no ser madre, y después describe el shock al enterarse del embarazo. Inmediatamente llamó a ILETTEL, ella se siente muy afortunada de vivir en la CDMX, acudió a una clínica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que estaba cerrada, buscó una clínica privada en donde finalmente la atienden. Ahí ella identificó que tenía ocho semanas de embarazo (pensaba que tenía cuatro, identificaba los síntomas, pero los atribuye a estrés), por ello se siente traicionada por su cuerpo, a lo que se suman miedos y preocupaciones por la probabilidad de mayor dolor o riesgos para su salud. Le proporcionan los medicamentos y toma el primero en la clínica.

Desde que se enteró del embarazo, contó con el apoyo y apapacho de la persona con la que salía, amigos/as y *roomies* quienes no la juzgaron y le dieron muestras de cariño. Ella describe los síntomas que acompañan la toma de medicamentos. Al final de ese día, ella relata “*Yo observaba lo que sucedía y me conmoví. En todo momento estuve rodeada de amor y apoyo, esta experiencia no fue negativa, no hubo culpa, no hubo vergüenza, no hubo reproches ni juicios. Fue un momento compartido de la vida*”, además se posiciona a favor de la interrupción legal del embarazo y señala sus beneficios y da muestra de conciencia de género.

En la segunda parte de su narración, ella relata el susto que vive cuando le dicen que el medicamento no funcionó totalmente. Los miedos se hacen presentes nuevamente, vuelve a tomar otra dosis de medicamentos y comienza un sangrado que dura un mes (mes en el que viajó y permaneció en otro estado). La última sección de esta narrativa, la dedica a los cambios posteriores a la interrupción, los corporales y la desconfianza hacia su propio cuerpo, y también en otras áreas de su vida a partir de una apropiación de su cuerpo, al darse cuenta de lo común de la experiencia; no lo mantiene en secreto ya que no quiere contribuir al estigma, lo contó a su familia, y eso contribuye de forma positiva a la relación con su mamá y hermana. Enfatiza su valor como persona independientemente del ser madre o esposa. Ha acompañado a otras mujeres en el uso de medicamentos para la interrupción.

Finaliza su narración de la siguiente forma:

*Desde que me hice un aborto he tratado de leer todo lo que me encuentre en la red. Muchas cosas me hicieron preocuparme de más, hay poca información clara sobre la experiencia y más aún sobre el aborto con pastillas. Creo que es la mejor opción que puede existir. Si tienes la necesidad de hacerlo, no tengas miedo. Creo que poder hacerlo en nuestras propias casas es toda una revolución. Hagámonos ciudadanas de nuestros cuerpos desde nuestros hogares.*

Su entrevista la llevé a cabo en agosto de 2015. Al momento de presentar el proyecto en una clase, Fabiola ofreció ser participante en la investigación.

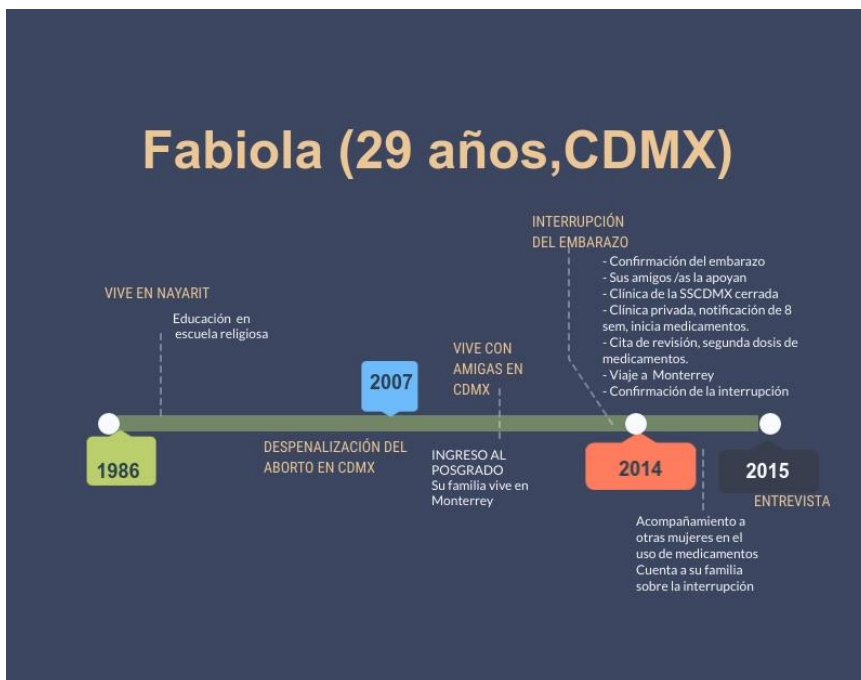


Figura 8 Trayectoria vital de Fabiola

### JIMENA

Tiene 26 años, no tiene religión, pero creció en una familia católica, que ahora es cristiana. Actualmente está en proceso de titulación de la licenciatura en Psicología y vive con su familia (sus papás y dos hermanos menores que ella). Ella interrumpió en dos ocasiones.

Su narración escrita es extensa, y está escrita hacia ella misma, a diferencia de otras participantes.

*Cómo comenzar a escribir sobre este tema...ahora me encuentro aquí sentada frente a la computadora observando a mi gata y reflexionando acerca de mí y aquellas vivencias. En varios momentos he llegado a repensarme y reflexionarme sobre lo que he sido, porque de alguna manera representa algo mío y que es parte de mi vida, te has preguntado tantas cosas respecto de esto y trabajado, y resulta que siempre encuentras algo nuevo....*

Después de este párrafo, ella nos sitúa en el contexto de su primera interrupción en 2009 cuando tenía 19 años, mantenía una relación de noviazgo que ella describe como tóxica, padecía una enfermedad (keratocono) que estaba afectando su visión de manera importante, cursaba el primer semestre de la licenciatura y quería seguir estudiando. Recuerda que en ese momento ella se sintió traicionada por ella misma, relacionado con sus acciones de “cuidado” para prevenir un embarazo.

Ella reflexiona y posiciona esta experiencia como parte de su identidad “*no te gustaría hubiera sido diferente porque si no te hubieras embarazado e interrumpido no serías lo que eres ahora, con tantos aprendizajes de ti misma*”. Estos aprendizajes ella los refiere como “caídas de veinte” que ella va teniendo en el proceso de embarazo-aborto sobre su relación de pareja, su vida sexual y el apoyo que estaba buscando. También incorpora su admiración hacia ella misma por su esfuerzo para aprobar una materia y terminar su carrera.

Regresa nuevamente a la “recriminación y dureza” hacia ella misma por no usar métodos anticonceptivos ya que tenía información y había tomado talleres, ligándolo a una preocupación por su futuro, al miedo de no poder interrumpir, y que pudiera realizarlo en condiciones seguras.

Después menciona las emociones presentes “*te sentiste frustrada, con enojo, con tristeza e impotencia*”, derivadas del maltrato y violencia obstétrica por parte del personal de salud que la atendió en un hospital de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Narra con detalle la búsqueda de un servicio de salud legal en donde pudiera interrumpir, acompañada primero de su hermano y después de su mamá, y el acoso por parte de los grupos conservadores, y su confrontación dándoles contrargumentos. Y regresa nuevamente al episodio de maltrato en el hospital al realizar de forma violenta un tacto, la nula atención a una ITS y al quererle imponer un DIU.

Ella no regresó a esa clínica; cuando ella empezaba a resignarse la hermana de su mejor amiga le recomendó una clínica privada en la que refiere un trato ético y profesional, y le practicaron un AMEU. Después de esa interrupción refiere sentirse liberada, feliz y agradecida por el apoyo, no se arrepiente y no se avergüenza.

Posteriormente aborda su segunda interrupción, en 2015, cuando tenía 25 años, en el que refiere un momento de duda, en el que se permite un espacio para ella misma en el que decide la interrupción, ella estaba segura de que no permitiría una agresión. Entre estas dos interrupciones, ella había tomado algunos cursos sobre sexualidad y género, además le habían realizado un trasplante de córnea. Investigo y acudió a otra clínica de la Secretaría de la Salud (diferente de la que había acudido en la primera ocasión) en la que proporcionan medicamentos. Esta interrupción solo la comentó con tres personas (su pareja, su hermano y una amiga) quienes la apoyaron mucho.

El último párrafo, lo dedica a las reflexiones sobre estas dos experiencias, señalando que ella se puso en una situación de vulnerabilidad en la primera interrupción, reafirma que las interrupciones son parte de su vida, que han traído aprendizaje de cuidado. Concluye de la siguiente forma “*Tengo el derecho de decidir por mi cuerpo y las interrupciones que me haga...así sean muchas, y pues los demás podrán tener sus ideas estereotipadas, pero jamás nadie ha vivido lo que yo*”.

Jimena se acercó a mí después de un foro en donde presenté la investigación.



Figura 9. Trayectoria vital de Jimena

### QUETZALLI

Tiene 29 años, vive en un municipio del Estado de México con su familia, es pasante en Antropología y actualmente labora como docente de nivel medio superior. Su familia es de escasos recursos, su papá es taxista, su socialización de género estaba vinculada a la religión católica, al ser para otros, teniendo el matrimonio como la única opción reconocida de ejercicio sexual y la maternidad como una obligación, y nunca se le habló sobre sexualidad. Ella no utilizaba protección en sus relaciones sexuales con frecuencia.

Ella inicia su narrativa ubicándose en el momento de la interrupción:

*“Han pasado cinco años pero todavía lo recuerdo como uno de los momentos más difíciles que he experimentado. Fue en el 2011. Cursaba el séptimo semestre de Antropología Física y estaba en un momento muy peculiar de mi vida que para bien y para mal no voy a olvidar”.*

Posteriormente, ella hace referencia a los vínculos eróticos que tenía en ese momento, después de la ruptura de un noviazgo largo de la que se estaba recuperando

*Pero en aquel año decidí olvidarme de todos esos romances y vivir todo el erotismo de mi cuerpo. Tuve varias experiencias, algunas muy buenas, otras casi las olvido, pero la última de esa etapa es la que marca el inicio de este relato.*

En esta última relación de tres semanas, ella se siente presionada a tener relaciones sexuales y a ser su novia, aunque nunca son novios. Ella se va a unas prácticas escolares en

otro estado, lo que la hace sentir muy bien, pero empieza a notar un retraso que la “espanta”. Ella refiere tener la certeza de su embarazo antes de confirmarlo, ya que “algo sentía diferente en mi cuerpo”, y sentirse “maravillada y sorprendida” pero decide que no quiere tener hijos en ese momento de su vida.

Cuando regresó a la Ciudad de México, confirmó su embarazo en una clínica privada, en donde solicitó información sobre la interrupción, ella refiere sentirse devastada cuando le informan el costo. Al salir de este lugar, le llamó a una amiga, quien la calma y apoya a buscar un servicio público, ellas acudieron a una clínica en Xochimilco antes de las 5 am.

Ella dedica varios párrafos a describir el acceso al servicio, se sintió desconsolada cuando le dicen que ya no alcanzaría ficha, ya que solo atendían a cuatro mujeres, y ella era la ficha cinco. Esperó con ansiedad hasta que otra de las solicitantes es rechazada, y finalmente fue atendida, primero les proporcionaron la consejería, sintió miedo cuando le informaron sobre los riesgos de la ILE pero no cambió su decisión y después la trabajadora social le indicó que debía pagar más de 3000 pesos ya que ella vive en el Estado de México, y que en el seguro popular no le cobran nada si continuaba con el embarazo.

Al salir del hospital ella relata:

*Vi a Semilla la abraza y llore como pocas veces, sintiéndome atrapada como pocas veces..... maldije mucho no tener dinero, maldije el día que cogí con él, la desigualdad social... me sentí orillada a ser madre por ser pobre o bien, recurrir a un método inseguro para salir de la desesperación y tuve el cuerpo, todo yo, lleno de miedo.*

Para conseguir recursos para la interrupción, se lo contó a su hermano mayor a pesar de la vergüenza y miedo que sentía, pero contrario a lo que ella pensaba él la apoyó pero le pide que hable con “su novio”. Quetzalli lo buscó y él le da 500 pesos, pero después se esconde. Acudió a la clínica privada en donde le habían dado informes para interrumpir su embarazo, sin embargo, unos días antes de la cita que le habían programado, tuvo un aborto espontáneo. Quince días después acudió a una revisión, pero la prueba de embarazo fue positiva otra vez, por lo que el personal de salud sospechó de un embarazo ectópico, ella sintió miedo al pensar que su vida estaba en riesgo, y pensó que “prefería morir a tener un hijo suyo”, posteriormente descartan este diagnóstico. Ella concluye su narrativa de la siguiente forma

*La tarde que me dieron esa noticia (que si había interrumpido) fue un renacer. Había entrado a un trabajo que me encantaba y quería hacer una vida nueva. Después del miedo, la frustración, la desolación más intensa que había sentido venía la calma y las ganas de resurgir de las cenizas.*

Quetzalli me contactó para participar después del foro en el que presenté la investigación.



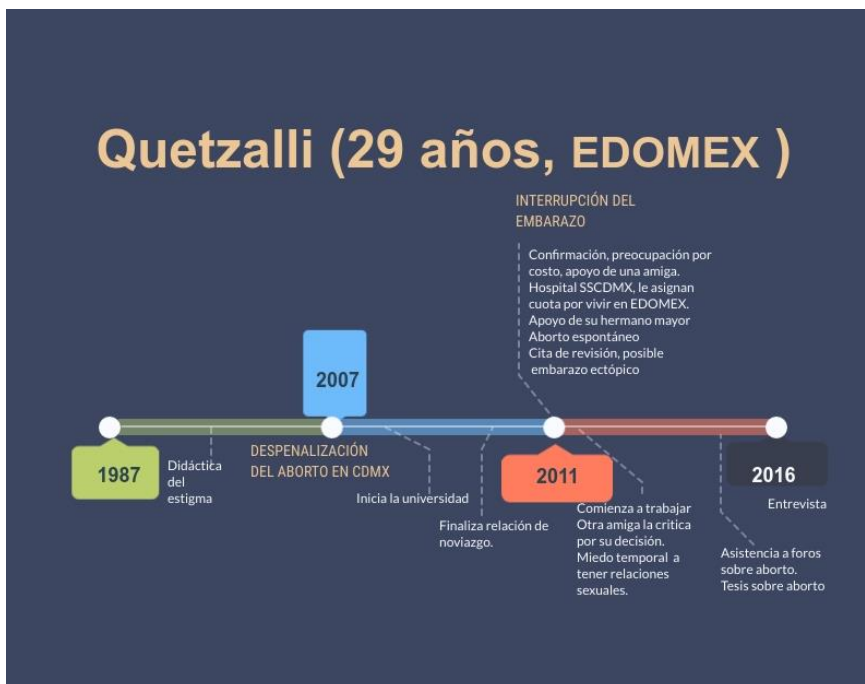


Figura 10. Trayectoria vital de Quetzalli

### HEALY

Tiene 33 años, vive en la Ciudad de México, pero creció en un municipio del Estado de México, en donde vivía con su familia que ella define como “muégano” (la familia nuclear y la familia paterna viven en la misma calle). Es terapeuta y orientadora escolar, concluyó una maestría recientemente, es independiente económicamente y lo valora. Ella siguió los preceptos de la religión cristiana en la que fue criada, pero se conflictúa cuando ingresa a la preparatoria. Unos meses antes del embarazo, ella había terminado una relación de pareja larga con la que había cohabitado.

Ella inicia su narrativa de la siguiente forma:

*Me encuentro frente al monitor de mi computadora y no puedo evitar sentir un nudo en la garganta, trato de contener las lágrimas, siento frío y creo que no se debe al invierno, no sabía que me sería tan complejo intentar plasmar mi experiencia de interrupción, pues los recuerdos me invaden; en aquel momento me embargaba la confusión, la duda, el miedo, sentía que el tiempo avanzaba de una forma avasallante, sentía que cada minuto que pasaba era crucial para mi futuro, sentía que mis sueños se hacían pedazos, debía tomar una decisión inmediata...Fue una decisión de vida, dura, pero inapelable, era claro que quería elegir por mis sueños, por mi derecho a tener esperanza, por mis ganas de tener un espacio para vivir más allá de lo que se supone que es correcto, elegí ser leal a mí misma.*

Al momento del embarazo en 2014, ella vivía con su pareja con la que tenía tres meses de noviazgo, estaba estudiando una maestría en terapia, “era como estar en las nubes, pues

vengo de una familia en donde a las mujeres les toca ser esposas y madres”, lo que significaba una transgresión. Ella comenzó a sospechar del embarazo, en un primer momento la idea le entusiasmaba. Ella narra cómo llegaron al mismo tiempo a su correo una invitación para un curso en Estados Unidos, lo que tenía implicaciones personales y familiares (ya que tenía familiares con estancia ilegal) y los resultados de su examen de embarazo. La primera noticia la emociona, pero se queda en shock cuando ve el resultado positivo de la prueba. En ese momento se da cuenta que no quería ser madre, ya que su prioridad era su profesión. Le cuenta del resultado a su pareja, y él piensa que bromeaba.

La maternidad para ella significaba más pérdidas que ganancias, ya que tendría que mudarse al Estado de México nuevamente, dejar de trabajar y de estudiar la maestría, depender económicamente de su pareja, y se veía a futuro como una persona frustrada, piensa en ella misma pero también en ellos (su pareja y el futuro ser). Su pareja le dice que él la apoya en la decisión que ella tome, lo que ella considera injusto dejándole toda la responsabilidad a ella. Ella le pide que investigue sobre los procedimientos y clínicas, y durante una semana platicaron sobre las implicaciones de tener un hijo. Acudieron juntos a una clínica privada a pedir informes, ella esperaba ver solo adolescentes, pero se da cuenta que hay mujeres de todas las edades, ve que no es la única y que no es un tema de irresponsabilidad adolescente. Ella sintió que debía ejecutar la decisión por temor a la culpa, tenía siete semanas de embarazo y eligió una aspiración manual sin anestesia.

Ella describe el proceso de atención y le agrada la sala de recuperación por sus colores y las frases que están impresas en las paredes. Al salir ella se siente adolorida, confundida y enojada consigo misma “por ponerse en esa situación”. Al día siguiente de la interrupción acudio con su terapeuta quien respalda su decisión y le comparte su propia experiencia. Ella cuenta que no se siente comprendida por su pareja, siente que están en lugares distintos. Ella leyó sobre las consecuencias del aborto, soñó con bebés, sintió culpa y ansiedad, hasta que ella y su pareja hicieron un ritual de despedida. Ella realizó su viaje a Estados Unidos y terminó la maestría. No se arrepiente de su decisión, ha acompañado a amigas “desde una postura de no juicio” y cuestiona la dificultad que existe para hablarlo en ciertos entornos como en la religión o en las instituciones médicas.

Concluye de la siguiente forma su narrativa:

*Agradezco tener la oportunidad de contar mi historia y deseo aportar en algo a aquellas “socias de la vida” (como diría Marcela Lagarde), para que un día el estigma alrededor de este tema nos deje de atrapar en sus redes, que no nos haga perder nuestra identidad, nuestros sueños y más profundos anhelos que no están puestos en el “ser madres”, somos más que un rol, debemos aprender defender nuestra libertad sin miedo, sin culpa.*

Healy fue contactada a través de una amiga en común.

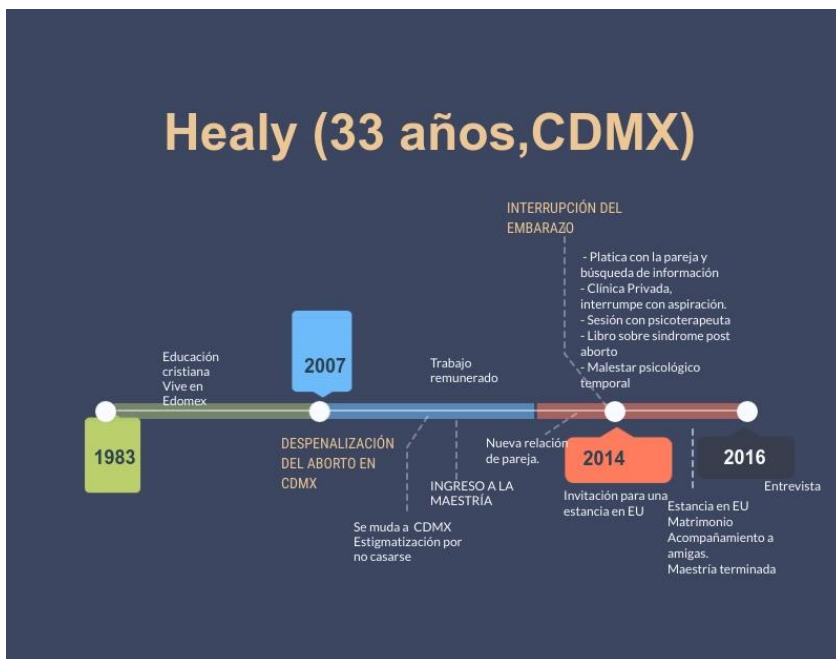


Figura 11. Trayectoria vital de Healy

## ROSA

Tiene 34 años, vive en Querétaro, pero creció en un municipio de Guanajuato, y fue criada por su mamá y su abuela, quienes vivieron violencia con sus parejas y precariedad económica. Tiene una hermana menor. Su madre pudo superar la violencia unos meses antes de que ella naciera, al salirse de la casa en donde vivía con su papá, por ello Rosa no convive con él hasta que es mayor de edad. La violencia económica y el control que ejerce una segunda pareja hacia su mamá, repercute en la educación de Rosa, que dejó la escuela por tres años, durante los cuales trabajó cuidando a personas enfermas o niñas/os. Ella regresa a la escuela cuando su mamá vuelve a tener ingresos propios, pero trabajó por temporadas mientras estudiaba la secundaria y el bachillerato. Ella se va a vivir a Querétaro para estudiar Psicología. Al inicio de su narrativa, ella nos ubica en el momento en que confirma su embarazo, ella había terminado su carrera, pero no se había titulado

*En marzo del 2011, unos días después de cumplir 29 años, me enteré que estaba embarazada, me sentí confundida en un inicio, una parte de mí quería continuar con el embarazo, durante algunos días esa confusión continuaba, después de pensarlo detenidamente decidí que no podía seguirlo, aunque en muchas ocasiones había pensado en la posibilidad de ser madre, ese no era un buen momento por muchas razones: a pesar de que fue difícil darme cuenta, la relación con la pareja de ese tiempo no era buena, mi situación económica y laboral tampoco, en esa época tenía otros planes, quería seguir estudiando.*

Después de una semana de pensarlo, ella decide interrumpir el embarazo, por sugerencia de su pareja buscan misoprostol por internet, lo consiguieron, pero no funcionó.

Entonces acude con una organización que defiende los derechos sexuales y reproductivos, la apoyan y canalizan con otra organización que da acompañamiento para que pueda venir a la Ciudad de México. En la clínica pública la rechazan por estar en el límite de las 12 semanas, la organización la acompaña a una clínica privada, en la que recibe una excelente atención y donde finalmente interrumpe con AMEU. Ella se siente tranquila y ese mismo día regresó a Querétaro.

Dos párrafos de su narrativa los dedica a un posicionamiento político sobre lo común de la experiencia, sobre la competencia de las mujeres en la decisión de la maternidad, y que las interrupciones deberían realizarse en contextos dignos y seguros. Ella expresa un fuerte reclamo al estado queretano, “que no garantiza ni respeta el derecho a decidir”. Ella ratifica su decisión, menciona nunca haberse arrepentido ni haber sentido culpa.

Ella concluye su narrativa de la siguiente forma:

*Ejercer mi derecho a decidir tuvo algunas complicaciones pero, al final, no implicó riesgos para mi salud, para mi vida o para mi libertad; sin embargo, hay muchas otras mujeres que se enfrentan a esos y otros riesgos cuando deciden sobre sus cuerpos, es por eso necesario romper el silencio, los prejuicios, la criminalización.*

Después de su interrupción, ella entró como promotora de salud sexual y reproductiva a una organización, tiene un grupo sólido de amigas/os en el estado. Es la única mujer de su edad en su familia amplia que no tiene hijos ni se ha casado, ya no le preocupa el tema de ser madre en un determinado plazo. Conocí a Rosa unos meses antes de entrevistarla.



Figura 12. Trayectoria vital de Rosa

## DANY

Tiene 24 años, vive en Querétaro y trabaja en un consultorio, no se considera católica, creció en un municipio de Guanajuato con sus papás y una hermana. Tiene una hija de un año y medio, está casada. Al momento del embarazo, ella tenía un novio, vivía con una roomie y estaba estudiando la licenciatura.

Ella comienza su narración de la siguiente forma,

*Era un miércoles de marzo de algunos años atrás, recuerdo la angustia que estaba viviendo al esperar un resultado... Tardé 36 minutos en abrir el sobre; cuando lo abrí un "POSITIVO" se asomó, ¡estaba embarazada!, "¿Cómo es posible esto?" – me pregunté- y quizá, para ti que me estás leyendo, pensarás que es una pregunta estúpida, sin embargo, para mí no lo fue. Me estaba cuidando con pastillas anticonceptivas y aparte con condón masculino, no había forma de que esto pudiera estar pasando.*

Ella refiere que el novio que tenía no entendió lo que ella sentía. A él le da gusto la noticia del embarazo, pero no la apoya económicamente, mientras que a ella le angustia fallar la confianza que sus papás depositaron para que continuará sus estudios y los recursos económicos que implica un embarazo.

Ella analiza la situación el mismo día que confirma su embarazo y busca a una maestra, quien la canaliza a una organización en la Ciudad de México para que le den acompañamiento. Ella narra la forma en que su novio la acosó para que no interrumpiera, incluso viajó con ella a la Ciudad de México. Ella recibió acompañamiento e interrumpió en un servicio público donde recibe una atención de calidad y con calidez y le realizan un AMEU. Después de la interrupción, ella recibe agresiones de parte de su novio.

Ella concluye su narrativa de la siguiente forma:

*Ya han pasado algunos años de mi decisión y no me arrepiento, no escucho al cigoto llorar ni diciéndome "mamá ¿Por qué me mataste?". No tengo delirios ni depresión. Al contrario, vivo feliz y tranquila por haber tomado MI decisión libre de imposiciones sobre mi CUERPO.*

Posteriormente comienza otra relación, se embaraza nuevamente y decide continuar el embarazo. Al momento de la entrevista tenía una hija pequeña. Otra de las participantes, me contactó con Dany.



Figura 13. Trayectoria vital de Dany

### ANDY

Tiene 24 años, vive en la Ciudad de México, tiene un nivel socioeconómico alto, trabaja en una clínica de rehabilitación física. Su papá tiene un doctorado y su mamá licenciatura, los dos tienen negocios propios. Al momento de la entrevista ella vivía con sus papás. Ella interrumpe en 2017, un mes antes de la entrevista, siendo la experiencia más reciente en la investigación. Ella comienza su narración contestándose la pregunta ¿Cómo fue para mí abortar?

*Lo primero que pienso es que después de un año de mucho crecimiento personal, de tomar decisiones que me daban mucho miedo, de enfrentarme a la vida de una manera diferente, de confrontamientos conmigo misma, de entender lo que era y conllevaba ser adulta, viene una noticia inesperada rotundamente. Estar embarazada.*

Antes de ese año de crecimiento personal al que hace referencia, ella había terminado una relación larga en la que identifica violencia, y a partir de ese momento se cuestiona lo que quiere a futuro en términos de familia, pareja y maternidad. También cuenta que dos años antes los médicos le dijeron que tendría dificultades para embarazarse. Después en su narrativa, ella reconoce que “haber fracasado” en una relación, no era una razón para dejar de desear ser madre.

Unos meses antes del embarazo, ella había decidido viajar al extranjero a tomar unos cursos, y en ese momento empieza a salir con un hombre con el que siente “una conexión amorosa”. Posteriormente narra el momento del embarazo, ya que, sin pedirle autorización, él no utiliza condón, lo que ella reconoce como un acto agresivo, y doloroso, por lo que toma

distancia. Y en ese contexto, se da cuenta que está embarazada, no quería dejar sus deseos de viajar ni aceptar agresiones. La última parte de su narrativa escrita la dedica a sus reflexiones sobre la maternidad, a que este no es su momento y tampoco quiere ser madre soltera, duda si el aborto tendrá repercusiones emocionales, pero ratifica su decisión. Concluye su narrativa de la siguiente forma

*Si es muy fuerte el proceso y la decisión, pero nunca he sentido arrepentimiento. Está claro que en ocasiones evado el tema, pero estoy muy tranquila conmigo misma. Hice un compromiso conmigo, para tratar de evitar ponerme en situaciones donde me ponga en riesgo y tomar las cosas más en serio y menos a la ligera. Supongo que estos son los precios de crecer y vaya que he recibido la lección.*

Ella interrumpe en una clínica privada con medicamentos, pero acude a pedir informes a otra clínica y también se asesora con su ginecólogo particular.

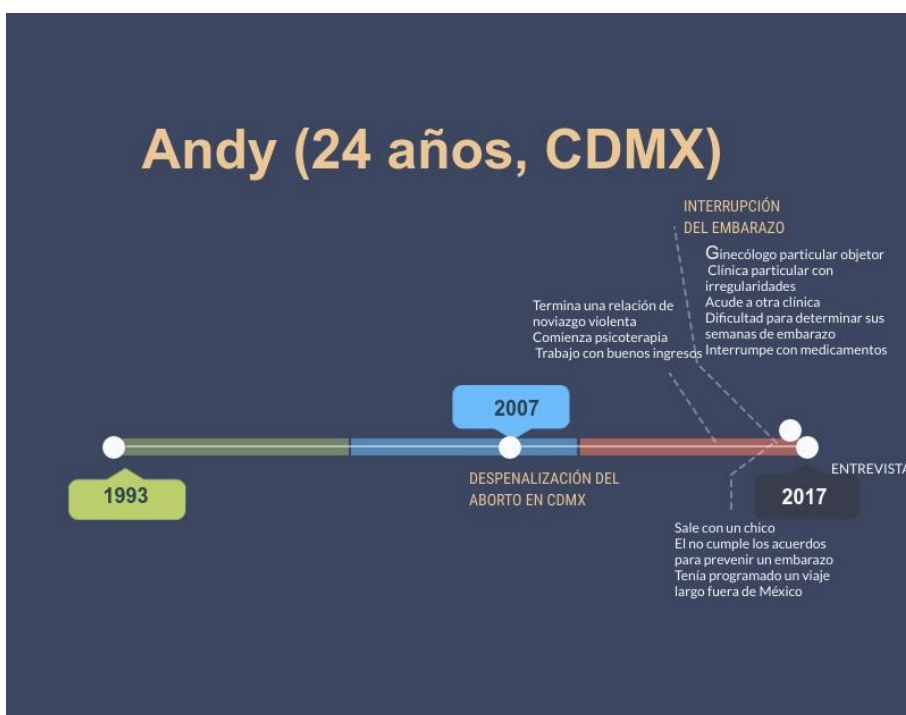


Figura 14. Trayectoria vital de Andy.

## LIS

Tiene 27 años, vive en la Ciudad de México, trabaja como recepcionista en una clínica de salud reproductiva, tiene la preparatoria trunca y vive con su abuelita, su hermano y dos tíos. Su mamá falleció cuando ella tenía 12 años. Lis queda expuesta a la violencia psicológica y física de su papá que describe como autoritario y tiene que asumir parte importante del trabajo doméstico, deja la escuela a los 16 años porque su papá ya no puede pagarla.

Ella inicia su narración de la siguiente forma:

*A finales de octubre del año 2008 empecé a sentirme diferente y a prestarle atención a que ya tenía unas semanas de retraso en mi periodo. Yo tenía 17 años y mi pareja era un hombre de 27 años.*

Después señala que antes de ese retraso, ella había estado usando pastillas de anticoncepción de emergencia por falta de información sobre métodos anticonceptivos. Y nos ubica en el momento en que se realizó su primera prueba de embarazo casera estando con su pareja, mientras ella llora y él parece recibir la mejor noticia. Él le dice que no se preocupe, que la iba a apoyar y que estaba feliz con la idea de tener un hijo, momentáneamente ella se siente tranquila.

Acuden con un ginecólogo, el médico le explica que las pastillas de emergencia perdían efectividad si se toman con frecuencia, al otro día le hacen un ultrasonido y el médico la felicita, tenía seis semanas de embarazo. Después, aunque ella estaba preocupada, él le da la noticia a sus papás. La mamá de él, le dice que “iba a ser una excelente madre” pero ella no quería ser madre. Después ella le expone a su novio sus dudas sobre las implicaciones de tener un hijo, él se molesta. Ella le contó a su abuela de su embarazo.

Posteriormente narra el contexto previo al embarazo, cuando ella había dejado la casa paterna, ya que su papá estaba en contra de su relación de noviazgo, ella recuerda que su papá le dijo que ella iba a salir panzona.

Una semana transcurre en lo que tomó la decisión, narra sentimientos de tristeza y dificultad para dormir, pensaba en su futuro, se veía “encerrada, amargada y fodonga” le preocupaba que su pareja era muy celosa. Ella le dice a su pareja que no quiere tener un hijo suyo, discuten, pero él accede a buscar la manera de interrumpir. Acudieron primero con un ginecólogo, pero él le propone un procedimiento inseguro y le cobra 12,000 pesos, ella no siente confianza, días después vuelve a discutir con su novio y éste llama a su hermano, ella no tiene otra alternativa que contarle, él dice que llame a una exnovia que le pudo ayudar. Es así como llega con un doctor que le indica el procedimiento con medicamentos y le cobra \$6000. Cuando ella ya se sentía más tranquila, su familia materna estaba en contra de su decisión y le decían que la apoyarían con el bebé, y solo una de sus primas la apoya, ella defiende su decisión “ *les dije entiendan que es mi vida, mi cuerpo y no estoy dispuesta a vivir la vida que ustedes creen que es la mejor, no es cierto yo no soy feliz y no lo voy a tener o me apoyan o no! al final todos dijeron que si*”

Posteriormente ella narra el proceso después de tomar medicamentos y la expulsión de un coagulo. Después de acudir con el médico que le hace una limpieza, ella sintió alivio y paz. Ella concluye su narrativa de la siguiente forma.

*Hasta el día de hoy no es algo de lo que me sienta orgullosa pero no me siento triste, ni me juzgo por esa decisión, solo elegí lo que me hacía sentir bien, lo que yo quería y sigo diciendo que fue la mejor decisión que tome, hoy tal vez ya puedo tener un*



*bebé deseado con mis posibilidades, pero sé que lo voy a amar y a cuidar porque es lo que yo quiero ahora.*



Figura 15. Trayectoria vital de Lis

### **KARLA**

Tiene 33 años, vive en la Ciudad de México, se considera creyente pero no religiosa, aunque fue educada bajo los preceptos de la religión católica, actualmente está estudiando una maestría en Ciencias Sociales, vive con sus papás y una de sus hermanas, su familia “con tintes conservadores- tradicionalistas” está constituida por ellos y dos hermanos más. Su papá era empleado y tanto él como su madre tenían un nivel educativo básico. A ella desde niña le gusto estudiar, destacó más en los estudios que sus hermanos por lo que era el ejemplo a pesar de ser la menor y siente que hay muchas expectativas hacia ella.

*He dado tantas vueltas para saber cómo comenzar a escribir, no sé si lo complicado sea por no saber cómo comenzar, o quizá lo complicado es poder escribir del tema. ¡Como sea! Intentaré empezar...*

Para ella es complicado empezar escribir sobre esta experiencia, pero nos ubica en el momento de ese embarazo hace 6 años, tenía una relación de noviazgo y aunque ella utilizaba condón quedo embarazada, después de terminar la licenciatura, ella se encontraba en una transición al ingreso laboral y realizaba trabajo doméstico no remunerado.

En su narrativa nos expone que era irregular en sus periodos menstruales, y había tenido falsas alarmas, pero en esta ocasión tenía otros síntomas, el miedo y la angustia comenzaron a invadirla, imaginaba que le decía a su familia que estaba embarazada. Entonces se realizó una prueba de embarazo, “fue como sentir un balde de agua fría caer en mi cuerpo”, le avisó del resultado a su novio y se reúnen, él le dice que la apoyará en lo que ella decida,

pero en otras ocasiones que habían hablado sobre el tema, él había mencionado que impediría que ella interrumpiera. Unos días después regresó a la clínica para conocer sus alternativas y le recomendaron un AMEU ya que tiene 8 semanas de embarazo. Entonces ella le dice su pareja, que no puede enfrentar ni quiere decepcionar a sus papás, aunque esperaba que su pareja le dijera que no interrumpiera. Unos días después interrumpió su embarazo, su novio fue con ella, y en la sala de recuperación estando a solas, comenzó a cuestionarse. Se sentía tranquila cuando llegó a su casa, pero días después se siente mal, los cuestionamientos regresaron y también pensó que Dios la castigaría.

Durante algunos meses después de la interrupción, ella se siente mal, su novio era la única persona que sabía, platicarlo con otras personas le parecía imposible y cuando se veían ella lloraba, también refiere haber sentido vergüenza, que merecía lo peor y temía del castigo. Esto comienza a cambiar cuando su pareja le pide matrimonio, ella piensa que su novio sí quiere estar con ella y que era momento de enfrentar sus acciones, después la relación terminó. La idea del castigo perdió fuerza, y ahora está en un continuo cuestionamiento de sus creencias y de la cultura en la que vivimos. Ella concluye su narrativa de la siguiente forma:

*Aunque a partir de ese momento he pensado que se puede construir un sistema más amable, en donde quien decida interrumpir un embarazo no se sienta señalado, juzgado y escondido.*

*Hoy solo algunas amigas cercanas saben lo que viví, no sé si alguna vez alguien de mi familia lo sepa. Pero alguna vez pensé que mi historia podía ser de utilidad quizá para otras mujeres que se encuentran en medio de un proceso similar, no se esto ayuda, pero puede ser un comienzo. No sé si ésta sea la historia que sirva leer, pero esta es mi historia.*



Figura 16. Trayectoria vital de Karla.

## PAULINA

Tiene 23 años, vive en Chiapas con su hermana mayor, pero creció en un municipio rural de Oaxaca con su abuela y su hermana menor, está estudiando una licenciatura relacionada con educación. Sus papás viven en Estados Unidos, y le mandan dinero para pagar sus estudios. Ella tiene una relación de noviazgo. Su hermana es promotora de salud sexual y reproductiva.

Ella inicia su narrativa de la siguiente forma:

*Cuanto supe que estaba embarazada me pasaron muchas cosas por mi cabeza, no sabía que hacer solo pensaba en mi mamá y que le había fallado de la manera más fea después de que me había dado la confianza, no sabía que hacer, no tenía como decirle a mi hermana tenía miedo que me regañara, me sentía mal por no decir nada no quería dejar mi escuela por un error por no cuidarme.*

Después ella refiere querer salir del problema, sin que nadie supiera ya que su abuela es muy conservadora, tampoco sabe cómo contarle a su hermana, quién le proporcionó información sobre el uso de métodos anticonceptivos y le había dado la confianza. Posteriormente, una amiga de su hermana la nota rara y le pregunta, ella le cuenta, la amiga de su hermana paga la interrupción y la acompaña a una clínica segura en Chiapas. Ella refiere hacerse un legrado (aunque al parecer se realizó un AMEU).

Ella termina la narración de la siguiente forma:

*Cuando ya había salido de ese problema, me sentía bien porque mis papás no se iban a enterar y yo seguiría mis estudios, desde eso momento empecé a cuidarme y siempre con responsabilidad porque es muy feo estar en una situación así y más cuando no tienes quien te ayude, es más difícil.*

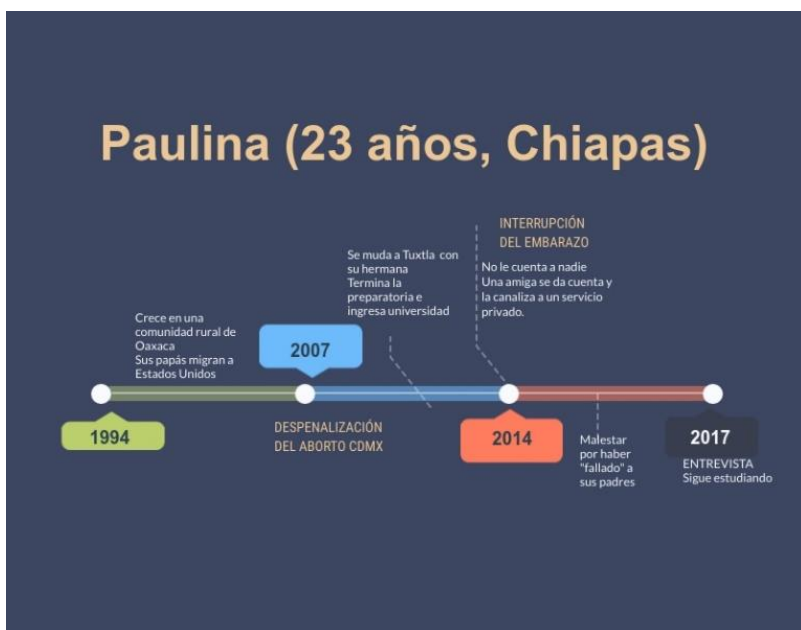


Figura 17. Trayectoria vital de Paulina

## VIOLETA

Tiene 26 años, vive en Guadalajara, ella se define como católica, es estudiante de licenciatura en el área de ciencias de la salud, tiene dos hijos, comparte un departamento con una roomie y una amiga. No está trabajando, sus papás pagan sus estudios. Su familia (conformada por su papá y dos hermanos), vive en otro estado y ella había vivido en nueve ciudades distintas por el trabajo de su papá. Ella refiere haber vivido violencia por parte de su mamá y hacerse cargo de sus hermanos. Su primer embarazo ocurre cuando ella era adolescente, y aunque su pareja intenta convencerla que interrumpa, ella continua el embarazo.

Al momento de su tercer embarazo, había dejado de estudiar medicina por los celos de su pareja y papá de sus hijos quien tiene un padecimiento de salud crónico, la relación estaba pasando por una crisis. Ella no quería el embarazo, ya que quería volver a estudiar, y piensa que tendrán dificultades económicas y que no podrá dejar a su pareja, además el producto puede tener malformaciones debido a los medicamentos que toma su pareja. Cuando ella le confirma su embarazo, él le dice que no es suyo. Ella busca información, piensa en la opción de té, pero lo descarta, y después encuentra información sobre aborto con medicamentos a través de una organización holandesa que da acompañamiento por internet quienes la canalizan con un fondo que da acompañamiento presencial y logístico para que las mujeres puedan venir a la Ciudad de México. Llega a la CDMX, pero una noche antes comienza a tener dudas, le realizan un AMEU pero vive maltrato en la clínica pública. Busca a su familia después de la interrupción, para que no la juzguen les dice que el bebé tenía problemas. Ella regresa y un mes después busca el apoyo de la consultora que proporciona acompañamiento post aborto, después decide separarse y seguir estudiando.

Ella fue la única participante que no envió su narrativa. La contacté a través de Adas.



Figura 18. Trayectoria vital de Violeta.

### **4.3 DISPUTAS DE SENTIDO, DIDÁCTICA DEL ESTIGMA Y EXPERIENCIAS SEXUALES/ REPRODUCTIVAS PREVIAS.**

La forma de significar la experiencia del aborto no es ajena a la vida sexual y reproductiva de las mujeres y a su construcción de género, por ello para entender los procesos de estigma, agencia y empoderamiento alrededor de la interrupción del embarazo es importante plantear que la trayectoria abortiva inicia con sus conocimientos y nociones sobre el aborto, sus experiencias sexuales y reproductivas, así como su socialización de género.

De alguna manera, la experiencia del aborto inicia mucho antes del embarazo, lo que las participantes habían escuchado durante su niñez, adolescencia o juventud sobre este tema influyeron en su proceso decisorio y en las emociones que narraron.

Como he señalado en el marco teórico, existe una disputa de sentidos entre dos visiones polarizadas sobre el concepto de vida y de persona, de familia, y de los derechos de las mujeres, tal como lo señalan Castañeda (2003), Bernal (2008), Maier (2015), Santarelli y Anzorena (2017). En esta disputa de sentidos, Amuchástegui (2012) ubica tres discursos: la moral católica que defiende la naturalización de la maternidad, la biomedicina y las políticas de control poblacional enfocadas a la planificación familiar, y los discursos feministas.

Además, en estudios recientes en Argentina, se ha encontrado que estas disputas se ven favorecidas por el socorrismo, acompañamiento feminista para el uso de medicamentos, los cuáles ofrecen vivencias y significados alternativos del aborto, que van en contra de la matriz heterosexual reproductiva (Santarelli y Anzorena, 2017).

A partir de los relatos de las participantes en esta investigación es posible identificar que la despenalización del aborto ocurrida en 2007 es un punto de quiebre tanto por el cambio legal como por la discusión pública que suscitó, que permitió que las mujeres encontrarán sentidos alternativos sobre la interrupción, haciendo sinergia con su agencia y curiosidad, una socialización de género alternativa, educación sexual y a otras rupturas con la religión o la pareja que permitieron una disputa de sentidos sobre la maternidad, la sexualidad y la construcción de género. Esta disputa de sentidos que en algunos casos comenzó antes de la interrupción, continuó en todo el itinerario abortivo. Es necesario señalar que, al identificar sentidos y significados sobre la sexualidad y el aborto previos al embarazo, también se ubican silencios que forman parte del estigma.

El punto nodal de esta disputa de sentidos, es si se considera a las mujeres como personas (y si las participantes se reconocen a sí mismas como tales), lo que implica el reconocimiento de nuestros derechos y admitir que somos seres pensantes y agentes que podemos decidir sobre nuestro cuerpo y el destino de nuestras vidas.

#### ***4.3.1 Disciplinamiento corporal y subjetivo: entre el miedo, el pecado y el silencio.***

Las narrativas dominantes sobre la sexualidad, la maternidad, la construcción de género y el aborto estaban presentes en los relatos de la mayoría de las participantes, ya que fueron

educadas en el “ser para otros”; es evidente la forma en que el patriarcado opera a través de la idealización del amor romántico, la vida en pareja y la maternidad limitando las opciones de vida de las mujeres. Además, la tensión entre peligro y placer sexual sigue presente en la vida de las mujeres como planteó Vance (1989).

Las enseñanzas religiosas, opuestas a los derechos y decisiones de las mujeres, transmitidas en la escuela o en el entorno familiar, jugaron un papel central en la construcción de significados sobre la sexualidad y el género, aunque también es posible identificar tensiones y rupturas. Fabiola refirió que mientras en su casa sus papás “no les inculcaron una disciplina religiosa”, asistió a una escuela religiosa de los Legionarios de Cristo donde les enseñaron “el cómo ser niña”, que implicó un disciplinamiento corporal y subjetivo que, de distintas formas, buscó construir un objeto y no una persona que piensa y opina:

*.. a la escuela a la que fui yo, era de los Legionarios de Cristo, súper católica, de puras niñas, rezábamos todo el día, todos los días por todo, una disciplina muy fuerte [...] Una niña no habla así, una niña no debe sentarse así. La disciplina era tan fuerte en el deber ser, una educación muy antigua, muy femenina, muy callada, no hables, no tienes opinión, no tienes juicio propio. (Fabiola, narrativa oral).*

Fabiola, expuso en su narrativa la relación que existe entre romper el silencio sobre el deseo de la actividad sexual, la virginidad y el estigma hacia la sexualidad. De acuerdo con Carole Vance (1989), las mujeres están a cargo del “control de su propio deseo sexual y de su expresión pública”, cuando esto se lleva a cabo es una virtud, pero en el relato de Fabiola, el incumplimiento tuvo una fuerte sanción: el estigma. El disciplinamiento corporal y subjetivo era un continuo, primero no piensas, no hablas, después no deseas y tampoco debes de sentir:

*De hecho, la sexualidad era un silencio, era invisible. Lo único que te decían, me acuerdo que en algún punto hasta la secundaria, alguna maestra habló de la virginidad, y mal no, o sea bien de la virginidad “tienen que ser vírgenes hasta el matrimonio”, entonces yo no estaba de acuerdo con eso y yo les comenté a mis amigas, que yo no estaba de acuerdo con eso, que yo sí quería tener relaciones sexuales antes de casarme y me tacharon de la más puta de las putas (Fabiola, narrativa oral).*

Si bien más adelante, se observa que en las participantes existió un silencio sobre la interrupción del embarazo, esto no fue aislado, sino que formó parte de un ciclo de silencios. La censura implícita o explícita sobre el ejercicio de la sexualidad y el cuerpo, estuvo presente en las entrevistas de las participantes, formando parte de la constricción del deseo sexual que solo podía expresarse dentro del matrimonio o con una pareja estable.

*Sabes, yo siento que lo ven (sus padres) como si hablarlo (de sexualidad) es como autorizar, al ser permitido uno se va ir al desahogado, entonces evitan pasar esa línea (Karla, narrativa oral).*

*Y mi mamá, es con la que intento, me permitió hablar un poquito más temas, pero si notas que están cerrados a ciertas cuestiones, hablar de frees por ejemplo ahorita es “no, no como crees”, es como cuestiones de “dense a respetar, si tú no te valoras ellos no te valoran”, ya sabes, son esas cargas que tienen. (Karla, narrativa oral).*

Un momento en el que varias participantes narraron censura y disciplinamiento, fue en su menarca o la menstruación de sus hermanas. Algunas investigaciones señalan que en distintos tiempos y culturas se observa un vínculo entre menstruación y estigma (Marván y Cortés, 2008 en Marván, Cortés y González 2014), los aspectos negativos de la menstruación predominan en la literatura científica, en la divulgación y en los medios de comunicación, (Cortés, Marván y Lama, 2004 en Marván, Cortés y González, 2014), basados en dos elementos, la creencia establecida en la Biblia de que la mujer que menstrua es sucia y la vigilancia y control sobre la capacidad reproductiva que inicia. Esto se expresó en los siguientes relatos en los que la menstruación fue motivo también de vergüenza, e incluso de “trauma”:

*A mi papá ni hablarle de ese tema, no le tenía la confianza. Me dice una de mis amigas, y cómo le vas a decir a tu papá, y le digo no sé, pues a ver, porque necesito comprar las toallas, para mí fue la muerte explicarle a mi papá (Lis, narrativa oral).*

*Creo que solo una vez cuando yo era una niña, y eso porque yo le insistí con mucha vehemencia, de que me explicara porque mis hermanas compraban toallas, que dónde se las ponía, como que ya entendía que se las ponía en la zona genital pero no sabía para qué, y ella me decía “no te voy a decir, porque te vas a traumar”, y yo me quedaba “pues que, ¿qué haces con ellas?” (risas de las dos) (Quetzalli, narrativa oral).*

En esta última narrativa es claro que el cuerpo debe ser desconocido para ellas. Esta censura también se reforzó en el espacio escolar, la información sobre sexualidad era insuficiente o no se le daba importancia, estaba basada en el miedo o el morbo. El miedo se colocó como una estrategia de disciplinamiento poco efectiva para desalentar la actividad sexual pero que provocó malestar psicológico y mitos que no contribuyeron a su salud sexual y reproductiva. Los miedos comenzaron aquí, pero estuvieron presentes en su historia sexual y en toda la trayectoria abortiva.

*En la escuela como que te meten más miedo porque te hablan más de las infecciones de trasmisión sexual que de cuidarte para un embarazo, me daba más miedo por ejemplo una infección de trasmisión sexual que un embarazo, yo decía qué tal que este güey algo tiene hasta en las manos, entonces entendía las infecciones de trasmisión sexual pero no entendía cómo cuidarme para un embarazo (Lis, narrativa oral).*

*Era muy poco, lo que se hablaba en la casa era muy poco, hasta que mi hermana me platicó. En la escuela igual, decían el pene, era aaahhh y todo mundo se reía, lo*

*tomaban como a chiste, yo creo que por la edad se toma así, no es algo que se hable muy común y menos en una escuela que en el momento que yo estudiaba no era un tema muy importante (Paulina, narrativa oral).*

#### **4.3.2 Virginidad y amor romántico**

En el ámbito familiar se observó un discurso ambiguo sobre el “cuidado de su cuerpo” ligado a la virginidad y condicionado al amor romántico como única forma de ejercer la sexualidad “garantizando” de esta manera que las mujeres no tuvieran varias parejas sexuales. Esto colocó a las mujeres en un lugar de vulnerabilidad ante la violencia, ya que al iniciar la vida sexual con una pareja pensaban que era difícil separarse.

*Quieras o no en mi familia, el tema sexual, no ha sido muy, siempre fue muy tendido a esta parte de “lo único que tienes tú, es tu cuerpo y tú decides que hacer con él”, yo hasta los 19 años perdí mi virginidad con el hombre que me amaba, sí fue muy de cuento de hadas, muy bonito, lo recuerdo muy bien, pero eso hizo que tuviera mucho apego y vínculo con mi exnovio, por nada me alejaba, sí fue muy tormentosa esa relación y yo seguía ahí... (Andy, narrativa oral).*

Este mandato de la virginidad sigue permeando en las participantes que son adultas, independientes económicamente y que viven con sus padres. La actividad sexual de las mujeres solteras sigue siendo un tabú al interior de las familias.

*Yo creo que ellos están conscientes que a nuestra edad tampoco es que seamos santas, creo que para ellos (sus padres) ha sido más conveniente pensar que a lo mejor lo que ellos imaginarían que pasa solo pasa en su imaginación y que en realidad todo se conserva así (Karla, narrativa oral)*

Amuchástegui (2000) en sus investigaciones sobre virginidad identificó que lo más común fue que la norma de la virginidad fuera desobedecida, siendo el amor la única forma de justificar el deseo sexual en las mujeres, concluyendo que los mandatos y las transgresiones sobre la sexualidad son inseparables y que existe una mutua determinación entre ellos, además de una hibridación de discursos. A pesar de lo anterior y de acuerdo con las narrativas analizadas, continuó prevaleciendo a lo largo de la socialización de las participantes, un discurso que, de acuerdo con Carole Vance (1989), constriñe el deseo sexual femenino al matrimonio y a la familia nuclear.

Por otra parte, la idealización de la vida en pareja y del amor, se observó también cuando algunas de ellas describían las relaciones de sus padres, sin embargo, al mismo tiempo observaban que los vínculos afectivos habían cambiado:

*Creo en una relación en pareja, mis papás tienen una relación muy pura, muy bonita, no se enojan..., yo siempre he vivido con esta idea. (Andy, narrativa oral).*

*Mi papá, su familia ha sido muy conservadora, y mi papá se dirigió de esa manera a mi mamá como cuidándola.... Mi mamá ha crecido con la idea de que es así por esa*



*imagen que mi papá le proyectó, pero no, en la actualidad las relaciones son muy distintas. A sus hijas les tocó vivir otra realidad. (Karla, narrativa oral).*

Angie relata sentirse presionada por su familia para “formalizar” una relación de pareja lo que denota una preocupación familiar cuando las relaciones de noviazgo eran largas pero “no se consolidaban”, con mayores implicaciones para las mujeres, pero ella también se rebeló a esta imposición.

*Hay una parte donde la sociedad o tu propia familia te están presionando, bueno ya terminaste tu carrera ahora tienes que buscar trabajo, y tu relación ya lleva 10 años o van a terminar o se van a casar o que van a hacer. Entonces yo decía ¿Pero por qué.... Yo en ese momento decía no estoy preparada, así tenga 20 años de noviazgo... (Angie, narrativa oral).*

#### **4.3.3 Didáctica de la maternidad sagrada**

Como ya hemos mencionado anteriormente el ejercicio de la maternidad, se ha esencializado más que ningún otro componente de género como patrimonio exclusivo de las mujeres, construyéndose como algo universal, natural e inmutable (Reid, 2013), cuando en realidad se trata de una construcción social que el feminismo ha contribuido a develar visibilizando la multiplicidad de experiencias, mandatos patriarcales alrededor de esta.

De acuerdo con Sánchez Bringas et al (2004) en los últimos 30 años ha cambiado el ejercicio de la maternidad en nuestro país y aunque se reconocen nuevas experiencias, se interpretan desde un marco tradicional y se sigue esperando que la maternidad se ejerza dentro de la secuencia normativa pareja- vida sexual- hijos. Un ejemplo ilustrativo de esto último fue lo que dijo Karla sobre las expectativas de su padre hacia ella y su hermana.

*Mi papá, por ejemplo, es como el más conservador, él tiene 69 años, para él todavía somos sus bebés, él como todos los papás quiere lo mejor para una hija, para él siempre ha sido la boda, el marido.... Pero si es esa cuestión de la boda y el matrimonio como tal, y los hijos permitidos de esa manera. (Karla, narrativa oral).*

Los hallazgos de esta investigación muestran el sinónimo y mito mujer = madre, del que hablaba Fernández (1993) tiene plena vigencia. A lo largo de las narrativas de las participantes, identifiqué el aprendizaje del mandato de la maternidad, que debe realizarse bajo ciertas condiciones: edad, en matrimonio y al término de sus estudios, de no cumplirse conlleva fuertes sanciones. Tal vez que la maternidad se realice al término de los estudios sea una restricción reciente que se justifica por un contexto económico precarizado como ya se ha identificado en otros estudios. Jimena narró cómo su papá dejaría de apoyarla en sus estudios si ella se embarazaba.

*Mi papá tenía ideas un poco conservadoras: “el día que te llegues a embarazar, pues ya no vas a seguir estudiando”, cuestiones de esa índole, ¿no?. (Jimena, narrativa oral).*

Entonces la prohibición del embarazo en la adolescencia o en la soltería y de la actividad sexual previa al matrimonio, se constituyó en un saber empírico clave y un miedo que se formó a partir de las restricciones, sanciones esperadas y discursos de los padres y madres de las participantes.

*Cuando yo era chica, el mensaje que me mandaron a mí de sexualidad es no te embaraces, mi mamá no nos habló claramente de muchas cosas, pero lo que siempre fue muy claro es “no te embaraces y si te embarazas te corro de la casa, y si te embarazas tu vida se acabó y es el fin del mundo y es lo peor que te puede pasar en esta vida.... Yo jamás en mi historia sexual dejo que un hombre eyacule dentro de mí (Fabiola, entrevista).*

En el caso de Angie, el embarazo de su hermana menor a los 16 años influyó en el temor de sus padres y en la restricción de permisos y libertades, a la cual se rebeló como narró en el siguiente relato:

*Mi papá no me dejaba salir con mi pareja con la que yo llevaba cuatro años, él no podía pasar a la casa, yo no podía ir a fiestas con él, por ese temor que tenían ellos de que yo también resultará embarazada y no terminaré mis estudios... Hasta que yo llegó un momento en que les dije, “yo no soy mi hermana....” (Angie, narrativa oral).*

**El cumplimiento del mandato y el miedo social a la no maternidad.** Algunas participantes narraron que, a partir de cierta edad, la maternidad pareció convertirse en un deber o en una expectativa social que ellas relataron con molestia. Las participantes se encontraron entre la prohibición del embarazo y el mandato de la maternidad. En este mandato de la maternidad, se observa un miedo de sus personas cercanas a la no maternidad, bajo el cual se permitían ciertas excepciones a la normativa del matrimonio o de la vida en pareja con tal de que las mujeres cumplan el rol que les ha sido asignado. La maternidad sigue siendo la única y/o principal forma de realización de las mujeres y de estatus como adulta (Fernández, 1993).

*Sobre todo, porque desde que cumplí 28 mis tías no dejan de molestar con que para cuándo, y mi padre no lo dice, pero siento una expresión de anhelo de un nieto, y más cuando me salgo de casa para irme a vivir con un hombre. (María, narrativa escrita).*

Este miedo social a la no maternidad que se mostró de forma velada en la anterior narrativa, se expresó con claridad en la narrativa de Andy, quién incluso desde su rol médico, se sorprendió cuando identificaba a mujeres que no han tenido hijos. No debe olvidarse que la medicina es una de las tecnologías de género (De Lauretis, 1989; Gómez Cruz, 2019) que opera para normar la maternidad de las mujeres y patologizar y estigmatizar la no maternidad.

*La verdad las reglas sociales están ahí, todo mundo piensa que una mujer está destinada, ahora sí se puede en su vida profesional desenvolverse, pero en su vida personal es un must que te cases y que tengas hijos, la verdad es que qué valor tienen*

*las que no lo hacen, porque es muy fuerte la crítica social, ¿cómo, no tienes hijos?, Yo me doy cuenta, yo veo las historias clínicas, es como ¿cesáreas? ninguna, ¿partos naturales? ninguno, ¿no tuvo hijos? No, ah ok y yo siempre volteo a ver la edad, ah no tuvo hijos, yo le tengo que preguntar ...si es algo como que raro que una mujer no quiera ser mamá si es por decisión propia y se necesita mucho valor para hacerlo (Andy, narrativa oral).*

Incluso a pesar de las implicaciones en el plano laboral de un embarazo, que ubica a las mujeres en condiciones de desigualdad y desventaja, Andy continuaba idealizando y naturalizando el rol de madres. Esta maternidad idealizada, fuente de felicidad se rodea engañosamente de fantasía y de logro sublime, ocultando el agotamiento, la frustración, la alienación, la culpa y soledad que experimentan cuando se cría a un hijo/a (Hauser, 2016; Badinter, 2011). Mientras que se mitifica e idealiza la maternidad en términos reales se anula la importancia de este trabajo y la carga que implica.

*Muero por ser mamá, me encanta la idea de una familia, me encanta trabajar...*

*Si una persona tendría que tener la cuarentena o incapacidad un mes antes, yo muchísimo antes, ni con la panza podría, ya estoy en desventaja para empezar. Pero yo lo tomo a mi favor, el que chingón tu poder ser mamá, el hombre no puede, tu sí, y creo que sí es una experiencia inolvidable (Andy, narrativa oral).*

Esta idealización de la maternidad se da en el contexto situado posterior a 1980 que Badinter (2011) señala como “una involución” en nuestro concepto de maternidad, reposicionándola como destino de las mujeres, después del desarrollo y difusión de los métodos anticonceptivos.

#### **4.3.4 Las genealogías maternas (historias de maternidad cercana)**

Algunas participantes narraron las historias de maternidad cercanas como las de sus propias madres o abuelas, en las que hay discursos y prácticas que modelaron la didáctica de la maternidad. Rosa abordó la experiencia materna de su mamá y de su abuela. En el relato sobre su madre identifico una relación entre la sanción social por un embarazo fuera del matrimonio y el no deseo de dicho embarazo, así como la dificultad de identificar alternativas en un contexto ilegal.

*Con mi hermana fue un poco diferente, me imagino que (mi mamá) empezó otra relación y quedó embarazada de mi hermana, pero no creo que haya querido ese embarazo, pero ni siquiera tenía la posibilidad de elegir otra cosa, nació mi hermana, no solamente por eso es lo que yo creo, tenía que ver con que iba a pensar la familia, ella se había ido, ya no tenía un esposo, pero había quedado embarazada (Rosa, narrativa oral).*

Del relato de Rosa sobre su abuela es posible observar una asociación de la maternidad con el sacrificio, y la dificultad de romper con una relación de violencia por

considerarlo como un destino. Estas ideas están ligadas a las creencias religiosas católicas en las que el sacrificio y el sufrimiento son un valor.

*De mi abuelita lo que considero que era su idea de ser madre, era mucho sacrificio, de no dejar a mi abuelito en parte porque no sabía qué más hacer y por otra parte por sus hijos y porque era lo que tenía que vivir, y en realidad ella se había hecho cargo de sus hijos, no sé cómo podía ella pensar que mi abuelito servía para algo (risas), bueno así eran las cosas.(Rosa, narrativa oral)*

También Healy abordó tanto en su narrativa escrita como en la entrevista, la experiencia de su mamá, en la que la maternidad se asocia a las creencias religiosas, además hizo evidente que la responsabilidad de la reproducción recae totalmente en las mujeres. Estas ideas impactaron a Healy cuando ella vivió la experiencia de embarazo e interrupción.

*Mi mamá vivió en una familia católica, es como la historia de mi vida, no podía tener hijos, tuvo otros intentos, abortos, ella viene de una historia de ¿porque no le das hijos al varón de la familia?, entonces ella empieza a acercarse a la comunidad cristiana de la familia de mi papá.... mi mamá tiene asociado mucho que Dios le ayudo a ser madre (Healy, narrativa oral).*

#### **4.3.5 La didáctica del estigma sobre el aborto.**

Como lo he mencionado, la experiencia del aborto inició mucho antes del embarazo, lo que las participantes habían escuchado durante su niñez, adolescencia o juventud sobre este tema influyó en su proceso decisorio y en las emociones que narraron.

La gran mayoría de las participantes relató que la interrupción del embarazo no era un tema que se hablaba en su familia, este ciclo del silencio que estigmatizaba la sexualidad femenina mantenía también los significados estigmatizantes del aborto y el velo del silencio sobre esta práctica.

*En mi familia, nunca se ha hablado abiertamente. (...), de “las mujeres pueden interrumpir su embarazo”, (...). Y no es que se hablara en contra tampoco. Solo es un tema que nunca se habló (Andrea, narrativa oral).*

Pero el estigma sobre el aborto no solo se reprodujo a partir del silencio; también existen prácticas explícitas que de manera indirecta e impersonal informaban a las mujeres desde pequeñas sobre el tipo de estigma al que se verían enfrentadas en caso de interrumpir un embarazo. Algunas participantes narraron conversaciones familiares en las que el tema central eran mujeres que habían abortado, enfatizando en su calidad de “descartables” (Goffman, 1963). Se puede decir que ésta era una forma didáctica que utilizaron algunas familias para transmitir lo que es legítimo e ilegítimo en la sexualidad femenina, de afianzar la idea de la maternidad como destino y las consecuencias de no cumplir el mandato:

*...alguna vez escuché una conversación, en donde mi mamá criticaba a una mujer que ella conocía y había tenido ya muchos abortos, es todo lo que dijo, pero un tono*

*tan despectivo, casi casi anda de loca y por andar de loca anda abortando (Fabiola, narrativa oral).*

Kumar et al (2009) quiénes señalan que la actividad sexual de las mujeres es el centro del estigma porque amplifica las transgresiones a las normas de la actividad sexual y evidencia que se ha tenido sin fines reproductivos. Algo particular que tal vez es necesario destacar fue el rol de las madres en la didáctica del estigma.

*Obviamente nos ponía de ejemplo a ella, para decirnos “¡esto es ser una mala mujer! La mujer que se mete con varios hombres, es mala, da asco, ...a mi mamá le causaba, por lo que decía repulsión, dado el comportamiento sexual de mi tía. Y luego lo peor que nos dijo “y hasta abortó..., cómo se atreve a matar a un inocente, qué culpa tiene”, lo sancionaba totalmente. Para ella (su mamá) me quedaba muy claro, que el aborto era una falta hacia las personas, una falta moral, hacia Dios y de lo más bajo que podía hacer una mujer. (Quetzalli, narrativa oral).*

“Loca”, “mala”, “asco”, “repulsión”, “matar” fueron las palabras que estas participantes recordaron sobre las mujeres que abortan. El estigma no fue algo que se transmitiera directamente, ni de esta forma se comunicó la prohibición o la norma. La didáctica del estigma se impartió de manera sutil, en una etapa de su vida en que las participantes no contaban con elementos para contrarrestar este discurso. Kumar (2018) muestra la relevancia del vínculo entre el estigma y la repulsión o disgusto, y aunque Quetzalli o Fabiola pudieron incorporar esta emoción a su experiencia no lo hicieron.

Más adelante, algunas de las participantes supieron o acompañaron experiencias de mujeres cercanas o amigas que habían tenido abortos espontáneos, voluntarios o forzados y que esas mujeres eran fuertemente criticadas o vivían esta experiencia con culpa o sufrimiento. El estigma percibido (Herek, 2009) sobre el aborto que ellas aprendieron lo identificaron en contextos restrictivos e ilegales.

*Eso fue en 2004. Yo supe porque me pidió que le ayudara con su hija, me pidió que la acompañara para que yo pudiera estar con la niña, en ese tiempo yo tenía miedo de que algo le pasara... Después de eso si fue un relajó, porque la suegra se había enterado y estaban ahí esperándola, también su pareja, y le estuvieron diciendo que por qué lo había hecho, como ese tipo de cosas. (Rosa, narrativa oral).*

Kumar et al (2009) también señala como causa del estigma relacionado al aborto, la transgresión al rol asignado de la maternidad y de la crianza. En la narrativa de Angie cuando le pregunté que había escuchado sobre el aborto, surgió la sanción por la ruptura del mandato mujer= madre.

*Igual esas cuestiones negativas de la sociedad que te juzgan, que te dicen, “pues si no quiso ser madre, no es una buena mujer, porque las mujeres están para tener hijos”, ese tipo de comentarios. (Angie, narrativa oral).*

**Las barreras simbólicas: El discurso patriarcal/religioso sobre el aborto.** Aunado a esta didáctica del estigma, todas las participantes hicieron referencia en menor o mayor medida a un discurso conservador o religioso que operó a través del miedo referido desde diferentes ámbitos de socialización.

*De niña, yo me acuerdo que pasaba por las calles a finales de los 80s, principios de los 90s, y en todas las bardas había un grafiti que decían “aborto no”, y me parecía muy curioso, qué es eso de aborto y por qué es tan malo, porque era muy enfático. (Andrea, narrativa oral).*

*En contra, la cuestión religiosa, que es un pecado, que no es bueno, porque al final de cuentas Dios no te va a aceptar. (Angie, narrativa oral).*

*Estos debates desde la parte religiosa, se considera que la gente tiene alma a partir de que se concibe (Healy, narrativa oral).*

*La otra parte de las religiones también lo mismo, que hay una cuestión de castigo, que si no pagas aquí vas a pagar allá (Karla, narrativa oral)*

Estos discursos patriarcales reproducen cuatro tipos de representaciones basadas en información sin sustento científico, que también han sido documentadas parcialmente en otras investigaciones (Norris et al, 2011), a saber: 1) las imágenes fetales asociadas con el inicio de la vida; 2) el aborto inseguro que provoca la muerte, daños o esterilidad, asociado al aborto como insalubre y sucio que Norris et al (2011) identificaron; 3) el aborto como un trauma psicológico y 4) la mujer que aborta como pecadora y que merece un castigo.

Estas representaciones fueron poderosos recursos para generar culpas, miedos, dudas y malestar; de acuerdo con Comes et al. (2007), el imaginario social, los discursos y las representaciones pueden considerarse barreras simbólicas en el proceso decisorio y de accesibilidad a la atención en los servicios de salud, en especial cuando ellas tuvieron poca información sobre procedimientos seguros; mientras que las emociones generadas por estos discursos, fueron barreras subjetivas que se presentaron a lo largo de la trayectoria abortiva de las mujeres que buscaron interrumpir sus embarazos. Estos discursos también formaron parte de los sentidos que se disputan cuando ellas interrumpieron un embarazo después de la despenalización del aborto y/o cuando tuvieron acompañamiento feminista.

Las dos narrativas siguientes son ejemplos de imágenes de abortos inseguros y/o clandestinos y de la estigmatización del aborto cuando se considera algo insalubre (Norris et al., 2011), que provocaron miedo cuando ellas atravesaron por esta experiencia.

*Me acuerdo mucho, se me quedó en la mente, un episodio que una mujer pobre, .... el marido lo que hace es que le mete como un gancho, y le pica el endometrio, y ella abortó, pero se murió y bueno al final Silvia Pinal decía en sus reflexiones que el aborto era un delito, que todos tenían derecho a la vida y que hasta la mujer se podría*

*morir. Creo que no solo era mi mamá la que tiene ese pensamiento, si en Televisa te lo pasaban...pues también con eso nos educamos (Quetzalli, narrativa oral).*

*Porque lo que uno conoce, algún momento tuve información en la escuela con respecto a esto, es que eso pasaba mucho con los abortos clandestinos, por una mala práctica y las chicas terminaban muertas por un mal procedimiento, creo esas ideas si estaban ahí, de no me vaya desangrar y aquí me quedo (Healy, narrativa oral)*

De igual manera, varias participantes dieron cuenta de las imágenes de procedimientos quirúrgicos agresivos y de discursos sobre el inicio de la vida que los grupos conservadores han difundido con la intención de controlar el cuerpo de las mujeres, con lo cual, de acuerdo con Lagarde (2003), se trata a fetos y embriones en una condición superior a la de la mujer, como una forma más de negar la propiedad y competencia de las mujeres sobre su propio cuerpo y vida. Sin embargo, algunas ellas también mostraron su desacuerdo con estos mensajes cuando pudieron contrastarlo con su propia experiencia.

*Antes, yo creo que la idea era de que era un aparato, que destrozaban al bebé y todas esas ideas, que la mala información te llega, que realmente el aborto es eso, que quirúrgicamente tienen unas pinzas, destrozan al feto y lo sacan, cuando realmente es algo muy diferente. (Angie, narrativa oral).*

*Por ejemplo, en la primaria, en sexto de primaria, cuando tenía como 12 años, una persona que no merece nombre de maestra, nos enseñó precisamente a niños, niñas de esa edad, imágenes de provida, según cubetas de fetos, porque nada que ver. (Jimena, narrativa oral).*

Para algunas participantes, el discurso de trauma psicológico provocado por el aborto o de decisión que “cargas” estaba presente a partir de experiencias de mujeres cercanas y se convirtió en un saber clave en su experiencia.

*Mi mamá nos decía de ella, “y luego hasta lloraba, pero por qué aborta, pero eso le pasa por atreverse a abortar”, escuchaba mucho lo del trauma psicológico o la reacción emocional (Quetzalli, narrativa oral).*

*Yo sí por supuesto rectificué que estaba a favor del aborto, pero claramente es una decisión que la llevas cargando de por vida, también lo entiendo y cada quién decide asimilarlo como lo tenga que asimilar, y todas las situaciones cambian mucho (Andy, narrativa oral).*

Las barreras simbólicas pueden llegar a ser potentes, pero en la trayectoria abortiva de las mujeres, también se observó una disputa de sentidos, es decir, la confrontación con otros discursos liberadores, que favorecieron la puesta en cuestión y, en algunos casos, la deconstrucción o derrumbe de tales barreras para, finalmente, optar por ejercer su derecho a decidir.

#### **4.3.6 Enseñanzas que rompen con la socialización tradicional de género**

A la par de la didáctica de la maternidad sagrada y del estigma, también se presentaron enseñanzas que rompieron con esta socialización y les mostraron caminos alternativos de independencia económica, de crecimiento personal o en algunos casos les permitieron identificarse con el feminismo. Estos saberes son claves para que ellas, posteriormente como podrá verse en los siguientes capítulos, desarrollen un proyecto de vida independiente al de la maternidad, inicien procesos de empoderamiento o de sororidad, critiquen la idealización de la maternidad, la construcción de las relaciones de pareja, el rol de esposas, y muestren su negativa, por lo menos temporal a la maternidad.

Andrea vió a su mamá y a sus tías trabajar de forma remunerada y por tanto tener un ingreso propio, de manera implícita aprendió la importancia de la independencia económica; además, ella no identificó una educación tradicional o estereotipada.

*Yo no tuve una familia que me dijera “las niñas se visten de rosa y juegan con muñecas”, [...] lo que nunca me trajeron fueron carritos aunque los pedí. De ahí en fuera, las cosas por las que he demostrado un verdadero interés, nunca ha sido de “eso no es para niñas”, siempre ha sido de “ve, inténtalo o pruébalo”. (Andrea, narrativa oral).*

Tal vez justo estas últimas palabras de Andrea “ve, inténtalo o pruébalo”, son palabras de transgresión y dieron legitimidad a la agencia de una niña, en oposición a una educación tradicional de género en la cual las niñas son educadas para ser pasivas y obedecer, a ser objetos como ya mostre anteriormente.

Rosa también tuvo una experiencia similar; aunque creció en un estado muy conservador, no convivió de cerca con niños varones por lo que no percibió una diferencia de trato y al vivir en el campo se le permitía jugar de manera libre, aunque sí hay una enseñanza de realizar trabajo doméstico.

*Más bien las cosas que se hacían en la casa, pues era ayudar en la casa, a mi mamá, pero era ponernos las tres. Como crecí también un tiempo con mi abuelita, en el campo, a mí me gustaba mucho subirme a los árboles, jugar con tierra (Rosa, narrativa oral).*

Quetzalli por su parte recordó la influencia de su hermano mayor para que ella no siguiera el mandato de la maternidad y los roles de género, dándole importancia a la educación, aunque reconoció que su hermano también era violento.

*Yo escuchaba que mi hermano le cuestionaba muchos de los roles de género a mi mamá “por qué tienes que servir de comer a mi papá”..., pero él también era muy violento. Él fue la primer persona, él nos marcaba mucho de que “ustedes son mujeres, pero no tienen que ser madres, de que no tienen que vivir como mi mamá, no todas las mujeres tienen que vivir para casarse, mejor pónganse a estudiar” y nos daba libros. (Quetzalli, narrativa oral).*



Sin embargo, estas enseñanzas no están libres de tensiones o contradicciones entre discursos y prácticas tradicionales y discursos alternativos sobre la maternidad y la construcción de género. Como señala Lagarde (2000), las mujeres en la actualidad somos sincréticas, entre el “ser para otros” y “seres para sí” creyendo que tenemos igualdad, pero sin condiciones para ello.

Fabiola dio cuenta de diferencias en la educación con respecto a su hermano o actividades que ellas no podían hacer. Ella estuvo expuesta a discursos y/o prácticas contradictorias, sincréticas. En su relato, dio cuenta también de cierta conciencia de género.

*Aunque en discurso, mi mamá es la más feminista del mundo, “ustedes pueden solas, no necesitan de un hombre, salgan adelante solas, háganse de sus cosas, estudien, trabajen”, pero ya en el momento de la interacción a mi hermano jamás lo pusieron a limpiar, jamás. (Fabiola, entrevista).*

Dany también identificó estos discursos sincréticos en los que el matrimonio y la maternidad aparecieron como mandatos inquebrantables.

*Tanto mi papá como mi mamá trabajaban, tenían sus negocios independientes. Mi mamá era super extremista, una como mujer y el empoderamiento, peeeeero sé mamá y te casas... conmigo (fue) cuando seas grande si decides formar una familia, casarte, tienes que saber que no te vas a dejar de ningún hombre... (Dany, entrevista).*

El mandato de la maternidad y el control sobre el cuerpo de las mujeres, aparece como el núcleo más duro, y difícil de cambiar. Estas tensiones reflejan grietas al discurso de género normativo, a través de las cuales van construyendo una visión de sí como personas críticas y con agencia, y a la par desarrollan procesos de conciencia de género. Sus narrativas reflejaron el impacto de discursos alternativos, tal vez influidos por el feminismo en el que se promueve que las mujeres tengan independencia económica, desarrollo personal y no toleren la violencia.

#### **4.3.7 La despenalización del aborto en la CDMX: sentidos alternativos sobre el aborto.**

A pesar de los discursos hegemónico sobre la sexualidad, la construcción de género la maternidad y el aborto al que las participantes se vieron expuestas antes de vivir la experiencia, se observó un punto de quiebre importante que varias de ellas relataron: el proceso de despenalización del aborto en el entonces Distrito Federal. Algunas recordaron las discusiones previas o posteriores a su aprobación (2007- 2008) en los medios de comunicación, lo cual fue un momento clave en su experiencia porque tuvieron contacto con un saber que permitió que la opción de la interrupción fuera pensable para ellas, facilitó el acceso o les dio tranquilidad al acercar discursos a favor de la autonomía reproductiva. Estos debates influyeron de manera importante en la decisión de algunas participantes:

*Que, en esos años se haya dado esa discusión, que se haya sobre todo hecho más públicas las otras perspectivas, más allá de la religión y cómo toda esa justificación*

*que muchas diputadas y académicas dieron, de que no estás atentando contra la vida, todo eso también influyó mucho en ese momento en que me enteré [que estaba embarazada] y dije, es que no puede ser ahorita. (María, narrativa oral).*

*Pues creo que, si se escuchó mucho, eso de que se legalizo, claro dentro de cierto tiempo, ese término de semanas que realmente se aceptaba. Más que nada, a mí lo que a mi llamó la atención, es por tu salud, no es bajo la ley, es por tu salud, como mujer corres ciertos riesgos, si haces un aborto ya después de los tres meses, el riesgo es para ti, el riesgo de tu vida. (Angie, narrativa oral).*

*Me dio gusto cuando se legalizó en el D.F. Debaté con todo mundo que decía “no” porque siempre me encontré con compañeras, incluso contemporáneas que no estaban a favor, siempre les dije “es que no es para tu abortes, es porque hay gente que necesita interrumpir un embarazo y es una cuestión de derechos”, mucho antes de estudiar género y mucho antes de entenderlo desde una teoría de género feminista, me quedaba claro que era una cuestión de derechos (Andrea, narrativa oral).*

En el caso de Healy, el debate coincidió con sus estudios universitarios y el comienzo de la ruptura familiar/religiosa que abrió nuevas perspectivas para ella. El argumento es similar al que defiende Andrea como una forma de prevenir la muerte de las mujeres.

*No tenía yo gran acceso a información, cuando yo vengo al espacio académico, es de donde yo tengo más información, estaba esto de la despenalización en pleno auge, las primeras políticas para ejercer tu derecho a decidir, esto era nuevo para mí, me agrado mucho la idea, seguimos diciendo que no pasa nada, y se van a seguir muriendo..., fuera de eso te podría decir que jamás había tenido ni un poquito de información al respecto (Healy, narrativa oral).*

Para Dany, que tenía 13 o 14 años en 2007, y vivía en un municipio de Guanajuato, la despenalización fue el primer momento en que escuchó sobre el aborto, pero la opinión de su mamá no era a favor del derecho a decidir y posicionó el aborto como un asesinato, evidenciando nuevamente el vínculo entre el estigma hacia la sexualidad femenina y el estigma hacia el aborto.

*Recuerdo y fue un recuerdo que tuve recién que me contactaste, me acordé que yo desde San Miguel, me toca presenciar la despenalización del aborto y mi mamá hizo un comentario similar a de “se va a soltar el libertinaje”, yo volteé a ver a mi mamá no me acuerdo qué edad tenía, y yo cómo, porque uno, no sabía qué era aborto y dos, ni sabía a qué se refería como libertinaje; mi mamá me decía “el aborto es cuando una mujer se embaraza, mata a la criatura”, pero ¿cómo que mata a la criatura?, ¿qué palabra dijo? “que anden cascos ligeros y puedan abortar a diestra y siniestra” (Dany, narrativa oral).*

La asociación entre despenalización y “libertinaje” también se encontró en el relato de Karla, quién no recordó otros discursos alternativos alrededor de la despenalización.

*Incluso ahora después de que se ha despenalizado, igual sigue siendo la parte negativa, “ahora la gente que es muy liberal va a poder hacer o deshacer”, entonces ahora que ya está permitido, ...así como tal que me haya llegado lo positivo pues no. (Karla, narrativa oral)*

Otras participantes estaban más ajenas a las discusiones que se dieron en torno a la despenalización del aborto en el Distrito Federal, de alguna manera sentían que era un tema alejado de ellas.

*Sí supe cuando se legalizó, yo me sentía a favor de la despenalización, hasta dije qué bueno que ya esto es legal, pero realmente nunca me puse a investigar, cómo lo hacen, qué te hacen, cómo ha ido en estos años, no había puesto atención en eso [...]. Me acuerdo que había mujeres en contra del aborto, supongo que eran esposas de empresarios, del PAN. Sí me acuerdo, había marchas en contra....me acuerdo que en TV Azteca si ponían mucho en entredicho que se legalizara. (Quetzalli, narrativa oral).*

Por otra parte, Lis conoció sobre la despenalización siendo adolescente, sin embargo, esto no borró las imágenes que se han difundido sobre el aborto inseguro o clandestino, o el falso sinónimo aborto= asesinato que fueron abordadas anteriormente, una tensión en el significado/ concepto de vida se presentó e impactó en su experiencia. Este es un claro ejemplo de la disputa de sentidos en donde los conceptos de legalidad, seguridad, derechos de las mujeres y vida están en medio.

*Recuerdo que decían que antes de los tres meses no era una vida, que todavía ni siquiera sentía y que no había ningún problema. Lo que sí escuchaba mucho de que era un asesinato, que matabas a alguien, que era una vida, ese tema también sí mortificó mucho, yo decía “y si sí” (Lis, narrativa oral).*

A pesar de dichas disputas y tensiones, el contexto de legalidad marcó una diferencia sustancial en la experiencia; los servicios de interrupción legal del embarazo dentro de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México aportaron a la legitimidad de la decisión de las mujeres que interrumpieron un embarazo y, a la vez, contribuyeron a la reducción del estigma social, elementos relevantes en un entorno en el que siguen presentes y constantes los discursos oscurantistas que obstaculizan dichos procesos (Amuchástegui, 2012; Becker y Díaz, 2013).

#### **4.3.8 Enfrentarse al estigma: posicionándose a favor del derecho a decidir**

En otra muestra clara de agencia y/o sororidad, a excepción de Violeta la mayor parte de las participantes estaban a favor del derecho a decidir sobre su cuerpo antes de sus embarazos, sin embargo, no todas lo dijeron públicamente por el estigma que perciben. Este posicionamiento contribuyó a pensar la alternativa de la interrupción como algo viable.

Andrea expresó este posicionamiento cuando se hizo un debate escolar en la preparatoria sobre el tema, rompiendo de alguna forma el silencio sobre el mismo y apoyó a otra compañera que tenía una opinión similar. También se observa que Andrea tenía claridad sobre los riesgos del aborto inseguro.

*Claro que lo posicioné, no pude quedarme callada [risas], se lo pregunté a una compañera, y la compañera dijo que sí y todo el mundo se le fue encima, “no, pero es una vida”, entonces tuve que levantar la mano para decir “no, es que yo estoy de acuerdo y estoy de acuerdo en que haya la opción, (...) de hacerlo de manera segura y que tú puedas tener un proyecto de vida de acuerdo a lo que tú quieres...” (Andrea, narrativa oral).*

De forma similar, Rosa estuvo en contra del juicio sumario a una compañera embarazada en la preparatoria, dando muestras de sororidad

*En la prepa sobre todo, una compañera estaba embarazada, y empezó a haber comentarios, sobre todo de una amiga, de para qué tener relaciones si no se iba a cuidar, que por andar de loca, y yo lo que le dije, es que si tenía o no relaciones era problema de ella, y que tal vez no tenía la información de cómo cuidarse (Rosa, narrativa oral).*

Y Jimena también recordó un debate en la preparatoria, aunque no dejó claro si su posición la hizo pública como en los casos anteriores:

*En ese momento, yo estaba a favor de la interrupción y me acuerdo, obviamente no se habló sobre las técnicas de interrupciones, de pastillas o cosas así pero fíjate no se habló mucho, porque en ese momento todavía no estaba la legalización de la interrupción (Jimena, narrativa oral).*

En otros casos, sus posicionamientos también estuvieron influidos por sus estudios universitarios o talleres vivenciales que les dieron algunas herramientas para enfrentar el estigma y disfrutar la sexualidad, o para reflexionar de manera crítica sobre la maternidad y plantear su derecho a decidir.

*En la escuela, argumentos a favor, llegamos a platicar, de que las mujeres estamos en nuestro derecho de decidir nuestro plan de vida, de decidir y que no necesariamente la cúspide es la maternidad. No hay un camino lineal para ser mujer, sino que hay muchos caminos, y que cada quién se puede trazar el suyo. (Quetzalli, narrativa oral).*

En un contexto diferente, algunas participantes mostraron su posicionamiento frente a su familia.

*Yo con mi familia siempre digo “yo estoy a favor de la interrupción del embarazo, estoy a favor de que se difunda esa información”, entonces yo creo mi mamá ha de*

*pensar que si yo resultara estar embarazada, lo primero que haría fuera eso, acudir a una clínica (Angie, narrativa oral).*

Unido a estas enseñanzas que rompieron con los estereotipos de género, en algunos casos este posicionamiento tuvo influencias familiares como en el caso de Quetzalli y Paulina.

*Pues creo que el único argumento a favor que yo escuché hasta ese momento y sobre todo porque eso lo decía mi hermano, era de que las mujeres tenían derecho a decidir si querían ser madres o no querían ser madres, yo lo llegué a escuchar de él (Quetzalli, narrativa oral).*

*Mi hermana me contaba, y a veces iba yo a actividades que realizaba su organización donde ella trabajaba, y fue ahí donde empecé a ver que si no lo quieres por qué lo vas a tener, entonces yo decía si algún día a mí me pasará eso, yo decidiría por mí, no pensaría en nadie más (Paulina, narrativa oral).*

Y Healy, en su entorno religioso, apegada a su ética profesional, intentó informar antes que difundir información errónea o basada en preceptos religiosos.

*En una ocasión me invitaron a dar una plática con respecto al aborto, pero la propuesta era hablar en contra. Tú sabes que formarte en estas áreas, pues tú eliges, es cierto que pasa esto, pero también que paso lo otro, no les encantó el planteamiento, después la chica que me invito fue así “pero la biblia dice x, y, z”, no le encanto la postura que yo tomé al respecto (Healy, narrativa oral).*

Por otra parte, Andy, aunque también estaba a favor del derecho a decidir de otras mujeres como posicionamiento político, tuvo un cierto distanciamiento, la creencia de que a ella no le iba a ocurrir.

*Estaba muy informada, y que era legal, yo siempre he estado a favor del aborto como idea, nunca me pensé ver en una situación así jamás (Andy, narrativa oral).*

Teniendo en cuenta esta postura a favor del derecho a decidir, María y Andrea mencionaron que la alternativa de la interrupción existió como una posibilidad previa al embarazo. María explicó por qué para ella fue una posibilidad, de la siguiente forma:

*Pero el contexto de una mujer que vive en la ciudad, que vivió con dos machos, sí me llevó, no la explicación de que yo haya tomado esa decisión, sino que para mí siempre fue esa una opción, la decisión la tomé porque no veía cómo iba a resolverme la vida con un bebé y eso, a lo mejor sí fue muy en el momento y no ver más allá, pero el que para mí el aborto haya sido una opción, fue algo que construí desde muy atrás, y la decisión la tomas porque si ahorita no puedes. (María, narrativa oral).*

*Desde entonces (en la preparatoria) para mí siempre fue claro que era una necesidad que la interrupción del embarazo fuera legal y se dejara de ver a las mujeres que lo*

*hacían como “malas mujeres”, incluso era claro que, dada la circunstancia, para mí era una opción considerable... (Andrea, narrativa escrita).*

#### **4.4 RUPTURAS Y TRANSGRESIONES, EJERCICIOS DE AUTONOMÍA Y AGENCIA**

En las narrativas de las participantes identifique una serie de rupturas y transgresiones que dan cuenta de prácticas de autonomía y agencia desde que eran jóvenes o niñas, marcaron distancia de las enseñanzas patriarcales que naturalizaban el “ser para otros” y al mismo tiempo se acercaron a prácticas y discursos feministas vinculados a ideales de libertad, igualdad y autodeterminación.

Al respecto Marcela Lagarde (2013) señala que el método del feminismo “es la crítica, la rebeldía, la subversión, la transgresión creadora y la construcción de alternativas paradigmáticas” (p.306). También señala que el feminismo ha creado rupturas y yo añadiría que se nutre de esas rupturas cotidianas, ya que es una revolución social y personal. Esto no significa que todas las participantes se identificaban como feministas desde niñas, pero posiblemente pudieron desarrollar “poderes vitales”, positivos y alternativos, que surgieron de la conciencia y la disidencia y son base del empoderamiento como señala con Lagarde (2013).

De acuerdo con Chapa (2014), la ruptura es “el momento en que la tensión entre lo familiar y lo novedoso o imprevisto se hace presente, marcando el fin de un equilibrio” (p. 82), o en este caso de un *status quo*. Puede ser resultado de múltiples acciones o de una acción que marca el final de una etapa en la historia personal, en la cual podemos tener distintas rupturas que van definiendo nuestra identidad.

Sin embargo, no todas las participantes narraron este tipo de eventos, lo que podría vincularse a una mayor dificultad en el proceso decisorio.

Además, estos ejercicios de autonomía y agencia o de desarrollo de poderes vitales, fueron elementos que antecedieron y se vincularon al proceso decisorio: 1) pudieron fortalecerlas para que ellas se priorizaran a sí mismas, 2) el aborto era otra transgresión, no era la primera 3) estaban vinculados a su conciencia de género.

Estos elementos que a continuación se describen, no son menores, como lo he dicho, cimientan la autonomía y el empoderamiento, mientras que en otros estudios son poco explorados, en esta investigación son hallazgos relevantes.

##### **4.4.1 Estudiar**

Para algunas participantes continuar sus estudios (lo que en algunos casos significó viajar cotidianamente o mudarse) fue la primera transgresión. Healy identificó claramente que estudiar la licenciatura y posteriormente una maestría, rompía con lo que tradicionalmente había sido asignado a las mujeres en su familia. Algunas participantes tenían el nivel educativo más alto en sus familias nucleares y amplias.

*No había clase que no saliera de ese lugar entusiasmada, emocionada por todo lo que aprendía, era como estar en las nubes para mí, pues vengo de una familia en donde a las mujeres les toca ser esposas y madres, en ella no se me enseñó ninguna otra aspiración, estudiar ha sido una especie de trasgresión para mí, logre ingresar al programa de maestría (Healy, narrativa escrita).*

#### **4.4.2 Romper el silencio: búsqueda de información sobre sexualidad o género**

Ligado con esta sed de aprender y su curiosidad, transgredieron el secreto, la prohibición, la poca o nula información sobre sexualidad que les proporcionaron en sus familias, algunas participantes buscaron otras fuentes de información en su infancia o adolescencia como son revistas, enciclopedias, películas pornográficas, dando muestras claras de agencia.

*Yo empiezo a construir mis propios conceptos porque yo me daba cuenta que no me hablaban de eso [...], esa pregunta me la hago a los 7 años, a partir de los 7 años, yo empiezo a generar mis construcciones, que es esto, que esto, libros, enciclopedias, me preguntaba yo porque la palabra sexo era tan prohibida en mi casa, agarro una enciclopedia, ahh o sea que esto es sexo (Dany, narrativa oral).*

*Cosas sexuales, no podía hablar con mi papá ni con nadie. No era, como un tema, entonces yo me empecé a basar en ver películas pornográficas, ahí era donde veía qué es lo que se tenía hacer, ya después una amiga me prestó un libro de métodos anticonceptivos y ahí entendí cuáles eran, ya entendí más de lo que te explican en la escuela (Lis, narrativa oral).*

Una experiencia similar en esta búsqueda de información, fue la de Quetzalli a quien le interesaron los estudios de género en la preparatoria con la idea de romper con algunas enseñanzas o la de Andrea, que dio muestras de conciencia de género desde la secundaria. Tanto sus conocimientos sobre sexualidad como su conciencia de género estaban al centro cuando se encontraron en el proceso decisorio que se aborda en el siguiente capítulo.

*Yo desde la prepa, me empezaron a interesar estas cuestiones de género, creo que me empezó a interesar porque mi mamá me enseñó a ser una mujer muy oprimida, y en algún momento, sí empecé a sentir que no quería ser así, que no quería ser como mi mamá me había enseñado o no del todo, a lo mejor unas cosas sí (Quetzalli, narrativa oral).*

*Yo trabajo sexualidad desde siempre, desde que estaba en la carrera, hay muchos procesos que ya tengo trabajados, y aun así fue una experiencia muy fuerte para mí. Ahora pensar en una persona que jamás ha tenido un proceso de reflexión en cuanto al cuerpo, la sexualidad, las normas, la cultura. Si para mí fue fuerte, pensar en una persona que no, no me imagino (Fabiola, narrativa oral).*

#### **4.4.3 Usar métodos anticonceptivos y buscar el placer**

Esta búsqueda de información, servicios o insumos, en algunos casos estuvo vinculada con el inicio de su actividad sexual, en la cual ellas nuevamente dieron muestra de transgresión al mandato de no mostrar deseo sexual (Vance, 1989), buscando y usando métodos anticonceptivos, previniendo un embarazo o una infección de transmisión sexual desde su primera relación, en especial cuando los varones no se sentían responsables de su salud sexual ni reproductiva. Sin embargo, esta búsqueda de información y acceso de métodos anticonceptivos también pudo ser muestra del impacto del discurso sobre planificación familiar.

*Yo leía todo del tema de sexualidad, cuando empecé a tener relaciones sexuales, yo compré los condones cuando había decidido que sí, yo sabía que hacer, tenía mucho miedo no tanto de un embarazo sino de una infección, sí trataba de cuidarme, tenía la información y hacia lo necesario para protegerme, aunque la otra persona, no había pensado en eso (Rosa, narrativa oral).*

Llama la atención también que algunas participantes dentro de sus narraciones, hablaron del ejercicio de su sexualidad y del placer como elementos importantes con los que incluso iniciaron el recuento de su experiencia en la narrativa escrita, a diferencia de otras investigaciones (Amuchástegui, 1996) en donde las mujeres refirieron al acto sexual para explicar la situación que provocó el embarazo sin mencionar al placer. Posiblemente la narración escrita o que en algunos casos la entrevistadora era alguien conocido contribuyó a una mayor confianza.

*Dos factores subjetivos muy importantes, el primero tiene que ver con el disfrute de mi sexualidad y del sexo como tal, desde muy pequeña identifiqué lo grato que era tocarme y tocar otros cuerpos (María, narrativa escrita).*

*Hasta entonces había sido muy tímida con los hombres, aunque ya había tenido parejas y relaciones sexuales con mis compañeros sentimentales. Pero en aquel año (después de terminar su relación de noviazgo) decidí olvidarme de todos esos romances y vivir todo el erotismo de mi cuerpo. Tuve varias experiencias, algunas muy buenas, otras casi las olvido, pero la última de esa etapa es la que marca el inicio de este relato (Quetzalli, narrativa escrita).*

*Por ejemplo, cuando empecé a tener aventuras, jamás me enamoré, no me enamore, fue placer, puro placer, también comprendí que buscaba refugio, como un apego, porque me faltaba eso ¿no? (Jimena, narrativa oral).*

Sin embargo, para otras participantes el tema del placer estuvo ausente a lo largo de sus narraciones escritas y en las entrevistas.



#### **4.4.4 Ruptura religiosa**

Una ruptura que se unió a las transgresiones antes mencionadas es la religiosa, si bien la mayoría de las participantes creció dentro de familias católicas, algunas señalaron un rompimiento con la religión o con las instituciones religiosas de forma previa al embarazo derivado de su formación escolar que les abrió nuevos horizontes, al disentir en el deber ser y/o al ser excluidas de su comunidad religiosa por romper con alguna de sus normativas. Estas rupturas contribuyeron a generar disputas de sentidos sobre la sexualidad, la maternidad y el deber ser de las mujeres antes o después de la interrupción.

*Es un espacio (la religión cristiana) que te enseña a ser como mucho de mirar al otro, a ser muy generoso y muy solidario con los otros, y creo que la parte que me alejo mucho, es esto el deber ser, esto que yo planteaba en mi narración, como solo una única forma de vivir, eso me conflictuó mucho cuando yo empiezo a estudiar, porque cuando yo empiezo a abrirme al mundo, pues te das cuenta que hay más de una forma de hacer las cosas (Healy, , narrativa oral).*

*Yo me consideraba bien católica antes de juntarme, yo me sentía súper católica, yo decía el aborto es pecado, vivir en concubinato es pecado, todo es pecado y cuando yo acepto vivir en pareja, nunca me casé, ...me acuerdo que el padre me empezó a confesar, le doy el dato de que no estoy casada, entonces me dice “ni siquiera te puedo estar confesando” ...“porque no estas casada y eres la prostituta del pueblo”.... Yo ahí fue cuando desperté. (Violeta, narrativa oral).*

*En la secundaria, ya empezaba yo con mis dudas, de cuestionar a mis papás, de ¿por qué pasa esto? ¿por qué dicen esto?, ¿por qué la iglesia dice tal cosa, cuando realmente hacen otra, dónde está esa coherencia?, no son coherentes con lo que hacen y con lo que dicen (Angie, narrativa oral).*

#### **4.4.5 Ruptura con la violencia en la relación de pareja**

Otra ruptura que algunas de las participantes narraron es el reconocimiento de la violencia de que vivieron tiempo antes del embarazo, lo que en algunos casos las llevó a terminar con esas parejas, a replantearse sus concepciones de amor, vida en pareja, maternidad y sexualidad, así como evitar relaciones de noviazgo estables.

*El primer novio que tuve, era un hombre que era violento. Entonces a partir de ahí me quedé pensando en que esto del machismo realmente tiene una carga cultural muy fuerte. El hecho de que tú seas universitario, que seas una persona que te digas culta, que te digas abierta de mente, crítico social, no te quita la introyección de las cargas de género y que va implícito el machismo. (Quetzalli, narrativa oral).*

*Definitivamente no era el hombre para mí, muy machista, con mucha violencia en todos los sentidos, pero yo como que fue mi primer amor, mi primera relación sexual, mi primer todo... (Andy, narrativa oral).*

*Tenía mucho mi idea de una familia con él, por tanto tiempo ¿no?, romper todo eso también me hizo mucho cuestionarme si yo quería ser mamá, si yo me quería casar, tú sabes, viene un proceso de mucha introspección, de qué estamos haciendo, si lo que estaba haciendo era por seguir un tema social y todo lo que hace mi hermana...y yo darme cuenta que posiblemente no iba a seguir con esas reglas. (Andy, narrativa oral).*

Además, estos rompimientos de pareja fueron muestra de su agencia y del inicio de procesos de conciencia de género y empoderamiento, ya que ellas se priorizaron su bienestar y a sí mismas, marcando su rumbo de vida de acuerdo a lo que ellas decidieron y no en consonancia con las normas sociales.

#### **4.4.6 Cuestionar la maternidad**

Esta agencia y posicionamiento crítico que mostraron varias participante, también se evidenció en sus cuestionamientos sobre su propia maternidad, que posiblemente surgieron desde la experiencia del cuidado o de la reflexión personal a partir de la experiencia de otras mujeres, como es el caso de Healy, quién criticó la idealización de la maternidad, una narrativa hegemónica que impide expresar que ésta no siempre es motivo de felicidad y poner en el debate público las implicaciones del cuidado en un contexto de precarización. Este silencio sobre los costos y desventajas de la maternidad, y de la sexualidad sin fines reproductivos, aunado a la creencia de que existe un instinto materno, pilar en el mito mujer= madre, funcionaron como un mecanismo poderoso o una tecnología de género (De Lauretis, 1989) para obligar a las mujeres a ser madres y hacerlas sentir mal cuando ellas no lo deseaban (Fernández, 1993).

*Lo que yo entiendo como instinto maternal, es esta historia bonita que todo mundo se cuenta, de “los niños son muy bonitos, y todo es padrísimo”, y cuando ellas me empiezan a contar “y no duermes, y te angustias, y no sabes qué va a pasar, y la relación de pareja cambia muchísimo”, yo digo “ahh”, es cuando yo empiezo a decir “ahh, no está en mi cabeza, no tengo un defecto en las emociones, sí pasa” (Healy, narrativa oral).*

María y Angie se plantearon no tener hijos en su juventud o adolescencia; en el caso de Angie su negativa a la maternidad probablemente estaba influida por el embarazo adolescente de su hermana y el cuidado hacia su hermano y sobrinos, aunque esto cambió con los años, al realizar la entrevista, embarazarse estaba en sus planes a corto o mediano plazo.

*Desde la secundaria, yo creo, yo decía que yo no quería ser mamá, pues no, yo no le encontraba un objetivo a ser mamá, para mí no era algo como que yo quisiera, que yo deseara, entonces yo decía si llegará a pasar algo, yo voy abortar, a interrumpir el embarazo. (Angie, narrativa oral).*

*Yo era de no voy a tener hijos, no voy a tener hijos, yo quiero vivir la vida, entonces mi papá ya se había hecho a la idea. (María, narrativa oral)*

Para otras participantes, ser madres era un panorama poco claro en sus vidas antes de la interrupción. Esto coincide con los hallazgos de Sorhaindo et al (2014) quienes señalaron que las mujeres entrevistadas más jóvenes comentaron que la maternidad no es percibida para ellas y sus contemporáneas como un evento deseable porque no les permitiría desarrollarse; así como con los hallazgos de López y Carril (2010) sobre las diferentes significaciones de la maternidad en mujeres con distintos niveles educativos. Cabe recordar que la mayor parte de las mujeres al momento de participar en esta investigación, tenían como grado mínimo de estudios la licenciatura terminada.

*A mí se dificulta mucho verme, incluso antes de embarazarme, te estoy hablando de las dos (interrupciones), verme con hijos, o sea más adelante, se me dificulta, no me veo abrazando, a lo mejor sí no, más adelante quién sabe, en este momento no me veo con hijos, a los 25 años hace un año no me veía, ¿no? no me veo (Jimena, narrativa oral).*

Sin duda la experiencia del cuidado de menores, contribuyó a romper la idealización de la maternidad. Andrea cuidaba al hijo de su pareja antes y durante el proceso de interrupción, por ello tiene una visión realista de las implicaciones y responsabilidades que la crianza de un hijo/a trae a la vida de mujeres, para las que consideró no estar lista.

Frente a un discurso a favor de la “vida” posicionado por los grupos neoconservadores, que no considera las condiciones económicas y éticas necesarias para una vida digna para las y los niños, algunas participantes como Andrea hicieron una seria reflexión sobre el concepto de vida, haciendo viable pensar en la interrupción como una alternativa frente un embarazo no esperado incluso antes de esta experiencia.

*Insisto es una vida, no es una cosa, es una vida, es una responsabilidad de cariño, de cuidado, incluso económica. Pues sí, ¿por qué no vas a considerarlo dentro de tus opciones? Para mí siempre fue muy claro, que el aborto no era de “todas tienen que abortar”, sino que tú pudieras tener esa opción (Andrea, narrativa oral).*

*Yo pensaba que era algo que yo tenía que desear mucho y planearlo para que se diera para que yo pudiera, no así como un accidente, porque me pasó eso, ya tengo que ser mamá obligatoria. (Paulina, narrativa oral)*

Entre estas rupturas, tensiones y transgresiones se encontraban las participantes, disputando los sentidos sobre la maternidad, la sexualidad, la construcción de género, y como mencioné anteriormente si las mujeres son consideradas personas titulares de derechos o incubadoras.

En el próximo capítulo, expongo la forma en que las participantes se enfrentaron a la sospecha y confirmación de un embarazo y tomaron la alternativa de la interrupción, con esta disputa de sentidos presente.

## ***CAPÍTULO 5. PROCESO DECISORIO: DE SABERSE EMBARAZADAS A OPTAR POR UNA ALTERNATIVA.***

Este capítulo parte de una crítica a mirar la decisión de interrumpir un embarazo como un proceso cognitivo individual, donde una mujer utiliza procesos intelectuales en la selección de una opción lógica entre varias opciones (Harvey- Knowles, 2012 en Chiweshe et al., 2017), la cual se piensa e inmediatamente se realiza en forma desconectada del itinerario abortivo (Silva, 2014). Rostagnol (2016) afirma que la decisión de abortar no puede ser resultado simple del razonamiento “ya que implica una encrucijada ética” (p. 120), además de que se experimentan un cúmulo de emociones y sentimientos.

Tomando esto en consideración, en esta investigación se entiende la decisión de interrumpir un embarazo “como un proceso influenciado por el contexto sociocultural, compuesto por distintos momentos no sucesivos interrelacionados entre sí: la sospecha y confirmación del embarazo, la reflexión sobre las alternativas, y las estrategias implementadas para viabilizar la decisión y realizar la interrupción” (Silva, 2014, p.65). De forma similar a esta visión, Rostagnol (2016) le llama a este proceso “construcción de la decisión” y señala que no hay fórmulas mágicas en cuanto a las razones que llevan a la decisión de abortar, aunque si se presentan varios motivos, es más firme la decisión.

La construcción de la decisión sobre la interrupción del embarazo puede ser un ir y venir, es contingente, no es estática, pueden surgir dudas en cualquier momento o incluso cambios de decisión, en especial si se enfrentan distintos obstáculos para acceder al aborto; si no hay condiciones para realizarlo de forma segura y/o si existe un contexto legal y/o social de penalización (Silva, 2014; Rostagnol, 2016). Por ello, no hay una separación entre el proceso decisorio y el itinerario abortivo en un contexto de ilegalidad y, agregaría, tampoco en un contexto de legalidad (Silva, 2014).

En el contexto actual mexicano, donde coexiste la penalización social y la despenalización legal, el proceso decisorio y el de acceso al aborto están imbricados; sin embargo, en términos analíticos, dada la importancia que estos dos procesos tienen y a que constituyen dos etapas del itinerario abortivo, desarrollé cada uno en un capítulo separado.

En esta investigación, que tiene como base teórica la metodología y la epistemología feminista, es importante no sobresimplificar tratando de buscar causas únicas; por ello, proponemos mirar las múltiples situaciones en las que se encuentran las mujeres, así como las dificultades, dudas y tensiones en la toma de decisiones, y las múltiples decisiones, no menores, que algunas toman alrededor de la interrupción, como es la elección del tipo de procedimiento. También es importante observar la relevancia particular que toman en este caso las relaciones sociales y las dinámicas de poder, facilitando o entorpeciendo la decisión y la búsqueda de alternativas seguras para interrumpir el embarazo, lo cual es un tema poco estudiado de acuerdo con algunos estudios (Chiweshe, Mavuso y Macleod, 2017).

La importancia del conocimiento situado, aspecto central de la epistemología feminista, se ilustra con lo señalado por Rostagnol (2016): “Es imprescindible situar ese embarazo no esperado en la circunstancia concreta de vida de esa mujer que la lleva o le permite tomar la decisión de abortar” (p.120). Por ello, también es importante situar las creencias, opiniones y actitudes de las mujeres que interrumpen ya que “no existen universales con relación a la maternidad, ni al embarazo ni al aborto” (Rostagnol, 2016, p.120).

Este capítulo se divide en cinco apartados, el primero se enfoca en la forma de nombrar la situación de embarazo- aborto, en el segundo se analizan las emociones en su mayoría provocadas por los discursos conservadores, en el tercero se identifican los elementos que constituyen la decisión de la interrupción del embarazo incluyendo el camino sinuoso y las dudas en el proceso decisorio y en el cuarto, los aspectos clave que facilitaron el proceso decisorio y en el último la decisión del tipo de procedimiento.

### **5.1 LA FORMA DE NOMBRAR LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO-ABORTO.**

Desde un punto de vista narrativo, es importante la forma en que las mujeres nombran, tanto al proceso de embarazo-aborto por el que atraviesan, como su relación con este proceso (deseo, planeación, etc.). Sin embargo, también reviso en este apartado las diferentes formas en que en la literatura especializada se hace referencia a éstos.

Rostagnol (2016) señala que prefiere referirse a embarazo no esperado, ya que es un término más neutral y aclara que un embarazo no esperado “es independiente de que la mujer lleve a cabo ciertas prácticas anticonceptivas o no” (p. 82). También utiliza el término embarazo no viable retomando a Sanseviero (2003), ya que “la categoría se construye a partir de la decisión de la mujer y no por la manera en que se produce el embarazo” (p. 82). Estos términos dan cuenta también de lo dinámico del proceso decisorio ya que un embarazo no esperado, se puede convertir en deseado o no deseado.

En los siguientes párrafos me detengo a revisar las distintas formas en que las participantes nombraron sus embarazos, ya que es parte importante de los significados de esta experiencia en sus vidas.

En este tránsito entre saberse embarazada y buscar alternativas para abortar, Angie nombró esta situación como una “crisis” y como una “situación de vulnerabilidad”, mientras que Paulina lo señaló como “problema”.

*Si de por sí estás pasando por una crisis, estás en una situación de vulnerabilidad (Angie, narrativa oral).*

*Yo solo pensaba en mis papás y en todo lo que ellos hacían por mí para que yo siguiera estudiando, no quería decirles nada solo quería salir de ese problema (Paulina, narrativa escrita).*

Sin embargo, esta conceptualización de la situación embarazo/aborto como “una crisis”, como lo definió Angie, pudo coexistir con otras ideas que referían el aborto como “*es un proceso sencillo*”, tal vez esta diferencia en la forma de nombrar se debió a que en la cita antes mostrada hizo referencia a un momento específico y en la que se muestra a continuación, hizo una evaluación integral y a la distancia, racionalizando la experiencia:

*Es un proceso sencillo, más que nada tienes que tomar, decidirte, si sí por qué y si no por qué .... para mí en lo personal no fue difícil, fue una situación sencilla. (Angie, narrativa oral).*

Para Fabiola, el término aborto era más familiar que el de interrupción del embarazo, mientras que Angie vinculó estos conceptos a los procedimientos para abortar, mostrando tal vez que la terminología legal<sup>24</sup> que se utilizó de forma estratégica para la despenalización ha permeado, aunque de forma confusa en las mujeres.

*...porque es diferente el aborto a la interrupción legal del embarazo. El aborto es ya cuando utilizan la succión, utilizan estos métodos, las herramientas quirúrgicas y la interrupción es a través del medicamento cuando el feto no tiene tanto tiempo de desarrollarse (Angie, narrativa oral).*

## **5.2. EMOCIONES Y SUBJETIVIDAD EN EL PROCESO DECISORIO.**

Amuchástegui (2012) señala que el aborto “es un evento corporal en sus dimensiones biológica, psicológica y política. Como en todo proceso corporal no es posible hacer una división precisa entre lo biológico y lo social” (p.368).

Por lo que, la intención de este apartado, es visibilizar los procesos subjetivos y en particular las emociones que atravesaron las participantes a lo largo del proceso decisorio. En esta etapa “cada mujer vive un conjunto de emociones y sentimientos que prevalecen a cualquier racionalidad” (Rostagnol, 2016, p. 120).

Retomamos el análisis que Sara Ahmed (2015) y Wetherell (2012) han hecho sobre las emociones considerándolas prácticas afectivas, situadas, intencionales, performativas y relacionales, no solo “estados psicológicos sino prácticas culturales y sociales” (p. 32), que se mueven entre los cuerpos. Sin perder de vista que el dolor, el miedo, la vergüenza, la culpa y el silencio son anclajes emocionales al servicio de las normas de la sexualidad y de la maternidad obligatoria.

---

<sup>24</sup> A partir de la modificación del artículo 144 del Código Penal del Distrito Federal, el embarazo en términos legales quedo establecido como *la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio*, y el aborto como *la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación*.

### **5.2.1 Me sentía traicionada por mi cuerpo: Las emociones ante la sospecha del embarazo.**

Sin duda el proceso decisorio también está lleno de relatos que aluden a emociones producidas por un evento inesperado que rompió con la cotidianeidad de las mujeres. La manifestación del no deseo de la maternidad, del hijo/a o del embarazo apareció entrelazada con las sospechas del embarazo, como iré mostrando a lo largo de este apartado.

La mayoría de las participantes aludieron a los diferentes síntomas del embarazo o la ausencia de la menstruación como alerta sobre un posible embarazo y, en coincidencia con Silva (2014), que también entrevistó a mujeres con alta escolaridad, confirmaron el embarazo en un tiempo breve, a excepción de Fabiola que, en su narrativa escrita, refirió sentirse “traicionada por su cuerpo” ya que no identificó el embarazo hasta dos meses después y pensó que tenía un tiempo de gestación menor, lo cual relató enfatizando en sus emociones:

*Dos meses de mi vida viví sin saber que estaba embarazada, sí había menstruado, me había bajado mi menstruación normal, de eso estoy segura; sobre los otros síntomas, no puedo creer que los confundí con el estrés, qué cliché, pero así fue.... Volví a casa llorando sin parar, la noticia de los dos meses me había impactado. No podía creer que no lo había notado, me sentía traicionada por mi cuerpo. (Fabiola, narrativa escrita).*

La relación con su cuerpo como ente separado de ella misma se hizo presente, ya que, aunque ella siempre estaba al pendiente, en esta ocasión su cuerpo no le avisó. Esto coincide con lo señalado por Amuchástegui (2012) que señala “que la preñez se vive como un accidente, como si el cuerpo se impusiera al sujeto” (p. 376).

También la negación es un mecanismo, documentado en otras investigaciones como en la de Rostagnol (2016), que pudo activarse ante un embarazo que no se quería, aunque los síntomas hicieron evidente y presente la situación, como fue el caso de Paulina.

*En ese momento, yo solo quería que no me estuviera pasando eso, que todo era producto de imaginación, que no pasaba eso, pero entre más días pasaban pues sí me sentía yo más mal. Y pues la única opción era que no quería yo eso, que no era algo que yo deseaba en ese momento (Paulina, narrativa oral).*

*Pero yo decía “mañana me va a bajar, yo sé que sí, mañana”, pasaron 8 días y hasta que dije “ya me tengo que hacer una prueba”. Ya estaba yo angustiada, decía no puede ser. Pero yo en mi vida, había comprado una prueba, nunca me había sentido cerca de la línea. Cuando decido ir por la prueba, ...ese momento lo recuerdo en el limbo, ...perdí mi cartera con todas mis identificaciones. (Fabiola, narrativa oral).*

El relato anterior da cuenta de la dificultad de enfrentar el embarazo y de la forma en que éste era una posibilidad presente en la vida de algunas mujeres cada mes, cuando Fabiola dijo “nunca me había sentido cerca de la línea”.

Al darse cuenta que perdió sus identificaciones, entró en un momento de crisis ya que esto pudo ser un obstáculo para acceder al aborto: *“el miedo más cabrón que tuve fue no voy a poder hacerme la interrupción, eso me dio pavor”* (Fabiola, narrativa escrita).

La sospecha del embarazo generó ansiedad a las participantes, como en el caso de Andrea, quien dudó sobre su capacidad para tomar una decisión; tal vez la palabra “atrever” nos deja ver que el aborto sigue siendo significado como una transgresión, un atrevimiento; aunque ella esté a favor del derecho a decidir, su narrativa denotó también una distancia entre su posicionamiento político y su posibilidad decisoria.

*No quería estar embarazada, era mucha ansiedad de pensar que sí lo iba a estar. De saber que, si lo estaba iba a tener que tomar una decisión e incluso si iba a ser capaz de tomarla, porque insisto que estás a favor, no quiere decir que lo vayas a hacer, y mi ansiedad era ¿me voy a atrever a hacerlo o no? (Andrea, narrativa oral).*

Desde las sospechas se generó en algunos casos un proceso de análisis y diálogo interno sobre las alternativas frente un embarazo no esperado, dando muestras de una tensión entre el mandato de la maternidad y sus planes de vida, ideas de familia y deseos.

*Pues básicamente por eso, por lo que iba a hacer, si estaba segura de hacerlo, si de verdad quería hacerlo.... Y aparte lo otro, que me cuestionaba que si quería o no quería, que si quería pero no podía, no quería, como todo eso (Karla, narrativa oral).*

*Y en todo caso ¿por qué lo estoy haciendo, ¿no se están cumpliendo las condiciones?, ¿cuál es la verdadera motivación de mi decisión? ¿Voy a tener un hijo porque quiero tener un hijo? ¿o es porque se supone que es lo que me corresponde estar haciendo en ese momento? ¿o no lo voy a tener porque no me parece sostenible en este momento? ¿O es porque en ese momento ya tenía más amistades feministas? ¿o es porque estoy influenciada porque muchas de mis amistades no están casadas, no tienen hijos y tienen otro estilo de vida que yo quiero? De cualquier de los lados, no quería ser el borrego que solamente hiciera las cosas porque es lo que se estuviera esperando, quería que fuera una decisión pensada. (Andrea, narrativa oral).*

Andrea enumeró todos los cuestionamientos hacia sí misma para asegurar su agencia y decisión autónoma al decir *“no quería ser el borrego”*, en un intento de resistir a los mandatos sociales. Dejó ver un cúmulo de tensiones, pero tal vez son más los elementos que pesaron para no ejercer la maternidad en ese momento ya que no existían las condiciones necesarias para ella y tuvo otros referentes de mujeres que no tenían hijos. Rostagnol (2016) señala que estos diálogos internos son más intensos antes de compartir la noticia con otras personas lo cual deriva de sus hallazgos, al observar que las mujeres que ella entrevistó refirieron necesitar más tiempo para sí mismas.



Hubo otros casos como el de María, en el que el embarazo no fue del todo una sorpresa, ya que hizo referencia a que no llevaba a cabo prácticas anticonceptivas y que en otras ocasiones ya había tenido “falsas alarmas”, a pesar de lo cual no lo esperaba. Estos casos ejemplifican que “la revolución sexual” no se ha corporeizado en todos los casos o de forma total en un contexto donde las mujeres siguen disputando el control de sus cuerpos. La distancia entre el no deseo de un embarazo, el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos se mantiene porque se cruzan significados del cuerpo, la moral y el poder en las relaciones erótico/afectivas (Rostagnol, 2016).

La sospecha del embarazo, en algunos casos, dio lugar a cierta fantasía; Karla imaginó darles la noticia de su embarazo a sus papás, pero el miedo apareció al mismo tiempo que la intuición de que esta vez sí podría estar embarazada.

*A veces en casa imaginaba mientras mi familia estaba comiendo, decirles que estaba embarazada, era algo raro, aún no me hacía el examen y yo fantaseaba con decirles, algo en mi interior me decía que esta vez podía ser muy real. El miedo comenzaba a invadirme, ¿qué hacer? Si esto resultaba positivo, ¿qué decirles a mis papas? ¿Cómo lo tomarían? Pfff! ¿Qué pasaría? (Karla, narrativa escrita).*

Healy y Quetzalli también hablaron de sus fantasías y de no haber sentido un rechazo inmediato por el embarazo; sin embargo, confirmarlo las confrontó con la dura realidad, entonces el shock, la tristeza, la preocupación y el no deseo de ser madre aparecieron en sus narrativas. Healy dio cuenta de un cambio de ideas sobre una próxima maternidad en minutos al enterarse al mismo tiempo que fue aceptada para un viaje de intercambio escolar.

*Corría el mes de febrero de 2014 ¡las fechas son tan claras! Llevaba días sintiéndome extraña, me dolían los senos a tal grado que no consentía ni el más mínimo roce, bromeaba con estar embarazada, y hasta cierto punto podría decir que me entusiasmaba la idea. (Healy, narrativa escrita).*

*En la bandeja de entrada estaba la invitación de parte de la maestría a un viaje a Estados Unidos, sentí tanta emoción, era como un “ya me vi”... Sin embargo, mi emoción duró pocos minutos, () al leer el resultado era POSITIVO, me quedé en shock, sorprendida, desconcertada, se me borró la sonrisa, mis ojos se llenaron de lágrimas, y esas no eran de alegría..., veía escapar mi historia que pocos minutos antes había construido; creo que desde ese momento supe que no quería ser madre, en lo profundo sabía que en mis prioridades deseaba ser profesionista. (Healy, narrativa escrita).*

Quetzalli siente cierta felicidad de saber que no era estéril, pero supo también que no deseaba la maternidad y que un embarazo representaba un conflicto porque no tenía recursos económicos para interrumpir su embarazo.

*Sí sentí como hasta bonito pero el hecho de que sintiera bonito, no me hizo desistir de mi decisión, sí dije “que curioso, que maravilloso, que sí puedo embarazarme, pero en este momento yo no quiero ser mamá” (Quetzalli, narrativa oral).*

Rivas y Amuchástegui (1996) concluyeron que el embarazo y el hijo/a tienen significados diferentes, es decir se puede desear el embarazo o generar cierta satisfacción ya que se prueba que es posible cumplir una expectativa de fertilidad y una identidad social pero no se desea al hijo. Amuchástegui (2012) señala que “es la maternidad como potencial y no como realidad lo que produce este regocijo” (p. 374).

### **5.2.2. La confirmación y el no deseo de la maternidad**

Al confirmar que están embarazadas, las narraciones de la mayoría de las participantes estaban llenas de expresiones que denotaron emociones y sensaciones: escalofrío, shock, frustración, ansiedad, desesperación, angustia, llanto, coincidiendo con las investigaciones de Santos y Brito (2014), López y Carril (2010), Rostagnol (2016), Chaneton y Vacarezza (2011), y Silva (2014). También se presentan metáforas y expresiones como “*me sentí como en un mar*”, “*se sentía como una pesadilla*”, “*me quedé fría*”, que tal vez dieron cuenta de la dificultad de explicar tantas emociones y pensamientos al mismo tiempo, de un estado que no se deseaba y que rompió su cotidianeidad. Al respecto Rostagnol señala que “la mujer pierde el control sobre su cuerpo y su vida y aparece muy fuertemente el deseo de volver a la normalidad, asimilada a no embarazo” (p.119) mientras que Chaneton y Vacarezza (2011) señalan que “lo que sucede se percibe como una amenaza para la continuidad de la propia existencia como un todo” (p.24)

*Cuando abrí el sobre positivo, en ese momento yo sentí, él [su pareja] lo vio no tuve que decirle; sentí un escalofrío, horrible, me vino todo, no había sentido esa sensación, es como que me pasaron muchas cosas, a nivel, me sentí como en un mar en donde me estaban presentando todo pues, todo lo que era mi vida”. (Jimena, narrativa oral).*

*Pues fue frustración, frustración de no querer, de no, yo no lo planeé, yo no sentía que estaba preparada. Entonces fue esa frustración.... Ahorita son otras ideas, creo otras cosas, pero creo que tiene mucho que ver el no desearlo, no planearlo, para mí si fue importante el no desearlo, no era algo que yo quisiera en ese momento. (Angie, narrativa oral).*

*Fueron muchos sentimientos al mismo tiempo: angustia, ansiedad, miedo, desesperación. (Andrea, narrativa oral).*

La imposibilidad de compartir con sus familias la información sobre su embarazo y su deseo de interrumpirlo les generó tristeza, miedo, ansiedad, soledad o angustia, ya sea porque no quieren decepcionarlos o buscaron proteger su decisión.

*No le quise decir a nadie de mi familia por miedo a que se sintieran decepcionados de mí, de que no entendieran mis razones y no me apoyaran, así que, salvo mi amiga, nadie más lo supo (Andrea, narrativa escrita).*

*Obviamente también me angustiaba... que se fueran a enterar en mi casa que yo estaba embarazada y entonces eso fuera a impedir que yo llevara a cabo mi plan de interrumpir el embarazo. (Andrea, narrativa oral).*

Incluso al evocar este momento en la entrevista, una de las participantes (Paulina) comenzó a llorar al recordar este momento difícil en el que se mezcló la dificultad de hablar de la situación de embarazo en el contexto familiar, sentirse sola y no tener alternativas claras frente a este “problema”.

*Te pasa por tu mente tu vida, vas viendo tu situación, cómo le puedes decir a tu familia, o qué tienes que hacer, yo no sabía qué hacer, estaba yo sola, yo me sentía sola, porque no se lo dije a mi pareja actual y no podía, no tenía yo las palabras para yo decírselo a mi hermana, decírselo en su momento. Es una situación horrible... (Paulina, narrativa oral).*

Por el contrario, para que el embarazo continúe, pareciera que un requisito entre otros, fue sentirse emocionada. Andy contrastó su experiencia y emociones con los de su hermana quien también se había embarazado de manera inesperada. Esta “emoción” a la que se hace referencia, es tal vez el reflejo del deseo, que constituye un criterio para algunas definiciones sobre el comienzo de la vida de acuerdo a Rostagnol (2016).

*Cuando me llama a mí y me dice estoy embarazada...yo todavía le dije, me acuerdo que le dije “¿estás segura que lo quieres tener?”, y me dijo “yo sé que van a ser unas por otras, pero claro que estoy convencida de tenerlo”, cuando yo la vi tan emocionada de su bebé y después me vi a mí, por eso decidí abortar, porque no tenía lógica esas dos cosas que pasaron en ese año (Andy, narrativa oral).*

*Yo no veía, si llegué a sentir, de dónde les sale la emoción por saber que están embarazadas y que de repente, yo no sé si la gente se cuenta las historias así, “ya te embarazaste, que bendición”, ¿cómo sienten eso? (Healy, narrativa oral).*

### **5.2.3 Culpa y vergüenza: la responsabilidad por el embarazo**

Al enterarse de su embarazo algunas participantes se sintieron responsables por el embarazo porque consideraron que tenían la información necesaria para prevenirlo; Andy, al trabajar en el ramo de salud, lo expresó con la metáfora *ser cocinera y se te queman los huevos*. También vino a cuenta un discurso que sanciona el embarazo no esperado, ya que quienes lo difunden suponen que existen los métodos anticonceptivos para impedirlo y que no hay obstáculos (de todo tipo) para acceder a ellos o violencia como en el caso de Andy, sin problematizar que el uso va más allá de la información y la accesibilidad como señaló Rostagnol (2016).

*Pues al principio me sentía la persona más estúpida del mundo, cómo yo, que sé lo que pasa, entiendo muchísimo más que otras personas, yo estaba mucho más en contacto...Digo cómo por descuidada, porque la verdad fue un descuido mío, fue una invasión de él, pero fue un descuido mío, por tener una relación sexual sin condón para empezar, me sentía super tonta, cómo puedes ser cocinera y se te queman los huevos (Andy, narrativa oral).*

Las mujeres fueron las principales responsables de evitar un embarazo o “cuidarse”, ellas no abordaron el papel de los varones en la prevención del embarazo, pero sí se autonombraron “tontas” o se sintieron traicionadas por ellas mismas.

*Te acuerdas que en aquel momento tu vida la sentiste de lo peor y te sentiste traicionada por ti misma, claro que en aquel momento no te diste cuenta del todo como lo ves ahora, te acuerdas que te recriminaste de lo que te había pasado y sentiste como un balde de agua fría, en donde comprendiste que no te estabas cuidando. (Jimena, narrativa escrita).*

*Lo que sentí en ese momento fue como un poco de reflexión, pues es que no estás, no estás teniendo una vida sexual sana y plena porque pues si fuera sana y plena no estaría pasando esto. (María, narrativa oral).*

Jimena y María iniciaron una reflexión sobre el ejercicio su vida sexual que generó cambios en sus prácticas anticonceptivas de forma posterior a la interrupción. Mientras que Healy además de sentir vergüenza por su “irresponsabilidad” confrontó sus propios estereotipos con la realidad.

*Yo esperaba que en aquel lugar hubiera chicos adolescentes, sentía vergüenza por ser tan poco responsable con el ejercicio de mi vida sexual, pero me encontré con mujeres adultas, incluso mayores que yo, chicas jóvenes, pero no adolescentes...me di cuenta que no era un tema de irresponsabilidad adolescente (Healy, narrativa oral).*

El juicio que ellas hicieron de sí mismas en términos de irresponsabilidad, pensaron que se replicaría por parte de sus familias y se asoció con el miedo a fallar y con la socialización del mandato de la maternidad.

*También tus papás tampoco lo entenderían, me apoyarían si lo hubiera tenido, igual y también si no lo hubiera tenido, pero sientes más crítica, más juicio, como que no te cuidaste, que tonta, no sé (Andy, narrativa oral).*

*Yo no sabía cómo iba a reaccionar él (su hermano), si me iba a decir “no, eres una tarada, para qué te embarazas” (Quetzalli, narrativa oral).*

Santos y Brito (2014) identificaron que todas las mujeres entrevistadas en su investigación se sintieron culpables porque se percibían responsables de haberse embarazado ya que no estaban usando anticonceptivos hormonales o por arriesgarse en una relación sexual

sin protección. Rostagnol (2016) señala que hay un discurso en el que la maternidad forzada es vista como un castigo o un acto responsable por esta “conducta sexual irresponsable o inadecuada”.

#### **5.2.4. Los miedos y el discurso patriarcal religioso**

Relacionado con las barreras simbólicas, narradas en el capítulo anterior varias de las participantes refirieron diferentes tipos de miedos, ligados a las tres formas del discurso patriarcal religioso identificadas en el capítulo anterior que vuelven a escena: 1) imágenes y discursos sobre el aborto como causa de muerte; 2) imágenes fetales manipuladas y 3) imágenes y discursos que asociaron el aborto como trauma.

En coincidencia Rostagnol (2016) señala que “miedo” era la palabra más mencionada por sus entrevistadas. Los miedos que ella identificó en un contexto restrictivo son los mismos que identifique en esta investigación: miedo a no realizarse a tiempo el aborto, a lo desconocido, a sentir dolor, a lesiones o esterilidad, a excepción del miedo a la denuncia o la policía que no fue identificado en esta investigación pero que sí podría estar presente en el contexto mexicano. “El miedo es la compañía de todas las horas y todos los días hasta que el proceso del aborto está definitivamente concluido” (Rostagnol, 2016).

*Pues yo tenía así en mi cabeza: “qué tal si me muero, qué tal que si me desangro”; en mi cabeza se venían todas estas representaciones negativas del aborto. (Quetzalli, narrativa oral).*

*Yo creo que también por eso, yo tenía miedo cuando pensé en abortar. Entonces cuando me tocó a mí vivir la experiencia, cuando me pensé a mi abortando, pues me dio miedo, no sé, no pensaba directo en Silvia Pinal y su caso, pero al final sí me daba miedo, sí decía “chin que tal si yo también me desangro, qué tal que me perforen”. (Quetzalli, narrativa oral).*

En la narrativa de Quetzalli, fue claro el vínculo entre las imágenes del aborto inseguro, observadas en un capítulo de *Mujer, casos de la vida real*, y el miedo a morir o a desangrarse, que fue mencionado de forma reiterada por otras participantes. Ella vivía en el Estado de México y estudiaba en la Ciudad de México y, aunque refirió haber escuchado sobre la despenalización al igual que la mayoría de las participantes, no tenía información sobre la existencia de procedimientos seguros para la interrupción del embarazo que contrarrestara esta narrativa hegemónica del aborto que ella vio y escuchó desde niña y que detallé en el capítulo anterior.

*Sí me hacía conflicto, aunque sí me sentía decidida, pero iba implícito esta idea del miedo “qué me van a hacer, que me van a dar, que me van a meter” (Quetzalli, narrativa escrita).*

El peso del mandato de la maternidad y la presencia de mitos e imágenes de lesiones ligadas a la introducción de instrumental médico y la ausencia de información que

contrarreste estos mitos, se expresó en el miedo de algunas participantes de quedar estériles. Esto coincide con los hallazgos de Flores y Amuchástegui (2012) aunque también identificamos que para algunas participantes como Quetzalli éste era un tema de menor preocupación frente a su situación.

*Mi duda siempre fue, que si hacerme o tomar la decisión de abortar iba a complicar que en un futuro yo tuviera hijos, eso era lo que más me preocupaba y actualmente me preocupa (Andy, narrativa oral).*

*Creo que lo que menos me daba miedo era quedarme estéril, pues hasta ahí decía “pues ya ni modo, pues adopto”, eso no me daba tanto miedo. (Quetzalli, narrativa oral).*

Ligado a este temor de la infertilidad, algunas participantes tuvieron miedo a otras secuelas, por ello, en estos casos, la interrupción con medicamentos hizo pensable la interrupción. En la narrativa de Angie, prevalecieron también algunos discursos médicos sobre la función del útero, que no tienen sustento actual.

*Pues que fuera a resultar dañada mi matriz, digo, independientemente de que tengas o no hijas o hijos, tu matriz tiene una función ¿no? que es regular el temperamento también, eso me preocupaba, que tuviera alguna otra secuela, que se quedaran residuos, que te tuvieran ahora sí que limpiar adecuadamente, más sobretodo que te introducen los aparatos y te llegaran a lastimar otra parte. (Angie, narrativa oral).*

En los días que pasaron entre que confirmaron el embarazo e interrumpieron, también surgió la angustia y miedos sobre el desarrollo fetal provocado por el discurso neoconservador que manipula y tergiversa la información científica.

*Yo procuraba no pensar aunque era inevitable, era como pensar si por ejemplo el bebé ya me escuchaba o no lo que estaba haciendo, procuraba no hacerlo....Entonces a mí me angustiaba, en la noche todo está más tranquilo, estás más consciente de tu cuerpo, entonces creo que me angustiaba poder sentir ese latidito que alguna vez escuche que decían que se sentía, evitaba, me movía para allá, para acá. (Karla, narrativa escrita).*

Estas emociones se exacerbaban el mismo día de la interrupción, Fabiola mencionó tener miedo al dolor y a los escalofríos, efectos secundarios del aborto con medicamentos, que en su caso fue superado en parte por el apoyo de sus amigos y amigas.

*La mañana siguiente desperté con muchos nervios, quería vomitar, náuseas causadas por el embarazo y náuseas causadas por los nervios. Estaba sola con mis pensamientos, muriendo de miedo por el dolor que me esperaba. Poco a poco mis amigas y amigos se fueron manifestando por mensajes y llamadas para saber cómo estaba y me daban palabras de apoyo y fuerza para emprender esta experiencia. (Fabiola, narrativa escrita)*

*Me dio miedo, los escalofríos siempre me dan miedo pues no se pueden controlar. Me calmaba intentando pensar cosas positivas pero cada vez se intensificaban más los síntomas (Fabiola, narrativa escrita).*

Pero ni todos estos miedos juntos fueron efectivos para disuadirlas en su intención de interrumpir.

### **5.2.5. El apremiante tiempo**

Ligado al apartado anterior y al tiempo estipulado por la ley que despenaliza el aborto en la Ciudad de México, para la mayoría de las participantes, el tiempo de embarazo fue un elemento importante que influyó en las emociones ligadas al proceso decisorio y de acceso de aborto que también ha sido contemplado en otras investigaciones (Rostagnol, 2016; Szwarc y Fernández, 2018), aunque ha sido poco abordado.

Las participantes sabían que había un plazo para la interrupción legal del embarazo, pensaron en el desarrollo embrionario o que tendrían que someterse a otro tipo de procedimiento diferente al aborto con medicamentos si pasaban más semanas. Por ello, en la mayoría de los casos identificaron que no podían tardarse mucho tiempo entre tomar la decisión y ejecutarla; el avance de la gestación limitó su autonomía (Szwarc y Fernández, 2018). Esto que Rostagnol (2016) nombró como “la inmediatez” es un elemento más de presión y amenaza para la toma de una decisión generando también angustia. Mientras más pronto se interrumpió el embarazo fue mejor para ellas, como lo señalan Healy y María.

*Pero en ese momento, no sé, fue como ok, sí estás embarazada y hay de dos: lo piensas bien y lo tienes y lo platicas con tu compañero o buscas, pero ya, porque luego el tiempo es el que determina donde hacerlo. (María, narrativa oral).*

*En aquel momento me embargaba la confusión, la duda, el miedo, sentía que el tiempo avanzaba de una forma avasallante, sentía que cada minuto que pasaba era crucial para mi futuro, sentía que mis sueños se hacían pedazos, debía tomar una decisión inmediata (Healy, narrativa escrita).*

También para Fabiola, el tiempo entre la confirmación del embarazo y la toma del misoprostol fue tortura porque sabía que el producto se está desarrollando día con día. Lo apremiante también es terminar de tajo este proceso que involucra a su cuerpo. De acuerdo con Szwarc y Fernández (2018) aparecen dos registros temporales: el macrotiempo, es decir “los tiempos establecidos por los protocolos para el uso de medicamentos y el microtiempo, la vivencia subjetiva, que ralentiza y hace más largo el proceso” (p. 107).

*Y yo te digo, 5 días son tortura. Yo me enteré, en la tarde me hice el análisis, al siguiente día en la mañana me lo dieron, ...yo literalmente sí tenía pensamientos de “me quiero golpear la panza”, esos pensamientos irracionales, ya no crezcas, yo veía en mi imaginación células, yo veía la mórula que nos enseñaron, creciendo y*

*creciendo, (...) Pero para mí era, esto sigue creciendo, y fueron 24 horas. (Fabiola, narrativa oral).*

Esta percepción del tiempo que pasa sin dar tregua, se enfatizó en quienes tuvieron algún obstáculo para acceder a la interrupción tanto en servicios públicos o privados, y, en el caso de Fabiola, que pensó que tenía un tiempo de gestación menor antes de realizarse el ultrasonido. En coincidencia con en el relato de esta última, Szwarc y Fernández (2018) identificaron que el paso del tiempo es “más apremiante cuando no se tiene certeza de la efectividad del aborto” (p.98).

*Me asusté muchísimo, dos meses es muy diferente a 27 días. El tamaño de lo que estoy gestando es mayor, quizá el dolor sería mayor, quizá el riesgo de que el aborto no se concluya es mayor. Ahora mi miedo era que no se abortara todo por completo, pues el tiempo es apremiante, no podía darme el lujo de que pasaran más semanas con esto creciendo dentro de mí (Fabiola, narrativa escrita).*

*Te digo que no nos dieron ficha, ahí fue cuando dije, qué voy a hacer, tenía que llegar más temprano y si no me dan la ficha. Pensaba en el tiempo, yo tenía 6 semanas, me parece que a las nueve semanas ya es un legrado como tal, ...yo pensaba en eso, en que el tiempo ya estaba muy cercano y no quería eso. (Angie, narrativa oral).*

El relato de Angie muestra cómo el miedo a no poder interrumpir y a complicaciones durante la interrupción aparecieron ligados al paso del tiempo, en especial cuando había una percepción negativa de la aspiración y se prefirió el aborto con medicamentos. Beynon-Jones (2017) señala que el discurso biomédico está asociado con esta percepción de mayores riesgos. Además, varias participantes consideraron que la interrupción ya no se podría realizar después de las doce semanas o que tendría mayores riesgos “*si haces un aborto ya después de los tres meses, el riesgo es para ti, el riesgo de tu vida*” (Angie, entrevista). Dentro de esta preocupación por el tiempo, también puede estar detrás una negociación moral o la intención de evitar una carga como Arnaud (2008 en Silva, 2014) identificó en su estudio.

*Pero por un momento pensé son tres meses, y ya no voy a poder abortarlo. Mis miedos eran cuando sucedía el ya no vas a poder, ahí me ponía mal, me volvía a calmar (Fabiola, narrativa oral).*

El ultrasonido, fue el momento en el que se tuvo mayor certeza de las semanas de gestación, mostró el paso del tiempo y por tanto si la interrupción era viable o no, también pudo ser un momento en que estas imágenes antiaborto o los discursos sobre el “instinto materno” o de “personalidad fetal” cobraron fuerza, por lo que en algunos casos agradecieron que el personal de salud no se los mostró:

*“Pásate para el ultrasonido”, y como que la primera vez dije “chin yo no quiero ver nada de la pantalla, yo no quiero ver qué es, yo no quiero ver ni un puntito”, muy inteligentemente, órale dije, qué padre, la chava jamás me lo mostró, la chava lo estaba viendo. pero yo no veía nada. (Fabiola, narrativa oral).*



*Entramos al ultrasonido (no sentí eso que dicen que se siente “el famoso instinto materno”, a veces pensaba que había algo mal en mí, que era incapaz de sentir, que tenía un defecto como mujer) me dijeron que tenía 7 semanas de embarazo (Healy, narrativa oral).*

#### **5.2.6. El silencio**

Teniendo como antecedente el silencio y estigma sobre la sexualidad, el silencio continuó y estuvo presente en algún momento o en todo el proceso de interrupción, en especial en el ámbito familiar, coincidiendo con las investigaciones de Astbury- Ward et al. (2012) y de Fletcher (1995).

*Entonces en esos meses (después de que comienza a vivir con su pareja), mis tías me mandaban mensajes “y ya, y ya” (estaba embarazada), por eso decidí tampoco no decirlo, no compartirlo, porque ya había dicho que sí, entonces me embarazo y voy a hacerme un aborto, es contradictorio para ellos. (María, narrativa oral).*

Junto con las emociones antes analizadas, inició, un proceso de análisis y diálogo interno sobre las alternativas posibles, emergiendo también las razones para guardar el silencio, entre las que identifiqué tres vertientes. La primera estaba relacionada con la sanción social; ellas, por ejemplo, no quisieron decepcionar o “fallar” a su familia, temían a las críticas por esta decisión o evidenciar el ejercicio de su sexualidad antes del matrimonio. Este miedo a la sanción social y la pérdida del afecto familiar fue un elemento importante en el proceso decisorio de estas participantes, acrecentado en términos emocionales en casos de mayor conservadurismo o religiosidad familiar:

*...Yo no sabía si iba a ser capaz de enfrentar lo que ellos me dijeran, romper esa imagen que ellos tienen, que ellos han construido, yo creo que eso es lo que más me preocupaba y me costaba trabajo. (Karla, narrativa oral).*

*Mi familia jamás se enteró [en ese momento], pues sus creencias retrógradas terminarían crucificándome. Entre la sociedad, mi entorno y el estado queretano que condena a las mujeres por interrumpir el embarazo, me sentí sofocada, señalada, aterrada y sola (Dany, narrativa escrita).*

En relación con la preocupación por “romper esa imagen”, Joaquina Erviti (2005) encontró que algunas mujeres adolescentes o solteras ocultaban sus embarazos por temor a que fueran percibidos como un abuso de la confianza que sus padres les brindaron. “La confianza, se convertía en un elemento de control, de manera que al pasar los padres el control a las hijas, éstas debían comenzar el ejercicio de autocontrol por sí mismas” (p.265).

A la primera vertiente se le suma una segunda, que aglutina nuevas razones para guardar silencio; esta segunda vertiente se relacionó con el temor de las mujeres a ver interrumpidos sus planes de estudio principalmente, cuando dependían económicamente de sus padres:

*...cómo les voy a decir a mis papás, mis papás depositan una confianza en mí de “te vas a estudiar lejos”, para que yo les salga con que estoy embarazada, (...) no me hubieran dicho “te me casas”, no, pero sí me hubieran dicho “te saco de estudiar y te me pones a trabajar” (Dany, narrativa oral).*

Una tercera vertiente para guardar silencio, que se presentó a lo largo de este proceso decisorio en algunos casos, se relacionó con una necesidad de proteger su decisión para que otras personas no influyeran o para que no las afectara emocionalmente.

*Obviamente también me angustiaba... que se fueran a enterar en mi casa que yo estaba embarazada y entonces eso fuera a impedir que yo llevara a cabo mi plan de interrumpir el embarazo (Andrea, narrativa oral).*

*No, nunca me pasó por la mente decirle, porque tal vez él iba a quererlo y yo no, y yo me sentía que me iba yo a sentir obligada, y que mejor no le iba a decir y no se iba a dar cuenta. (Paulina, narrativa oral).*

En el caso de Paulina, “sentirse obligada” pudo reflejar que cuando las mujeres lo compartían a sus parejas, perdían terreno en la decisión y debían privilegiar los deseos masculinos.

*En ese momento [cuando la interrupción estaba en proceso] yo no sabía qué pensaba mi mamá sobre el aborto, yo no quería, mientras estaba en esa situación yo no quería entrar en dilemas éticos morales, “hasta que acabe ya hablas”... (Fabiola, narrativa oral).*

El análisis de estas vertientes fue relevante porque me permitió analizar, desde la narrativa del proceso decisorio, las prioridades de las mujeres para guardar silencio. En la primera vertiente, parece ser que existe una prioridad hacia los otros, por el temor a verlos decepcionados o lastimados ante el embarazo, lo cual nos lleva a la protección de los seres queridos de la que habla Fletcher (1995). Sin embargo, en la tercera vertiente, las mujeres se priorizaron a sí mismas y a sus vidas.

Algunas participantes que no vivían en la CDMX al momento de interrupción y cuyas madres mostraron posturas en contra del aborto de forma abierta, ocultaron su embarazo y la búsqueda de la interrupción, temían la sanción social, lo que dificultó aún más su experiencia.

*Se me hizo como muy difícil todo eso, sobretodo eso se me hacía muy difícil pensar que tenía que enfrentarme a todas estas personas, temía mucho a la carga moral. ¿Qué me va a decir mi hermano? ¿Qué me va a decir este tipo? ¿Qué me van a decir mis papás si se enteran? ¿Qué me va a decir el mundo? (Quetzalli, narrativa escrita).*

Las participantes en general evitaron hablar con sus familias sobre su embarazo, lo cual concuerda con una de las categorías del silencio de Fletcher (1995) que explica el silencio como una forma de evitar posibles repercusiones negativas. Esta posibilidad no

excluyó a sus propias hermanas, a quienes describieron como conservadoras o tradicionales en relación con la sexualidad.

*En mi familia puedo ser más juzgada a veces siento, no lo sé, me siento que puedo ser más juzgada, a mi hermana jamás le podría decir esto, jamás, a mi hermana le digo que me acosté con un güey, con una persona porque se me antojó, es lo peor que le puedo decir, es ¿cómo? pero no eres su novia, ...mi hermana es muy tradicional, esa parte me restringe un poco más (Andy, narrativa escrita).*

Esto coincide con lo señalado por Silva (2014), la familia no fue un espacio privilegiado para el diálogo, ni para el respeto para las decisiones reproductivas, en especial cuando son jóvenes.

Aunque la posición de mayoría las participantes estaban a favor del derecho a decidir, no significaba que ellas quisieran revelar que habían interrumpido un embarazo.

*Aunque muchos supieran de mi postura o que yo dejaba esa postura abierta, no sé si estaba o estoy lista para que alguien supiera que tan defiendo la postura que a lo mejor lo hacía (Karla, narrativa oral).*

### **5.3. DIMENSIONES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA DECISIÓN**

Silva (2014) propone un modelo de cuatro dimensiones estructurantes en el proceso decisorio: el deseo de la maternidad, los proyectos de vida, la relación afectivo- sexual y la influencia de la familia. Por otra parte, Rostagnol (2016) propone siete elementos en la construcción de la decisión: 1) la limitación temporal, 2) las nociones de maternidad/maternalidad, 3) las características de la relación de pareja, 4) el contexto material, 5) la vivencia de la sexualidad, 6) la situación emocional de la mujer y 7) su situación vital, además analiza el grado de autonomía, en un contínuum entre autonomía y heteronomía. Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015) señalaron de acuerdo con lo dicho por sus entrevistadas “las razones válidas para interrupción se construyen en función de la relación entre la sexualidad y el sufrimiento: la violencia, la coerción, la adversidad y la sujeción” (p. 186).

En la presente investigación, si bien coincidieron algunos hallazgos con lo de estas autoras, generé, con base en los relatos, una propuesta diferente que consta de cinco dimensiones en la construcción de la decisión de la interrupción del embarazo, no excluyentes y que aparecen traslapadas, por ello es posible que las participantes en sus narrativas hagan referencia a varias dimensiones, por ello se presenta la tabla 2:

a) **La lealtad a sí misma y la certeza de no desearlo**, en esta categoría ellas y su no deseo de un hijo/maternidad ocuparon en lugar relevante en la decisión incorporando aspectos también de su evaluación de las implicaciones de la maternidad y sus planes a futuro; esta categoría estaría más cercana al extremo de autonomía en el que las mujeres

reconocieron que “la autoridad para tomar la decisión está en sí misma” (Rostagnol, 2016, p. 136) aunque existían dudas o idas y vueltas al tomar la decisión.

Las otras categorías que aquí planteó están más cercanas a la heteronomía, en las cuales la autoridad o la razón para tomar la decisión estaba fuera de ellas y ellas sintieron que no tenían alternativa. Parte importante de las participantes narraron tanto elementos heterónomos como autónomos, entrelazados al referirse a este proceso decisorio.

b) **La inviabilidad**, en esta categoría el contexto económico y laboral tomó un lugar relevante, limitando las alternativas de decisión de las mujeres, ellas mencionaron no desear el embarazo y su inviabilidad o que no era el momento.

c) **“No quise ser la decepción de mi familia”**, en esta categoría, la dificultad de evidenciar el ejercicio de la sexualidad y/o la importancia de su imagen frente a sus familias fueron elementos importantes en el proceso decisorio, lo prioritario fue ocultar el embarazo y el deseo de un hijo/a es posible que no apareciera.

d) **“Por mis hijos”**, en esta categoría sus experiencias de cuidado y su responsabilidad tomaron un lugar prioritario.

e) **La relación con el hombre implicado en el embarazo y la violencia**, en esta categoría el hombre con el que mantienen o mantuvieron una relación, tomó un lugar relevante ya sea entorpeciendo, haciéndose a un lado o apoyando la toma de una decisión.

*Tabla 2. Dimensiones en la construcción de la decisión de la interrupción del embarazo*

<i>Por lealtad a sí misma</i>	<i>La inviabilidad del embarazo</i>	<i>Vínculos eróticos/afectivos y la violencia</i>	<i>No quería ser la decepción de mi familia</i>	<i>Por mis hijos</i>
Lis	María	Rosa	Karla	Violeta
Healy	Andrea	Karla	Paulina	Andy
Fabiola	Rosa	Quetzalli	Lis	
Quetzalli		Healy	Dany	
Jimena				
Andy				
Violeta				

Los resultados de este apartado muestran la gradualidad del concepto de autonomía, y los procesos de reflexión crítica y agencia necesarios para su búsqueda como señala Rostagnol (2016). También ilustran que “las decisiones son el resultado de negociaciones entre ideología, realidad social y deseo” (p. 135), y que los dos primeros limitan la agencia

de las mujeres y que un paso necesario en este proceso decisorio y de posible autonomía, es la conciencia de que pueden elegir sobre su maternidad, como señala Rostagnol (2016).

### ***5.3.1. La lealtad a sí misma y la certeza de no desearlo.***

Para la mayoría de las participantes al confirmar el embarazo, no desear un hijo/un embarazo, no sentirse preparadas o no querer ser madres, se convirtió en uno de los elementos principales al tomar la alternativa de no continuar el embarazo, lo que ya ha sido identificado en otras publicaciones (Rostagnol, 2016; Silva, 2014). Ellas no vislumbraron tener hijos/as en el corto plazo, aunque algunas sí lo consideraron en sus planes a futuro.

*Reunimos a sus papás en el patio y les dio la noticia, ellos estaban felices, su mamá me dijo que yo iba a ser una excelente madre. En ese momento, no supe cómo reaccionar si sentirme alagada o si ponerme más triste ¿Madre? Tenía 17 años, no quería ser madre (Lis, narrativa escrita).*

Para Fabiola el no deseo de un hijo fue un elemento importante en el inicio de su narración escrita al presentarse. En su narrativa expuso las razones para no justificar esta decisión, mostrándose crítica a una lógica basada en el género en la cual las mujeres debemos justificar todas nuestras acciones.

*Tengo 28 años, soy estudiante de posgrado, no tengo pareja estable, me mantengo sola, ahorro para mis viajes y cursos además de uno que otro gustito y por el momento no quiero ser madre, no quiero tener hijos ...No siento que necesite ninguna justificación.... Así que, por lo pronto, el único motivo que tengo para interrumpir este embarazo es simplemente que no quiero ser madre, no quiero tener un hijo. (Fabiola, narrativa escrita).*

*Decisión difícil no es, y yo no tengo porque justificar por qué me hice mi aborto, nadie tiene que justificar, “es que son mujeres de bajos recursos” y si no lo fueran también, “es que es una señora de 40 años que tiene tres hijos y el marido trabaja fuera”, y aunque todos vivieran felices, si la señora no lo quiere, no lo quiere. Porque tenemos que dar un listado de justificaciones, antes que todo nos los estamos dando a nosotras. No quiero, no quiero, nadie me pregunte, el punto es que no quiero (Fabiola, narrativa oral).*

Esta última narrativa difiere con diversas investigaciones en las que las mujeres buscaban justificar la interrupción del embarazo, aunque no se les preguntaba por las razones que tuvieron para interrumpir (Chiweshe, Mavuso, y Macleod, 2017). Tal vez en este caso, elementos como el apoyo de sus amigos/as desde que ella sospechaba estar embarazada, no sentirse juzgada, o estar en un proceso de reflexión continua sobre su sexualidad contribuyeron a que ella no sintiera la necesidad de justificar su decisión personal, y que se extendiera a un posicionamiento político sobre las decisiones de las mujeres.

*Yo comparto mucho mi vida sexual con mis amistades ...pero sí hice comentarios y si sí estoy, voy abortar, no hay duda alguna, ya sabemos todos que es el plan, verdad (...) En ese momento, estaba tan en mí que jamás pensé “que va a pensar de mí” (Fabiola, narrativa oral).*

Ligado a lo anterior, y de forma posterior a leer algunos textos sobre el aborto ella también criticó el discurso sobre la dificultad de la decisión, problematizando el contexto y las condiciones de acceso a la interrupción del embarazo.

*Leí un libro de una mujer que escribió “el aborto no es una decisión”, ya dejen de decirle que es una decisión difícil, es que es una decisión seria, muy difícil, la mayoría de las mujeres que abortan, ya lo tienen más que decidido. Lo difícil es lo que hay alrededor .... (Fabiola, narrativa oral).*

Para varias de las participantes, la opción de interrumpir el embarazo fue clara y rápida, fue tomada en minutos u horas después de que supieron que estaban embarazadas en coincidencia con Silva (2014)<sup>25</sup>. En algunos de estos casos priorizaron sus deseos y planes antes que los de otras personas.

*Ni siquiera lo dudé por un segundo, abortar era la única salida de esto que se sentía como una pesadilla. Inmediatamente llamé al ILETEL (Fabiola, narrativa escrita).*

*Imagínate, yo ya estaba decidida, desde el momento en que supe, dije tengo que interrumpir o sea ni siquiera pensé en otra cosa, sin embargo, sí analicé la situación, empecé a analizar la situación, posibilidad económica, principalmente si quería y deseaba, eso fue, en ese momento ni deseaba ni quería, después si iba a querer a esa persona (Jimena, narrativa oral).*

En estos casos posiblemente no tomaron en cuenta a los hombres implicados en el embarazo, lo que coincidió con los hallazgos de Rostagnol (2016), pero tuvieron el apoyo de por lo menos una amiga.

Por otra parte, el no deseo de la maternidad en algunos casos se relacionó con las diferentes pérdidas posibles que ellas contemplaban en su vida futura, por las implicaciones que tiene el cuidado de un hijo/a que recae principalmente en las mujeres. Posiblemente, estas participantes estaban conscientes del desaguiamiento asociado a la maternidad (Nari, 2004 en Rostagnol, 2016). En las narrativas siguientes se ilustra la frase de Tajer (2008 en Reid, 2013) “ninguna quiere ser madre por el costo en la autonomía y todas quieren serlo por el valor del ideal”.

---

<sup>25</sup> Rostagnol (2016) señala que “en general, una mujer frente a un embarazo no esperado, no toma rápidamente y sin vacilaciones la decisión de interrumpirlo; por el contrario, su cabeza va de una a otra, titubea y cambia de ideas” (p. 135).

*Yo me pago todos mis gastos, al día de hoy con mi esposo comparto gastos, eso también era importante para mí, porque pues sí me cuesta trabajo verme dependiendo (Healy, narrativa oral).*

*Imaginar ser madre para mí jamás tuvo ganancias, solo veía pérdidas; mi trabajo, mi escuela, mi libertad, el lugar donde vivía (muchos años soñé con vivir en la ciudad de México y entonces era mi presente), me veía a futuro siendo una persona frustrada, desquitando su enojo con su hijo, reprochando a mi pareja todo lo que había tenido que dejar y lo único que me decía era “no me puedo hacer esto, no les puedo hacer esto” (Healy, narrativa escrita).*

Al tomar la alternativa de la interrupción, algunas participantes priorizaron sus intereses, necesidades y metas, aunque también consideraron a sus parejas y al futuro hijo/a reflejado en las palabras del diálogo interno de Healy “no me puedo hacer esto, no les puedo hacer esto”, sin embargo, estas mismas palabras también reflejaron que las mujeres se siguen sintiendo responsables únicas de las consecuencias derivadas de un embarazo no esperado. Andrea también coincidió en esta consideración hacia sí misma y a otros ya que refirió “Cuando me acuerdo de ese año, yo estaba muy deprimida, estaba muy mal. Tener un hijo es esas condiciones no me parece justo para nadie, ni para ti como mujer” (Andrea, narrativa oral).

Jimena y Lis, las participantes que interrumpieron siendo adolescentes, con 19 y 17 años, de forma similar a Healy, aunque en edades distintas, se “vieron” también a futuro al lado de sus parejas, en una relación de dependencia y violencia, recluidas en el espacio doméstico. En el caso de Lis, esto la hizo tomar la decisión de interrumpir. Estas tres narrativas coincidieron con los hallazgos de Santos y Brito (2014) en los que las mujeres que entrevistaron pensaban que la maternidad implicaría una pérdida de libertad, dependencia económica y una dedicación integral. La imagen a futuro fue muy clara, y no estaba alejada de la experiencia de otra participante (Violeta) que continuó un embarazo en la adolescencia y permaneció en el espacio doméstico durante nueve años.

*Me dijo que su papá le había dicho, que estaba pensando en construir ahí en su casa, que podíamos construir un cuarto en su casa, para vivir ahí. En ese momento, me dio risa, de eso, y dije “que estoy haciendo aquí” otra más, no me veía, vi así mi vida estar al pie de Rubén, haciendo lo que él me dijera, con el niño ahí arrullándolo y ahí en la casa (Jimena, narrativa oral).*

*Me ponía a pensar en cómo iba a ser mi vida a su lado, si él era un celoso, no tenía amigos, no salía con mi familia porque él siempre quería que estuviera con él, yo me veía encerrada en su casa, amargada, fodonga y además de todo cuidando a un niño cuando yo ni siquiera tenía la suficiente madurez para educar a un niño. Empecé a ver las cosas de una forma tan fría, y me di cuenta que yo no quería ese bebé (Lis, narrativa oral).*

Retomando estas últimas palabras de Lis, lo “frío” puede ser el análisis de los costos de la maternidad, en un contexto en el que las mujeres no deben priorizarse permeado por una infinidad de tecnologías de género para idealizar y romantizar la maternidad.

Los proyectos de vida también estaban presentes en el proceso decisorio, uno de ellos fue la intención de varias participantes de comenzar o continuar sus estudios de bachillerato o universitarios coincidiendo con Makenzius et al (2013), lo que no era compatible con un embarazo en ese momento. Mientras que Andy tenía planeado un viaje largo de forma previa al embarazo, para Violeta, un tercer hijo/a se presentaba como una dificultad para comenzar a estudiar nuevamente y desarrollarse profesionalmente, además ella pensaba en las dificultades económicas para su familia al ampliarse y que ella no podría dejar a su pareja.

*Te acuerdas que deseabas demasiado seguir estudiando, algo que en aquel momento era prioritario en tu vida y no lo querías dejar pasar por nada ni por nadie, esto es algo tan claro que recuerdo tenías, ese sentimiento de querer hacer lo que tu querías y era estudiar Psicología jeje. (Jimena, narrativa escrita).*

*Yo decía no, o sea yo quiero empezar a estudiar de nuevo, y teniendo un bebé jamás en la vida voy a poder, si me costó tantos años volver a estudiar teniendo a los niños, ahora teniendo tres, dije no, no voy a poder, [...] y no, todo lo que ya llevaba planeado, algo a futuro en mi vida se iba a venir abajo (Violeta, narrativa oral).*

*Al ser positiva, lo primero que pensé fue que no quería que nada ni nadie me obligara a dejar mis deseos en la vida, y este viaje era unas de las cosas que no me perdonaría por nada si no lo hiciera (Andy, narrativa escrita).*

A diferencia de otras participantes quienes acudieron al servicio de salud con una decisión tomada sobre la interrupción, Healy decidió interrumpir estando en la clínica, una disputa de sentidos se dio en ese momento, la culpa y la experiencia de su madre, vinculadas a su formación religiosa cristiana emergieron, pero su capacidad de agencia y la priorización de sus deseos prevalecieron.

*Algo que no sé cómo describir me pasó estando ahí, sentí que debía ejecutar la decisión en ese momento (ese no era el plan original), pues sentía que no iba a ser capaz de volver ahí (había algo de culpa a pesar de saber que era lo que deseaba, recordaba a mi madre intentando serlo y tener 2 abortos espontáneos antes de concebirnos a mis hermanos), temía que los pensamientos de culpa me llevaran a traicionarme a mí misma, así que era el momento, para mí no habría otro.(Healy, narrativa escrita).*

Justo las palabras de Healy fueron las que dan el título a esta sección, la lealtad a sí misma, fue un elemento que emergió en este proceso decisorio y que muestra la agencia de las mujeres en un contexto conservador. La lealtad a sí misma también pudo estar condicionada por los recursos económicos, el nivel educativo, las rupturas (en este caso, con



sus creencias religiosas) y los procesos previos de empoderamiento. Algunas de las participantes que ubicó en esta categoría trabajaban y en el caso de las adolescentes tuvieron apoyo económico de sus familias para la interrupción del embarazo.

*Fue una decisión de vida, dura, pero inapelable, era claro que quería elegir por mis sueños, por mi derecho a tener esperanza, por mis ganas de tener un espacio para vivir más allá de lo que se supone que es correcto, elegí ser leal a mí misma (Healy, narrativa escrita).*

### **5.3.2. La inviabilidad del embarazo**

El “proyecto de tener un hijo” también se vinculó con sus ideas de familia y con los requisitos que debían cumplir ellas mismas para formarla. Andrea estaba desempleada, en el tránsito entre la terminación de los estudios y el ingreso al campo laboral, para ella la independencia económica era fundamental ya que la aprendió desde niña en su contexto familiar

*(La angustia) Venía de varios lados, primero porque yo no tenía un trabajo. Mi idea de formar una familia, tenía que ver con que yo fuera independiente económicamente, para mí es importante tener esa autonomía, y en ese momento no la tenía, un proyecto de tener un hijo en ese momento no era viable para mí, la relación estaba pasando por un momento difícil, estaba cuidando al hijo de mi pareja, ...Todas esas (cosas) influyeron mucho en la decisión que tomé. (Andrea, narrativa oral)*

*Lo único de lo que estaba segura, era de que ese no era el momento para mí para tener un bebé (Andrea, narrativa escrita).*

Relacionado con lo anterior y coincidiendo con otros estudios (Aléx y Hammarström, 2004; Makenzius et al, 2013; Santos y Brito, 2014) la situación económica y/o laboral tomó relevancia al evaluar las alternativas frente a ese embarazo. Las posibilidades de elección siempre están limitadas a sus “condiciones de existencia”, como señala Rostagnol (2016). La narrativa de María dio cuenta de las dificultades económicas y de acceso al campo laboral que muchas mujeres enfrentaron en un contexto neoliberal y de precarización en nuestro país, a pesar de que contaban con estudios universitarios, mientras que para Rosa la situación económica se entrelazó con la relación de pareja.

*Por el momento en el que estaba dije no puedo, simplemente no se puede, no tengo trabajo, no tengo nada. Y pues no quería, ya había vivido como unos dos o tres meses, donde mantenerme a mí misma, había sido un infierno, y dije traer a un chamaco, no, no, la verdad no quiero pasar por eso, ni me imagino cómo ha de ser. (María, narrativa oral).*

*Aunque en muchas ocasiones había pensado en la posibilidad de ser madre, ese no era un buen momento por muchas razones: a pesar de que fue difícil darme cuenta, la relación con la pareja de ese tiempo no era buena, mi situación económica y*

*laboral tampoco, en esa época tenía otros planes, quería seguir estudiando. (Rosa, narrativa oral).*

Cabe resaltar que tanto María y Andrea, no hicieron mención de la ausencia del deseo de la maternidad, sino de la inviabilidad (“no era viable”, “no era el momento”) o la imposibilidad (“no se puede”), de un hijo/a lo que tal vez nos indica un deseo implícito. Posiblemente esto está relacionado con las tensiones que reportaron durante o después de la interrupción. La autonomía se pone en entredicho cuando las mujeres tienen opciones limitadas, tal vez la categoría de “opción de hierro” de Mabel Burín et al (1990) sea útil en este sentido.

*Y prácticamente porque la verdad hubiera preferido no estar embarazada, en lugar de interrumpir el embarazo, hubiera preferido nunca estar embarazada, para no tener que tomar esa decisión. Que respaldo mi decisión y de que no me arrepiento, es cierto, pero de que hubiera preferido no tener que tomarla también es cierto. (Andrea, narrativa oral).*

Rostagnol (2016) señala que, si la decisión está situada más cerca de la heteronomía, las mujeres hubieran preferido que el contexto fuera diferente para que pudieran continuar el embarazo y que lo que no se desea es el contexto más que no desear al hijo.

### **5.3.3. El hombre implicado en el embarazo, la violencia y su relación con la decisión.**

Para algunas participantes en especial cuando tuvieron una pareja o no tuvieron un fácil acceso al aborto seguro, el proceso decisorio tomó más tiempo, días de pláticas con sus parejas, de reflexión consigo mismas o de búsqueda de alternativas seguras en las que la decisión pudo cambiar.

*Toda esa semana fue de charlas interminables con respecto a ser o no padres y que clases de padres deseábamos ser, siempre concluyendo que no había condiciones ni económicas, ni emocionales para asumir ese compromiso (Healy, narrativa oral).*

El tipo de la relación de pareja o vínculo sexual/afectivo en la que se produjo el embarazo fue distinto en cada participante. Mientras que algunas de ellas tenían relaciones de noviazgo sin cohabitación, otras vivían con sus parejas y otras solamente salían con el hombre implicado en el embarazo sin tener una relación formal.

*Y justo curiosamente, unos meses antes, como que mi pareja y yo habíamos llegado a un punto, en el que nos sentimos capaces de decidir pues de decidir “de aquí pal real tú y yo juntos” .... Y en ese momento, los hijos eran una opción, pero no ese instante (risas) sino a lo lejos y entonces viene esto (María, narrativa oral).*

*Pues mira, primero tengo ahorita una relación, ahorita ya no tanto, estaba saliendo con un chavo que es más chico que yo, que también para mí era como una aventura (Andy, narrativa oral).*

Los momentos en los que se encontraba cada relación también son diferentes. Algunas participantes hicieron referencia a momentos de transición o crisis, o eran estables y no

presentaban un conflicto en ese momento, pero dichos momentos y tipos de relación influyeron en la decisión, en algunas ocasiones vinculadas a dificultades económicas.

*Aparte como te cuento, tenía poco tiempo la relación, entonces pues yo no sabía para dónde íbamos. Si esto no funciona, yo me la voy a aventar sola y no inventes, trabajo como trabajo ni así salgo adelante, y volvía al punto, y quién me va a cuidar al niño (Healy, narrativa oral).*

Estos momentos de crisis fueron un elemento adicional que se hace presentes en los casos donde la decisión también fue tomada por ellas sin informarles a sus novios.

*Y como estaba incierto incluso el mismo futuro de la relación, para mí era “hoy voy a tener hijo, pero mañana va a terminar la relación y ya me quedé atada a esta situación” (Andrea, narrativa oral).*

En las narrativas antes mostradas, ellas rechazaron la posibilidad de la monomarentalidad, por las exigencias y la imposibilidad de asumir de forma total el cuidado en un contexto de bajos salarios y jornadas laborales extensas.

Más de la mitad de las participantes, reconocieron los celos, el control, la violencia económica, y psicológica ejercidos por los hombres implicados en el embarazo.

*Se venían presentando problemas por esta situación, como este poder negociar el uso del método anticonceptivo (...), pero sí era mucho conflicto decirle “oye mira ponte un condón” y justo cuando hay esta accesibilidad de usar el condón, se rompe el condón y es cuando viene este embarazo (Dany, narrativa oral).*

Lis tenía una relación de pareja con un hombre diez años mayor que ella cuando tenía 16 años, ante la violencia y el rechazo a ese noviazgo de su padre, se mudó con su abuelita meses antes del embarazo, evento que ella tomó como punto de partida para contar su historia en la entrevista. Ella reconocía que el control patriarcal continuaba con esa pareja, aunque no lo nombró como violencia.

*Yo desde que empecé a andar con él me sentía como asfixiada porque él era muy celoso, y los mismos, las mismas cosas que mi papá me prohibía, él también me las prohibía, no podía tener amigos porque le daban celos, no podía salir con nadie porque le daban celos.... (Lis, narrativa oral).*

Por otra la disputa por el control del cuerpo de las mujeres era una constante, Andy y Quetzalli que estaban conociendo a estos hombres, tomaron la decisión de abortar. En este contexto se ubicó también el no deseo del hijo/a que, en el caso de Andy, está relacionado con la violencia sexual al no usar condón y con la ausencia de placer, mientras que Quetzalli vivió acoso aunque no lo identificó así.

*Aparte tampoco fue como se debería haber hecho, no fue una vez que yo lo haya disfrutado, algo mucho de capricho de él, de violencia, como saltarme de lo que yo quería, muy invasivo, le valió madres lo que yo quisiera o no, definitivamente una*

*situación hasta machista lo sentía, muy invasivo, y más porque no fue con mi consentimiento (Andy, narrativa oral).*

*Me daba miedo, como que cuando lo ponía en la balanza, yo prefiero correr el riesgo [de la interrupción] que tener el hijo, yo no quería tener un hijo. Y lo pensaba en este chico en específico y menos de él. (Quetzalli, narrativa oral).*

Por otra parte, algunas participantes que tenían una relación de noviazgo evaluaron las dos posibilidades: continuar o interrumpir. Rosa en un primer momento pensó en continuar con el embarazo, pero decidió interrumpir después de hablar con su pareja y pensarlo una semana más, no quería la monomarentalidad o un panorama incierto con su pareja lo que coincidió con los hallazgos de Kimport et al (2011) en el que algunos hombres rechazaron la responsabilidad del embarazo y las mujeres no estaban preparadas para criar un hijo/a solas; y Silva (2014) que identificó la percepción de un futuro incierto en la relación de pareja se contraponen al mandato del vínculo conyugal estable para tener hijos.

*Pues esta idea que había tenido antes de tal vez tenerlo, hubiera sido, sería como algo bonito, como al principio pensé que, estaba entre no saber qué hacer y después de platicarlo (con su pareja), me quedó claro que no, que no había una posibilidad de mejorar la relación y menos por esa situación, pues más bien no quería yo tener sola la responsabilidad de un hijo o una hija, y que iba a ser más complicado (Rosa, narrativa oral).*

La pareja también fue un interlocutor que pudo respaldar la decisión de la participante, aunque la línea entre la conveniencia para ellos y el respeto por las decisiones de las mujeres pudo ser muy tenue.

*Pues si fue de dos, pero yo creo que fue más mía. Pero desde un principio, él me hacía la pregunta, antes de que él me dijera no, él me hizo la pregunta ¿tú lo quieres tener?, y yo dije no, o sea mi primera respuesta fue no, y él dijo “pues es que creo ahorita no podemos, en su momento ya lo planearemos, pero ahorita creo que no”. Y eso reforzó mi decisión, porque si él hubiera dicho sí hay que tenerlo, yo lo hubiera pensado. (María, narrativa oral).*

En la mayoría de las ocasiones, el hombre implicado fue la primera persona con la que compartieron sus sospechas y la confirmación del embarazo, fue un actor clave en la decisión, el apoyo, y el bienestar posterior de las participantes, como ya se ha identificado en distintas investigaciones. A partir de sus narrativas, observamos distintos escenarios: algunos dijeron que las apoyaran, pero quedó más en las palabras que en los hechos; otros hombres ejercieron presión para continuar el embarazo o se recrudeció la violencia, mientras que en cinco casos no se enteraron del embarazo y solo uno de ellos apoyo sin reservas en esta etapa. Los hombres se ubicaron entre posiciones de dominio, poder o de autoridad como los que identificó Guevara (2005) en su estudio y en menor medida en una posición de solidaridad y relación paritaria, dando apoyo sin condiciones.

Las parejas de algunas participantes, les dijeron que apoyaban la decisión que ellas tomen, sin embargo, tardaron en aceptar la noticia del embarazo, se mostraron poco empáticos, prefirieron que el embarazo no continuara o ellas sintieron que les dejaron la responsabilidad de la decisión. Silva (2014) identificó también esta dificultad para que los hombres acompañaran este proceso, sin imponer, huir o delegar la responsabilidad a la mujer.

*Tome mi celular y le hablé a mi novio, le dije que estaba en el laboratorio y que el resultado había sido positivo, debíamos vernos, así que así fue. Él no decía nada, creo que lo creía menos que yo, le mostré los resultados y solo recuerdo que entre lo que hablamos el solo decía que me apoyaría en lo que yo decidiera. (Karla, narrativa oral).*

*Le dije el resultado y me dio la impresión de que pensaba que bromeaba, y yo me decía en silencio “ojalá fuera una broma” (...), mi pareja me decía que en lo que yo decidiera él estaría ahí para apoyarme, esa respuesta me parecía injusta, pues sentía que se depositaba en mi toda la responsabilidad de una decisión tan importante, sentía enojo (Healy, narrativa escrita).*

*Cuando me hice el estudio, lo que hice fue hablar con él, ... , creo que ese día me vine a Querétaro, ..., me imagino que él también notó algo raro, no sé si fue cuando hablamos por teléfono o cuando él llegó, mencionó algo así de “te embarazaste” ...Él me decía que me iba a apoyar, pero que pues así por él no quería un hijo, lo ideal para él si era que no lo tuviera (Rosa, narrativa oral).*

Este “te embarazaste” tal vez de cuenta de que estos hombres siguen pensando que la reproducción es un asunto de mujeres. El embarazo era una experiencia ajena para ellos, no ocurría en sus cuerpos y por ello Healy tal vez percibía una desigualdad en la experiencia. Algunos hombres mostraron un apoyo parcial o total en la búsqueda de información y servicios, de pago parcial del procedimiento médico y/o acudieron con ellas a la clínica privada o pública, sin embargo en algunos casos este apoyo fue a petición de las participante como el caso de Healy y en otros fue nulo como en el caso de Quetzalli, él se limitó a darle 500 pesos y después no contestó sus llamadas.

La violencia que ellas ya vivían, también pudo recrudecerse con el anuncio del embarazo, dificultando aún más la experiencia.

*Por lo de su enfermedad se había vuelto muy celoso, por lo mismo había dejado yo la carrera, me dice “para mí que andas de cabrona, ese hijo no es mío”, y de ahí no lo sacaba, entonces yo decía no, otra más, ahora no solamente es eso (el embarazo) sino que también soy infiel y todo (Violeta, narrativa oral).*

Mientras que en otros casos, ellos manifestaron que deseaban un hijo/a a diferencia de las participantes, posiblemente la continuación del embarazo era una estrategia más de control/apropiación, elemento previamente identificado por Guevara (2005), es decir fueron sus propias opiniones o deseos lo que ellos priorizaron. Angie comentó con su pareja su

decisión, él dijo que la apoyaría, sin embargo, meses después le reprochó que no lo tomó en cuenta.

*En un principio, habíamos dicho que sí lo íbamos a tener, pero ya después yo dije “no estoy preparada, yo sé que no quiero” (...) Entonces solo me dijo “yo te apoyo, yo más quisiera que tú lo tuvieras, pero es tu cuerpo, yo no te puedo obligar a algo que no quieres, porque después vienen las complicaciones, y no hacia la pareja sino hacia el hijo”. (Angie, narrativa oral).*

A diferencia de Angie quién recibió un reclamo después de la interrupción, dos participantes se sintieron presionadas por sus parejas para continuar sus embarazos desde que lo confirmaron, ellos obstaculizaron además la búsqueda de servicios y dificultaron su bienestar emocional al no mostrar empatía con la situación y emociones de ellas. Las creencias religiosas y las narrativas hegemónicas sobre el aborto aparecieron en las personas más cercanas y de las que esperarían más apoyo.

*Se me vinieron todos estos pensamientos, yo acá en toda mi angustia (cuando ve los resultados de la prueba de embarazo), de repente veo que a esta persona se le dibuja una sonrisa. Me enoje más y llore más por el enojo por esa sonrisa... (Dany, narrativa oral).*

*Cuando le digo es que no lo voy a tener, punto, yo recuerdo que por parte de él viene todo un chantaje “es que vas a matar a mi bebé”. (Dany, narrativa oral).*

*Pasaron dos días y volví a discutir con Jonathan y esta vez me dijo: si no lo quieres tener no lo tengas, pero arréglatelas tú sola, de mi parte no te va a faltar nada, pero si tu eliges otra cosa pues entonces tú resuélvelo. Entonces en esa discusión me dijo que le iba a decir todo a mi hermano y le pedí que no lo hiciera, ...empecé a tener mucha vergüenza, me sentía sola (Lis, narrativa escrita).*

*Él estaba conmigo, pero a la vez estaba triste. Por él me sentía como mal, de repente sentí como cierta manipulación, “quita esa cara, si vas a estar aquí, no sé, pon otra cara, yo bastante tengo ...” (Lis, narrativa oral).*

Pareciera que al momento del embarazo, ellos buscaron convertirlas en incubadoras que cumplieran sus deseos y les dieran un hijo. Aunque ellos “acompañaron” a los servicios públicos o privados a los que Lis y Dany asistieron, ellas vivieron diferentes tipos de violencia por parte de sus parejas después de la interrupción. No debemos olvidar que Kate Millet (1975) señalaba las relaciones íntimas son espacios de dominación patriarcal.

Otra forma de dominación patriarcal, fue la imposición o la presión de estos vínculos eróticos afectivos para que las mujeres interrumpieran sus embarazos, violentando su derecho a decidir sobre su maternidad, aunque las participantes no se refirieron de forma directa en sus experiencias de interrupción, sí lo refirieron en la experiencia de otras mujeres o en sus embarazos previos como fue el caso de Violeta.

*Él me dijo “aborta”, fue me dio 800 pesos y yo así “ de cómo voy a abortar, no sé, y menos 800 con pesos a dónde voy a ir a que me aborten o sea no sé”, estaba en el DF, pero yo no sabía que ya era legal el aborto ni nada, no sabía nada, entonces se lo escondí a mis papás y él cada que me hablaba era de “ya abortaste”, no, “ahh bueno, bye” (Violeta, narrativa oral).*

*Mi papá ya no quería tener más hijos, mi papá llevaba a mi mamá a que se hiciera las interrupciones, de hecho, yo también iba a ser una interrupción, pero mi mamá escondió el embarazo, porque ella sí quería tener otro hijo, y le avisó a mi papá ya que había pasado el tiempo (Lis, narrativa oral).*

A diferencia de otras participantes y a pesar del poco tiempo de conocerse, Fabiola recibió apoyo de la persona con la que salía al momento de darse cuenta del embarazo y durante todo el itinerario abortivo, aunque de esta relación no derivó el embarazo. Esta experiencia coincidió con los hallazgos de Rostagnol (2016) sobre parejas que sienten que tienen futuro, pero aún no están consolidadas, en estos casos la angustia está relacionada con el acceso al aborto y compartir este momento contribuye a su consolidación.

*Le hablé, 25 días de conocernos en mi vida, ni siquiera sabíamos nuestras posturas ante la vida en ese momento, de nada. Y le dije pues estoy embarazada, pero me quiero hacer una prueba de sangre para asegurarme bien, y me dijo “no, pues voy para allá”, yo todavía haciéndolo a un lado “esto es mío”, “yo quiero estar ahí”, yo “no, estás trabajando”, y él “no, voy” (...) Él estaba muy preocupado por mí (Fabiola, narrativa oral).*

También a través de las narrativas de las participantes, conocemos de forma indirecta la experiencia de otras mujeres y sus procesos decisorios. En esta narrativa, es posible observar cómo, tener una experiencia previa de maternidad vivida en forma solitaria, aun teniendo una relación de pareja estable, formó parte importante del proceso decisorio, coincidiendo con Silva (2014).

*Una de mis amigas, hace poco, me habló, le dije de la institución, y es cuando yo hago los contrastes, ella tiene un hijo, su esposo es como el proveedor, su trabajo es fuera de la ciudad, ella trabaja, se parte en mil, cuida al niño que tiene y estaba embarazada de un segundo, ella me habló llorando y me dijo “es que yo no puedo tener otro hijo, mi esposo prácticamente no está, prácticamente yo soy papá y mamá y él solo pone el dinero” y me explicaba y yo le decía “si no lo quieres tener, no lo tengas” (Healy, narrativa oral).*

El proceso decisorio estaba inmerso en una red de relaciones sociales, por ello es importante identificar las más significativas e influyentes, sin olvidar que son un reflejo del poder en las relaciones de género (Silva, 2014).

#### 5.3.4. “No quise ser la decepción de mi familia”

El miedo de revelar un embarazo que evidencia el ejercicio de la sexualidad antes del matrimonio, estaba presente en las participantes que interrumpieron teniendo menos de 20 años y/o habían migrado de la casa familiar para continuar sus estudios; sus padres sostenían sus gastos; tenían una pareja estable y no tenían hijos. La idea de falla o romper la confianza que depositaron en ellas y sus consecuencias, dejar de estudiar o casarse y el juicio sobre ellas, les generó una angustia adicional al embarazo. Erviti (2005) identificó también que las mujeres adolescentes o solteras ocultaban sus embarazos ya que eran percibidos como un abuso de la confianza que sus padres les brindaron, mientras que en otras dan cuenta de la legitimidad de la maternidad dentro del matrimonio relacionada con el rechazo de las entrevistadas a la monomarentalidad (Chiweshe et al., 2017).

Paulina, quién tenía 20 años, originaria de Oaxaca pero que vivía en Chiapas al momento del embarazo y cuyos padres eran migrantes en Estados Unidos dijo:

*Cuanto supe que estaba embarazada pasaron muchas cosas por mi cabeza, no sabía que hacer solo pensaba en mi mamá y que le había fallado de la manera más fea después de que me había dado la confianza, no sabía qué hacer, no tenía como decirle a mi hermana, tenía miedo que no regañara [...] Yo solo pensaba en mis papás y en todo lo que ellos hacían por mí para que yo siguiera estudiando (Paulina, narrativa escrita).*

Lis, quién es menor de edad al momento del embarazo, no quiso confirmar la profecía que su padre le había hecho cuando se salió de su casa para irse a vivir con su abuela, unos meses antes de saberse embarazada.

*Y le dije (a su pareja) ¡no sé! Tengo miedo, siento que me estoy fallando, que le estoy fallando a mi papá... Un día discutimos mi papá y yo y me salí... y él me decía te vas a ir de aquí y vas a salir panzona, ese comentario era lo que no soportaba, que él creyera que era tan tonta para que eso me pasará (Lis, narrativa escrita).*

Karla, en su narrativa escrita puso de manifiesto el miedo y la decepción que creyó que provocaría si su familia se enterará del embarazo, temió romper la imagen y expectativas que ellos tienen aunque también se consideró una persona crítica. Además, en su narrativa a diferencia de otras participantes, el no deseo de la maternidad o del hijo está ausente, ella optó por la interrupción para no revelar su embarazo a su familia. Rosenberg (1997) señala que es posible continuar con embarazo no intencionado cuando no compromete la identidad de la mujer, en el caso de Karla su identidad como “la hija más inteligente” se vería afectada. Este caso es particular porque se interrumpió el embarazo para seguir cumpliendo con los roles asignados reforzando el control patriarcal de su cuerpo, además a diferencia de otras participantes ella en su narrativa escrita o en la entrevista no hizo referencia a rupturas o transgresiones a partir de las que ejercitará una agencia o un distanciamiento con sus padres.



*Ese día por la noche hable con mi novio y le dije que no podría enfrentar a mis papás, me daba pánico hacerlo. No quería ser la decepción de mi familia. Y que lo mejor sería interrumpir el embarazo, creo que en el fondo quería que él me dijera que no lo hiciera, pero no fue así (Karla, narrativa escrita).*

*También en esa cuestión tradicional de que te cases y ya que te cases, que tengas hijos, mientras tanto pues no, era como decirles, que no podía ser así o que no iba a ser así, yo creo que fue el temor más grande, ..., el otro de que iba a hacer yo, pues a lo mejor si me causaba duda pero no era mi principal miedo... Yo no sabía si iba a ser capaz de enfrentar lo que ellos me dijeran, romper esa imagen que ellos tienen, que ellos han construido, yo creo que eso es lo que más me preocupaba y me costaba trabajo. (Karla, narrativa oral).*

El miedo y el impasse en una etapa de transición entre el término de sus estudios profesionales y el ingreso al campo laboral, que la hizo dudar de sí misma y su capacidad también son elementos relacionados en su narrativa sobre la decisión.

*Desde que yo me doy cuenta, que empiezo a dejar la escuela a un lado, porque me da miedo siquiera ir a ver lo del servicio social, porque implicaba poner en práctica lo que supuestamente estaba aprendiendo, me impido a mí misma, me paralizo.... Cuando pasa esto [el embarazo], en realidad esto se suma a una forma que yo ya venía trabajando que el miedo me paralizara, por ejemplo, este miedo a enfrentar a mis padres, este miedo a enfrentar la crítica, este miedo a qué iba a hacer, me paraliza o yo lo veo así y la única decisión que pude tomar fue ésta. (Karla, narrativa oral).*

Karla a diferencia de otras participantes, consideró que no se dio el tiempo suficiente para tomar la decisión, lo que puede estar relacionado con la dificultad de afrontar la noticia del embarazo.

*Yo creo que por todo eso, por la forma de afrontarlo yo o que no podía afrontarlo yo, si no mal recuerdo, en lo que escribí puse, yo no me di tiempo a pensar más, de cuando yo me doy cuenta del embarazo a cuando yo interrumpo pasa no más de una semana, siento que fue no darme chance a recapacitar, a pensar, a reconsiderar o tratar de conservar la frialdad para poder hacerlo (Karla, narrativa oral).*

### **5.3.5. “Por mis hijos”**

Violeta quién vivía en Guadalajara, es la única participante que tenía hijos al momento del embarazo, tomó la decisión cuando la médica le informó que el producto podría tener alguna malformación o que incluso la salud de ella se podría ver comprometida, por lo que priorizó las necesidades de sus hijos. Coincidiendo con los hallazgos de Kimport et al. (2011), Halldén et al. (2009) y Lie et al. (2008) quienes reportan que las mujeres tomaron la decisión con base en las necesidades de otros y con el discurso de la madre buena y responsable alejándose del estereotipo de la mujer egoísta que interrumpe, identificado Chiweshe et al. (2017).

*[Cuando consulta con su ginecóloga] Me incluyo el miedo, de que dije si también voy a tener problemas yo, o sea, los dos papás enfermos, dos niños bien y uno mal, dije no, yo me sentía desesperada, le dije, ¿sabes qué?, necesito abortar [voz entrecortada y ronca] (Violeta, narrativa oral).*

De manera relacionada, el mandato de la maternidad y el “ser para otros” también se presentó en las mujeres que no tenían hijos, en especial en las mujeres que tuvieron una fuerte formación religiosa. El relato de Andy coincide con la categoría “fatalismo esencialista” de Rostagnol (2016), en la cual la maternidad es destino y razón de existencia, observado en mujeres de sectores pobres o conservadores.

*Me dijeron (el personal médico) que no, que no hay riesgo, que también eso hizo que yo tomara la decisión, porque quiero ser mamá; si me dijeran abortas y no puedes ser mamá nunca más en tu vida, por supuesto que lo hubiera tenido; no sé qué hubiera hecho, pero lo hubiera tenido; pero no, tu fertilidad no se ve afectada, que era lo que más me preocupaba (Andy, narrativa oral).*

Andrea, Angie y Andy señalaron y enfatizaron que sí querían ser madres en varias ocasiones durante la entrevista. Andrea cuidaba al hijo de su pareja antes y durante el proceso de interrupción, por ello tiene una visión realista de las implicaciones y responsabilidades que la crianza de un hijo/a trae a la vida de mujeres, para las que considera no estar lista.

*Estaba cuidando al hijo de mi pareja, y aunque lo adoro, y es como un hijo propio, más bien me daba mucha perspectiva sobre lo que es un proyecto de familia y de maternidad y no estaba nada lista para eso... finalmente me hacía cargo de la crianza y la crianza es complicada, son acuerdos, son muchos retos, no es nada más dar de comer y bañar (Andrea, narrativa oral).*

### **5.3.6. Las dudas y el camino sinuoso**

Angie que mantenía una posición crítica sobre la maternidad por la crianza de sus sobrinas, en un primer momento decidió continuar, pero cambió de opinión cuando acudió con la ginecóloga.

*Fui al médico, me hicieron una prueba de embarazo, la doctora me dijo, que tenía que hacerme el ultrasonido, que tenía que cuidarme los primeros tres meses, que tenía que tomar ácido fólico... Cuando fuimos al médico, fue cuando yo dije “es que yo no quiero, yo realmente no quiero”. (Angie, narrativa oral).*

Ligados a los miedos, y las culpas generadas también por este discurso patriarcal/conservador, así como por la responsabilidad de su vida reproductiva que ya hemos descrito, algunas participantes tuvieron momentos de duda entre continuar o interrumpir el embarazo incluso cuando ya estaban en la unidad de salud. María explicó un quiebre emocional “sólo en un momento” después de que le hicieron el ultrasonido, la opción de continuar con el embarazo cobró fuerza:

*Después nos hacen el ultrasonido y yo no quise ver la pantalla, y mucho menos cuando la doctora me dijo tienes dos meses exactamente de embarazo... Fue en ese momento que me empezó a invadir la sensación de estar o no haciendo lo correcto. (María, narrativa escrita).*

*Sólo en un momento, justamente en la clínica a unos minutos de comenzar el procedimiento, la opción de tenerlo se mostró como tal, como opción, pero en esos momentos no eran claras las razones por las cuales tomar dicha decisión, creo que ahí fue cuando los prejuicios y ver el embarazo como consecuencia de mis prácticas sexuales cobraron fuerza. (María, narrativa escrita).*

*Me quebré en llanto, comencé a llorar y a decir, no quiero hacerlo, no puedo, tiene dos meses, podemos hacerlo (María, narrativa escrita).*

En el caso de Violeta, el proceso decisorio se entrecruzó con el acceso al aborto seguro y se mantuvo hasta el día que acudió a la clínica. Su decisión transitó en un ir y venir en el que busco té e información por internet, y finalmente encontró a *Women on web* y a Fondo María; en su narrativa, se hicieron presentes elementos como la ilegalidad y la visión negativa del aborto que le inculcaron desde pequeña, mientras que su pareja negaba su paternidad y ella presentaba malestares físicos.

Una noche antes de viajar a la Ciudad de México ella tuvo dudas de su decisión porque comenzó un proceso de vinculación con el producto y aparecieron la idea del castigo y asesinato. Al respecto Szwarc y Fernández (2018) señalan que “el avance de las semanas de gestación supone una amenaza para la decisión, en la medida en que modifica la relación de la mujer embarazada con su cuerpo y el feto (o embrión) que en él se está gestando” (p.97):

*Después de casi durar un mes, no más, viendo el concepto de estoy embarazada nada más, lo vi como tengo un bebé, me acuerdo que esa noche dije “estoy a punto de matar a mi bebé”,...fue la primera vez que vi a mi embarazo como es un bebé, me acuerdo que lloré mucho esa noche. (Violeta, narrativa oral).*

*Se la hice (una carta), creyendo, obviamente tenía en mi cabeza “Dios me va a castigar, no sé qué va a pasar en un futuro porque Dios me va a castigar en algún momento por estar haciendo esto” (Violeta, narrativa oral).*

El camino que Lis, que era menor de edad recorrió hacia la decisión también es sinuoso, ya que no contó con el respaldo de su pareja en su decisión y sintió que su familia le imponía la maternidad y al mismo fue difícil encontrar un proveedor seguro, lo que la hizo pensar en continuar un embarazo.

*Dentro de todo, hay una parte de este momento (pausa), que también hasta te empiezas a hacer a la idea, ves los dos panoramas, ves la posibilidad de y la posibilidad de no, entonces yo al menos sí me enfoqué mucho en el “qué tal que sí, que tal que sí, va a estar bonito, igual va a sacar bonitos ojos”, pero ya como que te*

*empiezas a hacer la ilusión, pero cuando ya ves la parte de “no es como tener un muñequito”, es como aparte ver el futuro.. (Lis, narrativa oral).*

#### **5.4 LOS ELEMENTOS CLAVES QUE FACILITARON EL PROCESO DECISORIO**

En esta sección se incluyen dos elementos que facilitaron el proceso decisorio, esenciales para el bienestar y la tranquilidad de las mujeres: la posibilidad del aborto seguro y legal en la Ciudad de México así como la presencia de amigas y organizaciones de la sociedad civil.

##### **5.4.1. El impacto del aborto seguro, legal y gratuito en el proceso decisorio.**

Para algunas participantes que vivían en la Ciudad de México, al momento de tomar la decisión o de considerar las alternativas, saber o tener la noción de que la interrupción del embarazo es legal o que podían acudir a una clínica de la Secretaría de Salud estatal, les dio seguridad y tranquilidad, en especial si tuvieron el apoyo de sus redes o conocían a alguien que ya había tenido esta experiencia como fue el caso de María o Andrea.

*Esta vez [en otras ocasiones ya había sospechado que estaba embarazada, pero eran falsas alarmas], fue como de “tengo que saber”; no fue una desesperación total de no saber qué hacer, una porque no estaba sola y dos porque ya tenía esta información, porque el contexto de la ciudad, de la política pública y todo había cambiado, o sea, sí influye mucho, para mí sí influye mucho eso. (María, narrativa oral).*

En el caso de Fabiola, que vivió en Nayarit durante su niñez y juventud, se sintió afortunada de vivir en una ciudad que posibilitaba ejercer sus derechos y desde su experiencia enlistó algunos beneficios del contexto de legalidad, como la ratificación de la decisión y la disminución del estigma sobre la experiencia.

*Inmediatamente llamé al ILETEL y jamás me había sentido tan afortunada de vivir en esta ciudad como en ese momento. Vivo en un lugar donde tengo las herramientas y facilidades necesarias para ejercer mis derechos, para llevar a cabo mis decisiones de la forma más segura posible. (Fabiola, narrativa escrita).*

*Una vez más, la interrupción legal del embarazo salva vidas, no solo porque lo podemos hacer de manera segura y accesible. Sabemos que en todos los estados existen personas que realizan estos procedimientos, pero hacerlo con el apoyo y orientación adecuada nos permite entender que lo que estamos haciendo está bien, que no somos la primera ni la última en tomar esta decisión (Fabiola, narrativa escrita).*

Frente al discurso conservador que crea miedo tergiversando la información, intenta disuadirlas y negarles la tutela sobre su propio cuerpo, un entorno facilitado por una política pública y la prestación de los servicios de forma pública que les permitió “calmar los miedos”, y “ser leales a sí mismas” no es menor. Esto coincide con los hallazgos de Amuchástegui (2012) quién señala que la presencia del Estado les dio confianza a sus

entrevistadas en la calidad de procedimiento, entendido como seguridad; por lo que el contexto de legalidad marcaría una diferencia sustancial en la experiencia.

*Nos permite calmar los miedos pues sabemos a quién recurrir en caso de emergencia, nos permite seguir con nuestras vidas sin odiarnos ni castigarnos eternamente por nuestras decisiones y por último me ha permitido estar en paz por ser congruente conmigo misma. (Fabiola, narrativa escrita).*

Relacionado con ello, Angie añadió otro elemento, la provisión de los medicamentos por parte de las clínicas de las Secretaría de Salud de la Ciudad, que antes estaban asociados a un contexto de clandestinidad e ilegalidad.

*Cuando yo iba en el CCH tuve la experiencia con una compañera del salón que su novio, le compró unas pastillas, en ese tiempo eran ilegales, las compró por internet ...Yo quiero pensar que son las mismas que te dan actualmente, antes era ilegal conseguirlas, ahora pues ya, el sector salud ya te las proporciona (Angie, narrativa oral).*

Estos servicios de interrupción legal del embarazo dentro de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México aportaron legitimidad de la decisión como de las mujeres que interrumpen un embarazo y contribuyeron a la reducción del estigma social, elementos relevantes en un entorno en el que seguían presentes y constantes los discursos oscurantistas que obstaculizaron dichos procesos (Amuchástegui, 2012; Becker y Díaz, 2013).

Otro aspecto relacionado con la legalidad y definitorio en su decisión y acceso a la interrupción, pero que no era conocido por todas las participantes era la gratuidad del servicio en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que hizo viable la interrupción para quienes no tenían recursos. También identificamos en lo narrado por María resabios de un contexto de la ilegalidad en la que se percibía de forma negativa a todos los servicios privados o el aborto como un riesgo para la vida.

*Yo creo que son muy importantes (los servicios gratuitos), porque si no sí pones en riesgo tu vida, enriqueces a los privados, yo creo eso es lo que más influyó. (María, narrativa oral).*

*No es que diga que el gobierno está haciendo bien su trabajo (risas), pero para mujeres de las que vi sí es una opción. Porque si no, o recurre al privado o lo tienes. Pero el tener esa posibilidad, de decidir, de hacerlo de esa manera, es muy importante, o al menos fue definitorio en mi decisión de hacerlo. (María, narrativa oral).*

En otros casos, las participantes que tenían una menor escolaridad al momento del embarazo o que no estaban pendientes de los debates de la despenalización, tenían la noción de que había “buenos lugares”, es decir clínicas donde podrían realizarlo de forma segura.

*Después, empecé a escuchar el tema de que hasta los tres meses, que era lo legal, fue así como yo me enteré, igual sabía que no era en cualquier lugar, tenías que buscar un lugar específicamente que se dedicaran a eso, también me daba miedo, también estaba el tema de que te meten ganchos, yo decía no, tiene que ser un buen lugar (Lis, narrativa oral).*

#### **5.4.2. Redes de apoyo: la presencia de las amigas y las organizaciones feministas**

El apoyo total o parcial de sus amigas/os en la mayoría de los casos y de organizaciones feministas, resultó fundamental para que ellas se sintieran tranquilas, apoyadas, contaran con información y accedieran a la interrupción segura de sus embarazos. Esto coincidió con los hallazgos de Maroto (2011) en Costa Rica, en el que las fuentes de información para la interrupción del embarazo fueron personal de salud en servicios privados y amigas o conocidas que habían tenido experiencias previas, que además las acompañaron durante todo el itinerario, aunque en la presente investigación no todas las mujeres que apoyaron a sus amigas habían interrumpido un embarazo previamente. Silva (2014) identificó que las mujeres buscan personas que puedan apoyar y comprenderlas o que tengan información privilegiada. De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, fue posible identificar cuatro situaciones diferentes de apoyo durante el proceso decisorio y de acceso a la interrupción, y que se muestran en la Tabla 3:

*Tabla 3. Tipo y momento de apoyo*

Busca el apoyo de las amigas en primer lugar.	Cuentan primero al vínculo erótico afectivo y después a las amigas.	Las amigas o las organizaciones feministas son el último recurso para acceder a la interrupción segura del embarazo.	Cuando no se tiene apoyo de amigas y se vive en soledad
Paulina	Angie	Jimena (Primera interrupción)	Karla
Andy	María	Violeta	Healy
Andrea		Dany	Jimena (segunda interrupción)
Quetzalli		Rosa	
Fabiola		Lis	

1) *Cuando se busca el apoyo de las amigas en primer lugar.*

En los cinco casos en los que la primera persona a la que se le contó no es el hombre implicado en el embarazo, ellas lo comentaron con amigas y/o *roomies*, o a personal de salud, quienes las apoyaron durante toda la trayectoria abortiva a excepción de Andrea, quién tenía solo apoyo de una amiga. En sus historias, el hombre no tenía un papel importante en la decisión, ya sea porque no había un vínculo de pareja, estaba iniciando la relación o porque prefirieron no tomarlo en cuenta ya que él no las apoyaría, lo que coincide con lo identificado por Silva (2014). Fielding et al. (2002) en Estados Unidos reporta que es más probable que las mujeres confíen en sus amigas que en algún miembro de su familia o parejas.

Fabiola y Quetzalli recibieron apoyo total de amiga/s o compañeras de departamento, tanto en cuestiones logísticas, económicas o de compañía en todo el proceso de la interrupción.

*Lo primero que hice al salir [de la clínica donde le hacen la prueba de embarazo] fue llamarle a mi amiga, mi hermana del alma. Fue ella quien me escuchó y me calmó. Nos vimos al día siguiente y ella me había conseguido los datos de la clínica de Xochimilco, donde practican el servicio de ILE gratuito para las residentes del D.F (Quetzalli, narrativa oral).*

El caso de Quetzalli coincidió con lo señalado por Aguilar (2014), que realizó una investigación en Baja California identificando que las redes de pares fueron la primera opción de búsqueda de apoyo, pero en ocasiones no contaron con la información o los recursos económicos, como es el caso de la amiga de Quetzalli, quién aunque le prestó dinero para los estudios clínicos necesarios pero no pudo apoyarla con el monto que le pedían en el Hospital de la Secretaría de Salud al que acudió en primera instancia.

Paulina, quién es originaria de una comunidad rural de Oaxaca, a diferencia de las otras participantes de este grupo no buscó el apoyo activamente, fue su amiga quién se dio cuenta que estaba preocupada, y quién le ofreció apoyo ya que participaba en una organización feminista, conocía los procedimientos seguros y una clínica en su estado. Sin este apoyo, tal vez ella hubiera continuado el embarazo o retrasado la búsqueda de alternativas para la interrupción del embarazo.

*Ella, no sé, creo que se dio cuenta que algo estaba mal, y me preguntó, me empezó a decir, me empezó a hablar y ya no aguanté y se lo dije, y yo le decía que no era algo que yo quería, no lo quería y no pasaba por mi mente, ni me miraba, yo así no lo imaginaba. Cuando platicamos ella me dio opciones y yo le dije que sí, que yo eso quería, que yo estaba dispuesta a hacerlo (Paulina, narrativa oral).*

El apoyo y la presencia de una amiga activista junto con los discursos a favor del derecho a decidir hicieron pensable y posible la interrupción

*No sé, yo creo que biera sido muy diferente porque tal vez no hubiera contado con el apoyo de la persona que me ayudo, si biera yo estado en Oaxaca yo creo que no le hubiera dicho a nadie lo hubiera yo tenido, lo hubiera tenido así sin haber pensado en otras opciones (Paulina, narrativa oral).*

Fabiola que desde las sospechas e incluso cuando se realizó la prueba de embarazo contó con el apoyo de amigas/os, mostró en su narrativa la importancia del apoyo expresado de diferentes maneras; incluso una amiga le preparó de comer y otra le regaló flores. Su relato mostró cómo la compañía, el respeto a su decisión y no sentirse juzgada contribuyeron a vivir esta experiencia sin culpa y vergüenza, coincidiendo con los hallazgos de Maroto (2011), Soto (2013), Fielding et al. (2002) y Kimport et al. (2011).

*Desde el primer momento de esta historia estuve acompañada por los mejores seres humanos que son parte de mi existencia, amigas y amigos que cercanos y a la distancia me apoyaron y llenaron de amor. Nunca me cuestionaron, solo me escucharon, apapacharon y respetaron cada decisión. El shock pasó con ayuda y compañía de ellos y ellas, me hacían olvidar por momentos lo asustada que estaba... esta experiencia no fue negativa, no hubo culpa, no hubo vergüenza, no hubo reproches ni juicios. Fue un momento compartido de la vida (Fabiola, narrativa escrita).*

Por otra parte, Andrea prácticamente vivió en soledad esta experiencia ya que su amiga no la pudo acompañar a todas las citas. Andy, por su parte, lo comentó con su ginecólogo y con amigas que son médicas.

## 2) Cuando se cuenta primero al vínculo erótico afectivo y después a las amigas.

Otras participantes conforman un segundo grupo, que lo contó primero a sus parejas y posteriormente lo comentaron con las amigas, quienes las respaldaron y/o acompañaron a los servicios durante toda la trayectoria abortiva; un caso excepcional fue el de Healy que sí se sintió juzgada por una amiga.

En algunos casos, las participantes eligieron a la persona que las apoyaría de manera intencionada. A María una compañera le comentó sobre la clínica antes de su embarazo, entonces cuando ella identificó que estaba embarazada sabía a quién recurrir y después buscó a otra amiga para que la acompañara. Otras investigaciones también han documentado la importancia de conocer a otras mujeres que ya han interrumpido un embarazo ya que les daban información de primera mano sobre la práctica (Szwarc y Fernández, 2018). El apoyo, el respaldo y la tranquilidad que estas mujeres les proporcionaron fueron más valorados que la compañía de su pareja.

*Yo creo que ese apoyo que busqué fue muy intencionado. Porque le pude haber hablado a cualquier otra persona. Pero yo sabía que ella (su amiga) me iba a apoyar porque, no es que ella esté a favor o en contra del aborto, pero ella digamos su*



*camino, su vida, la ha trazado lejana a esos estereotipos “de te tienes que casar, tienes que tener hijos” (María, narrativa oral).*

*Pero el que una compañera lo haya vivido, lo haya experimentado, tú la veas sana, tranquila, y todo. Quizás el de mi compañero, no es tan importante, porque la decisión fue no tenerlo.... El de mi otra amiga fue fundamental, sí hubiera sido una experiencia yo creo muy solitaria, y a lo mejor, en ese momento, en el que dudé, a lo mejor sí me hubiera echado para atrás, pero tenerlos ahí de “sabes a lo que vienes”. (María, narrativa oral).*

A partir de los relatos, se puede inferir que, ante la confirmación de un embarazo, las mujeres eligieron platicarlo con las personas que podrían apoyarlas tanto en la decisión como en el resto del proceso.

*No sé, creo que sí es importante que alguien esté contigo, y sobretodo que no te juzgan, sino que respeten tu decisión..., si a las personas a las que te acercas lejos de decirte “Vamos a investigar, vamos a ver, darte como alguna salida”, te dicen, “no estás mal, tienes que tenerlo”, pues te quedas con esas ideas. Entonces yo creo que si ellas (sus amigas) o él hubieran estado con otra forma de pensar, hubiera sido difícil que lo hubiera hecho (Angie, narrativa oral).*

Las participantes en todos los casos, esperaron una respuesta respetuosa de sus decisiones y de acompañamiento, además de cierta complicidad implícita de mantener un silencio compartido, desde el hecho mismo del embarazo hasta la consumación de la decisión de interrumpirlo.

### *3) Cuando las amigas o las organizaciones feministas son el último recurso para acceder a la interrupción segura del embarazo.*

El tercer grupo estaba conformado por las participantes que al momento del embarazo pasaban la mayor parte del tiempo en el espacio doméstico por lo que vivieron esta experiencia con muy poco apoyo y en soledad, o eran menores de 20 años al momento de la interrupción. Violeta además tenía dos hijos y vivía violencia.

*Mi hermano me lleva seis años. Cuando mi mamá fallece, él se vuelve mi parte materna y paterna, porque mi papá casi no estaba, estaba trabajando o estaba con su novia. Yo estaba casi todo el tiempo sola (Lis, narrativa oral).*

En algunos casos, las amigas resultaron fundamentales cuando aparecieron con información fundamental cuando las participantes ya habían perdido las esperanzas de interrumpir de una forma segura o son el único apoyo sin juicios que ellas tuvieron, en un proceso de búsqueda de servicios de interrupción difícil a pesar de la legalidad en la CDMX.

*La interrupción de mi embarazo me la realicé en un lugar que me recomendó la hermana de mi mejor amiga. Me acuerdo que antes de esa información, te habías resignado a seguir con tu embarazo pues no viste cómo salir de esto, y sabías que si*

*te lo ibas a realizar sería en un lugar seguro (Jimena, primera interrupción, narrativa escrita).*

*Yo creo que de quien me sentí apoyada fue de Irene, en ningún momento me dijo no lo hagas o sí si hazlo, nunca me preguntó nada, solamente me dijo “bueno vamos, yo te acompaño” y lo que tu elijas, si te da confianza lo haces con él y si no buscamos otro. Fíjate ahorita hiciste que me acordara de eso, porque todos los demás, la familia de él por religión, son testigos de Jehová... Mi familia por todo lo que te conté, de mi hermano nada más dijo “ve y llama”, se deslindó, tuve el apoyo de no te voy a juzgar y ya, y mi papá ni siquiera sabía. La única persona con la que me sentí sin ningún problema de temas, de juicios, de que me estuviera metiendo ideas, fue de ella (Lis, narrativa oral).*

Para las participantes que vivían fuera de la Ciudad de México, estar en contacto con amigas y/o con organizaciones feministas, fue clave para lograr el acceso seguro; a través de ellas lograron acceder a la ILE en el Ciudad de México o servicios de salud seguros en su estado.

*Ya había estado en contacto con la organización, no sabía mucho sobre los métodos para abortar, pero sabía que tenía esa posibilidad, siempre la tuve presente, sabía que en el DF, si no se podía aquí, conocía a personas que sabían más sobre cómo hacerle, aun así, yo me puse a investigar en internet. (Rosa, narrativa oral).*

*Cuando surge esto de que estoy embarazada, en la primera persona en la que pienso es ella para que me pudiera acompañar, no como en la toma decisión, porque desde un primer momento que me entero es un no, un no rotundo, porque no estaba en mis planes por muchas cosas. Más bien era para que la organización pudiera acompañarme para yo poder llegar allá [a CDMX] y me explicara todos los procedimientos. (Dany, narrativa oral)*

Violeta que además permanecía en el espacio doméstico al cuidado de sus hijos conoció a las organizaciones feministas a través de internet. Primero contactó a *Women on Web*, quienes la canalizaron a Fondo María, quienes finalmente la acompañaron.

*En ese tiempo, por lo mismo de mi pareja había dejado de tener amigos, mi familia no vive aquí, yo era completamente ama de casa, yo estaba todo el tiempo en la casa. Entonces dije no voy a poder, buscando en internet, encuentro una asociación holandesa, no recuerdo el nombre que te podían mandar pastillas (Violeta, narrativa oral).*

En este acompañamiento que les dieron organizaciones feministas, se priorizan las decisiones de las participantes, ellas refirieron sentirse tranquilas a pesar de que sus parejas obstaculizaron o no apoyaron sus decisiones.

*El acompañamiento que se me da es bastante acogedor, bastante tranquilo, respetando mis tiempos. Entonces en la organización, encontré pues eso, esta calma,*

(...); *igual me latió mucho esta idea de que inclusive me dijeran, “¿quieres que haya una persona que te acompañe en todo el proceso, o no quieres que haya absolutamente nadie? (Dany, narrativa oral).*

Este “tejido de redes” (Szwarc y Fernández, 2008) en muchos casos a partir de la experiencia propia, a nivel individual o colectivo, fue fundamental en un contexto de poca información sobre procedimientos seguros para la interrupción para que las mujeres lograrán acceder a la interrupción y resistir o romper con el estigma.

#### *4) Cuando no se tiene apoyo de amigas o familiares.*

Karla, quién pasa la mayor parte de su tiempo en el espacio doméstico y en un impasse entre el término de sus estudios y el ingreso al campo laboral, no contaba con el apoyo de amigas durante el proceso decisorio y de atención, de la interrupción solo sabían ella y su novio quién tampoco significó un apoyo real, ella no quería que nadie se enterará de su embarazo.

Por otra parte, de forma similar, antes de interrumpir Healy solo lo compartió con su novio y con una amiga de su trabajo de quien no recibió apoyo sino crítica.

*Le conté a una amiga en el trabajo, convivo en un ambiente con gente muy adulta, tiene cincuenta y tantos años, hijos de mi edad, yo creo que yo estaba muy desesperada, porque yo sé su postura, pero yo necesitaba hablarlo con alguien, ella es católica. Cuando yo se lo cuento, me dice “felicidades, que padre”, yo me sentía super mal y entonces le dije “es que no lo voy a tener” y se quedó con una cara, no me dijo nada más pero su cara fue de “cómo”, de cierto modo me acompañó, fue mi respetuosa, yo sabía que no estaba de acuerdo (Healy, narrativa oral).*

Algunas participantes comentaron con familiares suyos o de su pareja sobre su embarazo, quienes no mostraron apoyo ni respaldaron su decisión, como en el caso de Lis, cuya fuente principal de apoyo familiar era su abuela, después de la muerte de su mamá.

*Esa noche llegue a casa de mi abuela y le conté lo que estaba pasando, le dije que estaba embarazada y ella no me creyó, le enseñe lo ultrasonidos y me dijo pues a lo que te truje chenchá, ese comentario me hizo sentir mal ¿Por qué tenía que ser así? (Lis, narrativa escrita).*

La forma en que las mujeres significaron su experiencia de aborto y las implicaciones que tuvo esta experiencia, estaba relacionada también con la forma intrincada o no con la que llegaron a concretar sus intenciones de interrumpir, donde el patriarcado y sus múltiples expresiones para controlar el cuerpo de las mujeres se convirtieron en obstáculos que se presentaron una y otra vez, mientras que las redes de apoyo y el acompañamiento feminista así como la legalidad y la gratuidad se tornaron fundamentales para que las mujeres pudieran finalmente acceder al aborto seguro.

## 5.5 LA ELECCIÓN DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO: MEDICAMENTOS VS AMEU

A las participantes con un mayor número de semanas de embarazo y/o que venían de otros estados o que tuvieron un camino sinuoso en el proceso decisorio y de acceso, como es el caso de Rosa y Jimena, -esta última en su primera interrupción-, se les informó que el método para interrumpir sería la aspiración manual endouterina (AMEU), debido a que por el número de semanas de gestación ya no podían utilizar medicamentos.

Otros elementos que intervinieron en la elección del AMEU fueron: la posibilidad de tener que acudir con un médico/a en su entidad por alguna complicación; la necesidad de mantener oculto o en secreto su interrupción ya que vivían con sus familiares; el riesgo de la criminalización si el personal de salud identificaba que se habían utilizado medicamentos, la percepción de mayor efectividad y la rapidez del procedimiento, coincidiendo esto último con los hallazgos de Szwarc y Fernández (2018).

*Porque me dijeron que era mejor el aspirado porque salía todo, y no era como estar esperando que salieran las partes, y yo dije, yo quería algo rápido, algo que no fuera algo que yo tuviera que estar diciendo “tengo que hacer esto” o “por esto, estoy así” yo quería evitar todo eso (Paulina, narrativa oral ).*

*Una de las opciones que había para interrumpir un embarazo, era por pastillas, pero como siempre me ha gustado irme a lo seguro, dije no, si es por pastillas sé que puede haber todo un problema porque si algo llega a salir mal, ... llego al hospital y a los treinta segundos lejos de tener un médico voy a tener al Ministerio Público [de Querétaro], dije no, mejor me voy a lo seguro, eso era lo único que sabía y que en el DF era legal, punto (Dany, narrativa oral ).*

*Fue así por el miedo de que el otro (medicamentos) no funcionará, yo no quería pasar dos veces por la misma cosa, yo creo que ese fue mi único parámetro, tener la certeza de, para no estar pasando doble vez, por el mismo proceso (Healy, narrativa oral).*

En algunos casos, de forma similar a experiencias de contextos restrictivos, la ilegalidad junto con las condiciones económicas fueron elementos que determinaron la elección de métodos abortivos (Chaneton y Vacarezza, 2011; Silva, 2014).

Mientras tanto, algunas participantes mencionaron las ventajas del procedimiento con medicamentos, ya sea porque podía realizarse en casa y su aplicación era sencilla o porque percibieron en éste un grado mayor de autonomía, coincidiendo con otras investigaciones (Lie et al., 2008; Makenzius et al, 2013; Szwarc y Fernández, 2018; Zamberlin et al., 2012).

Algunas participantes que utilizaron medicamentos descartaron la posibilidad de realizarse el procedimiento por aspiración porque consideraron que era más agresivo, invasivo, incómodo y hubiera hecho la experiencia más difícil; además, al confundir aspiración con legrado, creyeron que podría tener mayores riesgos. Bajo cualquier explicación subyacente a su elección, lo cierto fue que en sus relatos ellas enfatizaron en que

el aborto con medicamentos hizo viable para ellas la interrupción del embarazo. Coincidiendo con Zamberlin, Romero y Ramos (2012) que señalaron que las mujeres valoran de forma positiva evitar el procedimiento quirúrgico.

*Ayy no, yo no hubiera hecho eso (el AMEU), no, no, no...eso sí es muy feo, ¿no? yo lo veo muy agresivo, eso sí ya lo veo como ayy. Híjole, no sé si me hubiera animado. (María, narrativa oral).*

*Porque se me hacía más invasivo el que es por aspiración, se me hacía más invasivo y eso me daba miedo. Ya después que estuve un mes sangrando, dije hubiera escogido el otro, ya rápido se acaba, rápido veo que ya no tienes nada y ya. ...y sí tenía cierto miedo de que, si me fuera a pasar algún daño, todos estos mitos que yo estaba consciente que no son ....y automáticamente me dijeron, por tus semanas, tú puedes tomarte un medicamento y me pareció una excelente idea hacerlo en mi casa. Yo creo que eso también es algo, algo que deberíamos incentivar más, el método por medicamentos, porque hacerlo en tu casa te da otro nivel de seguridad, de límites, de con quién compartes. (Fabiola, narrativa oral).*

El procedimiento de aspiración estaba cargado de un imaginario relacionado con los discursos conservadores sobre el aborto inseguro - “un ambiente medio tenebroso”-; también se percibió una menor protección de la privacidad e intimidad -“que me desnuden”- y quizás una sensación de mayor vulnerabilidad ante posibles situaciones de violencia obstétrica.

*El hecho de que te metan a una habitación, y que me desnuden, que estés tú con enfermeras y con doctores, sí le da un ambiente medio tenebroso, le da más seriedad de la que quizá debería tener. (Fabiola, narrativa oral).*

Las percepciones de desventajas y ventajas sobre uno y otro procedimiento coincidieron con los hallazgos de Zamberlin, Romero y Ramos (2012), sin embargo, en esta investigación identifiqué el manejo de los restos como una posible desventaja para algunas participantes.

Otra elección ligada con el tipo de procedimiento es la utilización de la anestesia y el manejo del dolor, que evidenció también que tan presentes querían estar (Altshuler, Ojanen, Blumenthal, y Freedman, 2017). Healy manifestó una preocupación por estar inconsciente ligada a una posible desconfianza o vulnerabilidad ante algún abuso por lo que priorizó su seguridad y respeto.

*Ahí si yo te puedo decir que no elegí la de anestesia, porque lo que me decían es que te dormías, yo soy muy paranoica, yo me voy a dormir y me pasa de todo, y él no va entrar y quién va a ver, eso sí me angustió, entonces yo dije no, yo prefiero estar consciente para saber quién esta y que me están haciendo ..., nada más que nunca me dijeron que dolía así. Y creo que aún así, hubiese optado por estar consciente (Healy, narrativa oral).*

Sin embargo, en otros casos en donde utilizaron aspiración, la elección sobre la anestesia no fue libre ya que había una amenaza de esterilidad y la analizaremos como un problema en la calidad de la atención, aunque se ha encontrado que quienes tienen decisiones conflictivas prefieren estar menos presentes.

Andy decidió el procedimiento con medicamentos a partir de la opinión de su ginecólogo, después de acudir a dos servicios privados diferentes en los cuales, uno le recomendaba aspiración y otro medicamento. Es posible que el poder médico tenga mayor influencia en su experiencia, ya que ella trabajaba como personal de salud.

*Fui con mi ginecólogo, y él me dijo 100% con medicamentos, por el momento en el que estás y porque tienes menos riesgos, y se puso a explicarme todo y entonces yo dije claro que sí, por mi tercera opinión creo que tomé todas las decisiones (Andy, narrativa oral).*

## ***CAPITULO 6. ACCESIBILIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO***

Este capítulo aborda la segunda parte del itinerario abortivo, en el cual se describen los caminos que recorrieron las mujeres desde que decidieron interrumpir hasta que les confirmaron la efectividad de la interrupción del embarazo. Algunas autoras como Silva (2014), definen a este proceso como “búsqueda” o viabilización, es decir las rutas que siguen las mujeres para adquirir información sobre los métodos abortivos y la forma de acceder a ellos.

La forma en que las mujeres significaron su experiencia de aborto está relacionada también con la forma intrincada o no con la que llegaron a concretar sus intenciones de interrumpir. Al igual que en las etapas anteriores, el patriarcado y sus múltiples expresiones para controlar el cuerpo de las mujeres, se convirtieron en obstáculos que se presentan una y otra vez, al mismo tiempo que la agencia de las mujeres, sus redes de apoyo y el acompañamiento feminista, así como la legalidad y la gratuidad, se tornaron fundamentales en el proceso decisorio y de acceso al aborto seguro que, como señalé en el capítulo anterior, no están separados sino imbricados.

Bajo la coexistencia de contextos de penalización social y despenalización legal, se identificaron resabios de la ilegalidad y los límites entre tipologías de aborto seguro vs inseguro se difuminaron, por lo cual es necesario repensar o ampliar el concepto del aborto seguro considerando aspectos psicológicos dentro de éste.

En esta investigación, donde todas las participantes acudieron a un servicio de salud público o privado, es imprescindible mirar dos elementos fundamentales en la atención en salud de forma crítica. La accesibilidad y la calidad de la atención en los servicios de aborto, aspectos que se encuentran interrelacionados, ya que la accesibilidad es un requisito indispensable para evaluar la calidad. El primer aspecto, la accesibilidad, -que es una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias por su impacto en la salud-, tradicionalmente había sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, limitándose así a un problema de oferta. Esta tesis comparte la perspectiva de los trabajos de Landini, González y D’amore (2014) y Comes et al. (2007) que conciben a la accesibilidad como un concepto relacional centrado en la articulación o ajuste, entre las características de los servicios y sus profesionales, y las necesidades y características de la población, que permita una atención que beneficie a las usuarias/os, aclarando que no es suficiente con acceder al sistema de salud, sino a las beneficios que éste puede proveer, y que las personas usuarias también son constructoras de accesibilidad en su calidad de agentes. Teniendo en cuenta esto, Comes et al (2007) hablan de “accesibilidad ampliada”, que abarca todo el proceso de atención y, en el caso que me ocupa, finalizaría hasta que a las mujeres les confirman que el procedimiento de interrupción del embarazo ha concluido.

La accesibilidad está compuesta por varias dimensiones: geográfica, financiera, administrativa, cultural y simbólica, lo que permite apreciar sus correspondientes barreras de acceso, es decir, “los factores que se colocan entre los usuarios/as y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria” (Landini et al, 2014, p.232). A lo largo de esta investigación las barreras simbólicas tomaron particular relevancia, entre las cuales Comes et al. (2007) consideran al imaginario social, los discursos y las representaciones. En relación con la interrupción del embarazo, esta clase de barreras tienen como base discursos conservadores sobre la vida, -como el relacionado con la vida fetal- y mitos contruidos para inhibir el ejercicio del derecho de las mujeres; estas barreras simbólicas, a su vez, generan barreras emocionales, como el miedo a perder la vida, a la infertilidad, a secuelas, al trauma psicológico o al castigo. Además, la percepción de los servicios de salud y la apropiación subjetiva de los derechos sexuales y reproductivos, también podrían funcionar como barreras de acceso, en especial a los servicios públicos.

La calidad de la atención del aborto, por otro lado, es un segundo elemento que permite analizar de forma crítica los servicios, ya que su garantía es parte del derecho humano a la salud y tiene un impacto importante en el bienestar de las usuarias; investigaciones recientes señalan que los esfuerzos de quienes apoyan el derecho al aborto seguro y el cambio legal, también deben incluir este aspecto, ya que no se limita a la seguridad en términos médicos (Darney et al., 2018). Cabe señalar que, en este rubro, se ha puesto más atención a lo que constituye una buena experiencia de parto que a la calidad en los servicios de aborto ya que, el primero, se percibe como algo natural y jubiloso, mientras que el aborto está estigmatizado (Altshuler et al., 2017).

Las miradas críticas feministas en América Latina son sumamente útiles para analizar la calidad de la atención en salud desde una perspectiva psico-social y de género, al poner “énfasis en la satisfacción de necesidades y en la potenciación de la condición humana” (Matamala y Maynou, 1996, p.86), tomando como punto de partida la noción de salud integral, la eliminación las distintas formas de discriminación y “el modo en que las asimetrías sociales entre mujeres y hombres determinan diferencialmente el proceso de salud-enfermedad-atención” (Tajer, 2013, p. 18).

También debemos tener en cuenta que, de acuerdo con Tajer et al (2013), existen dos paradigmas en la atención de la salud de las mujeres que incluyen prácticas y discursos. El primero, el paternalista/asistencialista o “materno- infantil”, que mira a las mujeres como madres, esposas y amas de casa, favoreciendo vínculos de dependencia e infantilización y la naturalización de las mujeres como cuidadoras y, el segundo, alternativo, que ubica a las mujeres como “un grupo social que padece condiciones opresivas”, con necesidades diversas y en el que elementos como la participación, la privacidad y la humanización son importantes.

Matamala y Maynou (1996) definen como buena atención en salud “aquella que provee el máximo bienestar a la persona usuaria, desde el punto de vista de sus necesidades,



de sus derechos humanos, sus expectativas y de su empoderamiento” (p.86). El empoderamiento en la atención de la salud de las mujeres implica “apropiación de sí misma. Esto es, afirmación de su corporalidad, su sexualidad, su autoestima, sus decisiones y su ciudadanía, las cuales han sido negadas en el proceso de construcción de su identidad genérica” (p.86). Los componentes de la calidad de la atención en salud y en relación con el aborto serán detallados más adelante, en la sección correspondiente.

## **6.1 BARRERAS Y FACILITADORES EN EL ACCESO AL ABORTO SEGURO**

Aunque lo lógico sería que, en un contexto donde el aborto es legal, el acceso a la interrupción del embarazo fuera fácil, no siempre fue así. En la mayoría de los relatos de las usuarias, identifiqué barreras en el acceso a la interrupción del embarazo, las cuales pueden ser consideradas como retos a tomar en cuenta en la implementación de esta política pública a modo de retroalimentación para la mejora de los servicios a partir de la experiencia de estas usuarias, sin por ello dejar de reconocer los innegables avances en materia normativa y de calidad en los servicios de aborto legal en la Ciudad de México.

La “carrera de obstáculos”, que inició con las barreras simbólicas (ver capítulo 4), construidas a través de los discursos e imágenes que escucharon y observaron desde niñas y que se tradujeron en miedos y culpas, continuó en el proceso decisorio y en la búsqueda de servicios públicos y/o privados, con una diversificación de barreras que el discurso conservador impuso. Y aunque todas las participantes atravesaron esta “carrera de obstáculos”, otros ejes de opresión como la edad o la clase social también se evidenciaron, haciendo la experiencia más difícil. Todas estas barreras que no operaron aisladas, las expusieron a realizarse un aborto inseguro o a continuar un embarazo que no deseaban.

En los 14 casos que integran esta investigación, distintos elementos y actoras se entremezclaron con los obstáculos, facilitando que ellas finalmente accedieran a un aborto seguro; entre éstos podemos mencionar: la información que obtuvieron en internet, las amigas, las organizaciones feministas, su conciencia de género, capacidad de agencia, la despenalización del aborto y el debate al que dio a lugar. Ya he profundizado en algunos de éstos anteriormente ya que estuvieron presentes desde el inicio del proceso decisorio. A continuación, abordaré las barreras de acceso y los distintos elementos o actoras/es lo facilitaron.

### ***6.1.1. Barreras relativas a la falta de información o difusión***

La mayoría de las participantes sabían que la interrupción del embarazo era legal en la Ciudad de México y tenían noción de que tenían un número de semanas de gestación limitado o sobre la gratuidad del servicio, como se mencionó en el capítulo 5, pero no tenían información específica sobre las Clínicas de Salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que proporcionaban la atención, sus requisitos y horarios; asimismo, desconocían los procedimientos seguros para la interrupción, enfatizado de manera casi uniforme en un “no tenía idea”; también fue frecuente que confundieran la aspiración manual

endouterina con el legrado o que su primer referente fuera este procedimiento obsoleto, difundido por el discurso conservador y que ya no se realiza en los servicios públicos. Esta ausencia de información sobre los procedimientos, también se ha documentado en otros países como Brasil (Mendes y Orosky, 2014; Silva, 2014).

*Por mucha información que tenía, no sabía a dónde ni con quién acudir... ¿debía ir con mi ginecólogo?, ¿debía ir a algún hospital del gobierno de la ciudad?, ¿me iban a hacer un legrado? (Andrea, narrativa escrita).*

*El procedimiento yo no sabía cómo era, yo cuando llegué, yo no sabía que te daban pastillas, yo no tenía ni idea. Yo nada más sabía como estas imágenes de la iglesia... (María, narrativa oral).*

*Porque buscando en internet, supuestamente había unas clínicas en las que te atendían. Por mi casa, hay una clínica nueva, era una de las nuevas que había hecho el gobierno, en internet aparecía esa clínica, yo cuando yo acudí, me dijeron “es que ya no dan el servicio aquí, te damos el número, ahí te van a dar toda la información que necesites”, me salí de la clínica y marqué de inmediato. (Angie, narrativa oral).*

Esta falta de información y difusión del aborto legal, seguro y gratuito, responsabilidad de las instituciones de la Ciudad de México, derivó en la visita de algunas participantes a varias unidades de la Secretaría de Salud, lo cual evidenció la capacidad de agencia de las mujeres, ya que en su intención de abortar la búsqueda de información se vuelve imperante y en algunos casos se convierte en un interés que continuó después de la interrupción. En concordancia con ello, Szwarc y Fernández (2018) señalaron que, “las mujeres que abortan no esperan pacientes, se convierten en agentes de sus experiencias: buscan información, construyen vínculos, tejen redes, etc” (p.94).

Sin embargo, la dificultad para encontrar una clínica que les proporcione la atención, las afectó emocionalmente, sus temores crecieron y, la idea de resignarse a continuar un embarazo que no deseaban surgió:

*Uno de los temores cuando no me atendían, es “no me lo voy a poder realizar”; otro temor es... verme a futuro y verme toda amargada, amargada, porque me había traicionado a mí misma, y precisamente cuando me estaba según resignando, crecieron todos esos temores. (Jimena, narrativa oral).*

Algunas participantes tenían noción de que existen medicamentos para interrumpir el embarazo, pero no sabían sus nombres ni conocían las dosis, aunque sabían de amigas o compañeras que las habían conseguido en un contexto de ilegalidad.

*Sí sabía que había una pastilla abortiva, pero no estaba bien informada de cuándo se podía hacer, si a las dos semanas (Andy, narrativa oral).*

*Conozco casos de chicas en provincia que lo que han hecho es irse a un hotel, en el hotel hacen todo, yo creo que también eso, los casos que conocía yo de aborto eran*

*con pastillas conseguidas de manera ilegal, no que se las haya dado una clínica ni nada (Fabiola, narrativa oral).*

Las participantes que vivían en la Ciudad de México desconocían también la existencia de organizaciones que daban acompañamiento y en algunos casos no tenían conocimiento del acoso que las organizaciones conservadoras realizan afuera de las clínicas.

*Yo no conocía nada, nada, nada, sabía que era legal aquí en México, sabía que era gratuito en las clínicas, que depende de tu situación económica. Pero de ahí en afuera, yo no sabía que había organizaciones, yo lo empecé a descubrir después, cuando mi necesidad de entender empezó a ser tan fuerte, de tener más información, de entender lo que está pasando. Ahora ya sé que existe Fondo María, o de la otra parte, de 40 días por la vida<sup>26</sup>. Todo esto me empecé a enterar después (Fabiola, narrativa oral).*

No debemos olvidar que esta ausencia de información relativa a la interrupción del embarazo también fue una expresión del silencio sobre el tema y que se relacionó con sus miedos e incertidumbres. Szwarc y Fernández (2018) señalan que existe un contexto de “doble invisibilización”: ocultar la práctica y omitirla en el discurso. Pecheny (2005) señala que como no se puede legitimar el aborto, pero tampoco se puede eliminar, entonces “se evita” practicarlo, hacerlo público o pensarlo.

¿Y dónde sí encontraron información? En algunos casos, el primer lugar donde encontraron información fue internet, en especial para las participantes que vivían en otras entidades federativas y, en otros casos fue en ILETEL (Línea de apoyo para la interrupción legal del embarazo) según relataron algunas participantes que vivían o estudiaban en la Ciudad de México. La información que obtuvieron a través de estos medios fue útil para buscar diferentes opciones de servicios médicos y de procedimientos, y sentirse tranquilas.

*Me orientaron y atendieron tan bien (en ILETEL), tan amablemente, atentamente, resolvieron todas mis dudas y sobre todo, me hablaron en un tono tranquilizante y cuidadoso, haciéndome sentir segura y tranquila sobre mi decisión (Fabiola, narrativa escrita).*

La página de *Women on Web* -organización holandesa pionera en información sobre aborto con medicamentos-, fue un recurso fundamental para las mujeres mexicanas que no vivían en la Ciudad de México, que no contaban con redes de apoyo o que buscaban información sobre otras experiencias de interrupción.

*Por ejemplo, un gran apoyo, fue la página Women on waves, todavía le hacían falta preguntas, yo me acuerdo cuando me metí a leer sus preguntas y tienen una sección de casos, y me metí a leer caso por caso, para ver si encontraba un caso similar al*

---

<sup>26</sup> “40 días por la vida”, es una campaña internacional, en la cual realizan vigiliias de ayuno y oración afuera de clínicas públicas y privadas que realizan la ILE. Surge en 2004 en Estados Unidos y en 2014 llega a México.

*mío, que me hiciera sentir más tranquila; Women on waves a mí me ayudó muchísimo (Fabiola, narrativa oral).*

Las amigas, a partir de su experiencia o de información que poseían, brindaron información valiosa sobre los procedimientos seguros, que contrarrestó el discurso conservador que posiciona al legrado como única posibilidad.

*No había escuchado nada, bueno salvo el típico legrado y los videos horribles de partes de bebés... Con esta amiga, cuando le comento que tengo sospechas de estar embarazada, ella es la que me dice “hay varios métodos” .... Fue ella la que me dijo, que el aborto no es solo de una forma, que había varias formas, que ella había elegido un método y que era el que me recomendaba, que fue la aspiración (Andrea, narrativa oral).*

### **6.1.2 Las barreras administrativas en las clínicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

El horario, el número limitado de fichas y la suspensión de actividades en las clínicas, fueron referidas por algunas participantes como barreras para el acceso al aborto. Hubo casos en que ellas tuvieron que llegar de madrugada o pernoctar afuera de las unidades de salud de la Secretaría de Salud para alcanzar ficha o tuvieron que acudir en una segunda ocasión porque el número de fichas que se repartió fue insuficiente; Angie calculó cuando le pregunté que, aproximadamente 20 mujeres después de ella, fueron rechazadas de la unidad de salud y que algunas fueron interceptadas por los grupos conservadores.

*Cuando llegué ahí, me dijeron “ya no hay fichas, tienes que venir otro día”, me parece que eran los martes y los viernes que se daban las citas, cuando me dijeron eso... me preocupé por mi situación “y ahora qué voy a hacer”, porque yo no pensé que fueran 10 fichas. Son bien poquitas para cuántas mujeres que vienen a realizar el proceso.... Más de 20 mujeres aproximadamente, más aparte las que convencían de que no hicieran el proceso. (Angie, narrativa oral).*

*Pero en ese transcurso, que yo estuve en la madrugada, yo llegué a la clínica como a las 5... yo tuve la ficha cinco, pero atrás de mí llegaron muchísimas desde las 5 hasta como las 10 de la mañana, llegaban muchas. No sé a cuantas rebotaron, pero seguramente por la cantidad de fichas que daban en ese momento, muchas mujeres o abortaron en privada o algunas mejor decidieron tener a su hijo, no sé cómo le hicieron (Quetzalli, narrativa oral).*

Fabiola encontró la clínica cerrada, por lo que buscó un servicio privado y contó con los recursos económicos para pagar la atención.

*“¿ahora cuál clínica? ¿Cuál es la más segura? Que no me hagan daño, que lo hagan de una manera muy segura y que no me lastimen, no tengo idea de qué me van a hacer”. Y dije, sabes qué, lo que cueste, yo la había visto anunciada en todas partes,*

*de toda la vida, creo que debe ser un lugar confiable, y voy a ir ahí (Fabiola, narrativa oral).*

El miedo a tener un hijo/a y a continuar un embarazo que no era viable o no deseaban, fue una emoción que funcionó como dispositivo regulador que surgió en algunas participantes al no poder detener el embarazo o no saber si concluyó el procedimiento de manera efectiva. Este miedo es una condición para que se despliegue su capacidad de agencia que las lleva a superar otros miedos y a buscar otros lugares donde puedan ser atendidas.

*Lo único que tenía temor era de que, como ese día que fui a la clínica a que me hicieran el ultrasonido y estaban cerrado, dije chin ahora qué voy a hacer y sí me angustié bastante, hasta que recurrí a la ginecóloga, que se tardó porque andaba fuera y fue como de “qué hago, qué hago” (María, narrativa oral).*

*Estaba nerviosa y con miedo de no ser atendida, de que siguiera pasando el tiempo y estas células dentro de mí siguieran creciendo. (Fabiola, narrativa escrita).*

Esta barrera ligada a la limitada oferta de servicios públicos, ha sido reconocida en otros momentos por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y, se relaciona con el hecho de que la ILE solo puede ser practicada por médicos, por lo que se ha propuesto como alternativa, capacitar a personal de enfermería con base en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de investigaciones recientes, para que pueda proveer el aborto con medicamentos (Schiavon y González, 2017).

### **6.1.3 Accesibilidad y ejes de opresión**

Las siguientes tres barreras de acceso estuvieron relacionadas con otros ejes de opresión; aun cuando este trabajo no fue diseñado con una perspectiva interseccional, fue muy importante revelar cómo la edad, la clase, el estado donde radicaban o el tipo de actividad que realizaban las participantes jugó un papel importante en el acceso; sin duda, también es importante considerar la falta de recursos económicos, la necesidad de autorización de los padres o tutores o bien, la falta de redes sociales derivada del aislamiento que implicó el trabajo doméstico no remunerado, como elementos importantes desde una aproximación feminista situada. El conocimiento situado, como una herramienta fundamental en la investigación feminista, es indispensable para una mayor profundización en las trayectorias y experiencia abortivas.

**Los recursos económicos.** El aborto sigue siendo un tema de justicia social y el acceso a un procedimiento seguro se mantuvo como un privilegio en muchos casos. Cabe recordar que al momento del embarazo algunas participantes estaban desempleadas, otras eran estudiantes dependientes económicamente de sus padres y otras eran profesionistas con ingreso propio o recibían una beca por sus estudios, pero los ingresos eran muy variables entre ellas. Quetzalli, una de las participantes que tenía menos recursos económicos, además de enfrentar otros obstáculos, se vio expuesta a las barreras económicas. Ella residía en el Estado de México y no estaba enterada de la gratuidad de la atención en algunas clínicas de

salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de la CDMX aun viviendo en otro estado; ella relató que, la trabajadora social del hospital de la Secretaría de Salud, además de intentar disuadirla, le impuso una cuota de más de \$3000:

*Lo que te narraba en el escrito, esto de que voy a la clínica del DF y es todavía más caro que en la clínica privada, sí se me hace una traba económica, me parece muy bien que sea gratuito para mujeres en el DF pero creo que sí definitivamente, si no eres del DF, sí te ponen una traba económica, o sea, el costo que a mí me daban en ese tiempo, si lo hacían evaluando a una mujer que no tiene mucho recurso económico, no creo que me hayan visto “tiene un buen, entonces le cobramos casi 4000 pesos” (Quetzalli, narrativa oral).*

Quetzalli también reflexionó sobre las barreras económicas para el acceso que dificultan la experiencia de mujeres de escasos recursos económicos o que no vivían en el Distrito Federal, en un contexto de desempleo, precarización y crisis económica.

*Supongo que hay muchas mujeres hasta con menos recursos que yo a las que se les cierra esa puerta... Honestamente creo que, si yo la viví mal, siendo del estado de México, creo que las mujeres que viven en ...todas las demás entidades federativas, la deben pasar mucho peor. ...estamos hablando de que estas mujeres tienen que gastar 6000 pesos y honestamente creo que muchas mujeres no lo tienen, si pensamos cuáles son los salarios, si pensamos que en el sur son de las zonas empobrecidas de México. (Quetzalli, narrativa oral).*

“Se les cierra esa puerta”, dice Quetzalli y, retomando su metáfora, cabe reflexionar sobre qué podemos hacer para abrir las puertas, ¿qué podemos hacer para que las mujeres no sientan que las puertas del acceso al aborto seguro se les cierran a cada segundo y que el tiempo pasa inexorable? La despenalización del aborto ha sido fundamental pero, mientras se encuentren los mecanismos para abrir las puertas para todas las mujeres, y puede ser que pase mucho tiempo para ello, la labor de las organizaciones y colectivos feministas en el acompañamiento con medicamentos y el apoyo económico que brindan a algunas mujeres para el acceso a la ILE sigue siendo indispensable, sin olvidar el papel de las distintas dependencias en la Ciudad de México para el acceso y la difusión de su gratuidad.

A diferencia de Quetzalli, para algunas participantes que vivían en la Ciudad de México, el tener los recursos económicos facilitó su acceso a un servicio privado; en estos casos, el tiempo que tardaron fue aproximadamente de una semana o menos, entre la decisión y la realización del procedimiento abortivo. Andy y Fabiola, que tenían mayores recursos económicos al momento de la interrupción, dijeron lo siguiente:

*Nada como tomar tu coche, tomar tus decisiones y pagar con tu tarjeta de crédito; en ese momento necesitas resolver las cosas, tener varias opciones (Andy, narrativa oral).*

*Yo pagué mi interrupción completa y también fue algo que me hizo sentir muy bien, decir esto es mío, es mi decisión y me la estoy pagando yo, y al mismo tiempo darme cuenta de lo privilegiada que estaba porque yo tuve dinero para sacar y pagar la interrupción, mucha gente no (Fabiola, narrativa oral).*

Contar con ahorros o tener un ingreso mensual propio facilitó su acceso a clínicas privadas sin tener que romper el silencio y así poder vivir con mayor tranquilidad la búsqueda del servicio; sin embargo, esto no las exentó de vivir violencia obstétrica, fallas en la calidad de la atención o incurrir en gastos excesivos.

*En todo este proceso me gasté 15,000 pesos, sinceramente es muchísimo, porque fui a una doctora, me dice una cosa, voy con otro doctor otra cosa, me hacen estudios, de tres consultas son 3,000 pesos, más los estudios ahí ya llevaba \$5000, las pastillas más lo otro que fueron 2,500, más las consultas de revisión con mi ginecólogo, sí me gasté de 10,000 a 15,000 en este proceso de estar viendo que todos cuajaran [eran] (Andy, narrativa oral).*

En el caso de Andrea, a pesar de que no tenía un trabajo en el momento de la interrupción, las enseñanzas sobre independencia económica aprendidas en su niñez tomaron relevancia:

*Y ahí es cuando comprobé lo que me dijo mi mamá: “siempre es bueno que tú tengas tu propio dinero”; porque el procedimiento solito me salió en 7,000 pesos incluyendo la vacuna. Si no tuviera yo dinero de ahorros y demás, no lo hubiera podido pagar. A quién le dices, “fíjate que voy a interrumpir mi embarazo, necesito dinero”, aunque no trabajaba tenía ahorros, esa parte fue importante. (Andrea, narrativa oral).*

¿Quién paga la interrupción y/o el traslado?, es una pregunta relevante no solo en términos de acceso, sino que también da cuenta del apoyo tangible con el que ellas contaban. En el caso de María y Angie la atención fue gratuita, mientras Lis, Quetzalli, Jimena y Paulina recibieron apoyo económico parcial o total de familiares o amigas y Rosa, Dany y Violeta de organizaciones de la sociedad civil para el traslado y/o el procedimiento. Solo Lis y Karla reciben apoyo económico de su pareja para el acceso a un servicio privado.

*Si bien yo veo como el que haya habido una clínica gratuita la posibilidad de hacerlo para mí saludablemente, sin consecuencias mayores, él lo vio pues como algo mucho más cómodo, para no responsabilizarse del embarazo. (María, narrativa oral).*

Los recursos económicos con los que contaban también influyeron en la decisión sobre el tipo de servicio (público o privado) al que ellas accedieron; algunas participantes no pensaron en los servicios públicos como primera alternativa, priorizando otros elementos de la atención como el trato respetuoso; otras accedieron a los servicios privados como última instancia por las barreras de acceso o la violencia institucional en los servicios públicos, mientras que otras descartaron los servicios privados por sus costos.

*Habíamos ubicado una clínica privada, creo que nos fuimos mucho por los años de experiencia, ... que está en otros países, no solo en México, no sé muy bien el origen, era importante para nosotros, un espacio que hoy por hoy se dedica a dar este servicio, y checas como esta parte de en general como le ha ido a la gente, las experiencias son de que es muy respetuoso el asunto, no juicioso, no te cuestionan (Healy, narrativa oral).*

**La penalización del aborto en el resto del país.** Sin duda, el hecho de que las mujeres pudieron acceder a la interrupción legal y segura del embarazo, les presentó una mejor alternativa que el riesgo de un procedimiento inseguro y/o clandestino o la criminalización a la que pudieron verse expuestas en los estados en los que radicaban. Sin embargo, esto presentó dificultades adicionales como destinar tiempo para viajar o ausentarse de sus trabajos, erogar más recursos económicos y encontrar quién cuide a sus hijos/as si los tenían, entre otras cosas. Como señala Martha Rosenberg (2013) “la penalización impone sufrimientos, muertes, humillaciones que afectan las vidas de las mujeres” y que generan la responsabilidad estatal, social y política por la vulneración a estos derechos (p.103).

Algunas de las participantes que no vivían en la Ciudad de México, viajaron entre 4 y 7 horas para llegar a las clínicas; parte o la totalidad del viaje y de los servicios fue pagado por organizaciones feministas de la sociedad civil y, en algunos casos, tardaron entre tres semanas o un mes en acceder al servicio desde que confirmaron el embarazo. En un contexto restrictivo, Maroto (2011) identificó que las mujeres que no tenían contactos claves que les proporcionaran información para el acceso, tardaron entre una y ocho semanas en acceder a la interrupción.

Paulina interrumpió en Chiapas, en una clínica segura, pero en un contexto restrictivo, apoyada por una amiga activista, evidenciando que, las organizaciones y colectivos feministas, el apoyo y la sororidad, fueron fundamentales e indispensables para lograr el acceso bajo estas condiciones, como también lo reveló Rosa:

*Había pasado como una semana entre si sí o si no; en lo que contactamos a esta persona fue otra semana; luego que vi que no funcionaron pasó como otra semana; unos dos días después contacté a X (una organización en Querétaro), y ese mismo día o al día siguiente en la tarde me marcó para decirme el número, marqué el jueves en la mañana (Rosa, narrativa oral).*

Un itinerario complicado, primero por la toma de decisión y luego por el uso fallido del aborto con medicamentos, hizo que Rosa llegara en el límite de tiempo para la interrupción legal, por lo que es rechazada en los servicios públicos de salud y fue atendida en un servicio privado.

Fabiola, quien viajó a Monterrey cuando el procedimiento con medicamentos no había concluido, deja clara la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres en movilidad constante, en un país con altas tasas de migración interna o de millones de mujeres que viven



en estados donde el aborto está penalizado, dificultando el acceso al aborto seguro, a la atención oportuna y adecuada e incluso a la información si las mujeres presentan alguna complicación. Las problemáticas identificadas en la calidad de la atención en este caso serán abordadas más adelante.

*Tenía mucho miedo, según yo en Monterrey no existe un lugar al que pudiera recurrir si tenía dudas o me pasaba algo. (Fabiola, narrativa escrita).*

*A los tres días (después de una segunda dosis de medicamentos) me fui a Monterrey, el estado más mocho de los mochos, obviamente no hay nada en donde te puedan apoyar, y yo decía ¿y si me pasa algo? ¿si no se me salió? ¿y si sigo embarazada y el tiempo sigue pasando?, ese mes fue horrible. Yo sangre durante un mes completo... (Fabiola, narrativa oral)*

A través de estos relatos podemos ver como este contexto restrictivo expuso a las mujeres a realizarse un aborto en condiciones inseguras, ya que como Chaneton y Vacarezza (2011) señalaron, la prohibición afecta las condiciones más que la práctica y la pregunta que se plantean Lerner, Gillaume y Melgar (2016) hace total sentido: “¿acaso puede hablarse de igualdad cuando por medio de las leyes se crean ciudadanas más libres y menos libres según la entidad federativa donde viven?” (p. 108).

Algunas mujeres que vivían en la Ciudad de México, también están conscientes de los riesgos de vivir en un contexto restrictivo.

*Me sentía sumamente agradecida por vivir en la Ciudad de México, ya ni siquiera por vivir en Ecatepec, por vivir en la Ciudad de México por poder tomar un metrobus, y llegar en 20 minutos; por tener una opción de clínicas.... Es así, claro que hubiera sido una experiencia horrible, yo no me quiero imaginar por lo que están pasando muchas mujeres, horrible. (Fabiola, narrativa oral).*

**Ser menor de edad o ser joven.** Lis además de ser menor de edad al momento de la interrupción y necesitar la autorización de su padre para la interrupción, no tenía claridad de que los servicios para la interrupción solo se proporcionaban de forma local y no federal, en primera instancia buscó acceder a la interrupción con su ginecólogo particular quién le propuso realizar un procedimiento inseguro, ella se negó y finalmente accede a un procedimiento seguro con otro ginecólogo.

*No, no me llamaba la atención [acudir a un servicio público], es que igual, también creí que era difícil, me comentaron que me fuera al Hospital de la Mujer, pero creo que te hacían todo un estudio, lo que menos quería era perder tanto tiempo, ... no quise ir porque dije, - soy menor de edad me van a decir que traiga a algún familiar que sea mayor de edad ¿quién? Mi papá- [risa sarcástica] (Lis, narrativa oral).*

Al respecto, los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la interrupción legal del embarazo, en su actualización publicada el 25 de abril de 2018, establecen que “la menor de edad, mayor de 12 años podrá

presentarse acompañada de su padre, madre y/o tutor, ante la falta del padre, madre y/o tutor, se solicitará el apoyo del personal de la Procuraduría de la Defensa de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en la Ciudad de México”, aunque este “podrá” en los hechos se traduce en un requisito para las unidades de la Secretaría de Salud y así se difunde en la página de internet oficial del programa <sup>27</sup>. El requisito de ser acompañadas por sus padres, entendido como una restricción legal, también puede estar vinculada con el bajo porcentaje (6.4%) de mujeres menores de 18 años que han accedido a la ILE como lo señalan Schiavon y González (2017).

En coincidencia con la experiencia de las participantes, cuyos relatos incluyo en esta sección, Darney et al. (2016) señalaron que las mujeres más jóvenes, más pobres, con menores niveles educativos y que residen en otros estados tienen un mayor riesgo de llegar tarde a los servicios o de no recibirlos, lo que las dejaría en mayor vulnerabilidad de realizarse un aborto inseguro y a las complicaciones derivadas de ello. Estudios en otros países donde el aborto es legal (Hung, 2010, en Purcell, 2015), también han identificado que barreras como el consentimiento de los padres o los altos costos dejan como única alternativa buscar abortos ilegales o inseguros.

Para superar estas barreras relacionadas con la edad o la clase, algunas participantes tuvieron que romper el silencio de manera forzada y hablaron sobre la decisión de interrumpir el embarazo en esta fase de la trayectoria abortiva, aún ante el temor al juicio de sus familiares, lo que dificulta también el bienestar emocional y la privacidad de la decisión de las mujeres. Esta ruptura del silencio también puede ser vista, sin embargo, como una muestra de su capacidad de agencia en la búsqueda por interrumpir un embarazo que no desean.

Jimena relató que cuando ella tenía 19 años, al no contar con recursos propios ni con el apoyo de su pareja en su primera interrupción del embarazo, decidió contárselo a sus papás. Para las mujeres jóvenes, como hemos visto en el capítulo anterior, revelar su embarazo implicó evidenciar que tienen vida sexual activa y romper con la normatividad del ejercicio de la sexualidad dentro del matrimonio, por ello temieron la sanción social acompañada de repercusiones en sus proyectos de vida al depender económicamente de sus padres, sin embargo, contrario a lo que ellas inicialmente pensaron, en la mayoría de los casos sus familias las apoyaron.

*En ese momento, me cayó ese veinte “qué onda”, y es cuando supe “le tengo que decir a mi familia, si quiero buscar apoyo, tiene que ser con mi familia, con mis amigos”; ni modo, enfrentar la situación, que si quieres interrumpir también vas a enfrentar y entonces es que decidí decirle a mi familia. (Jimena, narrativa oral).*

*Y mi papá casi no lo había visto llorar, como que mostraba menos sus sentimientos, ya sabes. En ese momento, me apoyó también, “y qué quieres hacer”, en ese momento*

---

<sup>27</sup> <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>

*yo traía la información del Hospital, es que se necesita que firmes. (Jimena, narrativa oral).*

Quetzalli, debido a las dificultades económicas para pagar la interrupción del embarazo, se vio obligada a revelar su embarazo y su intención de interrumpirlo a uno de sus hermanos para pagar la interrupción

*Esa cuestión del dinero me presionó mucho, como no tenía dinero, pues el hecho de tener que ir a hablar con mi hermano, lo que te escribía, es una figura de paternidad, yo no sabía cómo iba a reaccionar él, si me iba a decir “no, eres una tarada, para qué te embarazas”, me daba miedo enfrentarme eso. (Quetzalli, narrativa oral).*

Por otra parte, el caso de Lis, ejemplificó lo que otras participantes anticiparon y querían evitar cuando guardaron silencio ante sus familias: la intención de intervenir en su decisión. Por momentos, la decisión y la experiencia de Lis intentaba ser expropiada por otros/as, pero ella se mantuvo y consiguió el apoyo parcial de su familia, dando muestras de su agencia personal.

*Cuando le conté a mi familia cuál era mi decisión, todos volvieron a ponerse en mi contra, a quererme hacer entrar en razón y a decirme que mi santa madre no hubiera estado de acuerdo en que yo hiciera eso. Todos diciéndome que me iban a apoyar cuando tuviera al bebé, que no le iba a faltar nada y que tal vez si por la interrupción hasta podía quedar estéril (...) Comencé a estresarme y les dije “¡entiendan que es mi vida, mi cuerpo y no estoy dispuesta a vivir la vida que ustedes creen que es la mejor, no es cierto yo no soy feliz y no lo voy a tener o me apoyan o no!”, al final todos dijeron que sí. (Lis, narrativa oral).*

A excepción de ellas, las demás participantes no comentaron sobre el embarazo o la interrupción hasta este momento a sus familiares. Fabiola, que contó con el apoyo de amigos/as prefirió no compartirlo en el ámbito familiar hasta que la interrupción concluyó.

*Desde el primer momento supe que no lo mantendría en secreto y por lo mismo, lo hablaría con mi familia. En el momento, decidí no compartir lo que me estaba pasando con mi familia. La decisión estaba tomada, es mi cuerpo, mi vida. Quise ser responsable y resolverlo por mí misma, porque es mi vida. Esperé a sentirme tranquila y estable emocionalmente para platicarle a mi familia (Fabiola, narrativa escrita).*

A partir de esta narrativa, señalo que el silencio puede no ser negativo en todas las ocasiones, puede ser útil para protegerse de posibles discursos conservadores hasta que ellas “acomoden la experiencia” y estén listas para enfrentar las críticas hacia ellas.

#### ***6.1.4 La objeción de conciencia o el maltrato del personal de salud.***

Algunas participantes enfrentaron la objeción de conciencia de sus ginecólogos particulares o de forma velada en los servicios públicos y privado. Andy recibió la negativa de su

ginecólogo particular para interrumpir su embarazo, por lo que acudio a dos servicios médicos privados más en donde le dieron diferentes diagnósticos e indicaron diferentes procedimientos. Ante todos los obstáculos, la capacidad de agencia de las participantes tuvo un papel fundamental para que lograran finalmente el acceso a la interrupción, por ejemplo, reflejada en la expresión asertiva y clara de Andy.

*Fui con mi ginecólogo, no estaba a favor, sentí luego luego, porque me decía “espérate, espérate”, y yo le dije “doc, hago lo que usted me diga”, porque es muy bueno, yo le confié mucho, “el procedimiento que usted me diga, que quiera hacer siempre y cuando teniendo en cuenta que no quiero tener al bebé, no quiero seguir con el embarazo, si tú me dices que me espere para que después hagan no sé qué”,... lo entendió cuando lo hablé tan straight (Andy, narrativa oral).*

El ginecólogo de Lis también era objetor, pero hizo una excepción o tal vez un pacto patriarcal porque conoce a la familia del novio.

*Él [su ginecólogo] no es tan devoto de estar haciendo eso, él me lo hacía porque era amigo del papá de este chavo, él me dijo, “yo te lo hago porque los conozco”, pero mientras a mí no me gusta hacerlo, él también tenía también ese conflicto (Lis, narrativa oral).*

La objeción de conciencia, definida como la negativa a acatar órdenes o leyes o a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos, que ya había sido identificada como un obstáculo en distintos estudios y por la misma Secretaría de Salud de la Ciudad de México toma particular relevancia en el contexto mexicano ya que, recientemente, fue aprobada y ratificada su inclusión en la Ley General de Salud, para el personal médico y de enfermería. Si bien en esta modificación a la Ley se estipula que no aplicará en casos de emergencia o si el/la paciente está en riesgo, en los hechos la aplicación de esta ley seguramente tendrá como consecuencia la muerte de muchas mujeres.

La objeción de conciencia también puede expresarse a través de: 1) un discurso conservador de las y los prestadores de salud que busca hacer desistir a las mujeres o hacerlas sentir mal y 2) violencia y maltrato institucional; estas dos vertientes de objeción de conciencia serán discutidas en la sección donde analizo la calidad de la atención, pero es necesario reconocerlas también como obstáculos para el acceso, si partimos de la idea que el acceso termina hasta la confirmación de la interrupción del embarazo. Por ejemplo, Quetzalli, quién alcanzó ficha y accedió inicialmente al servicio, ya dentro del hospital de la Ciudad de México se enfrentó a la objeción de conciencia velada de la enfermera.

*Nunca nos dijo “no aborten”, ahh porque nos dio la consejería a las cuatro chicas que obtuvimos la ficha. Nunca nos dijo “no aborten, deberían ser madres”, pero yo sí sentía que la información que nos daba, yo la comparaba con la que me daban en el servicio privado y yo sí sentía que esas cosas que decían si te meten miedo. (Quetzalli, narrativa oral).*

Schiavon y González (2017) señalan como un reto para garantizar el acceso oportuno y universal a los servicios, la incorporación de un número mayor de profesionales, así como “superar los obstáculos derivados del estigma y la objeción de conciencia” (p.46). Además, no debemos olvidar que los grupos conservadores han sido los principales promotores de la objeción de conciencia desde la aprobación de la interrupción del embarazo<sup>28</sup>.

#### ***6.1.5. La presencia de los grupos neoconservadores y las estrategias de defensa de las mujeres.***

Una expresión fuertísima del discurso patriarcal religioso fue la presencia de los grupos conservadores en el momento en que llegaron a los servicios tanto públicos como privados y fue un obstáculo importante para el acceso al aborto seguro y el bienestar de las mujeres, por ello le dedico una mayor extensión debido a su importancia y particularidad, ya que si bien las usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva pueden enfrentar algunos de los obstáculos antes mencionados, este es específico a la interrupción del embarazo. En otras investigaciones también se ha documentado el acoso de los grupos conservadores en otros países (Cockrill y Nack, 2013; Kimport et al., 2012) y, en el contexto actual mexicano, la organización Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, ha realizado monitoreos sobre la presencia de estos grupos en las clínicas públicas, mientras que Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015) también lo documentaron. Desafortunadamente, no se han encontrado los recursos legales para que estos grupos se retiren.

En el capítulo dedicado al contexto ya he descrito las diferentes estrategias que utilizan estos grupos para disuadir a las mujeres sobre su decisión de abortar: ultrasonidos falsos, acoso a las usuarias y trabajadores de la salud, así como rezos día y noche afuera de las clínicas, objetos que simulan fetos e, incluso, la retención y traslado con engaños de posibles usuarias a instalaciones de organizaciones conservadoras como VIFAC<sup>29</sup> o CAM. Algunas de estas estrategias, también fueron narradas por las propias participantes. Fabiola a partir de la experiencia de una amiga, se enteró del acoso e incluso de la privación de la libertad que estos grupos realizaban al llevarlas a sus instalaciones<sup>30</sup>, dilatando el acceso al aborto seguro y generando malestar en las mujeres.

*Porque una amiga tuvo una experiencia, con engaños la mandaron a otra oficina, y le pasaron los videos y le dijeron cosas feas, cuando ella se dio cuenta, ya la tenían*

---

<sup>28</sup> El presidente de la UNPF (Unión Nacional de Padres de Familia) llamó a los médicos a recurrir a la objeción de conciencia (Viayra, 2007)

<sup>29</sup> Vida y Familia, A.C. fundada en 1985, tiene 25 casas hogar en el país. De acuerdo a su página web tiene como objetivo apoyar a mujeres embarazadas, sin embargo se ha documentado que lucran con los niños/as que las mujeres dan en adopción, convirtiéndose en la institución privada que más adopciones tramita en el país. (<https://horizontal.mx/adopcionesmexico/vifac.html>).

<sup>30</sup> Se ha documentado que las llevan a las oficinas de VIFAC, donde les ofrecen apoyo económico para continuar el embarazo.

*casi secuestrada, salió al siguiente día, y regresó al otro día a la clínica, se metió, ya no les hizo caso, se hizo su interrupción. (Fabiola, narrativa oral).*

La mitad de las participantes que acudieron a clínicas públicas se encontraron con estos grupos afuera, si bien no todas tenían claridad de quiénes eran o cómo se llamaban. Dos de ellas fueron abordadas por personas de estos grupos que intentaron disuadirlas, pero ambas los rechazaron. Para Angie, es muy importante el impacto que tienen estos grupos en otras mujeres que acudieron a las clínicas y en la dilación en el acceso a la interrupción.

*Nos encontramos con una situación, me parece que era un grupo religioso, te decían que te iban a hacer un ultrasonido gratis, porque aparte ahí te lo solicitaban en la clínica del gobierno, ese era como el gancho, ...yo entré [al lugar de los grupos conservadores] creyendo que realmente sí te pedían el ultrasonido ¿no? (Angie, narrativa oral).*

*Y ya cuando me empezaron a comentar, dije “ayy no, ya sé por dónde van”, nada más les dije “¿saben qué? gracias, no estoy de acuerdo con lo que ustedes piensan” y me salí del lugar. Ese tipo de conflicto me parece importante, porque cómo influyen en las mujeres y en las personas, en las familias de las mujeres que acuden, así sean menores de edad, no les importa eso, no les interesa el motivo por el que ellas van. (Angie, narrativa oral).*

La afectación emocional generada por estos grupos en las usuarias puede ser considerable, en especial cuando hay un mayor apego a creencias religiosas o cuando no esperaban encontrarles. Mientras tanto, las participantes que no encontraron a estos grupos se sintieron aliviadas por ello.

*Llegamos a la clínica la cual estaba tapizada de gente, y de anuncios gigantes de “¿estás segura que quieres matar a tu hijo?, de bebés descuartizados, de gente provida que pone todo eso para que te echas atrás, yo decía no, me puse así de plano de no veas porque ya estás aquí (Violeta, narrativa oral).*

*Yo cuando me enteré de eso, ya no profundicé más, pero me sentí aliviada de que ahí no hubiera (Andy, narrativa oral).*

En esta investigación, a partir de los relatos de las participantes, se lograron documentar también las estrategias de defensa de las participantes frente a estos grupos, basadas en la convicción de proteger su decisión y su proyecto de vida. Para Fabiola, saber de estos grupos con anticipación le permitió pensar cómo enfrentarlos y preparar sus argumentos.

*Hasta había pensado, porque sé que en algunas clínicas afuera hay grupos, si me topo con alguien, les decía a mis amigos “les voy a hacer la broma es el quinto y qué”, nada más para molestarlos (Fabiola, narrativa oral).*

*Yo iba lista a eso, y vi que ni en la pública ni en la privada me pasó, pero yo iba lista de “no me voy a quedar callada, y voy a levantar la cara, y le voy a decir no me importa, es mi cuerpo”, pero no pasó (Fabiola, narrativa oral).*

Rosa y Dany se enteraron de la presencia de estos grupos cuando recibieron el acompañamiento de las organizaciones feministas y al igual que Fabiola se prepararon para enfrentarlos por lo que no lograron afectar su bienestar emocional.

Jimena al ser abordada afuera de una clínica pública, en lugar de desistir en su decisión, la reafirmó, y utilizó los conocimientos sobre desarrollo embrionario como estrategia para defenderse.

*Desde ese momento yo ya tenía mi defensa, me quiso dar una lección de sexualidad según ella, “tu embarazo, ya hay un bebé y cuanta cosa”, me empezó a decir cosas de estilo, no recuerdo muy bien con exactitud, el caso que a mí me enojó y me encendí y le comenté “¿sabes qué? a mí no me vas a decir qué hacer, yo vengo aquí bien decidida con lo que quiero, y para tu información, el producto en este momento es un embrión, sí, no es un feto” (Jimena, narrativa oral).*

Todas las participantes estaban en contra de la presencia de estos grupos; incluso, aunque no los encontraron afuera de las clínicas, les parecía absurdo que gente que ni siquiera conocen quiera intervenir en sus decisiones y esta situación les hizo sentir enojo y molestia. Este cuestionamiento a los grupos conservadores por parte de las usuarias de los servicios de ILE también fue identificado por Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015).

*Pues sí me molestó, en principio fue una situación de molestia, de enojo... cada quién es dueña de su propio su cuerpo, y se ha luchado tanto por los derechos de las mujeres, como para que una persona, una misma mujer te diga que no, que estás mal, que eso no es natural, que la naturaleza es que tengas un hijo así sea una violación (Angie, narrativa oral).*

*Que feo de pensar, que gente tan conservadora, está bien por mí pero que no afecten a los demás. Yo por mí puedes ser fiel confidente de Hitler, pero con que mi o mi familia no la afectes. Piensa lo que tú quieras, pero no afectes a la gente que no piensa así. (Andy, narrativa oral).*

Es necesario destacar la forma en que, para algunas participantes, al enfrentar a estos grupos en su narrativa demostraron sentirse y saberse propietarias de sus cuerpos. La conciencia de derechos en algunas mujeres, su capacidad de agencia, pensamiento crítico y su conocimiento sobre el desarrollo embrionario fue evidente al resistir al discurso conservador sobre el aborto expresado incluso por sus amigas, deteniendo o rechazando los juicios y la culpa -emoción íntimamente relacionada a una cultura judeocristiana-. Cabe recordar que la mayoría de las participantes en la presente investigación, señalaron no profesar ninguna religión o habían tenido desencuentros o rupturas con las instituciones religiosas.

*Los negativos, que te juzguen, yo no los tomé en cuenta. Yo dije, “es una decisión que yo quiero, es una responsabilidad que yo voy a tomar”, entonces como que los otros los hice de lado y hasta la fecha. (Angie, narrativa oral).*

*Hubieron tintes, no me lo decía, del típico discurso, de “es una situación muy difícil, después no te vayas a arrepentir”, jamás me voy a arrepentir, “tú ahorita no sabes”. En ese momento, sí fue como un aferrarme mucho en mí, no son culpas tuyas, son de ellas, no dejes que entren estos juicios porque no son tuyos. Ella como preocupada por mí, de ahí en fuera, ni siquiera esos comentarios fueron negativos. Yo sabía que venía de toda su carga de creencias, y yo decía “no son mías”. Todo lo demás fue un apoyo tremendo (Fabiola, narrativa oral).*

#### *6.1.6 El estigma interno como barrera indirecta*

El estigma interno, es una de las manifestaciones del estigma individual junto con el estigma percibido y experimentado, que comprende sentimientos negativos hacia sí mismo, como la culpa y la vergüenza (Herek, 2009). En esta investigación, se observa en el propio juicio que las participantes hacen a sí mismas cuando se plantearon contárselo a otras personas convirtiéndose de forma indirecta en una limitante para buscar ayuda y posibles contactos para acceder al aborto entre sus personas cercanas. En el caso de Quetzalli, su estigma interno estaba basado en el estigma sobre la sexualidad y en el requisito del amor romántico para ejercer su sexualidad.

*Fíjate que en ese momento que supe que estaba embarazada, como no quise decirle desde el inicio (a su hermana), temía un poco a que me juzgara...como que se me hacía difícil llegar y decirle, hasta era yo misma la que se juzgaba, se me hacía difícil decirle “es que me embaracé, de un tipo que conozco desde hace tres semanas, ni me gusta tanto, ni lo quiero, y todo eso, pero estoy embarazada”, se me hacía difícil decirle eso. (Quetzalli, narrativa oral).*

#### *6.1.7 Los hombres implicados en el embarazo, facilitadores u obstaculizadores en el acceso*

Los hombres implicados en el embarazo toman distintos roles. Algunos apoyaron de manera parcial o total en la búsqueda y/o acudieron con las ellas a las clínicas privadas o públicas, sin embargo, permanecieron distantes de la experiencia y de las participantes. Ellas, de alguna manera, comenzaron a tomar conciencia de la desigualdad o de las diferencias que existían en estas relaciones y en la experiencia misma, mostrando molestia ante esto:

*En esa semana llegó con la información, llamó en mi presencia, y al escuchar lo que le decían todo parecía sencillo y rápido, acordamos él y yo que el viernes iríamos a la clínica a pedir informes directamente (Healy, narrativa escrita).*

*Llegó el día, mi novio me acompañó, era muy rara la situación, él no quiso ver el ultrasonido, y ese día mientras esperábamos a pasar, era como si estuviéramos en el cine. Él no decía nada... (Después del procedimiento). Salí a la sala donde mi novio*



*me esperaba, y él estaba dormido... pensé -mientras yo vivía una de las situaciones más difíciles de mi vida, tú duermes- (Karla, narrativa escrita).*

*Él estaba teniendo contacto con su expareja, contacto por mensajes, pero eran de coqueteo. Entonces yo me enojé mucho, ha sido un tema difícil porque mientras yo tomaba una decisión tan importante en mi vida, tú coqueteabas con tu expareja... (Healy, narrativa oral).*

Rosa al principio tomó un rol pasivo cuando su pareja le mencionó las pastillas como una alternativa para abortar, dejando como segunda opción viajar a la Ciudad de México, es en esta parte de la trayectoria abortiva cuando se dio cuenta de las desigualdades a partir de la consejería que recibió en una clínica privada.

*La orientadora me preguntó si por lo menos había cooperado con el dinero y cosas así, sí fue un relajo eso; a partir de lo que me dijo, días después me quedé pensando en eso, porque uno de los problemas con él era esto del dinero (Rosa, narrativa oral).*

Los novios de dos de las participantes las presionaron para que no interrumpieran sus embarazos, obstaculizando el acceso y su bienestar emocional, incluso las violentaron y acosaron. Ellos intentaron manipularlas y actuaron en contra de sus deseos, lo que dificultó aún más la experiencia haciéndolas sentir aisladas.

*Pasaron dos días y volví a discutir con Jonas y esta vez me dijo: si no lo quieres tener no lo tengas, pero arréglatelas tú sola, de mi parte no te va a faltar nada, pero si tú elijas otra cosa pues entonces tú resuélvelo. Entonces en esa discusión me dijo que le iba a decir todo a mi hermano y le pedí que no lo hiciera, no le importó y comenzó a llamar a mi hermano después de colgar conmigo, yo empecé a llorar, no sabía qué hacer, empecé a tener mucha vergüenza, me sentía sola (Lis, narrativa escrita).*

*Él estaba conmigo, pero a la vez estaba triste. Por él me sentía como mal, de repente sentí como cierta manipulación, “quita esa cara, si vas a estar aquí, no sé, pon otra cara, yo bastante tengo con sentirme mal yo.....” (Lis, narrativa oral).*

En un panorama más favorable se encuentran otras participantes cuyos novios u hombres con las que salían las acompañaron durante el proceso de aborto médico. En el caso de Fabiola a pesar de que tenía poco tiempo de conocerlo, el apoyo de él fue mucho más efectivo y real, en comparación con otras participantes cuyas relaciones llevaban años.

*Daniel me dijo “¿quieres que vaya?, yo le dije ya tengo todo, y él me dijo “bueno, yo te quiero acompañar, ¿quieres que esté contigo?” y yo le dije “como quieras, es tu decisión”, media hora antes, tenía yo tanto miedo, no sabía lo que me iba a pasar. Apenas llegué a abrirle la puerta, me dolía mucho, también ese es un recuerdo muy bonito que tengo. No pudo haber mejor compañía para interrumpir...(Fabiola,narrativa oral ).*

*La verdad la pasé re mal, lo hice con él, me pidió estar ahí, yo lo iba a hacer con una amiga, él me dijo déjame estar aquí y también fue una forma de “güey, hazte responsable y ve lo que está pasando” (pausa), la viví mal físicamente (Andy, narrativa oral).*

En estudios anteriores (Guevara, 2005), se había identificado que el involucramiento de los hombres estaba vinculado con el tipo de relación, es decir los hombres se involucraban menos en relaciones informales, lo que difiere en el caso de Fabiola. A manera de síntesis presento en la siguiente tabla los obstáculos y facilitadores en el acceso identificados en esta investigación.

Tabla 4. Obstáculos y facilitadores en el proceso de búsqueda

Obstáculos	Facilitadores
Discurso conservador y la presencia de los grupos conservadores	El discurso progresista a favor del derecho a decidir
Estigma interno	Capacidad de agencia
Barreras simbólicas	Conocimiento sobre el desarrollo embrionario y sobre los grupos conservadores afuera de las clínicas.
Barreras administrativas	Conocer a otras mujeres u otras experiencias de interrupción
Barreras económicas	El acompañamiento de organizaciones feministas
Ausencia de información sobre procedimientos seguros para la interrupción	La presencia de las amigas
Objeción de conciencia y violencia	

## 6.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN: ENTRE LA VIOLENCIA Y EL BUEN TRATO

Como ya hemos señalado, observar la calidad de la atención del aborto fue esencial para mejorar el acceso, dar cumplimiento al derecho humano a la salud, e incluso para normalizarlo como un servicio más de salud. Existen varias propuestas de modelos para evaluar la atención en salud, algunos de manera amplia, otros con un enfoque feminista y otros más específicos sobre el aborto.

Mientras que la World Health Organization (2006) refieren seis áreas o dimensiones de calidad de atención de la salud: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, equidad, y seguridad, Matamala y Maynou (1996) proponen un sistema de cinco categorías para evaluarla con perspectiva de género: a) dignificación, que analiza si la atención

contribuye al empoderamiento y autodeterminación de las mujeres, por ejemplo, si se valoran los conocimientos de la usuaria y la toma de decisiones autónoma; b) conciencia y ejercicio de derechos, evaluando las formas en que se hacen efectivos o se niegan estos derechos, por ejemplo, si el personal de salud está capacitado en perspectiva de género o si se informa sobre derechos sexuales y reproductivos; c) competencia técnica, es decir si la atención resuelve las demandas y necesidades de las mujeres de forma integral, es decir no solo en términos biológicos; d) vínculo interpersonal, que incluye la relación de empatía, de solidaridad y de poder que se establece entre usuarias y prestadores/as y e) potenciación de comportamientos favorables, identificando los cambios favorables en la usuaria y su entorno en todas las dimensiones de su salud.

Por otra parte, Tajer et al. (2013) proponen un modelo de cuatro aspectos para medir los diferentes grado de integralidad y equidad de género en la atención de la salud en cuatro niveles: 1) integralidad, que explora aspectos de la relación entre calidad de vida y la situación de salud de la usuaria, así como un enfoque preventivo; 2) ciudadanía, que indaga la inclusión de una perspectiva de derechos ciudadanos tanto para usuarias como para proveedores de salud; 3) autonomía, que incluye la concepción de la usuaria como sujeto activo y de la salud como construcción colectiva; el acceso a la información como derecho y la construcción de redes y 4) equidad, focalizándola al acceso a la atención, en la que se incluyen elementos como la gratuidad.

En coincidencia con algunas de las categorías antes mencionadas, Lyerly (2013) plantea cinco elementos en la calidad de la atención del parto: agencia, percepción de seguridad, respeto, acceso a la información y vinculación emocional, que en otras investigaciones se han utilizado para analizar la calidad de la atención del aborto (Altshuler et al., 2017), identificando además otros elementos distintos para la atención del aborto como el respeto como tomadoras de decisiones, la determinación del grado de presencia y la discreción, que están ligados al estigma.

Por su parte, Dennis, Blanchard y Bessenaar (2017) hicieron una revisión de estudios sobre la calidad de la atención en los servicios de aborto, identificando que hay inconsistencia en los indicadores utilizados, lo que al mismo tiempo revela la amplitud y las múltiples aristas del tema. Anteriormente, la calidad de la atención del aborto se traducían en competencia técnica y la ausencia de complicaciones, pero no se ponía atención a aspectos socioculturales. Algunos elementos en los que había más acuerdo en la literatura eran: 1) la disponibilidad de personal capacitado; 2) la referencia a otros servicios de salud sexual y reproductiva; 3) una explicación amplia sobre el aborto y los procedimientos; 4) atención respetuosa y resguardo de la privacidad de la usuaria; 5) consejería de calidad y 6) la tasa de complicaciones por aborto. Darney et al. (2018) señalan que hay poca evidencia sobre la relación entre la experiencia de atención, las dimensiones de calidad y los resultados en la salud, y que no existe un instrumento validado y estandarizado que evalúe la calidad de la atención del aborto.

A partir de esta revisión sobre lo que implica la calidad de atención que dan cuenta de distintos enfoques, en esta investigación retomé lo señalado por Matamala y Maynou (1996) y por Tajer et al. (2013) en una visión más integral y amplia que enfatiza en la ciudadanía y el ejercicio de derechos, aunque también considero que existen otros elementos específicos a tomar en cuenta en la calidad de la atención de aborto. Además, en esta investigación, identifiqué que es prácticamente imposible hablar de un aspecto o categoría aislada porque están vinculadas con otras categorías. Los principales aspectos de calidad de atención que identifiqué en las narrativas son: accesibilidad, vínculo interpersonal o trato, calidad de la información, dignificación, ejercicio de derechos y autonomía.

La diversidad de experiencias en el tránsito por los servicios de salud tanto públicos como privados, dan cuenta de algunos componentes de la calidad de la atención, que las participantes evaluaron de forma positiva. Sin embargo, también el estigma institucional y la violencia obstétrica se hicieron presentes en sus relatos.

### **6.2.1 Vínculo interpersonal (Trato del personal de salud)**

María y Angie, acudieron a clínicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México e hicieron referencia al lenguaje no verbal o un trato frío o impersonal hacia las usuarias, que dio muestra del estigma institucional que aún prevalecía.

*La actitud de las trabajadoras es de no juzgar, pero sus palabras, sus entonaciones, sus cuerpos no pueden ocultar que no están del todo de acuerdo y quizás sea un poco comprensible (María, narrativa escrita).*

*No me gusta etiquetar a las personas, a veces por el trabajo que tú tienes vas teniendo ciertos vicios, se te olvida que estás trabajando con personas, eran mujeres frías de, -es esto y punto-, no eran muy cálidas en el servicio, pero bueno no fueron groseras, no me juzgaron en ningún momento, por esa parte estuvo bien. (Angie, narrativa oral).*

María también narró que en el momento en el que tuvo dudas dentro de la clínica, la enfermera mostró nula empatía y apoyo a las usuarias, sin reconocer las dificultades y conflictos que pudieran tener. El respeto y el reconocimiento como tomadoras de decisiones morales por parte del personal de salud es un elemento de la calidad del servicio que ha sido evaluado en otras investigaciones (Altshuler, Ojanen, Blumenthal, Freedman, 2017).

*La secretaria dijo por favor ya salgan (a los acompañantes), ya se tomó una decisión y no es momento de hacer esto, refiriéndose a mí, no sé si lloré muy fuerte o hablé muy fuerte, pero sentí que ella hacía referencia a mí y mi llanto (María, narrativa escrita).*

Otras participantes refirieron un buen trato tanto en los servicios públicos como privados e incluso Angie y María también evaluaron favorablemente los servicios a pesar del trato frío o distante que se mencionó anteriormente. Angie añadió una explicación sobre

ciertas limitaciones estructurales en los servicios de salud y empatizó con la situación del personal de salud adscrito a clínicas públicas, tal vez por haber trabajado como funcionaria pública.

*Mi experiencia la verdad fue buena, la calidad humana sí hace falta, pero se entiende también, las jornadas largas, las personas que llegan igual insultando, porque la ciudadanía es complicada, las personas somos complicadas, esta parte de confiar en ellas o en ellos, también entenderlos por un cierto momento (Angie, narrativa oral).*

*La persona que me hizo ultrasonido, excelente, no sentí ninguna presión de “ve la pantalla, vela”, al contrario, me hacían la plática, me contaron chistes. (Dany, narrativa oral).*

*Yo me esperaba, por ejemplo, seguro me van a pasar a un espacio y me van tratar de convencer, de cuáles son las bondades de esto, no te cuestionan absolutamente nada más (Healy, narrativa oral).*

### **6.2.2 Calidad de la información**

La calidad de la información no fue un elemento aislado, se enlaza con otros elementos de calidad de la atención. La información basada en evidencia científica sobre la seguridad del procedimiento y sobre las nulitas secuelas fue clave para su tranquilidad, mientras que algunas narrativas dieron cuenta de ello; otras participantes, hicieron referencia a que en las unidades de salud pública o privada no les proporcionaron la información necesaria o completa. Tal vez también el uso de medicamentos marcó una diferencia ya que ellas tienen un papel más activo en la interrupción y su necesidad de información pudiera ser mayor.

*Fue una experiencia tranquila, me generó mucha tranquilidad, al principio yo estaba muy nerviosa, estaba muy confundida, tenía miedo de que pasará algo peor. Cuando entras te explican todo el proceso, cuando ya lo estás viendo es otra cosa te dan una responsiva igual, te piden tus datos personales, te explican el proceso..., te hacen el ultrasonido para ver donde está ubicado el feto, si hay alguna complicación incluso te canalizan a alguna clínica, si pasas más de los tres meses, te dicen que ya no se puede realizar.... Escuchar todo eso, a mí generó mucha tranquilidad, porque yo sabía que iba a estar bien... (Angie, narrativa oral, atendida en una clínica pública).*

*Justamente un momento muy angustiante para mí, fue antes de empezar (a tomar el misoprostol). Buscaba información, por todos lados, para saber que me iba a pasar, cuál iba a ser el proceso, si está la interrupción del embarazo, qué voy a ver, qué hago, si me sale algo dónde lo pongo, no me dijeron a mí esas cosas, si me dijeron vas a sangrar, y que tal si me abre la panza, y sale algo explotando, pensaba en todo (Fabiola, narrativa oral, , atendida en un clínica privada).*

*Yo piqué todas las páginas habidas y por haber durante ese mes, a mí no me lo dijeron (información sobre el manejo del dolor), yo lo leí, la información no es mala solo es insuficiente, en la parte de la experiencia (Fabiola, narrativa oral).*

Las omisiones o la información errónea proporcionada por el personal de salud, según los relatos de algunas mujeres, dieron cuenta de la importancia de la información en la calidad de la atención y en el bienestar posterior de las participantes. A continuación, se enumeran estas omisiones:

**1) Cuando el personal de salud proporcionó información errónea o no aclaró dudas.** Mientras que María hizo referencia a no haber manifestado sus dudas, Angie estaba convencida de que una segunda interrupción era riesgosa por la información que le proporcionó el personal de salud tal vez tratando de evitar la reincidencia (tema que ya ha sido documentado como uno de las mayores preocupaciones del personal de salud en este tema).

*Uno es muy ignorante de muchas cosas, entonces te vuelves dependiente, en ese momento dependes de lo que te está diciendo la doctora y la trabajadora social y si te están dando toloache pues te lo tomas porque no sabes manejar estas situaciones, no tienes la información suficiente. (María, narrativa oral).*

*Te explican que, si lo llegas intentar una segunda vez, es un peligro para ti, y principalmente es eso tu vida. (Angie, narrativa oral).*

Esta preocupación por los posibles efectos si se realizaran múltiples abortos también fue reportado por las entrevistadas de Díaz-Olavarrieta et al. (2012), pero no se señala si fue algo que les dijeron en la unidad de salud.

**2) Cuando los proveedores de salud dieron por hecho que el procedimiento que ellas necesitaban eran medicamentos, sin explicar la opción del aborto por aspiración.** Como se ha venido señalando, ligado al tiempo de embarazo estaba la elección del tipo de procedimiento abortivo. Tanto en clínicas privadas como públicas, el personal de salud omitió con frecuencia información sobre la aspiración, tal vez dando por hecho que el procedimiento con medicamentos era la primera elección antes de las 9 semanas o porque requería un menor tiempo de ellos.

*Creo que dan por sentado muchas cosas en X (la clínica privada); muchas cosas yo las sabía y como las sabía no las pregunté y no fue necesario que me las dijeran, pero sí me pongo a pensar en una chava que no tiene idea, claro que la información es insuficiente. En ningún momento me dijeron -está este procedimiento y se trata de todo esto, ...y está este otro procedimiento y todo esto va a pasar- (Fabiola, narrativa oral).*

*Como que ellos te preguntan más que tú les digas, que lo que ellos te dicen. Un proceso informativo así bien, no, te puedo decir la consulta más larga fue cuando me hicieron el ultrasonido y duro 25 minutos. (Fabiola, narrativa oral).*

Los servicios públicos prácticamente desde el inicio de la implementación de la ILE incorporaron el misoprostol y posteriormente la mifepristona con misoprostol; éste último es el procedimiento que se realiza hasta las nueve semanas en la mayoría de los casos. Sin embargo, “no se promueve activamente que las mujeres elijan el método de ILE más adecuado a sus necesidades individuales” (Schiavon y González, 2017, p.47). Es decir, estas narrativas nos dejan ver que las mujeres usuarias de servicios de interrupción del embarazo, no eran vistas como participantes activas de sus decisiones, fallando además en la autonomía y dignificación que deberían promover en una buena atención.

*El que te dicen que hacen ahí es el de la pastilla. Pero no me acuerdo si también por el número de meses, hacían el legrado, creo que en algunos casos era necesario el legrado. Pero ahí nada más el procedimiento era las pastillas, el medicamento (Angie, narrativa oral).*

Esto coincidió con los resultados de Díaz-Olavarrieta et al. (2012) en el que, solo entre 24 y 29% de las mujeres encuestadas en servicios públicos señalaron que pudieron elegir entre los dos procedimientos, teniendo menos de 9 semanas; además fue menos probable que a las mujeres que accedieron a la aspiración les proporcionaran información sobre el procedimiento en comparación con quienes usaron medicamentos.

**3) Cuando la información sobre el uso de métodos anticonceptivos es deficiente o errónea.** Un ejemplo de esto es el caso de Angie, a quien le indicaron que el condón no era un método anticonceptivo, tal vez con la idea de incentivar el uso de métodos anticonceptivos de largo plazo.

*Te explican todos los métodos anticonceptivos. Incluso ahí te mencionan, que el condón no es un método para no tener bebés, es un método para no contraer infecciones, enfermedades de transmisión sexual. Los otros, las pastillas, el implante, y todos los demás, esos sí son métodos (Angie, narrativa oral).*

Los comentarios de las participantes dejaron ver que dentro del gremio médico todavía persisten algunos mitos, por lo que la capacitación en la consejería de métodos anticonceptivos sigue siendo necesaria.

*Y dijo (su ginecóloga particular) “Ay, es que las hormonas, son muy violentas, y más esa porque suelta cierta cantidad de hormonas a lo largo del tiempo que lo traes, y cada mujer responde de forma diferente”. Como que a ella no le parece, una que te la den, así como “es pa’ que no te embaraces, sin informarte bien”; y otra porque no le gusta mucho ese implante y está un poco en desacuerdo. (María, narrativa oral).*

*Yo creo que es con la trabajadora social u orientadora (en el centro de salud de la Secretaría de Salud de CDMX), para que te haga unas preguntas de cuál es tu método anticonceptivo, ...y te habla del implante, y te dice que se coloca debajo de la piel, te dura tres años y te evitas de embarazos, pero no te explican si hay consecuencias (María, narrativa oral).*

A diferencia de otras participantes, en el caso de Lis, quién era menor de edad, la mala calidad en la consejería sobre métodos anticonceptivos antecedió a su embarazo. Los mitos sobre el uso de métodos de largo plazo y la infertilidad, transmitidos por el personal de salud, la dejaron con pocas alternativas de anticoncepción a pesar de que organizaciones expertas recomiendan ampliamente este tipo de métodos a esta población.

*El ginecólogo me decía en aquel entonces, es que no uses hormonales, porque estás muy chica, puedes quedar estéril, no puedes ponerte el dispositivo, porque tampoco has tenido hijos, luego el DIU se encarna, parches vas a gastar mucho, tampoco te los recomiendo luego se despegan. Yo te recomiendo las inyecciones, pero yo odio las inyecciones, entonces para mí era más fácil usar la pastilla del día siguiente. (Lis, narrativa oral).*

En otra investigación realizada por Díaz-Olavarrieta et al. (2012), el 95% de las mujeres encuestadas señalaron estar satisfechas con la consejería en métodos anticonceptivos, pero las mujeres a quienes se realizó una entrevista a profundidad indicaron que la consejería se limitaba a un número limitado de métodos anticonceptivos dando mayor énfasis al DIU o los que tuvieran disponibles, dando información superficial sobre otros métodos que no fueran éstos.

**4) Cuando las mujeres no cuentan con información respecto a la fase final del aborto con medicamentos.** Otra omisión clave en el procedimiento con medicamentos se relaciona con la representación y el manejo de los restos en la fase final del aborto con medicamentos. La falta de información sobre el desarrollo embrionario de algunas participantes, unida a la manipulación de las imágenes fetales difundida por los grupos conservadores, se tradujo en miedo “a lo que verán”, en especial cuando no tuvieron una persona que respaldara su decisión. A continuación, detallan este momento en sus narrativas tres participantes.

*Fue bien raro, no sé, dije “¿cómo le voy a bajar al excusado y ya para que se vaya?”, le digo a mi tía “¿Qué hago?”, y me dice “no hay nada que hacer, no puedes hacer nada, ni modo que lo saques y qué vas a hacer”. Sí lo vi, pero no lo quise ver, como que vi la cabeza y fue cuando dije, “ya no quiero ver más” y ya le bajé; ya después, te digo, sí me generó un problema... (Lis, narrativa oral).*

*Lo pensé durante unos segundos intentando imaginar lo que vería, no pude evitar pensar en un bebé. Al bajar mis calzones vi sobre la toalla un coágulo morado y de pronto cayó al excusado. Era del tamaño de una uva. No tenía forma de nada, no se percibía nada, solo una plasta moradosa. Mi amiga lo vio, lo analizamos por unos minutos hasta que decidí jalarle al baño. Fue una acción llena de significado para mí y mi amiga dijo “dile adiós a todo lo que representa.” (Fabiola, narrativa escrita).*

*Pero no, del procedimiento nunca tuve miedo, estaba angustiada de lo que iba a salir y sale algo como ay no sé.... sí hubo un día que sí sentí que algo más grande salió,*



*y fue en el baño, y ni siquiera volteé, solo le jalé al baño, no tenía información. Sí te explican, pero hasta que no lo ves o no lo sientes... Te decían que iban a ser sangrado y coágulos y yo me imagino que fue un coágulo y no sé si lo expulsas como tal o la pastilla se desintegra. (María, narrativa oral).*

Mientras que Fabiola, se dio cuenta de que lo que ella vio no corresponde con las imágenes que manejan los grupos conservadores y además estaba acompañada por una amiga, Lis, que tenía 17 años en ese momento, lo enfrentó prácticamente sola, en compañía de una tía que no estaba de acuerdo con su decisión y, en palabras de ella, posteriormente le generó un “problema” que será abordado en el siguiente capítulo; María, por otra parte, relató que ella prefirió no voltear, quizás para evitar la experiencia narrada por Lis, que denota información incompleta o distorsionada respecto del proceso. El acompañamiento y el apoyo de amigas parecen cruciales para disminuir el malestar generado por un discurso conservador, que prioriza al feto antes que a las mujeres.

Los tres casos presentados evidencian que este es un punto crítico en el que las mujeres no tenían información clara o detallada, y el personal de salud debe proporcionar información sobre este aspecto antes de que ellas elijan el procedimiento; por ejemplo, cuando a María le dijeron que vería coágulos, no le precisaron qué aspecto tendrían, lo que es importante para que ellas mismas identifiquen si el procedimiento tuvo éxito y para su tranquilidad ante los discursos sobre la personalidad fetal.

En otras investigaciones se ha documentado que la posible visualización de los restos genera incertidumbre y, en algunos casos, se “tiende a humanizar el contenido del saco gestacional” (Szwarc y Fernández, 2018), como lo muestra Fabiola al mencionar “*no pude evitar pensar en un bebé*” y en la siguiente narrativa en la que detalla sus reflexiones y denota su capacidad de agencia:

*Voy a terapia seguido, le platiqué a mi terapeuta, por un momento que sí pensé que si eso que estaba ahí pensara “*mamá no me quieres*”, ni siquiera en palabras, fue una sensación y después pensé, *no soy mamá de nada, y dos, no te quiero, es la realidad, no quiero que esto esté dentro de mí.* (Fabiola, narrativa escrita).*

##### **5) Cuando no se cuenta con información de otras experiencias de interrupción.**

Algunas participantes expresaron de diversas maneras la necesidad de comprender sus propios procesos a través de la experiencia de otras mujeres que hubiesen transitado por caminos similares a lo largo del itinerario abortivo, sobre todo cuando ellas se sintieron inseguras sobre lo que perciben en su cuerpo. Tal vez esta necesidad va más allá del entorno médico, aunque reflejó en parte los vacíos informativos del sector salud. En este sentido, también la colaboración de quienes han vivido la experiencia, acompañantes de colectivos y organizaciones fueron claves para que las participantes supieran qué esperar ante el silencio público sobre los procedimientos de aborto.

*(En el servicio privado) te explican lo técnico, te explican, -esto es lo que te va a pasar, dentro de la norma-; hay muchas cosas que pueden pasar como me pasó a mí ...Lo que yo necesitaba escuchar son casos de mujeres que hayan pasado por eso, no un te tomas la pastillas; tú ya pasaste por eso, cómo lo viviste más allá de lo emocional, sino lo físico, saber cuánto tiempo tardan en pasar los síntomas, cómo te vas a sentir, qué tienes que hacer. Creo que solo encontré dos casos en internet... (Fabiola, narrativa escrita).*

En coincidencia Díaz-Olavarrieta et al. (2012) quienes identificaron a partir de las entrevistas a profundidad en servicios públicos, que la consejería sobre la interrupción se enfocaba en aspectos técnicos de los procedimientos y en el consentimiento informado, pero la información era insuficiente en aspectos psicosociales como sus sentimientos por el embarazo no intencionado, la decisión o los dilemas morales. Otros aspectos como la anestesia o el manejo del dolor también deben ser informados de forma detallada.

### **6.2.3 Dignificación, ejercicio de derechos y autonomía**

Jimena considera como una opción una clínica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México porque lleva el nombre de Marta Lamas, y eso le genera confianza y una expectativa de que la atención debía ser diferente, dejando atrás la desconfianza generada después de la violencia obstétrica que vivió en su primera interrupción en un Hospital de la misma dependencia.

*A mí me dio confianza, digamos que el anuncio del nombre de Marta Lamas, algo por ahí debía tener bueno y sabía que era con perspectiva de género, quería estar segura que era con perspectiva de género (Jimena, narrativa escrita).*

Como ya se dijo, es difícil aislar los componentes de la calidad de la atención, porque en general aparecían entrelazados. En el caso de Lis, la relación interpersonal se vincula al respeto por su autonomía y su ejercicio de derechos cuando el segundo ginecólogo que la atendió mostró empatía y realizó la interrupción del embarazo.

*El doctor tiene un tacto..., es un espacio..., ni siquiera me juzgó; me dijo: “te entiendo perfectamente, estás chava, yo trabajo con niñas de tu edad, entiendo que tienes muchas cosas por vivir, qué bueno que no quieras truncar tu vida así”; lo único que me dijo es que soy menor de edad, me dijo, “necesito alguien mayor de edad que se haga responsable” (Lis, narrativa oral).*

Al igual que Lis, Fabiola valoró que respetaran su decisión de interrumpir, sin insistir o preguntar por la continuación del embarazo o la adopción:

*En X (la clínica privada) no me lo preguntaron y creo que eso está muy bien. Nadie en ningún momento de mi proceso me preguntó, nadie me preguntó -¿consideras quedártelo?-; yo desde el primer segundo manifesté que eso iba a pasar, creo que mucha gente hace esa pregunta. (Fabiola, narrativa oral).*

Otra expresión del respeto por la autonomía y el ejercicio de derechos fue la referencia a la presencia de frases e imágenes positivas en clínicas privadas que Andy y Healy vieron, lo que reafirmó su decisión, contribuyendo a su tranquilidad y a sus reflexiones personales en ese momento.

*A mí lo que me encantó de X (primera clínica), como muchas imágenes que decían frases como “Decidí abortar porque no era mi momento”, “Decidí abortar porque soy libre”, cuando yo llegué vi eso dije -que cool-, eso lo rectifica, porque dices, -yo soy la de la derecha-, es bueno saber que hay mucha gente como tú (Andy, narrativa oral).*

*Me pasaron a una sala llamada de “recuperación” era de colores alegres, y había frases en las paredes, se tatuó en mi mente una frase de Carlos Fuentes que decía “No existe la libertad, sino la búsqueda de la libertad, y esa búsqueda es la que nos hace libres”, reafirmaba que la decisión que acababa de tomar tenía que ver con defender mi libertad, el lugar me pareció respetuoso, no juicioso, con un trato humano, eso me hacía pensar que lo que acababa de hacer no podía ser tan malo (Healy, narrativa oral).*

Relacionado a lo anterior, el espacio físico y las condiciones de las unidades de salud fueron importantes también para desmitificar la idea de clandestinidad e inseguridad asociada al aborto.

*Muy buena, yo cuando fui, iba así como pensando en algún lugar feo, que piensas en pláticas, no es un lugar muy higiénico. Pero era muy limpio, la atención muy profesional (Paulina, narrativa oral).*

*Cuando yo llego, en sí la clínica sí dije, está muy triste, como todas las clínicas, por los colores, pero cuando llego al área específica de ILE otro rollo, super colorido, hay más luz, para nada se respira un ambiente deprimente (Dany, narrativa oral).*

#### **6.2.4 Violencia institucional: expresiones crudas del estigma y “castigo”.**

Cuatro participantes hicieron referencia a la violencia obstétrica y maltrato institucional recibido en servicios públicos y en privados, y por tanto a errores, fallas y omisiones en la calidad de la atención, en los aspectos que he detallado anteriormente. Profundizo en estos casos para evidenciar estas situaciones, y por su influencia en el significado de la experiencia.

Ellas rompieron el disciplinamiento de los cuerpos, al que hacemos referencia en cuarto capítulo y parece que el personal de salud se sintió con la autoridad moral de proporcionar un “castigo” y sancionar la conducta: el ejercicio de la sexualidad sin fines reproductivos o fuera de las normas. Santarelli y Anzorena (2017) señala que la violencia simbólica hacia las mujeres que abortan “crea condiciones de posibilidad para otras formas de violencia” (p.6) que contribuyen al proceso continuo de deshumanización y cosificación de las mujeres

**La amenaza de quedar estériles y el manejo del dolor.** Andrea, quien solo contó con el apoyo logístico de una amiga, acudió sola a la consulta en una clínica privada, eligió la aspiración por ser un procedimiento más rápido y porque estaba ocultando la interrupción del embarazo en su casa, recibió la amenaza del personal médico de quedar estéril si se movía durante la aspiración sin anestesia, por lo que optó por la anestesia, lo que incrementó el costo.

*La doctora no fue nada cándida (habla más lento), me dijo así “bueno aquí se puede hacer, el procedimiento que tú quieres, se puede por aspiración, se puede hacer con anestesia o sin anestesia, sin anestesia cuesta tanto pero si te mueves, corres el riesgo de que se lleven algo más, y todo salga mal, y quedes estéril por el resto de tu vida” ...La parte médica no fue tan cálida...Ya la decisión que estás tomando es lo suficientemente dura. (Andrea, narrativa oral).*

Posiblemente existan razones económicas en los servicios privados para ofertar la aspiración con anestesia, ya que otras participantes que acudieron a estas clínicas también mencionaron este riesgo de perforación, sin embargo, esto no corresponde con las recomendaciones en la Guía técnica y de políticas de salud “Aborto seguro”(OMS, 2012), que señalan que un “manejo adecuado del dolor no significa una gran inversión en fármacos” (p.39) y que en “la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o una sedación leve complementada con apoyo verbal son suficientes” (p.39).

*Debía elegir un método para interrumpir el embarazo, elegí aspiración con anestesia sublingual, había un médico y una enfermera, me daban instrucciones que escuchaba a lo lejos, cuando el procedimiento empezó, me dijeron que no me moviera o podían perforar mi útero, que iba a sentir una especie de cólico intenso. (Healy, narrativa escrita).*

*Incluso de las cosas que yo descubrí, que no sabía es que te lo pueden hacer con anestesia y sin anestesia. Y con anestesia sube el precio, y yo dije ¿Qué? Hay gente que se lo hace sin anestesia, como crees, porque a mí me da miedo. A mí no me lo dijeron, yo lo leí. (Fabiola, narrativa oral).*

La OMS (2012) también señala que “descuidar el manejo el dolor, aumenta la ansiedad y compromete la calidad de la atención y aumenta potencialmente la dificultad del procedimiento”. La utilización de otras técnicas de relajación como la música, tienen cierta efectividad, mostrando una experiencia totalmente distinta a la de Andrea, en una clínica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

*Y yo con mi pregunta muy obvia “¿y me va a doler?”, “pues no cada cuerpo es diferente, como bien te puede doler, bien no, es una cuestión de azar”. Igual el médico me dijo que si quería escuchar música y dije “siiiiii póngame música” (Dany, narrativa oral).*

Quetzalli comparó a posteriori el trato y la información que le proporcionaron en un servicio público y en uno privado, señalando la importancia de la información sobre la seguridad del procedimiento proporcionada por el personal de salud.

*Y ella (en el servicio privado) me empezó a explicar, “mira, este es un procedimiento seguro” y esa palabra cómo cambia las cosas; es diferente que te digan -es un procedimiento seguro, donde te tomas una pastilla o donde depende de las semanas- (Quetzalli, narrativa oral).*

*En X (hospital público), la enfermera sí nos decía mucho más, pero “en el farmacológico te puede dar una hemorragia, si te practican el aspirado sí hay riesgo de perforación en el útero” que, en el mejor de los casos nada, te quedabas estéril, pero que en el peor de los casos podías tener una hemorragia y que a veces eso te puede causar muerte. (Quetzalli, narrativa oral).*

Cabe mencionar que la información que le proporcionaron en el hospital público, fue errónea y sesgada tal vez con la intención de disuadir las, ya que el aborto con medicamentos no provoca hemorragias a menos de que se trate de un embarazo ectópico y el riesgo de perforación en una aspiración es bajísimo.

Teniendo en cuenta las narrativas vertidas en capítulos anteriores es necesario considerar que, al realizarse la interrupción del embarazo, algunas usuarias pudieran estar preocupadas por el dolor en especial cuando los discursos conservadores/religiosos están influyendo en esta emoción a través del mito de que el aborto puede causar esterilidad y del imaginario sobre el aborto como “algo que te meten”. Un área de mejora tanto en servicios públicos como privados es brindarles seguridad sobre su salud y futura fecundidad.

**“Me metieron la mano”.** El caso de Jimena en su primera interrupción, en un hospital de la Secretaría de Salud, en los primeros años de implementación de la ILE fue una muestra de la violencia obstétrica e institucional que las mujeres podrían recibir en un espacio que consideraban seguro, cuando le realizaron una exploración innecesaria de manera inadecuada y agresiva, considerada por la participante como una violación, además de la negligencia médica ante una infección vaginal que ella padecía y la presión para que utilizara un método de largo plazo, violentando su derecho a la salud y a una vida libre de violencia. Hubo omisiones en diversos aspectos de la calidad de la atención, como en la dignificación, la referencia a otros servicios de salud sexual y reproductiva, la consejería y la competencia técnica, lo que tiene un impacto emocional notable, ya que Jimena no pudo defenderse en esa situación siendo adolescente.

*A la hora de checarme, me abrí de piernas, o sea literal, este, yo con la pena (exhala fuerte), con la pena y aparte con el miedo, porque tenía miedo en ese momento. Haz de cuenta que me metieron la mano (voz entrecortada), o sea, me siento, me sentí así, fíjate, todavía me duele, me sentí así este, como violada, porque me metieron la mano,*

*literalmente me metieron la mano, feo, no como normalmente te hacen los estudios, feo, y me apretaron aquí el vientre (Jimena, narrativa oral).*

*Yo pues les dije “pero me puede interferir con la infección que traigo, ¿no?”, y dice “pues si yo creo que sí, al meterlo (el DIU) se va a recorrer el bicho” (Jimena, narrativa oral).*

*Todavía te recuerdo en aquel momento y esos sentimientos que llegaste a tener, fueron devastadores para ti y te sentiste frustrada, con enojo, con tristeza e impotencia. No porque fueras una persona que no se defendiera, sino que estabas sumergida en una magnitud de emociones que te impediste moverte más allá. (Lena, narrativa escrita).*

A diferencia de los hallazgos de Amuchástegui (2012) en el que todas sus entrevistadas se sentían confiadas en la calidad y la seguridad del procedimiento por la presencia del Estado como garante, la sensación de Jimena distó de ello.

**El feto es persona y la mujer es madre.** En el caso de Violeta, quién vivió una de las experiencias más complicadas y en soledad, la imagen fetal fue utilizada como un instrumento de control promovido por los grupos conservadores afuera de la unidad de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y después por el personal de salud que realizó la ecografía en este caso, afectando aún más la experiencia de Violeta, quien relató que, justo una noche antes de viajar desde Guadalajara para realizarse la interrupción, había tenido dudas ya que comenzó a verlo “como un bebé” y al aborto como un asesinato<sup>31</sup>.

*Ya cuando me pasaron a hacerme el eco para checar que no tuviera más de ocho semanas, me hacen, ven creo que tenía 6 o 7 semanas, me dicen “sí, estás bien”, ya me sacan y al momento antes de sacarme, la enfermera, que estaba ayudando a hacerme el eco, me dice “¿sí oíste su corazón? porque sigue vivo”, y obviamente me quedé así de, para qué me lo dices, pero bueno... (Violeta, narrativa oral).*

Al respecto, Szwarc y Fernández (2018) señalan que el momento de la ecografía “desde la mirada del sistema de salud, representa la asimilación del feto a un “bebé” y de la mujer a “una futura madre”.

**Un mes de tortura y sangrado.** Fabiola, que interrumpió su embarazo con medicamentos en una clínica privada, señaló que, en su segunda cita de revisión, de forma ambigua y brusca, le informaron que la interrupción del embarazo no se había completado, sin aclararle si continuaba o no embarazada, ni tomar en cuenta otros síntomas; esto generó gran incertidumbre en esta participante. La atención dista de ver a la usuaria como parte activa que tenía derecho a mayor información para entender los procesos que pasan por su cuerpo.

---

<sup>31</sup> Esta experiencia fue abordada en el apartado “Las dudas y el camino sinuoso”

*Haciéndome el ultrasonido que me dicen, “¿sabes qué? No”; y esa persona, sí era una ojete, nunca la reporté pero sí debí haberla reportado; tenía unos modos muy toscos, una señora ella y tenía unos modos muy toscos: “ahh, sí, acuéstate, a ver, no, te vas a tener que tomar otra porque todavía no se sale todo”. Para mí fue “¿qué?, sigo, ¿cómo?, pero ya se acabó, ya se me está quitando el dolor de bubis” y dijo, “Pues sí te dijeron, ¿no?, te dijeron que esto iba pasar, te dijeron que esto podía pasar”; y yo, “bueno sí, pero ¿qué está pasando? ¿qué?”, “pues te dijeron que tal vez te tenías que tomar otra, que no siempre a la primera se sale todo”, y yo así como “sigo o no sigo, estoy embarazada o no estoy embarazada, porque si sigo embarazada hágame lo que me tenga hacer pero sáqueme todo...” (Fabiola, narrativa oral ).*

El personal médico pudo haberle ofrecido la alternativa de la aspiración, especialmente cuando ella les dice “*si sigo embarazada hágame lo que me tenga hacer, pero sáqueme todo*”, además ella les había indicado (por lo menos al hacer la cita) que tenía que viajar. Después de esa consulta, Fabiola tomó una segunda dosis de medicamentos y viajó a Monterrey, donde residió por un mes. Durante este tiempo tuvo comunicación por teléfono con personal de la clínica, quién no logró aclararle si ella seguía embarazada por falta de elementos, pero tampoco le recomendó realizarse una prueba de embarazo en sangre para que ella pueda tener mayor certeza de la situación.

*Un mes entero, y durante ese mes, hablé al teléfono a la clínica privada como tres veces, y como ya tenían mi archivo, a ellas sí les decía “me estoy muriendo de angustia, cómo puedo saber si sigo o no sigo”, “es que no te podemos revisar, son pocos días, hay que esperar a que pasen más”, yo tenía todavía la angustia de seguir embarazada. Si no me hubiera pasado esa segunda dosis, no lo hubiera vivido tan traumático, para mí lo traumático era “ya no quiero seguir embarazada” (Fabiola, narrativa oral).*

La incertidumbre termina un mes después, cuando le confirmaron que concluyó la interrupción, esta sensación de alivio fue común en las participantes cuando les confirmaron en la cita de revisión que la interrupción fue exitosa.

*Me atendió un chavo, me hizo el ultrasonido intravaginal, y ya le dije, “es que no sé, mis miedos, no sé qué es, llevo un mes, no sé por qué estoy sangrando tanto, no me duele nada, no me lastima nada”; ... “pero seguro, revisa bien, porque la vez pasada me dijeron que todavía tenía cosas”, “todo está bien”, “¿en serio?”; le insistí como tres veces y me solté a llorar, pero de alegría, de alivio, de se acabó y le dije, “perdón, pero estoy muy feliz, ha sido muy traumático no entender qué le está pasando a mi cuerpo”, y él me dijo “no te preocupes”. (Fabiola, narrativa oral).*

En otra investigación realizada en México después de la despenalización (Díaz-Olavarrieta et al., 2012), en las que utilizaron encuestas y entrevistas a profundidad como métodos de recolección de información después de que las usuarias salían de las clínicas de

la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, encontraron que la satisfacción con los servicios era alta ya que entre el 94 y 96% regresaría a los servicios dependiendo del tipo de método y el 82% estaba satisfecha, porcentaje similar en ambos procedimientos. Si bien, la presente investigación no tenía como principal objetivo, evaluar la satisfacción, es importante plantear que la distancia temporal con la experiencia o la presencia de un mayor nivel educativo de algunas participantes posiblemente permitió una mayor reflexión y crítica de las participantes sobre el acceso y la calidad de la atención. Y nos lleva a cuestionarnos, si los estudios que evalúan satisfacción, realmente nos están dando un panorama amplio de la calidad de la atención, por ello algunos estudios proponen evaluar la atención centrada en el/la usuaria, que incorpore la calidad interpersonal y técnica con componentes objetivos y subjetivos (Darney et al, 2018).

Los hallazgos de este apartado muestran coincidencias con experiencias de otros países donde el aborto es legal como Reino Unido, en donde las actitudes negativas del personal y los procesos de referencia poco claros, afectan de forma negativa la experiencia de las mujeres (Purcell, 2015).

## **6.3 ENTRE LO LEGAL Y LO ILEGAL**

### ***6.3.1 Los rastros de la ilegalidad***

Si bien la interrupción del embarazo es legal en la Ciudad de México, en el resto de los estados de la República Mexicana solo está permitida bajo ciertas causales y, sin duda, este marco legal diferenciado impacta también la experiencia de las mujeres. En otros estudios en contextos clandestinos, la ilegalidad del aborto estaba relacionada con la vulnerabilidad, sentimientos de culpa y soledad, el temor a una posible acción judicial, daños físicos y psicológicos, al rechazo (Casas y Vivaldi, 2014), elementos que se presentaron en esta investigación en un contexto en donde coexistía la despenalización y la penalización legal.

En este contexto mexicano, el estigma y el silencio mantuvieron presencia y se reflejó en una sensación de ilegalidad o clandestinidad de algunas participantes a pesar de vivir en la Ciudad de México. Por ejemplo, Karla aseguró que interrumpió cuando no estaba despenalizado, no recordaba el año de la interrupción y se dio el siguiente diálogo con la investigadora:

*K: Cuando yo, no estaba despenalizado.*

*L: ¿En qué año fue?*

*K: Es que no me acuerdo. Según yo, en este año fue, van a ser seis años.*

*L: Porque se despenalizó en 2007...*

*K: ¿Entonces ya estaba despenalizado?*

*L: Sí, yo creo que sí, si fue hace seis sí.*



*K: Oh, yo lo viví, quizás que yo lo haya vivido muy oculto, porque no recuerdo y casi estoy segura que sí fue hace seis años, cinco no, siete no estoy segura, por las fechas entonces ya, solo que yo lo haya vivido muy hermético*

Tal vez en este caso, el hecho de tener recursos económicos y haber accedido a un servicio privado, el marco legal del aborto no tuvo tanta relevancia como para otras participantes.

Andy, una de las participantes con mayores recursos económicos, católica y profesional de salud señaló lo siguiente

*Y más porque en México, en el DF es legal, pero yo tengo entendido que hay estados en que no es legal, entonces de repente me sentía como que estaba comprando droga, como que era algo ilegal pero todo mundo lo hace, era una experiencia muy extraña, porque si es legal aquí en el DF y hay otros lugares donde no es legal, después lo haces y tampoco lo puedes decir mucho... (Andy, narrativa oral).*

Esta sensación se reforzó en la misma Andy cuando visita a su ginecólogo particular, quien se negó a realizar la interrupción y, posteriormente, cuando su consulta en una clínica privada fue facturada como pago a una estética, dando una muestra más del estigma institucional y de prácticas inadecuadas que prevalecen aún en contextos legales generando desconfianza en las usuarias. Relacionado con esto, notas periodísticas en 2017, informaron de clínicas privadas que proporcionaban diagnósticos falsos para realizar interrupciones que no eran necesarias. Cabe aclarar que no todas las clínicas privadas, llevan a cabo este tipo de prácticas y que algunas de ellas llevan más de 20 años prestando servicios de interrupción segura del embarazo con altos estándares de calidad.

*Me dicen, no te preocupes tu cobro va a salir como de una estética, en tu recibo lo vas a ver así y así sale. Yo en ese momento, dije ok, gracias y después dije, ¡¡¡estoy haciendo legal, es mi estado de cuenta, si sale (nombre de la clínica), yo estoy viniendo a (nombre de la clínica) que está certificada!!...A nivel legal, imagínate que ellos hacen una negligencia, chava quién sabe a dónde te fuiste, pero aquí te cobraron como si te hubieras hecho un pedicure, yo estoy pensando mal, si vas a hacer algo, hazlo bien es lo único que te puedo decir (Andy, narrativa oral).*

La presencia de los grupos conservadores, que ya hemos abordado anteriormente también puede estar relacionada con la sensación de ilegalidad.

*Me dijo (la amiga que le recomienda el servicio privado) no te preocupes, ahí no hay nadie de Provida, porque puede haber grupos que estén ahí afuera diciéndote que estás mal; bueno, a mí se me bajó el azúcar, ...cuando me dijeron eso yo también me sentí como si estuviera haciendo algo ilegal... Yo cuando me enteré de eso, ya no profundicé más, pero me sentí aliviada de que ahí no hubiera (Andy, narrativa oral).*

Rosa en Querétaro también percibió esta ilegalidad por la forma como les entregaron los medicamentos para la interrupción. Cabe aclarar que, aunque el misoprostol no es un

medicamento controlado, puede adquirirse en farmacias, hay personas que anuncian su venta en internet con fines lucrativos alejados de acompañamiento feminista o de seguimiento médico. En otros estudios ya se ha documentado los posibles riesgos que implica el mercado informal y clandestino del misoprostol, en especial cuando su venta está prohibida (Casas y Vivaldi, 2014).

*No sabía mucho de lo legal, no estaba pensando mucho en lo legal aquí en Querétaro, pero intuía que no era muy legal por cómo nos contactamos con la persona que nos la vendió, que nos viéramos en una plaza a escondidas un poco (Rosa, narrativa oral).*

### **6.3.2 El aborto inseguro mantiene presencia**

La presencia de procedimientos inseguros, expresión clara del estigma institucional y la penalización social y resultado en parte de los obstáculos en el acceso, continuó en las narrativas de algunas participantes a pesar de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, remitiéndonos a narrativas de clandestinidad como las que se obtuvieron en otras investigaciones en contextos restrictivos (Petracci, 2012; Rostagnol et al., 2013). La continuidad del embarazo es una posibilidad latente cuando hay obstáculos para el acceso (Silva, 2014).

En algunos casos, las participantes pensaron en estos procedimientos inseguros como primera instancia, lo que está ligado a la poca información sobre procedimientos seguros; en otros casos lo consideraron como último recurso cuando se presentaron los obstáculos antes mencionados o vivieron maltrato institucional. Sin embargo, en el caso de Lis, el procedimiento inseguro fue ofertado por su ginecólogo en 2008, quien trabajaba en un “hospital de monjas” y pedía un costo exorbitante de \$12,000.

En todos los casos descartaron estos procedimientos porque sabían que existían formas más seguras, no querían arriesgar su vida o romper el secreto del embarazo/aborto y, dando muestra de su agencia y con el apoyo de sus redes, ellas continuaron la búsqueda por el acceso a un aborto seguro a pesar de los obstáculos.

*También había escuchado de esos tés que te dan hemorragias y sí lo consideré, pero me dio más miedo que me diera una hemorragia y que todo mundo supiera porque me tomé el té. (Andrea, narrativa oral).*

*Su hermana (de la mejor amiga) fue la que me recomendó (la clínica privada), primero me dijo de menjurjes, como hierbas y dije “si me lo voy a hacer, me lo voy a hacer bien”, no vaya a ser que quede un resto por ahí, y hasta mi vida corra peligro, y dije no, lo tengo que hacer bien, eso sí lo sabía, lo tenía muy claro.” (Jimena, narrativa oral).*

*Fuimos a ver a mi ginecólogo y me cobraba 12,000.00, pero como el procedimiento iba a ser en una clínica de monjas me dijo que tenía que ser un aborto provocado, o*

*algo así, el caso es que iba a picar la bolsa para que se produjera una hemorragia y entonces así poderme meter a la clínica sin que las monjas tuvieran el tema de que fuera una interrupción. No me dio confianza el procedimiento y además era algo muy caro... (Lis, narrativa escrita). Fue cuando dije que ayy no, yo nunca había escuchado algo así. (Lis, narrativa oral).*

Este último caso, fue un ejemplo del estigma institucional (Kumar et al., 2009) expresado en la ausencia de formación y capacitación sobre procedimientos seguros para la interrupción desde que los médicos están en formación. La legalidad no se traduce en un cambio automático en la atención médica, en especial en los servicios privados. Al respecto, un estudio de Ipas México (2011 citado en Schiavon y González, 2017) reportó un aumento entre 2008 y 2011 del número de servicios privados que ofrecían la interrupción del embarazo, una mejora en el conocimiento y uso de la AMEU así como del aborto con medicamentos, sin embargo, en 2010 el 27% de los profesionales privados usaban todavía legrado. Por ello resulta imprescindible capacitar al personal médico, de enfermería y psicología, en formación y activo, en procedimientos seguros para la interrupción del embarazo y en clarificación de valores para proporcionar atención y consejería de calidad.

El estigma y el maltrato institucional, así como la objeción de conciencia del personal de trabajo social, obstáculos en el proceso de atención antes mencionados, diluyeron temporalmente la posibilidad del aborto seguro en algunas participantes, al hacerles sentir que no tenían alternativas ante un embarazo no esperado, que no fuera arriesgar su vida o vivir una maternidad forzada, provocándoles un fuerte impacto emocional. Sin embargo, el proceso decisorio y el itinerario abortivo continuaron, dado que ellas estaban decididas a interrumpir, aun ante la desconfianza en las instituciones. Silva (2014) señaló que esta etapa de concretización de la decisión fue el peor momento para algunas de sus entrevistadas, por la angustia ante las dificultades para interrumpir el embarazo.

*Y lloré también porque no me iba a poder hacer la interrupción, yo pensaba que no me iba a poder hacer la interrupción, porque si los lugares seguros aparentemente entre comillas son los centros del Distrito Federal en ese momento, yo decía pues no y lloré, lloré. (Jimena, narrativa oral).*

*A mí todo eso sí se me hizo muy difícil, el sentir que hasta las propias instituciones que se supone que están para velar la salud y el bienestar de los ciudadanos pues te cierran para que no estés ahí, se me hizo desesperante ese día, es más creo que pocas veces he llorado tanto, de sentir como esta presión como en esa ocasión, dije ¿qué voy a hacer? ¿voy a recurrir a un aborto inseguro?, ¿qué hago? me tomo las pastillas, voy al Mercado de Sonora, voy con un médico y le digo que me recomiende algo, sí pensé en situaciones muy desesperadas y pues la verdad me dio coraje, me dio tristeza, me dio miedo. (Quetzalli, narrativa oral).*

La experiencia se torna difícil, no por el aborto *per se* sino por los obstáculos y desigualdades presentes en su caso. Su narrativa nos lleva a pensar en otras mujeres que

buscaron la interrupción legal del embarazo en las clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud pero que no fueron atendidas y/o no tuvieron recursos económicos para pagar una clínica privada o no contaron con el apoyo de alguna organización feminista, ¿qué pasó con ellas? ¿arriesgaron sus vidas? ¿tuvieron que resignarse a una maternidad forzada?, sin duda ésta puede ser una nueva línea de investigación.

El aborto con medicamentos es un procedimiento seguro si se realiza bajo ciertas condiciones (dosis adecuadas y con acompañamiento); sin embargo, tanto Violeta como Rosa, quienes vivían en Guadalajara y Querétaro buscaron por sí mismas los medicamentos para la interrupción; la primera desiste en el intento porque el envío de pastillas de *Women on Web*<sup>32</sup> no llegaría a tiempo y necesitaría acudir a un servicio médico en caso de emergencia, mientras que Rosa, como se describe en su relato, consiguió el medicamento, pero sin el acompañamiento adecuado; vivir en un contexto restrictivo la expuso a gente con poca ética que lucra con la necesidad de las mujeres.

*Ya lo que hice fue investigar sobre las pastillas, encontramos, no me acuerdo si fui yo o fue él quien investigó, encontramos en internet una persona que vendía el misoprostol, lo contactamos, nos quedamos de ver con él en un lugar, creo nos costó \$900 pesos...Lo vimos, nos dijo cómo usarlo y ya, pero bueno, fue como, me lo tomé, no estaba segura de cuántas semanas tenía, ni siquiera esta persona que me lo vendió no me dijo nada de checar, sí me había hecho una prueba de sangre pero un ultrasonido no (Rosa, narrativa oral).*

#### **6.4 CONCIENCIA DE GÉNERO Y DE PRIVILEGIO**

El proceso de interrupción del embarazo detonó reflexiones que abonan a su conciencia de género y dan continuidad a procesos de empoderamiento que iniciaron antes de sus embarazos con la ruptura de relaciones de noviazgo violentas, las rupturas religiosas, la decisión de seguir estudiando o en su participación en talleres de sensibilización.

*No dejaba de pensar en lo difícil que es ser mujer. Por primera vez en mi vida lo estaba viviendo; ser mujer no es cosa simple, un simple descuido compromete tu cuerpo, tu mente y tu alma. (Fabiola, narrativa escrita).*

*Definitivamente, ser mujer es difícil porque nos lo hacen difícil, limitándonos, controlándonos, pisoteando nuestros derechos humanos. (Fabiola, narrativa escrita).*

Otras participantes que tuvieron acceso a servicios privados y que no enfrentaron tantos obstáculos o pudieron sortearlos rápidamente, mostraron estar conscientes de su situación de privilegio por contar con recursos económicos y mejores condiciones para

---

<sup>32</sup> *Women on web*, es una organización holandesa cuya misión es prevenir el aborto inseguro y reducir las muertes a través, proporcionando información a través de una página, un chat y un barco en el que viajan a lugares con legislaciones restrictivas.

interrumpir un embarazo que otras mujeres y expresaron su necesidad de que otras mujeres vivan esta experiencia como ellas.

*Agarré tres estaciones de Metrobús para llegar a la clínica privada; tener el privilegio de pagar mi propia interrupción, darme el tiempo para vivir mi interrupción, de no venir a trabajar, levantar el teléfono y decir “no sé qué está pasando, ayúdame”, y que haya una persona con una voz tranquila apoyándote. (Fabiola, narrativa oral).*

*Yo te puedo decir desde la vivencia, que es algo que me enoja mucho, porque sigo pensando en las condiciones tan favorables que yo tuve, y yo digo es que yo no debería ser la única afortunada, incluso ahora que te digo no hay adolescentes, claro porque una adolescente juntar 2000 pesos (para pagar un servicio privado)... ¿cómo le hace?, yo decía no es que no les pase, probablemente es que estén en espacios clandestino (Healy, narrativa oral).*

*Hubiera sido diferente si yo no hubiera sido una mujer que tiene las capacidades económicas... ...en otro momento de mi vida hubiera sufrido mucho para conseguir el dinero, ¿de dónde lo sacas?. Hubiera sido muy diferente. Todavía siento que es un derecho que está privilegiado, que es para las mujeres que tienen el acceso a la información (Fabiola, narrativa oral).*

A manera de conclusión de este capítulo, propongo: 1) ampliar el concepto de aborto seguro incorporando aspectos de bienestar emocional y tranquilidad para las usuarias, ir más allá de los procedimientos médicos y pensar en la calidad de la atención basada en la autonomía y el trato digno, 2) pensar siempre y en primer lugar en las mujeres, incorporando las percepciones y retroalimentación de las usuarias sobre los servicios, a través de investigaciones cualitativas que vayan más allá de la satisfacción con los servicios, 3) posicionar la información médica sobre la interrupción del embarazo como parte de la ciudadanía sexual, subrayando la importancia de desmedicalizar y reapropiar a las mujeres de su salud sexual y reproductiva, a través de un mayor conocimiento de distintos términos y procedimientos médicos, apostando a un cambio social desde abajo, en donde las mujeres que han interrumpido un embarazo tengan un rol principal replicando información basada en evidencia, 4) señalar la interdependencia de la accesibilidad y la calidad de la atención de los servicios de interrupción del embarazo, como pudimos ver a lo largo del capítulo, 5) visibilizar las múltiples decisiones que las mujeres toman alrededor de la interrupción: si acudir a un servicio público o privado, si utilizar medicamentos o AMEU, si utilizar anestesia o no, si rompen o mantienen el silencio, 6) reconocer las múltiples formas y niveles en las que el discurso conservador obstaculiza el acceso y la calidad de la atención, desde las barreras simbólicas, el estigma internalizado hasta la violencia institucional y el acoso de los grupos conservadores, 7) destacar la presencia de otros ejes de opresión como la edad, la clase social o el estado en donde radican ligado a elementos estructurales como la privatización y la escasez de recursos en el sector salud, 8) eliminar las barreras legales que

se imponen para el acceso a adolescentes reconociendo su autonomía reproductiva, 8) visibilizar la capacidad de agencia, la sororidad, la información basada en evidencia, la presencia de amigas y organizaciones sociales para que las mujeres finalmente accedan a la interrupción, 9) No olvidar la obligación que las instituciones estatales tienen en la difusión, el acceso y la calidad en los servicios de interrupción legal de embarazo con respeto a la autonomía de las mujeres, por ejemplo en lo que respecta al tipo de procedimiento y en la consejería de métodos anticonceptivos.

## ***CAPÍTULO 7. VIENTO A FAVOR, SU VIDA DESPUÉS DEL ABORTO.***

En este capítulo se describen los aprendizajes, prácticas, reflexiones, sentimientos y emociones de las mujeres posteriores al aborto, a partir de que les confirmaron que el proceso de interrupción terminó, constituyendo la tercera parte del itinerario abortivo. Uno de los ejes que cruza este capítulo es el tema de salud mental, no porque considere que exista un problema, sino para debatir con el discurso psicológico que sugiere la existencia del síndrome post aborto y que difunde una serie de falacias que prevalecen en el imaginario social. Desde el ámbito académico, pretendo desde una visión crítica y con perspectiva de género, contribuir a la desmitificación y al análisis crítico de lo que sucede en la vida de las mujeres después de la interrupción del embarazo, la última etapa del itinerario abortivo.

En este sentido, es necesario analizar el rol del estigma en la experiencia posterior a la interrupción y, en especial, en su relación con el malestar de las mujeres, teniendo en cuenta la complejidad de estigmas y discriminaciones que las mujeres viven. Debemos recordar también que “analizar la relación ente el aborto inducido y la salud de las mujeres es complejo” (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016, p.303), requiere un abordaje amplio y multidimensional sin reduccionismos ni sesgos, con abordajes cualitativos o mixtos que den cuenta del contexto situado de las mujeres y de su trayectoria de vida previa y posterior a la interrupción.

A diferencia de los grupos conservadores que posicionan el síndrome post aborto y buscan demostrar una relación causa efecto entre el aborto y la salud mental de las mujeres, a partir de esta investigación y, en consonancia con un cuerpo sólido de investigaciones (Kero et al., 2004; López, 2015; López y Carril, 2010; Maroto 2011; Sorhaindo et al., 2014; Soto, 2013), constatamos que las mujeres que participaron en este estudio, experimentaron tranquilidad después de la interrupción, en los pocos casos que no fue así, el malestar fue temporal y se debió a la influencia de este discurso conservador.

Sin perder de vista las repercusiones en la salud mental de las mujeres al vivir en un sistema patriarcal, el concepto de malestar propuesto por Mabel Burín et al (1990) contribuye a romper el dualismo salud- enfermedad, considerando las formas de resistencia ante las condiciones opresivas y a mirar las tensiones y conflictos como propiciadores de procesos de transformación y deconstrucción. Santarelli y Anzorena (2017) también han retomado este modelo tensional conflictivo para analizar las significaciones que construyen las mujeres sobre su experiencia de aborto voluntario medicamentoso en clandestinidad en relación con su salud mental.

El otro eje que cruza este capítulo es el empoderamiento; en capítulos anteriores expongo que, en etapas previas del itinerario abortivo, las participantes expresaron el ejercicio de sus poderes vitales, germinaron procesos de conciencia de género, mostraron su capacidad de agencia y, en muchos casos, esas acciones agénticas y de resistencia se fueron encadenando y formando procesos de empoderamiento tanto personal como colectivo. En

este sentido, Martha Rosenberg (2013) señala que el aborto modifica “los valores dominantes abriendo para las mujeres espacios de posibilidad de nuevas posiciones subjetivas” (p.104) que cuestionan la maternidad como identidad y mandato, ubicándola como un derecho.

La mayoría de las participantes reafirmaron la decisión de haber interrumpido y no se arrepintieron; algunas significaron su interrupción como cambio individual o colectivo y lo integraron a su identidad o vida; su capacidad de agencia se mantuvo presente para buscar apoyo o para rechazar ideas que no contribuían a su tranquilidad; experimentaron cambios en sus vidas en diferentes niveles; reflexionaron sobre su autocuidado, miraron de forma crítica sus prácticas sexuales, hicieron cambios en su relación de noviazgo o en el uso de métodos anticonceptivos; a nivel social modificaron lo que pensaban del aborto o de las mujeres que interrumpen un embarazo, tratando o dejando de juzgar a otras mujeres. Sin embargo, en algunos casos, también refirieron malestar emocional por esta decisión, en donde los miedos y dudas hicieron un engranaje perfecto con el silencio y el estigma en sus diferentes expresiones.

Por ello, este capítulo se divide en tres apartados: 1) Los obstáculos para la salud mental de las mujeres, 2) Viento a favor, en la que se describen procesos de empoderamiento y agencia personal, 3) Vamos juntas, en el que se describen los procesos de empoderamiento colectivo y político, así como el cambio en las opiniones de las mujeres en relación con el contexto legal y social del aborto.

### **7.1. MALESTARES Y ESTIGMA GENERADOS POR EL SISTEMA PATRIARCAL**

Como he mencionado anteriormente, en algunos casos las mujeres narraron momentos difíciles posteriores a la interrupción de sus embarazos, malestares esporádicos y otros más duraderos que en todos los casos estaban relacionados con la internalización del estigma y el silencio, y que al momento de la entrevista se habían superado.

Si bien, estos malestares no se ubicaron en el mismo contexto del “malestar que no tiene nombre” de Friedan (1963) ni se expresan como incompletud o insatisfacción, las participantes de esta investigación al igual que los relatos expuestos por Friedan manifiestan la necesidad ( y la dificultad) de un “ser para sí”, una identidad propia y salir del cautiverio/ mandato de la maternidad al mismo tiempo que la “mística de la feminidad” mostró sus reminiscencias hasta nuestros días, ya que algunas de las participantes aspiraban o aspiran ser las esposas y madres perfectas, a la par de ser profesionistas o empleadas.

Mientras en el proceso decisorio y de acceso al aborto primaba el miedo como emoción, en esta parte de la trayectoria abortiva, la culpa ronda temporalmente a algunas participantes.

Desde una mirada feminista, Mizrahi (2003) sostiene que la culpa “es el instrumento más efectivo para neutralizarnos como sujetas autónomas, es un arma de domesticación y sometimiento” (p. 31) ya que anula la subjetividad transformadora.



A continuación, se presentan con mayor detalle distintos elementos o momentos que contribuyeron a los malestares temporales y al estigma internalizado o experimentado de forma posterior a la interrupción a saber: 1) un discurso conservador ligado a la religión y espacio doméstico, 2) la violación a su privacidad, 3) la responsabilidad por el embarazo, 4) la relación con el hombre implicado en el embarazo, 5) mantener el silencio sobre la interrupción.

### ***7.1.1 Religión, discurso conservador y espacio doméstico: nutrientes del estigma y el malestar***

En este contexto mexicano, donde coexistía la despenalización, la criminalización y la penalización social, el estigma se hizo presente en todo momento del itinerario abortivo, lo que coincidió con los hallazgos de Astbury-Ward et al. (2012), que identificaron que las mujeres guardaron el secreto aun en contextos legales debido a la desaprobación que podía generar.

*Claro tuve que decir en el trabajo que estaba enferma del estómago y después tuve que conseguir una receta para avalarlo, creo que desde ahí está el estigma con el tema, no es algo que se diga, me parece que se vive desde el silencio y muchas veces en soledad (Healy, narrativa escrita).*

Un tema clave para ese malestar resultado del estigma internalizado parecía ser la influencia religiosa en la que ellas crecieron, lo que coincidía con los hallazgos de Cockrill y Nack (2013) que identificaron que el estigma interno aparece con mayor frecuencia en mujeres en contextos familiares o comunitarios que tenían actitudes negativas hacia el aborto.

*Con el paso de los días, me sentí muy mal... ¿cómo me había atrevido a hacer lo que hice? Dios me castigará, pensaba. ¿cómo puedes creer que lo que hiciste era lo mejor que podías hacer? ¡Cobarde! Me repetía muchas veces, fue tan difícil... fueron meses que la pase muy mal, creyendo que no me merecía más que lo peor (Karla, narrativa escrita).*

Si la raíz de la culpa es el pecado original de acuerdo con una moral inquisidora, la influencia de la religión en el malestar de las mujeres era evidente. Asociado a esto Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015) identificaron un mayor apego a los discursos hegemónicos de género y religiosos en las narraciones de mujeres que ya eran madres, vivían o habían vivido en pareja, o que se encontraban en relaciones de mayor subordinación, en contraste con las mujeres solteras, jóvenes y con mayor autonomía. Por ello, es necesario destacar que Karla, Violeta y Lis al momento del embarazo se encontraban en el espacio doméstico, no recibían una remuneración y no tenían redes de amistad amplias o fuertes. Las poderosas redes que se entretajan entre religión y espacio doméstico para “nutrir” el malestar y el estigma deben ser visibilizadas y desarticuladas.

Las participantes que presentaron estos malestares vivieron prácticamente en soledad y en silencio el proceso decisorio y de acceso, lo que coincide, con los hallazgos de Kimport et al. (2011) sobre la falta de apoyo social como uno de los factores que influyó en resultados psicológicos negativos posteriores.

A continuación, analizaremos cada uno de estos casos, haciendo un recuento de su trayectoria abortiva y la forma como estos malestares se resuelven de distintas formas. Tal vez, los malestares son la expresión misma de la contradicción entre mandatos y deseos que coexisten.

**Sanción social y el poder del afecto para romper el estigma.** En el caso de Karla, vivía con sus papás, se dedicaba al trabajo doméstico no remunerado en un momento de transición entre el término de su carrera y el ingreso al campo laboral, tenía un noviazgo de muchos años y la expectativa de que si ella quedaba embarazada él iba a hablar con sus papás. Cabe recordar que, al tomar la decisión, Karla le dio más peso a la posible opinión de sus papás frente a un embarazo fuera del matrimonio, no quiso decepcionarlos o romper la imagen que tienen de ella, la ausencia del deseo de la maternidad o del futuro hijo/a no se presentó a diferencia de otras participantes y, ella sintió que no se dio el tiempo suficiente de pensar. En este caso posiblemente la forma como se tomó la decisión o alternativa del aborto influyó en su bienestar/malestar posterior. El marco tradicional de ejercicio de la sexualidad apareció cuando la secuencia normativa matrimonio- hijos se rompió y el estigma hacia la sexualidad reforzó el estigma hacia el aborto.

En su narrativa, ella hizo referencia a sus sentimientos después de la interrupción:

*Sentirte la persona más basura por hacer lo que hiciste, indigna, algunas veces llegué a pensar en que fue el error más grande en mi vida, incluso pensé en que no podía seguir viviendo, ¡vaya! ¿quién podría vivir con ese peso en sus hombros? (Karla, narrativa escrita).*

A diferencia de algunas participantes que refirieron que cuando alguien hace algún comentario negativo sobre el aborto, ellas detuvieron el comentario o activamente trataron de rechazarlo, en este caso ella no mostró otras herramientas o la presencia de personas que le ayudaran a oponer resistencia en primera instancia.

*Yo escuchaba más todas las cosas que había evitado escuchar, como que era una persona mala y que entonces, toda esa cuestión negativa, de alguien que toma esa decisión. Entonces yo ya me creía o me sentí todo eso, que yo era una persona mala como una cuestión de juicio, de por sí, somos siempre el verdugo más grande y yo creo que yo fui el verdugo todavía más grande que podía ser. (Karla, narrativa oral).*

La culpa está bajo una lógica del sacrificio, que nos lleva a “postergarnos e inmolarnos” (Mizrahi, 2003, p.35), en este sentido destaca que a Karla nadie le hizo un comentario explícito que detonará la culpa. Al incorporamos los discursos, nos autoreprimimos y nos condenamos.

Como mencionábamos en el capítulo anterior, la manipulación de las imágenes o el desarrollo fetal tomó fuerza en su experiencia y ella nombra al producto como “el bebé”. Esto hace sentido con lo identificado por Gilbert y Sewpaul (2015) en el cual algunas mujeres que abortaron tomaron el discurso antiderechos que las nombraba como pecadoras y asesinas y hablaban en términos de “bebé” o “niño”.

Pero estos malestares son temporales y cuando su novio le pide matrimonio, ella empieza a cambiar

*Él me pidió casarnos, y ese día pensé en que si a pesar de lo que había vivido él aún quería estar conmigo, eso era símbolo de que él estaba conmigo por amor y no por compasión o no por sentirse culpable o no por lástima. Pensé que era momento de cambiar ese chip de haber hecho todo mal, de no merecer nada y no ser feliz jamás en mi vida. Era momento de enfrentar mis acciones, enfrentar mis miedos y continuar... (narrativa escrita, Karla).*

Tal vez esta última narrativa nos demuestra los daños a diferentes niveles que el estigma realiza en las mujeres, afectando nuestra identidad y la posibilidad de sentirse queridas o amadas, por ello la petición de matrimonio pudo disolver (por lo menos en parte) sus efectos. Después de la ruptura de este noviazgo y de la cancelación del matrimonio, la psicoterapia y sus amigas jugaron un papel importante para que ella pensará de forma distinta, el cual detallo en otra sección de este capítulo.

Al momento de la entrevista, Karla pensaba de forma distinta sobre experiencia de aborto, aunque cuestionó su decisión, también hizo cuestionamientos políticos y sociales sobre el contexto actual del aborto y pugna porque otras mujeres lo viven de forma distinta.

*Este tema, que fue muy recurrente y que lo he relacionado con lo malo que he vivido ha dejado de ser tan fuerte como lo era. Socialmente se cree que quien aborta lo hace por inconsciente, ...pero al menos en mi caso, se ha vuelto un continuo cuestionamiento de todo mi sistema de creencias, del sistema tradicionalista social, cultural, político, etc., en el que estamos inmersos... Aunque a partir de ese momento he pensado que se puede construir un sistema más amable, en donde quien decida interrumpir un embarazo no se sienta señalado, juzgado y escondido. (Karla, narrativa escrita).*

**El discurso psicológico estigmatizante y la importancia del apoyo.** Healy, el segundo caso, quien fue educada en la religión cristiana e iniciaba una relación de noviazgo, posiblemente estaba influenciada por el discurso religioso en el que ella se formó, del que dice haber escuchado que “*se considera que la gente tiene alma a partir de que se concibe*” y por el discurso psicológico del instinto materno esencialista y sin perspectiva de género, a través del cual se obliga a las mujeres a “sentir lo que se debe sentir”.

*Un buen día me senté y fue a días también, y decía es que mi hijo, como si de verdad se me hubiera muerto un hijo, ahí si te puedo decir que sentí lo que se debe sentir, no*

*sé si decir afecto, no sé que otra palabra usar, como ese afecto que dicen que debes sentir por alguien que ni has visto, ni conoces, ni sabes si va a nacer o no (Healy, narrativa oral).*

*Yo creo que estaba muy envuelta en esta parte de haber hecho algo incorrecto, ...a pesar de lo que yo me dedico y lo que soy, algo terminaba arrastrándome a sentirme a culpable y a sentir que había hecho algo malo, no era fácil, no podía salir de eso. (Healy, narrativa oral).*

En los días siguientes a la interrupción ella atravesó por momentos de mucha ansiedad que describió de la siguiente forma:

*Después comencé a soñar con un hijo (hombre), me levantaba en la madrugada con ataques de ansiedad, llorando y con ganas de salir corriendo a esa hora, mi dije de corazón era mi compañía cada día, leí sobre las consecuencias del aborto (claro en un tono estigmatizante) lo cual no ayudo, leí que “las parejas se terminan” y eso se tatuó en mi cabeza por mucho tiempo, ..., solo una vez en todo este trayecto sentí mucha culpa y arrepentimiento me dije “mate a mi hijo”, ... veía demasiados niños y en ellos veía al que yo no había deseado. (Healy, narrativa escrita).*

A diferencia de Karla, Healy no tenía dudas sobre el desarrollo fetal o sobre su decisión por ello era posible que un aspecto clave en su experiencia fuera el libro que encontró en internet después de la interrupción, sobre esto ella comentó:

*Era un libro que hablaba como de las consecuencias, pero justo estaba como en esa línea, ...y decía como todas estas cosas, todas eran como negativas, estigmatizadas...Hablaban como de que mucha gente dice que no hay efectos psicológicos, pero si hay, y que mucha gente se siente con culpa, venían historias de cuando se quisieron embarazar y no pudieron, o que cuando se embarazaron, tenían miedo que castigo, naciera mal su hijo. Me angustiaba un poco, más como eso, que si había efectos psicológicos (Healy, narrativa oral).*

Al momento de la entrevista, le pregunté si la ansiedad había surgido antes o después de leer el libro, ella se dio cuenta que surgieron a partir de la lectura de ese libro, la entrevista le ayuda a escucharse y darse cuenta de ello:

*Ahora que me escucho y lo escucho da la impresión como si yo hubiese actuado todos esos efectos psicológicos. (Healy, narrativa oral).*

Su narrativa nos muestra que los discursos psicológicos que estigmatizan la experiencia y esencializan la maternidad tuvieron cierto reconocimiento al ser ella terapeuta, impactando de forma negativa en su experiencia, mientras que contar en ese momento con apoyo terapéutico afín al ejercicio de sus derechos, contribuyó a su bienestar:

*En el proceso terapéutico, yo misma me fui dando cuenta que eso no me estaba ayudando... porque era como darle peso a todas las ideas que me generaban mucha*

*angustia, ...pues es como estar alimentando más la ansiedad, entonces “no, ya no leas”. (Healy, narrativa oral).*

En este momento de ansiedad ella sí sintió el apoyo de su pareja, posteriormente hizo un ritual junto con él, a partir del cual ella se tranquilizó. Al momento de la entrevista, ratificó su decisión.

*En esa época tuve una clase sobre los rituales en la terapia y su utilidad, de ahí me vino la idea de deshacerme de mi dije de corazón, como una forma de dejar ir, se lo propuse a mi pareja, le pedí que escribiéramos algo a aquel que no fue nuestro hijo..., a partir de entonces se generó en mí una sensación de tranquilidad que en general permanece, estoy cierta y convencida que fue la mejor decisión para mí. (Healy, narrativa escrita).*

Como podemos ver los eventos que les permitieron romper con ese malestar son distintos en Healy y Karla. En el caso de Healy dada su formación como terapeuta, el ritual le sirvió para cerrar este proceso y puede hacerlo ella misma, sin embargo no es la intención de este trabajo promover los rituales pero sí seguir profundizando en las distintas herramientas para enfrentar el estigma internalizado como acudir a un espacio terapéutico con perspectiva de género que fue de utilidad para varias participantes incluyendo a Healy, como lo observaremos en el caso de Violeta.

**Violencia, catolicismo y acompañamiento post aborto.** Violeta, quién residía en Guadalajara, tenía dos hijos, creció bajo una educación católica y vivió un proceso complicado en un contexto restrictivo al experimentar la violencia de su pareja y no contar con redes de apoyo, mencionó sentirse deprimida al momento del embarazo, incluso con ideación suicida.

*Era el momento más depresivo de mi vida, yo sentía ganas de matarme todos los días. Un día me encerré en el baño y dije, ya estaba queriéndome matar, me sentía mal, sin poder hablarlo con nadie por lo mismo que yo no quería que nadie supiera y mi pareja que era el único que sabía, me tachaba de infiel, de mala madre, de floja... yo decía que hago aquí... (Violeta, narrativa escrita).*

El contexto restrictivo y conservador en el que vivía, el silencio y aislamiento así como los discursos religiosos impactaron su experiencia. A diferencia de otras participantes que habían manifestado estar a favor del derecho a decidir incluso antes a la experiencia, ella relató lo siguiente:

*Ya había dejado de ser católica como lo era antes, pero aún así creía el aborto era malo y todos esos prejuicios que no solamente te da la iglesia, sino que te da la gente y tu entorno, el hecho de que cuando en la escuela o algo se habla de abortos todo mundo te voltea a ver y te dicen “tú no estás a favor, verdad”, te hacen que te metas en la cabeza, está mal.*

Al igual que Karla, también se refería al producto como bebé, y esperaba un castigo, que temía pudiera recaer en sus hijos. Sin embargo, a diferencia de Karla y Healy, fue canalizada por Fondo María para recibir acompañamiento post aborto especializado en ADAS. Con este apoyo, Violeta se dio cuenta de las desigualdades en esa relación, concretó la ruptura con su pareja, comenzó a estudiar una licenciatura y al momento de la entrevista vivía sola. Ella identificó al aborto como un parteaguas en su vida, a partir del cual ella pone límites y rompe con el modelo “esposa- madre”.

*Y después de eso, no sé, empecé a ver que se abrieron muchas puertas, yendo a, porque me dieron la ayuda psicológica con Olivia, yo empiezo a ir y me doy cuenta que yo ya no podía seguir con mi pareja, me di cuenta que yo realmente no tenía un apoyo verdadero, tenía apoyo tal vez para las cosas buenas, pero no para las cosas malas... (Violeta, narrativa oral).*

*Las primeras sesiones eran llorar, eran siéntate a llorar.... Entonces digo, me sirvió mucho dejar atrás el no sentirme culpable, en no culpar a la gente... Siento que en todo me ayudó Olivia, en aceptarme, en aceptar la situación y en aceptar a mi ex como una persona. (Violeta, narrativa escrita)*

Otro aspecto importante es que ella busca información después de la interrupción sobre desarrollo fetal que le permitió romper con el discurso dominante sobre la vida fetal.

*Parte de mis terapias, para olvidar y dejar atrás todo esto, fue investigar porque antes de las 8 semanas y todo eso. Cuando estudié medicina, vi embriología, entonces saque mi libro y me di cuenta que para empezar el bebé es de este tamaño, aun todavía no tiene desarrollados los nervios, que es una de las cosas con lo que los providas te atacan más, ¿sabes lo que sintió en ese momento? (Violeta, narrativa oral).*

**Momentos de inquietud.** En otros dos casos, se presentaron momentos de inquietud o tensión, activados en ocasiones específicas ligados a al discurso de la vida fetal, aunque al mismo tiempo ratificaban su interrupción como la decisión correcta. Lis, quién era adolescente al momento del embarazo y de quién ya se ha narrado la dificultad con el manejo de los restos en el capítulo anterior, años después acudió a una sesión de coaching en el que supuestas autoridades intelectuales reforzaron el estigma minando su bienestar. Por lo que también es necesario señalar el impacto en el bienestar que personal no calificado puede tener al abordar este tema.

*Hace como cinco años, me di cuenta que sí me había quedado un trauma de haberle bajado al baño, porque en ese momento dije “eché la vida de una persona al caño, así literal”, dije “¡ay! como pude haber hecho eso y no por el hecho de que me arrepienta del procedimiento, sino de cómo pude haber visto así cómo se murió el pececito, échalo al excusado y bájale”. Fue el único sentimiento que me generó ya después (Lis, narrativa oral).*

*Tomé un curso de coaching y liderazgo hace cuatro años y salió el tema, porque estábamos sacando lo que tenemos en lo profundo y fue cuando empezaron a hablar de los abortos, y casualmente éramos muchas mujeres ...y me dijeron: “es que sí tienes algo”; empecé a analizarlo y me di cuenta que sí me dolía, que sí había sido tan insensible (Lis, narrativa oral).*

En el caso de María quien tuvo dudas al momento de estar en la clínica a punto de pasar a que les proporcionaran el medicamento, mostró en su narrativa momentos de tensión entre su agencia/conciencia de derechos y los discursos patriarcales.

*Solo hay momentos en los que sí, siento como estas ideas “asesinaste a un bebé”, sí las siento, pero cuando veo películas, hace poco vi una película donde la mujer pierde al bebé y lloran y lloran, te quedas pensando y dices ¡ay!, cómo en esos momentos no dudas de tu decisión, pero a veces sí te ganan los prejuicios. Pero llega un momento, en el que dices, no pues, son cosas distintas. (María, narrativa oral).*

María definió el aborto de forma ambivalente, este evento no se convierte en un hito o parteaguas a diferencia de otras participantes. La ambivalencia ha sido identificada en otras investigaciones en Argentina (Rodríguez, 2013) como en un estudio sueco en el cual las mujeres en el proceso de decisión tenían actitudes positivas hacia el derecho al aborto, pero estaban preocupadas por su fertilidad (Aléx y Hammerström, 2004).

*Todo comenzó hace muchos años, no el aborto, sino lo que me llevó a dicha decisión. Tenemos que entender que el aborto no es un momento que secciona nuestra historia de vida, el aborto es resultado de un proceso de vida colectivo y subjetivo. Colectivo porque existen estructuras y relaciones de poder que rebasan la capacidad de acción del sujeto, pero por otro lado también es subjetivo porque no todos los procesos son homogéneos ni tienen los mismos resultados. (María, narrativa escrita).*

*La decisión, aunque correcta para mí, no fue sencilla; aunque no me arrepiento, no es algo que quisiera hacer a cada rato. (Andrea, narrativa escrita).*

### **7.1.2 Experimentar el estigma y la privacidad vulnerada**

Otra forma de estigma que algunas participantes refirieron en sus narrativas es el estigma experimentado (Herek, 2009), definido como conductas discriminatorias o interacciones negativas después de que otras personas se enteraron de su interrupción. Como hemos visto el estigma experimentado se retroalimenta con el estigma sobre el ejercicio de la sexualidad femenina potenciándolo. De forma similar, Kimport et al. (2011) reportaron que familiares y amigos no apoyaron a algunas mujeres que participaron en esa investigación cuando ellas se los contaron y terminaron con sus amistades por este motivo.

*También le conté luego a una compañera de la escuela, ella tuvo una reacción que no me esperaba, le interesan los temas de género, ...yo pensé que se iba a portar como muy empática, cuando le dije me empezó a regañar de una manera bastante fea ...yo*

*sentí que fue muy dura... yo sentí que casi me decía “y con el tiempo te vas a arrepentir de no haber tenido a tu hijo” o algo así y también “te lo mereces por haber salido con tantos hombres”..., después de que me dijo eso ya decidí no contarle a nadie más (Quetzalli, narrativa oral ).*

María, quien no ha ocultado su experiencia en espacios escolares, ha experimentado un rechazo sutil por parte de algunas compañeras; en su narrativa ella mostró que romper el silencio sobre su experiencia de aborto “no es bien recibido” en la vida cotidiana, aún en la Ciudad de México, donde el aborto es legal; por eso, ella también ha optado por volver al silencio. La expresión de María “es una voz pequeñita”, coincide parcialmente con los hallazgos de Astbury – Ward et al. (2012) en el que varias mujeres expresaron sentirse como una minoría.

*Yo pensaba que era como muy fácil y se ha discutido mucho el aborto en la Ciudad de México, pero no en todos lados es como en la academia, hay lugares de la ciudad o de la vida cotidiana donde tus ideas, tu forma de vivir no... eh... no es bien recibida y es una voz muy pequeñita. Nunca lo he negado, pero en su momento lo decía mucho, pero ahora ya no comparto porque sí he llegado a sentir miraditas. (María, narrativa oral).*

En estas experiencias frente a expresiones directas de estigma, las reacciones son diferentes; mientras que Quetzalli y María piensan no compartirlo más, Lis rechaza las opiniones de su prima.

*Con ella [su prima] sí cambio mi relación, porque ella me decía: “¿cómo pudiste haber tomado esa decisión?”, ...me dice eres una inmadura, cómo pudiste haberlo hecho, y como no tenía una buena relación con ella, la mandé directito a la fregada (Lis, narrativa oral).*

Estos relatos dan cuenta de la importancia, tanto de la despenalización legal como social en relación con el aborto; de la eliminación de los estigmas existentes en torno a la sexualidad femenina; así como del fortalecimiento de la sororidad entre mujeres, que abonen a un cambio cultural que se refleje en diferentes representaciones y prácticas que garanticen el ejercicio de derechos y de la autonomía corporal de las mujeres. La legalización del aborto por sí sola no significa un cambio social per se, menos aún en el contexto mexicano.

En el caso de Dany y Lis, sus familiares se enteraron por terceras personas meses después de la interrupción, mientras que a Dany su madre y su hermana que vivían en Guanajuato le reprocharon que hubiera abortado, el papá de Lis le dijo que la hubiera apoyado.

*(Con su mamá) sí hubo todo este reproche: “es que si yo a mi mamá, tu abuela, yo le hubiera llegado con una sorpresita así, me hubiera mandado a la chingada”, mi mamá quería atacarme con ese chantaje emocional....Con ella (hermana) sí hubo mucho ataque, muuucho ataque hacia mí, bastante, pero no sabía cómo parar ese*



*ataque hacia mí, este chantaje emocional de “si tu pudiste ser mamá, y yo no” (Dany, narrativa oral ).*

*Si hubiera sido más grande sí, yo creo que sí no le hubiera tenido que avisar o contar a mucha gente, nada más lo hubiera hecho yo, esa es otra cosa que me desesperaba que ya sabía toda mi familia. Mi papá se enteró porque le contaron, este chavo le contó al hijo de la novia de mi papá...(Lis, narrativa oral).*

Para Lis, la vulneración de su privacidad fue una constante a partir de la muerte de su madre, su vida sexual y reproductiva quedó expuesta ante todos.

El estigma y la violencia institucional afectó el bienestar de Jimena, quién recibió maltrato. Ella refirió sentirse arrepentida de no haberse defendido, lo que aún hoy en día le produjo enojo y tristeza.

*Me he arrepentido, sí, por ejemplo, cuando el trato en el centro éste, yo pude haber dicho algo. Me he caracterizado en mi persona, en que comúnmente me defendiendo..., pero en aquel momento, pasó algo precisamente, estaba tan metida en eso, que no me defendí, y yo sabía, sabía cosas. (Jimena, narrativa oral).*

### **7.1.3 Sentirse culpable o responsable del embarazo**

Ligado a la culpa y la vergüenza por el embarazo, algunas participantes refirieron sentirse responsables del embarazo por algún tiempo después de la interrupción. Amuchástegui (2012) planteó que un segundo discurso sobre el control del cuerpo de las mujeres que permea de manera fuerte en el contexto mexicano es el de las políticas de planificación familiar, enfocado a reducir el crecimiento población y “que ha impulsado la noción de elección” (p. 371) y yo diría también la de “responsabilidad”, como si esto ocurriera en el vacío, sin cuestionar el poder en las relaciones de pareja, las dificultades que tienen las mujeres para negociar el uso del condón, obviando los otros ejes de opresión, dejando a las mujeres como únicas responsables de la reproducción a las mujeres, siendo este discurso una razón más para que ellas sientan culpa.

El contexto legal no modificó estas creencias internalizadas en las mujeres y el duro juicio de irresponsabilidad fue compartido por la mayoría de las entrevistadas. Esta es otra expresión del estigma internalizado relacionado con el ejercicio de la sexualidad fuera de lo normativo y lo reproductivo.

En el caso de Quetzalli el miedo, la culpa y el castigo relacionado con la irresponsabilidad y el temor de un nuevo embarazo se entremezclaron. Estos temores estaban vinculados con el discurso de planificación familiar, pero también en las críticas y el juicio de su amiga que hemos expuesto anteriormente.

*Es que yo creo que, sí me quedé con mucha culpa.... No culpa de haber querido interrumpirlo, eso no me genera culpa. Más bien, creo que me quedó culpa de*

*haberme embarazado, como que muchos años me quedé pensando “eres una irresponsable, cómo no te cuidaste, si tenías a la mano condones” yo siento que sí fue mucho tiempo de juzgarme mucho ... (Quetzalli, narrativa oral ).*

*La verdad, sí siento que mucho tiempo sí sentía como hasta cierto (pausa) castigo hacia mí misma, .... después de eso yo creo que tardé como un año en volver a salir con un chavo. Incluso hasta me daba miedo volver a tener relaciones sexuales... Como que sentía que si volvía a hacerlo iba a volver a estar en esta vida tan desenfrenada de alguna manera.... Como que me daba miedo no controlarme... Yo ya estaba, de ya no quiero, me daba miedo mi irresponsabilidad... (Quetzalli, narrativa oral).*

Este discurso de planificación familiar, impactó también a quién usaba un método anticonceptivo al momento del embarazo o que tenía mayores conocimientos sobre el tema.

*Este pensamiento de que pasa porque no te cuidaste, pasa por irresponsable, también estos slogans o mensajes “anticoncepción para no abortar”, en muchos casos sí se está usando, yo me cuidé, también eso fue traumático, sí use condón (Fabiola, narrativa oral ).*

*Otra cosa que me costó trabajo perdonarme, cómo es posible que yo quedara embarazada, yo que le estoy diciendo a todo mundo cuídate, yo que estoy haciendo investigación para que la gente no pase por estas cosas, como a mí me paso esto (Fabiola, narrativa oral).*

Algunas participantes relataron que también disminuyó su vida sexual y en los primeros meses se presentó una dificultad para sentir placer posiblemente asociado al temor a un nuevo embarazo o la culpa por sentirlo (Rodríguez, 2013), lo que también coincidió con un uso más consistente de métodos anticonceptivos. Tanto en sus palabras como en sus acciones, la idea del castigo, relacionada con la religión judeocristiana afectó el ejercicio de su sexualidad y su placer.

*Porque a partir de ahí, nuestra vida sexual disminuyó bastante. Y de hecho, los últimos tres meses, o sea ha sido casi nada. Al principio, era porque como que te queda cierta sensación, y no puedes disfrutarlo, no puedes disfrutarlo (risas de ella y se da como golpes de látigo), y ya después pasa eso y lo disfrutas. (María, narrativa oral).*

*Mucha gente lo olvida, hasta los doctores lo olvidan, cuándo puedo volver a tener relaciones sexuales, tu vida no acaba, qué sigue, pues puedes en una semana, yo sí lo pregunté y yo intenté tenerlas con este chavo, y no pude, me puse a llorar (Andy, narrativa oral).*

La culpa por no prevenir o sentirse inmunes a un embarazo se expresó de diferentes formas; algunas participantes mencionaron evitar los olores que les recuerdan esta

experiencia. Las participantes utilizan adjetivos calificativos negativos hacia ellas, pero no mencionaron o responsabilizan a la contraparte masculina.

*Yo usaba un suavitel de Ensueño, el amarillo, mis sábanas en ese tiempo olían a eso, mi ropa, ahorita te juro que lo huelo y me da tanto coraje o sea ayy no , como yo misma en ese momento me sentí mal de haber sido tan tonta, ....(Lis, narrativa oral).*

Como contrapeso a este discurso y sentir culpígeno, la reflexión sobre propia experiencia, la formación y el diálogo con las amigas fueron elementos importantes que les hizo replantearse este malestar y considerar que el aborto como una práctica común, que siempre va a existir ya sea por una falla en el uso de método anticonceptivo, la violencia sexual y la desigualdad de género.

*Una amiga asistió a las capacitaciones de Fondo María, me platicó eso, porque ella llegó con ese estigma también, me di cuenta que no solo se trata de protegerte y ya, hay muchas mujeres que les pasa, el aborto siempre va a existir, porque estas cosas siempre van a pasar; no va a haber un momento en que todos lo vamos a abolir porque todos nos cuidemos, no va a pasar. Y dije sí. A las dos nos llegó el insight a ella por medio de es plática y a mí por medio de mi experiencia personal (Quetzalli, narrativa oral).*

*Una amiga me dijo, “tú no sabes, si él estaba más fértil y tú estabas en el momento más fértil, los planetas se alinearon, y el esperma entró al óvulo, pasó, no puedes seguir y si hubiera hecho esto, y si hubiera hecho el otro” esas cosas pasan, ese fue un estigma que a madrazos, pero lo aprendí, que el aborto siempre va a estar (Fabiola, narrativa oral).*

**La desconfianza hacia el propio cuerpo.** La escisión en una de las participantes persistió. De acuerdo con Amuchástegui (2012), “El aborto pretende restaurar la jerarquía alterada entre la mujer y su cuerpo”, sin embargo, en Fabiola, quien desconfió y se enojó con su cuerpo al no haber identificado el embarazo, permaneció esa sensación y la preocupación por un posible embarazo.

*Del lado negativo, como que la conciencia de mi cuerpo, ahorita si pasé por todo un proceso, la parte difícil fue eso, yo me enojé mucho con mi cuerpo, mucho, mucho. Me acuerdo que sí exploté un día, ¿Qué me está pasando?, me grité a mí misma, le grité a mi cuerpo “por qué me traicionaste, si te cuido, si estoy al pendiente, por qué no me avisaste, por qué dos pinches meses”. Me enojé mucho con mi cuerpo..., el proceso con mi cuerpo es interminable, sigo peleándome mucho con él, de repente me vuelvo a hacer consciente.... Desconfío mucho de mi cuerpo. (Fabiola, narrativa oral).*

#### **7.1.4 La desigualdad y la violencia en la relación con el hombre implicado en el embarazo**

Retomando a Guevara (2005), quién señaló que el aborto es “un hecho político en el marco de la relación personal, íntima, erótica, o afectiva entre dos personas que comparten una misma experiencia desde posiciones distintas” (p. 38), estas posiciones distintas se observaron en el diálogo nulo o escaso sobre la experiencia. La mayoría de los hombres implicados en los embarazos de las participantes no hablaron sobre la interrupción con ellas, incluso cuando ellos eran las únicas personas que lo sabían, como en el caso de Karla, lo que pudo dificultar el bienestar emocional de ellas. La capacidad de empatía de los varones se puso a prueba.

*Yo me acuerdo que cuando pasaron las cosas, a mí me dan el ultrasonido donde dice el tiempo, le dije aquí está el ultrasonido y me dijo yo no lo quiero ver, yo lo entendí, ahh bueno, como una cuestión como la mía, también como de no involucrarse demasiado; después dije, pero yo no tuve la opción, yo tuve que hacerme el ultrasonido, estar consciente del tiempo (Karla, narrativa oral).*

*Yo lloraba, lloraba y lloraba, él me abrazaba y estábamos, no me tocaba el tema, ni yo tocaba el tema, pero los dos sabíamos porque yo lloraba (Karla, narrativa oral).*

María en el proceso de escritura de esta investigación se dio cuenta que tenía cierto resentimiento hacia su pareja que también obedecía a un discurso tradicional de familia donde los varones son proveedores.

*Yo creo que es resentimiento, porque en la lógica de la familia nuclear y la sociedad normal, él se tuvo que haber hecho cargo, diría mi papá. Es un cierto resentimiento porque si bien no había nada seguro, tampoco se buscó algo seguro, tampoco se hizo un mínimo de esfuerzo (María, narrativa oral).*

*Entonces yo creo que sí, con él he tenido eso, ese resentimiento, porque no movió ni un dedo, no se afligió, simplemente fue “si se puede hacer el aborto, haz el aborto, no podemos tenerlo” (María, narrativa oral).*

A partir de la interrupción del embarazo, algunas participantes, que tenían relaciones estables y de varios años, identificaron a posteriori, condiciones que marcaron una desigualdad en la experiencia y un desbalance en las posiciones de poder (Guevara, 2005). Ellas pusieron el cuerpo, tomaron un papel activo en la búsqueda y algunos de los hombres implicados mostraron poca empatía después de la interrupción. María y Karla reflexionaron sobre su proceso decisorio y de acceso complicado atravesado con cierta soledad, mientras que ellas vivieron estos procesos con dudas y tensiones, ellos lo vivieron de forma tranquila o así lo percibieron ellas, sin embargo prevaleció una cierta justificación hacia ellos.

*Tiempo después hice conciencia de que mi pareja no de manera intencional había sido machista y patriarcal, porque no preguntó nada después...para él tampoco*

*nunca fue opción tenerlo, nunca lo vi dudar, claro no era su cuerpo. (María, narrativa escrita).*

*Pero creo que la que consiguió el contacto por azares del destino, la que buscó apoyo, la que vivió todo lo demás con el implante fui yo... sí sigue siendo una vivencia muy de la mujer. Pero no es porque no quiera porque el que el otro no quiera, es muy difícil que lo pueda vivir en el día a día, porque en el cuerpo en el que se realizó todo fue en el mío.... Pero no puedo culparlo, porque cómo va a saber él... (María, entrevista escrita).*

Quetzalli no recibió ningún tipo de apoyo del hombre con el que salía; a partir de esto ella refirió sentir coraje y odio hacia él. Atribuye este odio a su autocrítica por la elección de sus parejas, probable expresión del estigma internalizado sobre su actividad sexual.

*Incluso a partir del embarazo, me alejé de la escuela, porque ya no me quería encontrar a este chavo, me sentía muy mal, le tenía mucho coraje, por lo que te escribía, después de que este chavo no me contestaba ni el teléfono, yo sentía que lo odiaba. Me lo encontraba en la escuela y me daban ganas de aventarle algo. (Quetzalli, narrativa oral).*

*También creo que era (pausa), también ya después yo lo veía y decía “ayy no mames, cómo te fuiste a embarazar de éste”, no sé si era para no regañarme a mí misma, mejor le agarraba coraje a él. (Quetzalli, narrativa oral).*

En otros casos, ellas narraron la violencia recibida por sus parejas después de la interrupción; Dany refirió sentirse cansada de la relación y con temor del reclamo. La decisión no la conflictúa, la agresión de sus parejas sí:

*Después de que regresamos del DF, yo estaba muy conflictuada, insisto, no por la interrupción, no por el acompañamiento, estaba conflictuada porque al lado de mí iba caminando la persona violenta, que tan cansado era para mí, ni tenía ganas de decirle lárgate, pero sí con este temor de, en cualquier momento me va a decir algo, pero yo no sé cómo voy a reaccionar (Dany, narrativa oral).*

Por otra parte, el control y la violencia que ejerció la pareja de Lis, quien era menor de edad, se recrudece llegando incluso a amenazas de muerte y violencia física. Finalmente, esta relación terminó un año después cuando él la quiso golpear en una fiesta familiar.

*Cuando pasa esto (la interrupción del embarazo), es como que cuando yo me empiezo a soltar de él, cuando yo le digo me apoyas para interrumpir y si no jamás vuelves a saber de mí, como que en ese momento él dijo “uta, ya perdí el control en ella, ya hasta está decidiendo por ella”, cuando él estaba muy aferrado a que sí lo tuviéramos. Cuando se la planteo así, es cuando también a él le da miedo, también me la aplica, el 27 de diciembre nos peleamos y él me golpea... (Lis, narrativa oral).*

Al momento de la entrevista, Lis y su exnovio eran amigos. Aunque ella estaba consciente del control que él quiso ejercer sobre ella, sorprende que ella no lo nombró como violencia o como un hombre violento, tal vez por la falta de vínculos familiares derivado de la muerte de su madre. Pareciera que ella asumió parte de la responsabilidad de la violencia que él ejerció.

*Gracias a Dios, jamás me ha vuelto a tocar y a mi hasta me sirvió para darme a respetar, y poner mis límites. Con él no tenía ningún límite, todo cuando tú quieras, como tú quieras, y ese fue el problema cuando yo quise soltarme, él se desesperó y no supo cómo controlarme o igual está enfermo o está loco (Lis, narrativa oral).*

A diferencia de la mayoría de las participantes y de otros momentos en la trayectoria abortiva, Healy se sintió apoyada por su pareja, cuando ella presentó algunos malestares después de la interrupción, ellos continuaron su relación, contrario a sus preocupaciones sobre una posible ruptura

*Muchas veces no podía conciliar el sueño, cuando eso pasaba mi pareja me abrazaba, me contaba anécdotas de la historia de México y en algún punto de la historia de Zapata podía dormir (Healy, narrativa escrita).*

*Quizá no hubo cambios, pero si le da un tinte diferente a la relación que tengo ahorita. Estoy segura que no hubiera podido hacer un proceso así con otras parejas..., en algún punto si le dije “ok, muchas gracias por haberme acompañado durante este proceso, de aquí en adelante ese tema no vuelve a surgir en el sentido de una vez abortaste”. Sí hablamos abiertamente, de hecho le dije que venía a la entrevista. Es un tema muy abierto, es esa sensación de “la verdad te hará libre”, me siento muy libre, muy segura (Healy, narrativa oral).*

También a diferencia de otros hombres, en esta etapa el compañero de Healy, logró expresar sus pensamientos y emociones alrededor de la interrupción. Parece ser que dialogar sobre el aborto fue complicado en la relación de pareja, por la dificultad de algunos hombres para expresar sus emociones, que podrían ser similares (culpa, miedo) a las que ella ha experimentado. Saber lo que ellos sintieron o que la interrupción es una experiencia relevante para ellos, es importante para ellas.

*Ahorita al contrario, sí puedo decir que fue una experiencia que nos conectó mucho..., de repente yo me enojaba porque decía “este tan fresco”, entonces él alguna vez me dijo “tú piensas que no me pasa nada y si me pasa, sí siento que maté a mi hijo, sí siento mucha vergüenza, sí siento pena de no haber sido responsable en mi sexualidad, y además haberte puesto en riesgo”, en esa ocasión me decía “yo tenía mucho miedo cuando entraste a la intervención, yo decía, que no le pase nada, pues yo sentía como mucha culpa” entonces dije “ahhh sí siente” (risas) (Healy, narrativa oral ).*

Concluyo este apartado, retomando a Guevara (2005) quién señala que la experiencia de un embarazo no deseado crea una situación de crisis en la pareja, ya que “se pone a prueba la calidad del vínculo que la mantiene y el proyecto de vida de cada uno” (p.46). O tal vez no la crea, sino que posiblemente la crisis en la relación antecedió al embarazo. Mauldon, Foster y Roberts (2015) y Roberts et al. (2014) identificaron que la continuación del embarazo solo alentó la disolución de la relación y las expuso a la violencia por parte del hombre involucrado.

#### **7.1.5 Mantener el silencio**

Después del aborto, la mayoría de las participantes evitaron abordarlo en el espacio familiar y con algunas amistades, permanecía el temor al juicio -su mera posibilidad- y buscaron protegerse de éste y de las emociones que pudiera traer consigo, tales como culpa y miedo. Algunas de ellas dudaron de su propia fortaleza para soportar las críticas. Healy, quién creció en una familia cristiana, en su narrativa señaló que esta situación es similar a “salir del closet”, con lo que deja clara la tensión producto del estigma social, abundando sobre ésta de la siguiente manera:

*No es algo de lo que yo hable mucho, sigue pareciendo como, sé que lo podría decir, pero a veces no estoy tan segura si voy a tener la capacidad de enfrentarme a gente que es muy prejuiciosa o que tiene juicios muy severos frente a esto (...), yo no estoy tan segura si vaya a tener la capacidad para que esos juicios y esos comentarios que a la gente le salen a boca de jarro no me atrapen y me cuesten la tranquilidad (Healy, narrativa oral).*

Pareciera que el ámbito familiar, fue más difícil romper el silencio, quienes lo rompieron lo hicieron como última alternativa para acceder al servicio o vivieron la indiscreción de otras personas, solo en dos casos ellas decidieron contarlo.

No es de extrañar que, algunas mujeres incluyeron en sus narrativas la dificultad de compartir su experiencia con quienes, ellas sabían, tenían apego a preceptos religiosos:

*Ya había pensado mucho tiempo antes platicarles [a mis amigas] que había abortado, pero no encontraba la oportunidad, una de ellas sí es muy católica, aunque no es una persona cerrada, es muy chida, pero sí me daba, no es que tuviera miedo de su reacción, pero sí me costaba un poco más por ella... (Rosa, narrativa oral).*

Mientras que, por el contrario, ante las personas que tenían conocimientos sobre sexualidad, son feministas o ateas sintieron una mayor apertura.

*Con quien es más fácil hacerlo es con las personas que estoy en la organización de derechos sexuales y reproductivos, compañeras y amigas que están en estos temas. Con personas de mi familia, a nadie se los he dicho. (Rosa, narrativa oral).*

Otra explicación para guardar silencio, la encontramos en Karla. La decisión fue pensada como algo fijo, estático y sin cambios o dudas, lo que limitó la expresión de malestares.

*Para mí era complicado hablarlo, ¿sabes? yo pensaba o piensas que por el hecho de tu hacerlo, entonces ya no tienes derecho a sentirte mal o sentirte culpable, o todo eso, porque se supone que tú ya lo pensaste o ya lo decidiste, entonces yo no lo hablaba con él (Karla, narrativa oral).*

Algunas mujeres -entre ellas la misma María en su escrito, incluyeron en sus narrativas el respeto a su privacidad como otra explicación valiosa para mantener el silencio:

*Mi familia no lo sabe, y creo que no es importante que lo sepan, porque es una decisión que, si bien influyeron elementos estructurales, el aborto es una decisión subjetiva que debe respetarse y que parte de ese respeto es que tu decidas a quién se lo compartes. (María, narrativa escrita).*

Angie manifestó otra motivación para no hablar de su interrupción, buscar otro embarazo. En este sentido, la interrupción del embarazo podría ser visto como algo contradictorio frente al deseo actual.

*Pero como yo te comentaba, ya no, en este momento no, no me gustaría hacerlo (contar sobre su experiencia a su familia) porque si quiero tener un hijo o una hija (Angie, narrativa oral).*

De forma simultánea en algunos casos, también narraron una aspiración de romper el silencio para que otras no vivan la experiencia en aislamiento e incluso una pretensión no consumada de romper el silencio propio para ayudar “a que no fuera un tabú”, como dijo María.

*Hay ciertos momentos en las pláticas familiares en donde digo, “este es el momento para decirlo”, porque no me gustaría ocultarlo toda mi vida... por muchas razones, pero sobre todo porque a lo mejor eso ayudaría a que no fuera un tabú y ayudaría a cambiar su perspectiva de la vida, pero no he encontrado el momento (...). (María, narrativa oral).*

En el caso de Healy y María, quienes tienen una formación de posgrado, se presentó de forma clara esta tensión entre guardar y romper el silencio, que podría deberse a la disputa de sentidos, y a la formación religiosa que ellas habían tenido. Healy, que había transgredido otras reglas del “deber ser” como vivir en unión libre, estudiar o trabajar, sabía y había experimentado la exclusión por estas decisiones.

*Ahí es donde reflexiono porque no sé cómo se hace eso (hablar sobre la experiencia), cómo unas y unos se paran y lo dicen y se mantienen fuertes y yo no estoy tan segura que si yo mañana me paro en mi clase ...y por otro lado está el preguntarme cómo le hago para llegar allá (contarlo). (Healy, narrativa oral).*



María también dio cuenta del estigma, que hace ver al aborto como una alternativa no deseable o no viable que dificulta su narración

*A veces siento que no es tan fácil compartirlo porque para muchas mujeres nunca va a ser una opción el aborto, nunca. (María, narrativa oral).*

Otras participantes también muestran esta tensión, pero concluyen que no lo contarán a sus familias ni lo dirán de forma pública.

*No, no, no, para nada, no. No tiene mucho caso, aparte como que son cosas mías y además como que ellos te digo, ellos siempre han tenido una cierta idea hasta del sexo, ...no me gustaría decírselos, tal vez cuando este grande o algo así, no sé, pero ahorita ni en 10 años, a mi hermana no, yo creo que a mi familia no (Andy, narrativa oral).*

La narrativa de Fabiola cuando le contó a su mamá, también nos muestra los miedos a la pérdida de afectos y al rechazo familiar relacionado con el estigma que prevalecía.

*Cuando veo como se le descomponen la cara, sentí horrible porque mi miedo era que me dejaran de querer.... que esto fuera un momento que marcara nuestra relación, que a partir de este momento dijeran “ya no eres nuestra hija, no aprobamos tu estilo de vida” (Fabiola, narrativa oral).*

Para cerrar esta sección, es importante recalcar que el síndrome post aborto no existe, y que no hay evidencia de daño a la salud mental a causa del aborto, como también lo demuestra el estudio longitudinal Turnaway (ANSIRH, 2018) que analiza los efectos del embarazo no intencionado en la vida de mujeres, entrevistando a 1000 mujeres, comparando a quienes habían tenido un aborto y a quienes se les había negado en 30 unidades médicas de Estados Unidos, siguiéndolas por cinco años. Identificando que: 1) el aborto no aumenta el riesgo de depresión, ideación suicida, ansiedad o estrés postraumático ni de consumo de sustancias o alcohol, 2) a las mujeres que se les negó la interrupción experimentaron más ansiedad y estrés, en el momento de la negación y en el corto plazo, además las coloca en una mayor inseguridad económica; y 3) los antecedentes en su salud mental como el abuso infantil, negligencia y la violencia sexual o en la pareja sí se relacionaban con problemáticas antes citadas después de un aborto.

## **7.2 VIENTO A FAVOR, PROCESOS DE EMPODERAMIENTO Y AGENCIA PERSONAL**

Desde el capítulo 4, es posible observar cómo las participantes estuvieron expuestas a discursos conservadores sobre la sexualidad, la maternidad y el aborto, que les produjeron, miedos y culpas, y al mismo tiempo, identificamos narrativas de ruptura, trasgresión, conciencia de género resistencias que van en contra del mandato de la maternidad y el “ser para otros” que respaldaron su derecho a decidir y que les dio tranquilidad. He documentado también que el proceso decisorio en relación con el aborto y el acceso a la atención se torna complicado aún en contexto de legalidad. Teniendo en cuenta estos antecedentes, fue

interesante documentar cómo las mujeres, después de la interrupción, se encontraron nuevamente frente al estigma como lo hemos visto anteriormente, pero también ante la posibilidad de desplegar diversas formas de resistencia y conciencia política ante la experiencia vivida.

### **7.2.1. Aborto como cambio**

Después de itinerarios abortivos complicados atravesando una diversidad de obstáculos, la mayoría de las participantes refirieron sentirse tranquilas y liberadas con la decisión que tomaron reafirmando en su narrativa escrita y en la entrevista; este proceso de interrupción les permitió evaluar el rumbo de su vida. En la mayoría de los casos, estas sensaciones se relacionaron con significados de cambio e identidad y con procesos de empoderamiento.

*Estoy muy tranquila en cómo he llevado mi vida a partir de la posibilidad que poder interrumpir el embarazo me permitió, yo lo vivo como eso. (María, narrativa oral)*

*Actualmente no tengo remordimiento y mucho menos siento culpa, fue una decisión que tome porque soy dueña de mi cuerpo y mis decisiones... Fue una experiencia tranquila, me generó mucha tranquilidad, al principio yo estaba muy nerviosa... Angie, narrativa escrita).*

*La tarde que me dieron esa noticia (que sí había interrumpido) fue un renacer. Había entrado a un trabajo que me encantaba y quería hacer una vida nueva. Después del miedo, la frustración, la desolación más intensa que había sentido veía la calma y las ganas de resurgir de las cenizas (Quetzalli, narrativa escrita).*

*Es una experiencia que no me arrepiento en lo más mínimo. Todas esas mentiras de la culpa, el dolor, la vergüenza, el arrepentimiento son una tontería tremenda, y que sí, no digo que hay mujeres que no lo sienten, pero eso no es tuyo, son emociones que estás cargando de otras personas, pero no es tuyo (Fabiola, narrativa oral).*

De forma sagaz, Fabiola identificó cómo los grupos conservadores y religiosos utilizan las emociones como un mecanismo de control y de esta forma, creó una estrategia de resistencia para no internalizar el estigma.

Saber que la experiencia es común y que no eran las únicas mujeres en vivirla, es un elemento que contribuyó a su tranquilidad, frente a una narrativa hegemónica que buscó invisibilizar el aborto. La “paradoja de la prevalencia”, es decir la construcción del aborto como algo desviado a pesar de alta incidencia (Kumar et al., 2009), funcionó prácticamente a la perfección hasta que las mujeres se dieron cuenta que no eran las únicas, de esta forma también rompieron con el estigma.

*Al compartir mi historia no he recibido un solo comentario negativo. Me sorprende cómo con casi cada persona que comparto me responden con una historia propia o de alguien que aman que tomó la misma decisión.... con la diferencia de que en esas historias hay dolor emocional, culpa, llanto, vergüenza, miedo. Me cuentan que la*

*experiencia lo fue así, pero ninguna se arrepiente ni lo haría diferente. (Fabiola, narración escrita).*

*Pero ahora que he vivido la experiencia, te empiezas a encontrar que hay muchas alrededor tuyo que han optado por esto, y yo digo “pues no sean gachas, digan”, para que no se viva tan solo, porque yo sí me sentía así de a quién le platico (Healy, narrativa oral).*

Algunas participantes de la presente investigación se sentían titulares de derechos sobre sus cuerpos y sus vidas, la interrupción permitió que ellas llevaran a cabo proyectos que tenían contemplados o hicieron cambios para ir trazando su propio camino; frente al mandato de “ser para otros” ellas eligieron ser leales a ellas mismas de acuerdo a sus propios códigos éticos y sus deseos, comenzando o continuando procesos de empoderamiento individual y colectivo, aunque estos procesos tuvieron costos sociales o emocionales.

*No me sentí empoderada, sentí las ganas de empoderarme. Fue importante para mí tomar esa decisión (pausa) incluso aunque me sentí muy sola; a veces, cuando me siento muy mal, me digo “pero hiciste bien, y la tomaste tu solita, y te aguantaste, ¿no?”. Así me sentí, me sentí liberada. Busco formas de empoderarme, de buscar un poco más lo que verdaderamente quiero (Andrea, narrativa oral).*

*Ya tengo bien estructurado quién soy yo, tal vez eso me faltaba antes de la interrupción, que no sabía ni quién era, que me sentía solamente mamá de mis hijos y pareja de fulanito..., que no era mujer; después de la interrupción, me di cuenta que soy mujer y que voy más allá de eso y que puedo con más que eso, incluso podría con críticas, podría hablarlo con otras mujeres (Violeta, narrativa oral).*

En el mismo sentido, Andy reconoció que no se sintió culpable por tomar una decisión, priorizarse a sí misma y sus deseos, la vida real y tangible. Ella desarmó la culpa posicionada desde la religión judeocristiana y los grupos conservadores, a través de la cual las mujeres somos responsables de todo y siempre debemos priorizar a otros incluso cuando éstos son seres en potencia. La interrupción fue vista como una alternativa responsable frente a las implicaciones que tiene el cuidado de otra persona. En estas narrativas, su capacidad de agencia, funcionó como un escudo que detuvo los juicios y la desinformación de otras personas.

*Yo no me sentía culpable pero mucha gente me decía que no me sintiera culpable, creo que existe un sentimiento de culpa de ver por ti y no por la vida, creo que va por ahí, si tú tienes que tomar una decisión, es tuya, y no te puedes sentir culpable por esa decisión, por eso la tienes que tomar con mucha responsabilidad, culpable ¿de qué?, ¿de que ahorita no quieres ser mamá?, ¿de que la regaste?, ahorita lo puedes solucionar después no, por eso hay tantos niños en la calle y por eso hay niños que la están pasando tan mal (Andy, narrativa oral ).*

Con las palabras de Andy, “culpa de ver por ti y no por la vida” parece que la única vida es la embrionaria o fetal y que las mujeres no poseen esa cualidad, quedando en un rango de objetos.

En esta etapa posterior a la interrupción, las participantes formularon diferentes significados de la experiencia de la interrupción del embarazo, que en algunas ocasiones funcionaron como un cierre de la narrativa escrita o presentaron incluso distintos significados al mismo tiempo. Dos categorías de estos significados, a) *Aborto como cambio individual y colectivo* y b) *Aborto como parte de la identidad / parte de la vida*, se relacionaron con las narrativas antes presentadas en este capítulo reflejando empoderamiento personal y colectivo.

Cuando las participantes conceptualizaron *el aborto como cambio individual y colectivo*, lo situaban como una experiencia de aprendizaje, de darse cuenta de las situaciones en las que se encontraban, de cambio para ellas y/o para otras mujeres o de límites frente a situaciones de violencia, ya que el embarazo y el futuro hijo implicarían un vínculo permanente con una persona violenta.

*Gracias al haberte embarazado pudiste comprender varias situaciones en las cuales te involucraste. (Jimena, narrativa escrita).*

*Qué bueno que no lo tuve, era aguantarlo, ya se empezaba a poner loco. (Lis, narrativa oral).*

*Más bien creo que ehh después de haber tomado esta decisión, todo lo que pasó, me ayudó a ya no estar en esa relación, no es que hubiera violencia, no había golpes o gritos, creo sí había otras cosas, más sutiles de violencia (Rosa, narrativa oral).*

*Estoy convencida de que saber que existe la opción y que se puede acceder a ella, ha cambiado la vida de muchas mujeres, incluyendo la mía y la de mujeres cercanas. (Andrea, narrativa escrita).*

Varias participantes narraron varios cambios importantes en sus vidas a partir de la interrupción. En algunos casos, consiguieron trabajo, terminaron o continuaron sus estudios, viajaron al extranjero, es decir siguieron su proyecto de vida educativo o profesional y reconocieron la importancia de su independencia económica.

*Yo siento que a partir de ese momento cambiaron muchas cosas. Cuando me dieron el resultado final, de ya no estás embarazada, casi a la semana siguiente entre a trabajar y desde ahí no pare de trabajar. Sí termine la escuela, ahorita estoy haciendo mi tesis de licenciatura... porque me di cuenta que si yo quiero tomar mis propias decisiones, dije a mi no me vuelve a pasar eso, o no de esa manera tan tajante y traumante en cierto sentido. (Quetzalli, narrativa oral).*

*Creo que la posibilidad de tener un aborto, me ha permitido seguir mi vida tranquila, y entonces eso es lo que valoro más y eso digo. Tome la decisión correcta, de no*

*haber sido así, yo no estaría en la maestría, no estaría viviendo muchas cosas de las que vivo ahorita. (María, narrativa escrita).*

*Ahora heme aquí y te veo escribiéndonos estas letras, con una carrera terminada que sin lugar a dudas has pasado más cosas, pero sigues esforzándote y es algo que he admirado mucho de ti, y nadie lo sabe. (Jimena, narrativa escrita).*

Cuando lo conceptualizaron *como parte de su vida y/o identidad*, ellas identificaron aspectos positivos de esta experiencia y rechazaron estereotipos negativos hacia sí mismas, rompieron así el círculo del estigma y el silencio, lo que permitió que compartieran con mayor facilidad esta experiencia con otras mujeres, en sus círculos más cercanos de amistad o de forma más amplia. Los procesos de formación en género o sexualidad que ellas habían tomado en algunos casos, asumir su decisión como un ejercicio de derechos y su capacidad de agencia también contribuyeron a enfrentar el estigma.

*Lo comparto porque es parte de mí, porque fue un momento que me ayuda a crecer, a conocerme, a revisarme y a aceptarme. (Fabiola, narración escrita).*

*Hasta la fecha yo sigo diciendo “es una experiencia, es parte de mi vida”, sobretodo porque yo soy responsable de mis actos, esas cuestiones negativas no fueron parte de mí y no son parte de mí. (Angie, narrativa oral).*

*En varios momentos he llegado a repensarme y reflexionarme sobre lo que he sido, porque de alguna manera representa algo mío y que es parte de mi vida. (Jimena, narración escrita).*

*Es una etapa que me marcó para toda la vida, que soy quien soy tal vez por eso, tal vez por esa decisión, que tal vez no sería la misma si no hubiera interrumpido el embarazo... (Violeta, narrativa oral).*

*Esta experiencia me construyó como una mujer más libre, fortaleció mi relación de pareja, me ha hecho ser más responsable de mi salud (Healy, narrativa escrita).*

Como mencioné antes, las participantes atravesaron por una serie de circunstancias que obstaculizaron su decisión y su acceso a la interrupción del embarazo, lo que dificultó su experiencia, no por el aborto per se, como los grupos antiderechos quieren posicionar. Fabiola dejó claro esto:

*Lo difícil es el acceso, es hablar con tus papás, en tu escuela, no el aborto... No me arrepiento en lo más mínimo. (Fabiola, narrativa oral).*

Ligados a estos cambios, varias participantes contaron con el apoyo de amigas, familiares o psicólogas cuyo apoyo fue muy importante y se profundiza en el siguiente apartado.

### **7.2.2 El efecto liberador de romper el silencio.**

El proceso para romper el silencio en algunos casos fue breve, mientras que en otros pasaron años; en estos últimos casos, las mujeres vivieron la experiencia con culpa o en soledad, ya

que, si acaso, contaron con el apoyo parcial de sus parejas; sin embargo, en todos los casos, narrar esta experiencia a amigas, familiares y psicólogas que las respaldaron les da cierto alivio, dejando a un lado una carga innecesaria e injusta. Este efecto liberador también ha sido documentado en otras investigaciones (Atsbury-Ward et al., 2012; Kimport et al., 2011).

*Todo el tiempo que guardé silencio, me sentí muy angustiada y te estoy diciendo que esto no lo revelé hasta apenas hace dos años. Se lo dije a quién me parecía importante que lo supiera, a mi mamá, apenas se lo dije hace dos años (2014). Y fue una cuestión, sí fue liberadora, después no lo fue tanto. Guardar silencio sobre algo que además yo creía que estaba en lo correcto fue complicado, ¿no? (Andrea, narrativa oral ).<sup>33</sup>*

*... Y entonces yo tenía ganas de decirle a la gente, que tomé una decisión, tomé una decisión difícil, la tomé bien y salí bien de eso. Era más bien, justamente una forma de respaldar mi decisión, por ese lado fue complicado (Andrea, narrativa escrita).*

*Cuando llegué a la oficina le dije, “necesito hablar contigo”, yo lloré y lloré, pero creo que fue después de la interrupción, ella me acuerdo que me dijo y siempre ha sido su postura “Healy se vale, se vale no serlo, tú y yo vemos aquí todo lo que sucede con estas mamás que nunca quisieron ser mamás.... Y eso también fue aliviador, tener esta postura, una voz que dice sí se vale. (Healy, narrativa oral).*

Andrea y Fabiola mencionaron que sus relaciones familiares mejoraron se han fortalecido a partir de contarles sobre la interrupción de interrupción. Ellas se sintieron comprendidas, amadas, apoyadas, y aceptadas.

*Pasaron años antes de que me atreviera a hablarlo con mi familia. La respuesta fue completamente distinta a lo que pensé que sería, estuvo llena de amor y comprensión y yo, estoy bien (Andrea, narrativa escrita).*

*Indudablemente me ayudó a sanar mi relación con las principales mujeres de mi vida: mi madre y mi hermana. A ellas las admiro como mujeres y reconozco que son excelentes madres. Ser escuchada y apoyada por ellas me ayudó a aceptarme como una mujer valiosa. (Fabiola, narración escrita).*

*Las reacciones de mi padre y mi hermano me sorprendieron. Fue un respeto total por mi decisión. Me hicieron preguntas y me ayudaron a reflexionar sobre mi experiencia, pero ante todo, manifestaron que es una decisión de la mujer y que ellos solo están ahí para apoyar cualesquiera que sean mis decisiones en la vida. (Fabiola, narración escrita).*

---

<sup>33</sup> Andrea, quién interrumpió en 2012, refiere que además de contárselo a su mamá, se lo cuenta a otra persona (a petición de la participante se omite esta información) y es a partir de la reacción de esta persona que ella refiere “después no lo fue tanto”.

Fabiola percibió de una forma diferente a su familia, menos apegada a las normas sociales y ratificó su decisión cuando lo contó:

*Cuando quieres a la persona, todas esas normas y los deber ser se acaban, mientras la persona que quieres esté bien la apoyas. Me siento apoyada por mi familia y no es un tema tabú en mi familia (Fabiola, narrativa oral).*

Karla, esperaba recibir un castigo y el juicio de sus amigas (una de ellas tiene formación terapéutica), pero sucedió todo lo contrario, sus amigas identificaron el estigma interno que ella sentía, no la juzgaron y le ayudaron a mirar su propio juicio reduciéndolo.

*Una de ellas pues nada, comprendía, siempre ha sido una persona que me apoya, no me apoya ciegamente..., yo creo que el tema era un tema muy sensible; “de por sí”, me decía “de por sí tú eres tú verdugo más fuerte como para que haya alguien más”, era como quitarle un poquito esa carga negativa que yo le estaba poniendo y ella como que la quitaba. En el otro caso, mi otra amiga es cristiana, yo ahí me esperaba hasta el juicio final y no al contrario, ella desde su mirada, y desde esa mirada que me hacía falta... ella que está cercana, que me puede decir, al contrario, ..., igual como que más bien el apoyo, quitarle la parte mala que existe alrededor del tema. (Karla, narrativa oral).*

Algunas participantes, al término del aborto, compartieron sus experiencias con sus terapeutas; hubo un caso en que, incluso, la propia terapeuta narró su propio proceso abortivo y, en general, el resultado fue un gran respaldo a la decisión tomada y un espacio de reflexión conjunta de la experiencia. Como mencioné anteriormente, para algunas participantes, saber que no son las únicas que toman esta alternativa y que el aborto es una experiencia común en la vida de las mujeres fue importante, rompiendo por lo menos en parte con el círculo vicioso del estigma. Contar con un espacio terapéutico fue de gran apoyo para resistir al estigma.

*Al día siguiente acudí con mi entonces terapeuta, a quien le agradezco tanto sus palabras de aquel día, ella es mayor que yo, no tiene hijos y me compartió su propia experiencia de interrupción, me dijo que yo había tenido condiciones por mucho mejores que ella... ...además era legal, alejada de la clandestinidad que ella vivió, en definitiva me reconfortó saber que alguien podía entender cómo me sentía (Healy, narrativa escrita).*

*Por supuesto que me vio mi psicóloga, llevo como un año, a ella le hablé desde que me pasó, la verdad es que un apoyo impresionante, es una señora como de 60 años, super abierta, diciéndome, yo te entiendo, voy a hablar con una amiga que se dedica a esto, sentí mucho apoyo de su parte. (Andy, narrativa oral).*

Incluso de acuerdo al siguiente relato, el apoyo psicológico fue útil para poder romper el silencio en el espacio familiar:

*Yo sabía que en diciembre iba a hablar con ellos, yo sabía perfecto que no iba a dejar pasar el año sin que hablara con ellos, porque me sentía hipócrita. Y me lo hizo ver*

*mi psicólogo: “si lo estás haciendo porque tú lo quieres hacer adelante, pero si lo haces como un confesionario, como que sientes que les estás mintiendo a tus papás, no manches”. Hice todo ese proceso de por qué lo estoy haciendo, y para mí era una forma de demostrarme a mí misma mi congruencia, esta soy yo. (Fabiola, narrativa oral).*

El caso de Violeta, quien vivía violencia por su pareja en un contexto conservador, y recibió apoyo de Adas (Acompañamiento después de un aborto seguro), el cual ya fue detallado en una sección anterior, mientras que Angie relató de la importancia de la información y contar con personas cercanas que respalden tu decisión para romper con los mitos sobre el síndrome post- aborto:

*Muchas personas dicen, bueno, la mujer, es un proceso difícil, porque puedes tener complicaciones psicológicas o emocionales, eso tiene que ver mucho con las creencias que tu traes y con la educación, y sin embargo si las personas que están a tu lado te apoyan, pues igual y si tienes esa dificultad o hay necesidad de que lo hables, pero no creo que todas tengamos que pasar por ese proceso. (Angie, narrativa oral).*

Esta necesidad de apoyo emocional en Estados Unidos ha sido atendida a través líneas telefónicas como Exhale que a través de mujeres voluntarias mantienen un espacio para hablar después de la interrupción del embarazo (Kimport, Perucci y Weitz, 2011). En México esta necesidad no ha sido atendida totalmente, ya que dentro de los servicios públicos o privados no se ofrece este tipo de servicio, por lo que los círculos de reflexión, una iniciativa reciente de la ddeser (Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México) y ADAS puede contribuir a apoyar a las mujeres que interrumpieron un embarazo y necesitan hablar o reflexionar sobre su experiencia.

En este mismo sentido, la formación en perspectiva de género de las y los psicólogos es fundamental, para que puedan canalizar o atender a mujeres en cualquier momento del itinerario abortivo, ya sea que apoyen su acceso o su bienestar emocional al ser un tema tan estigmatizado y sin patologizarlo.

### **7.2.3 Autocuidado y control sobre el cuerpo/vida.**

El autocuidado y el empoderamiento son procesos que están estrechamente vinculados. En algunos casos, ellas hicieron patente que, a partir de la interrupción del embarazo, tuvieron un mayor contacto con su cuerpo, señalando un dialogo constante, una reconexión o mayor conciencia. También mencionaron que ahora tienen más cuidado con su cuerpo, vinculándolo en algunos casos al ejercicio de su vida sexual.

*Inclusive a partir de ahí, comencé a revisarme más, a esta salud sexual, de papanicolau, eso creo queda pauta a que te cuides (Angie, narrativa oral).*



*Hoy, después de ocho meses me recuerdo constantemente el dialogar con mi cuerpo, no volverme a olvidar de él, de cuidarlo y poner atención a sus cambios con los que se comunica conmigo. (Fabiola, narrativa escrita).*

*Ahora tengo más cuidado, finalmente es mi cuerpo y esta experiencia me ha hecho pensar mucho, si no lo cuido no sólo en la lógica de represión por aspectos morales, sino porque realmente el cuerpo no es sólo un objeto que me da placer, no habrá tenido sentido. (María, narración escrita).*

*Algo que cambió mucho en mí, fue hacerme más consciente de esta parte (se señala el vientre) porque nunca había sentido esos dolores, esos calambres. (María, narrativa oral).*

Estos hallazgos coinciden con los de Soto (2013), Figueroa (2012) y Ortiz (2012), así como de Sorhaindo et al. (2014), en este último estudio concluyeron que las mujeres menores de treinta años señalaron que en cierto sentido el aborto había tenido un punto positivo y era que las hacía mirar hacia ellas mismas.

Incluso Andy, quién tenía la experiencia más reciente de todas las participantes (un mes) y trabajaba en el área de salud nos mostró la importancia de reflexionar sobre esta experiencia y sobre su propio autocuidado, para ella el cuidado hacia los demás es algo cotidiano por su profesión, aunque no ubica este “ser para otros” como desigualdad de género sino como un rasgo de personalidad. Tal vez, para algunas participantes la experiencia de la interrupción es uno de los primeros momentos en que ellas se priorizaron a sí mismas.

*Me vino una lección muy fuerte, puedes saberlo, qué tanto me cuido yo, yo normalmente me descuido muchísimo, siempre pongo muchas cosas antes que a mí y a mi salud, porque pienso que no me va a pasar nada a mí, pero ya vi que sí, de repente fue como una lección, ... de cuidarme y de pensar que no tengo que cuidar a todos lo demás, nada más,..de repente me doy cuenta que yo nunca me volteo a ver (Andy,narrativa oral ).*

Como mencione anteriormente, algunas participantes también reflexionaron y tomaron una posición crítica sobre el ejercicio de su sexualidad y su responsabilidad en la ocurrencia de dicho embarazo, ya que no estaban usando métodos anticonceptivos o sólo utilizaban métodos naturales para prevenirlo; esta reflexión las llevó a la acción para realizar ciertos cambios, por ejemplo, en la relación de pareja que detallamos más adelante o en el uso de métodos anticonceptivos que ha sido también identificado en mujeres españolas (Rodríguez,2013) y suecas (Kero et al, 2004); sin embargo, hay cierta narrativa culposa.

A partir de la interrupción la mayoría utilizó métodos anticonceptivos, algunos de largo plazo y otras de corto plazo. A María el implante le trajo fuertes efectos secundarios que incluso son más molestos que la interrupción. Solo una de las participantes al momento de la entrevista, no estaba usando métodos anticonceptivos porque quería embarazarse.

*Obviamente ya era, a fuerzas el condoncito o no ehh... con el implante lo que se pasaba, era que toda mi regla se desregularizó completamente, y tenía hemorragias y eran períodos de tres semanas seguidas y una semana sin período, dolores... (María, narrativa oral).*

*Pero, estoy segura de lo que decidimos Jimena, fue lo mejor para ti también en esta ocasión, además de que decidiste ponerte implante por un tiempo. (Jimena, narración escrita).*

**Control sobre su vida.** Ligado a este autocuidado varias participantes relacionan la experiencia de la interrupción con un mayor control sobre su vida y/o cuerpo y con cambios que les permiten mayor autonomía. Frente a una decisión trascendental con implicaciones de por vida como lo es la continuación o la interrupción del embarazo y, ante la disyuntiva de seguir los mandatos o construir su destino, ellas reafirmaron el rumbo que quieren para sus vidas, construir su destino. Este mayor control sobre su cuerpo está ubicado dentro de un proceso de empoderamiento.

*A veces voy caminando por la calle y pienso estos pasos que estoy dando son míos, yo puedo estar caminando a esta hora, en este día, en esta calle, porque yo lo decidí y no porque la vida me trajo aquí. Si siento que me he apropiado de mi vida. (Fabiola, narrativa oral).*

*Soy Healy, me gusta mi vida como es, he aprendido y sigo aprendiendo a estar y ser consciente de mí, de mis emociones, de mis decisiones, sin dejarle a nada ni a nadie la responsabilidad sobre mi destino, poco a poco he conquistado espacios de libertad en donde tengo la certeza de que es mi derecho elegir la forma en la que quiero vivir (Healy, narrativa oral).*

Andy y Angie relacionaron esta experiencia con poner límites a las personas, ser adultas e independiente en todos los ámbitos. Con estas reflexiones, Andy daba continuidad a un proceso de empoderamiento que había iniciado un año antes cuando terminó una relación de pareja.

*Pero me doy cuenta que a veces tengo que tomar decisiones por mí y primero veo a todas las demás para ver si no afecto a nadie con eso, a veces, aunque se afecte al de al lado, si tú no quieres, no quieres, eso me pasa mucho en mi relación pasada y en esta relación con este chavo (Andy, narrativa oral).*

*Ahora me siento más adulta que nunca, ahora sí aunque no quieras ahí estás, también es mi decisión estar sola, no me quiero resguardarme en nadie, ahora sí quiero entender lo que está pasando, porque siempre me han encubierto de todo (Andy, narrativa oral).*

*Sin embargo, hace un año, yo tomo la decisión de vivir en pareja, con el que era mi novio. Esa parte de decir, es a mi tiempo, no al tiempo de los demás. El poner un alto,*

*a las personas que te rodean sobre todo a los papás, que quieren manejar tu vida, ya soy una adulta (Angie, narrativa oral).*

Karla, después de la ruptura del compromiso de matrimonio con la pareja que tenía al momento del embarazo, mostró su valía como persona independientemente de su condición de soltería y reivindicó su rebeldía.

*Ya tiene años, mi papá como triste, él planteó eso que si ya estuviéramos con alguien ya estaría más tranquilo.... Yo le comenté, porque no mejor tú te quedas tranquilo de que nosotras podemos valernos por nosotros mismos, porque un hombre al final del día puede no estar y yo siempre voy a estar conmigo (Karla, narrativa oral).*

*Yo siempre he sido una persona, mi papá antes decía que yo era muy rebelde, yo decía no digas que soy rebelde, yo lo tomaba a mal, porque yo lo pensaba como tal la palabra rebelde pues si es fuerte, como algo en negativo, ahora lo veo y digo si soy rebelde porque cuestiono, soy consciente de tantas cosas que nos tratan de imponer (Karla, narrativa oral).*

#### **7.2.4 Poniendo límites en sus relaciones de pareja**

A partir de la interrupción, varias participantes comenzaron procesos de rechazo ante la violencia experimentada en sus relaciones de pareja patriarcales, el primer paso fue la identificación de situaciones de desigualdad. Esto coincide con lo señalado por Ortiz (2012) y Guevara (2005) quienes indican que el aborto significó la posibilidad de poner límites en una relación en la que ellas están en desventaja.

En algunos casos, las participantes exigieron y lograron cambios en su vida sexual y reproductiva, en especial en el uso de anticonceptivos, terreno de mayor responsabilidad e inversión económica por parte de las mujeres.

*Hasta que un día le dije “oye, pues es que tu cabrón, muy fácil para ti, no, tú también fuiste parte de la decisión, pero quien está sufriendo todas las consecuencias ahorita soy yo y me puse el implante porque sé que tú eres un huevón, porque no vas a comprar los condones porque eres bien codo, y te gusta más sin condón, no es justo, si yo me tengo que hacerme responsable de la salud sexual mía y tuya pero tú también güey”. Le dije “me vas a acompañar al ginecólogo, vas a investigar conmigo y me vas a cooperar y si, en ese momento le cayó el veinte” (María, narrativa oral).*

En el caso de María estas reflexiones fueron detonadas por la participación en una clase con Marta Lamas, es decir el discurso feminista tuvo cierta una influencia y pudo catalizar cambios.

*Y acababa yo de estar, en una clase, no sé si era, ahh sí, con Marta Lamas de hecho, en donde dije, oye sí es cierto, estamos reproduciendo ciertas relaciones patriarcales, porque efectivamente yo estoy sufriendolo sola, no lo estoy compartiendo con él y fue*

*cuando dije ya, no es justo, en serio no es justo, yo sé que no vas a sentir lo que siento, pero sé empático” (María, narrativa oral).*

Otra situación similar fue narrada por Angie, quien se priorizó a sí misma, rechazando el reclamo de su pareja por haber abortado, pasando “factura a su compañera ante sus propios conflictos morales” (Guevara, 2005, p. 43).

*Cuando se presentaba alguna discusión, fueron dos ocasiones, él lo sacaba a relucir, es que tu; en la segunda ocasión, yo le dije “sabes que no, yo te dije que lo iba a hacer, no ahora me vengas con que yo tengo la culpa, porque para empezar ni siento culpa ni siquiera eso va a ser una manipulación para que yo me sienta mal, tuvimos tiempo de hablarlo si en tu momento no quisiste de hablar, no me arrepiento de lo que hice, porque mi vida sigue, porque yo no nada más soy esa persona o esa mujer.” (Angie, narrativa oral).*

*De ahí en las discusiones ya no salía el tema, yo ya no le preguntaba cómo te sientes, porque en ese momento yo decía, soy más importante yo, lo que yo siento y lo que yo quiero (Angie, narrativa oral).*

La relación amorosa es un espacio sui generis para el ejercicio de poder” (Guevara, 2005, p. 39), tal vez teniendo cierta conciencia de ello a partir de la experiencia de interrupción, una de las participantes después de terminar con sus vínculos erótico afectivos, buscó un compañero con el cual establecer relaciones distintas:

*También sí influyó en que fuera más selectiva, después del desencanto del chavo con el que me embaracé, si me hice más selectiva. Mi pareja actual, no digo que sea el mejor de hombre del mundo, pero al menos es un hombre que me convence, es chido, es interesante, siento que vale la pena (Quetzalli, narrativa oral).*

### **7.2.5 La maternidad en cuestión o reafirmada**

El cuestionamiento sobre la maternidad que he señalado desde el capítulo 4, continuó, apuntando hacia una maternidad deseada, voluntaria y en mejores condiciones económicas, de salud; que las que tuvieron al momento del embarazo, también criticaron el mandato de la maternidad expresado a través de distintos discursos y prácticas que restringen sus elecciones.

Esto coincidió con el estudio de Graciela Reid (2013), quien a partir su práctica clínica estudio las transformaciones en el ejercicio de la maternidad de mujeres argentinas de entre 25 y 40 años, de clase media y media alta, con trabajo remunerado y educación universitaria, es decir con un perfil similar a la mayoría de las participantes de esta investigación, identificando el grado de conciencia y predisposición al cambio de las mujeres cuando distinguieron y rompieron con los mandatos que sus madres y abuelas habían seguido, así como la reflexión sobre lo que significaba la maternidad.

*Yo si le decía a mi compañero, si no lo están buscando (el embarazo) y ahorita no tienen dinero y ahorita están rascándole, no puedo pensar porque nunca pasó por su cabeza el aborto, ella (su cuñada) lo dijo “ni modo, ya está aquí hay que tenerlo”. (María, narrativa oral).*

*Hay mujeres que sí realmente no quieren, me he enterado de mujeres que no quieren tener hijos y en muchos lados no quieren operarlas, pues si no quiere opérenla y ya, ¿Por qué no?, no quiere tener hijos, mejor a que se esté arriesgando a hacerte tantos abortos o traiga hijos que no quería traer (Lis, narrativa oral).*

En el caso de Fabiola, la presión familiar por su maternidad, la motivó a hablar sobre su interrupción en su familia, aunque también hay un temor a la pérdida de los afectos a consecuencia de no cumplir el mandato de la maternidad.

*Pero casualmente, surgió el tema, no del aborto, pero sí de algún tema donde yo hice la expresión de “yo no quiero tener hijos ahorita”, y mi papá dijo “bueno ahorita, pero eso no quita que quieran hacer su familia y la familia es lo más importante, y la familia y los hijos” y todos me empezaron a molestar “ayy si ya que estás embarazada, vas a ver” y yo “ayy al ratito, se las dejo caer” .... (Fabiola, narrativa oral).*

*Yo sé que para ti es muy importante la maternidad y no te estoy diciendo que no quiero ser mamá, solamente que ahorita no, y no quiero y no quiero”, le conté todo, y mi hermana lloró y yo también lloré y le dije “mi miedo es que me dejes de querer porque yo sé que para ti tu vida gira en torno a la maternidad” (Fabiola, narrativa oral).*

Después de hablar con su familia y sentirse respaldada, Fabiola reafirmó su identidad y su valía como persona independientemente de su calidad de madre o de esposa. Mientras que Rosa, mostró una transformación en sus expectativas sobre la maternidad, la elección se privilegió ante el “reloj biológico”.

*Aunque no quiera ser madre, valgo por lo que soy, no por los hijos que tengo ni por la pareja que elijo (Fabiola, narrativa escrita).*

*Antes de embarazo, yo les decía a mis compañeras de la universidad, que quería tener un hijo o hija a los 28 años, era como una meta o un plan, pero ya después, ... era pensar si me ponía otro plazo, cuántos años, y más bien, últimamente digo que no sé, en parte si me gustaría, a veces no, más bien no es algo que me preocupe tanto, hubo un tiempo en que lo pensaba por la edad, ....., ya después dije no, si en algún momento me decido a que sí, cuando sea, y si fuera ya después de que pueda embarazarme yo, pues buscar otras opciones, en eso ha cambiado porque ya no me siento, no es como algo que tenga decidir ya (Rosa, narrativa oral ).*

En el mismo tenor, dejando abierta la posibilidad de la no maternidad, Healy mencionó que ha platicado con su pareja, aunque reconoció la presión familiar en el tema.

La narrativa de Healy y Rosa difieren de la investigación de Amuchástegui (2012) después de la despenalización en la Ciudad de México, cuyas participantes no cuestionaban su maternidad, solo es posible retrasarla, pero no evitarla. Healy no quisiera arriesgar su proyecto de vida e identidad por el ejercicio de la maternidad, que restringiría de forma importante sus tiempos.

*Creo que otra (transgresión) va a ser, porque es algo que hemos estado dialogando mucho mi pareja y yo, y que tiene que ver con esto, que creo que va a ser muy fuerte, y que yo siento mucha presión en mi familia, no ser madre... Mi terapeuta me decía si yo te preguntará en este momento si quieres ser mamá, yo dije no, a mí me gusta mi vida como es, amo trabajar todo el día, ... , pero yo amo lo que hago, yo si me sacas de esos ambientes, es como perder mi identidad, como transgredir mi identidad...., yo no quiero ser una madre sola y sé que no hay garantía de nada, igual y yo me muero primero, pero también sé que mi esposo ....puede que un día no esté. (Healy, narrativa oral).*

La vida en pareja como requisito para la maternidad se expresó en Andy, quién cuestionó si logrará encontrar una pareja igualitaria, y consideró en un futuro la monomarentalidad, aunque no es la opción deseada.

*Me sigo respondiendo que, aunque sea mamá soltera, me gustaría ser mamá, por eso trabajo mucho. ..., como que trato de estar preparada, aunque por supuesto que no me gustaría, y claro que creo un hombre tiene que estar bien presente ahí también, tú no puedes hacer todo, aunque la mujer es maravilla también se cansa, eso es lo que pienso. (Andy, narrativa oral).*

*Ahorita no quiero ser mamá, pero me encantaría tener una pareja, me encantaría confiar, mostrarme yo en una relación, que se fundamente en amor, y confianza y respeto principalmente, y si eso no se da, tener hijos sería una maravilla y si en 10 años me divorcio, seguiría contenta de tener hijos, creo que está bien, para mí sigue siendo una muy buena opción y proyecto de vida pero, no sé, ahorita es difícil. (Andy, narrativa oral).*

Tanto a Healy como Andy les preocupó tener a su cargo todo el cuidado y la responsabilidad económica de un hijo/a. Ante la enfermedad de su pareja, Healy prácticamente descarta la posibilidad de la maternidad, mientras que Andy trata de prepararse para ello y cuenta con mayores recursos económicos para enfrentarlo. A diferencia de Rosa, quién con anterioridad se había planteado ser madre soltera desde hace un tiempo, tal vez debido a las experiencias de su mamá y su abuela que vivieron violencia con sus parejas.

*Siempre he tenido la idea de no casarme, mi idea era tener un hijo o un hija pero yo sola, pero no casarme, soy la única prima de la familia materna que no tiene hijos ni se ha casado (Rosa, narrativa oral).*

Esto coincidió con lo identificado por Reid (2013), en el que mujeres mayores de 30 años que no están en una relación de pareja se plantean la maternidad sin “varones”, sin embargo, habría que poner en cuestión si esto es nueva forma de elección o una forma de cumplir con lo que se espera socialmente de ellas: ser madres a pesar de todo.

La presión de ser “buenas madres” y de “supermujeres” que pueden hacer miles de roles con eficacia y perfección también hace presencia en sus narrativas, yo me pregunto ¿y los hombres también se plantean esto? El trabajo independiente, es una de las diferentes estrategias que ponen las mujeres profesionales para articular trabajo, familia, y proyecto vital.

*En parte también escogí esta carrera, porque es muy fácil decir ok, yo tengo consultas de 8 a 2 de la tarde y en la tarde soy mamá, como una mamá presente por supuesto que quiero ser, son muchos factores que quiero cumplirme y a mi hijo, o mis hijas, lo que sea, tener tiempo de calidad y ser una mamá responsable y presente (Andy, narrativa oral).*

En Lis observé discursos ambivalentes sobre la maternidad, mientras que manifestó estar en contra de la maternidad forzada retomando lo que su abuela le dijo cuando supo que estaba embarazada *¿porque el afán de ahora te chingas y lo tienes?*, también hizo referencia a lo natural de la maternidad y al instinto materno.

A diferencias de otras participantes al momento de la entrevista, María y Angie, manifestaron estar planeando embarazarse en el corto plazo ya que sentían que estaban en otro momento de sus vidas y continuaban con las mismas parejas con las que interrumpieron el embarazo a pesar de haber enfrentado reclamos o de identificar la distancia y la desigualdad en la experiencia de la interrupción.

*Ahorita sí queremos tener, ya lo estamos planificando, yo sé a lo mejor, que la planificación no te puede servir, porque te vas a dar clases a no sé dónde o no encuentras trabajo, ahorita sí ya es una idea, de en tal fecha, te embarazarías y construir algo juntos, y tenerlo (María, narrativa oral).*

*Ahorita estoy en otra situación económica, no decirlo estabilidad, en una madurez, a lo mejor tener una hija o hijo, eso sí solo uno nada más. (Angie, narrativa oral).*

Mientras que Dany, inició otra relación de pareja, se casó y tuvo una hija dos años después de la interrupción.

### **7.2.6 Reacciones patriarcales ante los procesos de empoderamiento**

El estigma hacia el feminismo o hacia una mujer con estudios prevaleció en el círculo familiar percibiéndolas como diferentes. Además, esta conciencia de género que ellas han desarrollado complejizó las relaciones familiares cuando en ellas identificaron machismo, roles tradicionales o el mandato de la maternidad.

*Platicando con otras personas que no están cercanas a estos temas, si se les hace como que no es lo que hacen todas las mujeres, no solo amigas, sino también familia. ... En mi lap tengo un sticker que dice “Cuidado el machismo mata”, y cuando mi tío lo vio también me empezó a decir, que el feminismo, que eso ya no se ocupaba, que ya no había machismo (risas), (Rosa, narrativa oral).*

*Me llevo bien con todos y todas, no es como, sobretodo con primas y tías, es muy esporádica las veces que voy para estar con ellas, porque siempre son cosas, sale como algo que tenga que ver con machismo en las que ya no me siento cómoda (Rosa, narrativa oral).*

Healy, por otra parte, señaló que cuando acude a consultas médicas, se siente cuestionada por el personal médico sobre el ejercicio de su maternidad, las tecnologías de género vuelven a aparecer.

*¿Por qué los médicos insisten en preguntar si no pienso ser madre?, como si fuese mi obligación por el hecho de ser mujer, cada que llego a consulta ginecológica debo hablar de mis antecedentes de salud, esto incluye la interrupción, y a veces siento como si me dijeran “pues ahora aguántate los malestares”, a pesar de expresar mi no deseo de ser madre, insisten con mi edad, siento como si desde esos espacios no fuera valido interrumpir un embarazo y menos aún elegir no ser madre como parte de mi propio proyecto de vida (Healy, narrativa oral ).*

### **7.3 PROCESOS DE EMPODERAMIENTO COLECTIVO**

Los procesos de empoderamiento personal están conectados con procesos colectivos, las participantes buscaron cambios a nivel personal y político, pugnaron por la despenalización, rompieron con mitos, apoyaron a otras mujeres que buscaron interrumpir un embarazo y contribuyeron a crear un clima social de menor estigma y juicio sobre temas relacionados con la sexualidad.

#### **7.3.1 Romper el silencio como postura política**

El círculo vicioso entre el estigma, el silencio y la idea de que el aborto fue una experiencia poco frecuente, se rompió en la narrativa de algunas participantes que decidieron compartir su experiencia, no solo con sus relaciones cercanas, sino llevando su experiencia al espacio público, como muestra también de sororidad y solidaridad. El sentido político de romper el silencio se identificó en los relatos de las mujeres, cuando construyeron narrativas encaminadas a la eliminación del estigma y a legitimar su derecho a interrumpir el embarazo. Todas las participantes se dieron cuenta de que la interrupción del embarazo era una práctica común cuando comenzaron a hablarlo o acudieron a las clínicas.

*Si cada compañera, así como fue lo de mi primer acoso, si cada compañera contara su experiencia, los discursos serían más matizados, cambiarían un poco. (María, narrativa oral).*



*Tan común, es tan común, siempre supe que estaba ahí, pero como no era mi tema ni de interés ni de investigación ni de nada..., mi postura siempre fue a favor, pero sin profundizar, cuál es la situación, cuántas mujeres, en qué situaciones. Cuando lo viví y lo empiezo a compartir, ¡¡¡ qué cosa ¡¡¡, es todavía más indignante, ¡¡¡ Todo mundo lo ha hecho ¡¡¡, no nos hagamos pendejos, que cosa. (Fabiola, narrativa oral ).*

Algunas participantes no quisieron contribuir a alimentar el estigma ni el silencio. Una de las motivaciones para romper el silencio fue apoyar directa o indirecta a otras mujeres, coincidiendo con los hallazgos de Fletcher (1995), evidenciando la sororidad como práctica, eliminando miedos, proporcionándoles información de servicios o procedimientos y/o contándoles su experiencia ya sea de una forma pública y abierta en un blog (Fabiola), un video (Rosa), o de forma más cerrada y cercana con amigas, incluso hablando en tercera persona.

*Para mí el aborto no es algo negativo, no lo era antes de hacérmelo y no lo es después de haber vivido la experiencia. No estoy dispuesta a cargarlo como un secreto y reforzar el estigma que se ha construido en torno a la práctica (...) (Fabiola, narración escrita).*

*Hazlo y sobretodo, háblalo, si no lo vas a hablar con tus papás, por lo menos escríbelo anónimamente, háblalo con una amiga, con alguna mujer que no te conozca y que tú no conozcas... (Fabiola, narrativa oral).*

*Ella (su amiga) me estaba platicando de una compañera de su universidad, que quedó embarazada, y había abortado o quería abortar.... Yo le decía que..., es decisión de ella... después de eso, me salió platicarle que yo había abortado, creo que sí en un principio como que se sacó de onda y no supo que decir, igual ella dijo que chido que se lo compartía (Rosa, narrativa oral).*

*Hasta la fecha, hoy en día si tengo la oportunidad de contarlo, lo cuento, no es algo que me enorgullezca, pero si quiero que se quite ese tema, mucha gente cree que se van a morir, ..., al menos quitarles ese miedo, yo digo es de lo más sencillo, ..., para mí es como información, ..., yo ya lo hice y veme estoy bien, no te va a pasar nada, es eso (Lis, narrativa oral ).*

La importancia de romper el silencio vinculado al acompañamiento fue mostrada por Fabiola y Rosa, quienes han acompañado a otras mujeres a interrumpir sus embarazos con medicamentos:

*Justo por eso, a mí me interesaba compartir mi experiencia, porque a mí me hubiera gustado, que alguien me compartiera su experiencia, no tengas miedo, no va a salir mal, te va a pasar esto, y luego te vas a sentir así ... en muchas ocasiones me he ofrecido a acompañarlas. (Fabiola, narrativa oral).*

*Creo que sí es importante que se conozca [sobre el aborto], que sea más visible, no solo para que las leyes cambien, sino para que se pueda llegar a otras mujeres, que*

*puedan necesitar escuchar otras historias y que eso les ayude a decidir, ... que no crean o sientan que son como las únicas, que vean que si hay, hay muchas mujeres que han tomado esa decisión y que no pasa nada, que somos mujeres que seguimos con nuestra vida. (Rosa, narrativa oral).*

Al igual que Fabiola, algunas las participantes han contado esta experiencia en espacios laborales, escolares, terapéuticos o de amistad para apoyar a otras personas.

*Creo donde sí lo he compartido es como herramienta en mis espacios terapéuticos, he tenido casos de chicos adolescentes... (Healy, narrativa oral).*

*Actualmente en el trabajo, igual a unas amigas les platicué mi experiencia. Porque bueno, cuando estamos en una línea de atención ciudadana, ...mi intención fue compartir la información, porque si había una situación, una llamada de una persona que quisiera hacerlo, no quedarnos de “no lo sé tampoco”, tratar de apoyarlo en ese sentido, de brindarle la información, por eso lo comenté en el trabajo (Angie, narrativa oral).*

Finalmente, Fabiola añade algo muy relevante: La importancia política de romper el silencio.

*Me gustaría a mí hacer algo, me entró mucho la necesidad de compartir mi historia y a hacer que esto [la ley] se mantenga y para que sea legal no se acabe, como que esta conciencia social sí me pegó muy fuerte. (Fabiola, narrativa oral).*

*Creo que la experiencia es la que va a haciendo cambiar, quizás si yo no hubiera tenido acceso a esto, no lo hubiera podido hacer de esta manera, no lo hubiera hablado, no lo hubiera hablado con mis papás y no hubiera cambiado ciertos estigmas. Y mis roomies que son super mochas, ...quizá no hubieran tenido la oportunidad de conocer de primera fila a una mujer que tuvo acceso de una manera positiva, segura, saludable, yo creo que eso es lo que le cambia, no el hecho de que lo despenalicen (Fabiola, narrativa oral).*

*Se abre la puerta para más mujeres, esas mujeres van abriendo la puerta a la discusión, van abriendo la puerta a que el tema llegue ahora sí al pueblo y entre nosotros lo podamos hablar, porque ya es más fácil, que si el mismo estado no lo permitiría. El estado lo visibiliza al hacerlo legal, lo institucionaliza, lo visibiliza, es el primer paso a la normalidad. Creo que si es muy importante la despenalización del aborto (Fabiola, narrativa oral).*

A partir de esta última narrativa es importante hacer notar cómo, desde la voz de Fabiola a partir de una entrevista, ella reflexionó en términos políticos el hecho de que compartir la historia del aborto puede ayudar a mantener la legalidad de la práctica, “abrir las puertas” y acabar con el estigma. Esto tiene un fuerte significado, pues permite ver que, en un contexto de legalidad, las mujeres pueden hacer algo que en otros contextos sería sumamente riesgoso: compartir públicamente su experiencia y con ello avanzar en la

legitimación de esta práctica que, aun siendo legal, continúa estigmatizada. Los procesos de despenalización siempre deben ir acompañados de la despenalización social.

Esta motivación política para romper el silencio también fue identificada por Rodríguez (2013) que entrevistó a mujeres argentinas para las que el contexto del aborto inseguro como causa de mortalidad materna y el debate para un cambio legal, fue un impulsó a las participantes para hablar y participar en la investigación. “Testimoniar fue por ello para muchas un gesto ético y político en un momento que percibimos como crucial en la lucha por nuestros derechos” (p. 271).

Entendido como una forma de resistencia, varias participantes intentan poner su granito de arena para disminuir el estigma y aportar al debate público sobre la sexualidad y la construcción de género. Rosa trató de contribuir a la discusión pública sobre un tema relacionado, la prevención del embarazo, y planeó compartir su experiencia con la mujer que apoyó años antes de su propia interrupción y a la que quiere respaldar frente al estigma.

*Estuve hablando con mi mamá, sobre esto de porque soy atea, y también ya de lo que hago acá en (la organización de derechos sexuales y reproductivos), aunque sabía que ella estaba en contra del aborto..., le decía a mi mamá que hay mujeres que no pueden acceder a tener un anticonceptivo o que sus esposos ni siquiera las dejan. (Rosa, narrativa oral).*

*He pensado en escribirle algo, no solamente para contarle, como para decirle también de la decisión que tomó de interrumpir, de hablarle, que no se sienta mal por los comentarios que le hacen o que todavía sacan de lo que ella hizo (Rosa, narrativa oral).*

Algunas actitudes relacionadas con su sexualidad cambiaron en las participantes, rompiendo tabúes en ellas y en personas cercanas, contribuyendo a informar a otras generaciones de mayor o menor edad.

*Después de eso, de que se habían enterado... que había interrumpido un embarazo, fue así de que más les puedo ocultar, hasta la fecha yo soy la que es la liberal, a mí no me da tema hablar de sexo, llega mi sobrina de 15 años .... con mi abuela tenemos platicas sexuales de todo tipo, y no me cohíbe nada y ella me cuenta todo lo que paso con mi abuelo... y darles la confianza, en esa parte hizo que rompiera ciertos tabús. (Lis, narrativa oral).*

*Una vez le decía a mi mamá yo prefiero hablarlo con ellos (sus sobrinos), creo que de alguna manera les brindo más herramientas incluso de que confíen en mí, que de repente mi sobrina me diga ya tengo novio y a su edad es complicado (Karla, narrativa oral).*

Para Dany y Rosa, quienes vivían en Querétaro, un estado conservador, contaron con el apoyo de organizaciones feministas y posteriormente participaron en ellas, en donde han hablado de su experiencia lo que les ha permitido reflexionar y tomar una postura política

activa. Rosa quién además participó en un video sobre la experiencia de interrupción comentó lo siguiente:

*Después del taller (previo al video) y del video ha sido un poco más fácil, ... se siente, cada vez creo que sí es importante decirlo como se reflexionaba en el taller, y ...estas ideas de que más bien hay que hablarlo, eh, hacer saber a las otras personas que no es algo escondido, malo para que se tenga que esconder, y que se pueda tratar de una forma más natural, que es algo frecuente y que ocultarlo abona a la criminalización, a los prejuicios y a todo lo que hay que es lo que se quiere romper, sobretodo en Querétaro (Rosa, narrativa oral).*

### **7.3.2 De lo personal a lo político y viceversa.**

Las participantes continuaron o iniciaron el proceso de tomar conciencia de las desigualdades y dificultades que vivieron las mujeres, de las diferentes expresiones del patriarcado, y mostraron interés en el tema del aborto. Desde distintos frentes, algunas participantes trataron de contribuir a hacer un cambio para otras mujeres, lo que también representa un cambio en sus propias vidas. En el caso de Quetzalli, había acudido a foros y cursos sobre aborto, incluso su investigación de tesis gira en torno al tema de aborto.

*Como yo no había estado en esa circunstancia como que no estaba al pie del cañón informándome. Después de que me pasó, ahora sí, es un tema al que le pongo atención... Realmente han sido varios años de irlo reflexionando, hasta la vez que fui con ustedes al foro, pensaba en todo ese proceso mío desde mi experiencia (Quetzalli, narrativa oral).*

Para Rosa el ingreso a una organización como promotora el mismo año de la interrupción significó un cambio importante en su vida y detonó otros cambios como el fortalecimiento de sus redes de amistad, un mayor conocimiento del feminismo, y una participación más activa.

*A partir, ese mismo año, en agosto de ese año vi una convocatoria de la organización para entrar como promotora, pues bueno a partir de ahí si hubo como cambios, retomé el trabajo que tenía que ver con temas de género y sexualidad, a partir de ahí retomé o empecé a tener relación con personas que ahorita son importantes y meterme más en esto de ser activista (Rosa, narrativa oral).*

*No solamente esta experiencia, acercarme a las personas con las que me he acercado, el feminismo, estarme cuestionando muchas cosas, desde las formas de relación que tengo con algunas parejas o que tuve con algunas parejas (Rosa, narrativa oral).*

A la par de romper el silencio como postura política, las participantes dieron otras muestras de sororidad hacia las mujeres que estaban viviendo esta experiencia acompañando y asesorándolas sobre el aborto seguro o estaban dispuestas a acompañar a alguna mujer si fuera necesario.

Fabiola que vivió una experiencia privilegiada al contar con el apoyo de sus amigos, acompañó a otras mujeres en la interrupción de sus embarazos, rompiendo de esta forma con la evidencia de otros estudios donde el aborto solo era justificado para sí pero no para las demás, dando muestra de sororidad y ciudadanía sexual/reproductiva.

*La verdad es que los abortos siempre han existido y seguirán existiendo. En mi idealismo solo espero que más de una mujer tenga la oportunidad de vivirlo como lo viví yo, en la comodidad de mi casa, con linda compañía, amor, comprensión y mucho aprendizaje. (Fabiola, narrativa escrita).*

Rosa también dio acompañamiento dentro de la organización en la que participó y cuenta lo que les dijo a las mujeres

*Yo les digo que son ellas las que conocen su situación, que es su decisión, puede ser algo que no pensaban hacer antes, que si en ese momento es lo mejor para ellas, es su decisión y tratarles de hacer sentir que cualquier duda que tengan para eso estoy yo ahí, para ayudarles a resolver (Rosa, narrativa oral).*

Mientras que Andrea y Lis estaban dispuestas a dar acompañamiento a otras mujeres en un futuro durante todo el proceso, sin juicios, ni presiones.

*Si yo tuviera una amiga, la acompañaría en todo el procedimiento, justamente porque tengo la experiencia de que no es fácil, porque no es tu escenario ideal. (Andrea, narrativa oral).*

*Así como lo hizo Iris conmigo, así, de llevarlas, acompañarlas, estar en el proceso, de no pasa esto, pasa esto, yo creo que es la mejor manera en que puedes apoyar a alguien, ni diciéndole sí o si no. (Lis, narrativa oral).*

Ligado a la conciencia de género, y a la sororidad, otro cambio que habían experimentado la mayoría de las participantes fue su reflexión y en consecuencia la disminución de las críticas que hacían hacia otras mujeres, en especial por su comportamiento sexual. Ahora se mostraron más empáticas, la idea de la inmunidad se cae.

*Antes yo era mucho de la idea “pinches viejas, se exageran”, porque yo era de, me bajaba tres días, no tenía cólicos y como si nada. Pero pasa la edad, ...pasa el aborto, con el implante se te deshace todo. Y dices hay creo que criticamos muy fuertemente a las mujeres, qué si puede que se dejen llevar demasiado por esos estereotipos, pero que es difícil controlar lo que pasa en tu cuerpo (María, narrativa oral ).*

*Cuando veía a niñas o jóvenes de mi edad que se embarazaban, yo era mucho de juzgarlas, decía uyy esta mensa ya se fue a meter y habiendo métodos anticonceptivos, y tanta cosa e información, lo primero que hacía era el juicio... cuando me tocó a mí dije, cállate la boca porque no sabes cuándo puedes estar en esa situación (Lis, narrativa oral).*

Sin embargo, también se identificaron narrativas ambivalentes, Lis a partir de su experiencia explica porque otras mujeres podrían interrumpir su embarazo y reafirmó el derecho a decidir de otras mujeres, pero con limitaciones, sin cuestionar el amor romántico, el doble patrón sexual o la participación limitada de los hombres en el cuidado.

*Por ejemplo, yo, decía yo no quiero perder mi libertad, yo quiero salir, conocer, conocer más hombres, no quedarme con el primero que conocí, vivir mi vida, es lo que también entiendo, si van a ser un estorbo en la vida de ellas (otras mujeres adolescentes), mejor que no lo tengan porque ellas también se interrumpen, al final del día es su vida, es su cuerpo, y ellas eligen (Lis, narrativa oral)*

*Yo estoy totalmente en contra de las mujeres que se embarazan nada más por retener un hombre, al final del día ni se quedan con el hombre, andan con otro hombre y dejan al hijo botado. O de las mujeres, igual, es que ya no me quedo otra, igual lo tuve, no le presté atención, yo hago mi vida, y el crece como el pasto (Lis, narrativa oral).*

### **7.3.3 Reflexiones sobre la realidad mexicana del aborto**

Amuchástegui (2013), que ha analizado los procesos que afectan el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos sexuales y reproductivos, señala que las interpretaciones de las mujeres que accedieron a la interrupción del embarazo en la Ciudad de México estaban mediadas por las relaciones históricas con los servicios provistos por el Estado<sup>34</sup> y permeadas por rasgos de la cultura política clientelar y déficit de ciudadanía, identificando “tres posiciones discursivas: a) como una concesión, apoyo o regalo del gobierno desde el cual, ellas se perciben como “sujetos agradecidos” y no como poseedoras de derechos, b) como una excesiva tolerancia y c) como un derecho individual que debe ser protegido y garantizado” (Amuchástegui, 2013, s/p).

En esta investigación, la primera posición discursiva no la identifiqué, tal vez por el grado de estudios o que no todas utilizaron los servicios públicos, lo que sí identifiqué fue la tercera posición discursiva, como un ejercicio de derechos y de una ciudadanía sexual o no.

*Me quedo con esta parte de confiar en nuestros servidores públicos, porque muchas veces creemos, hablando de esta parte de los hospitales particulares y las clínicas a nivel gubernamental, creemos que son mejores los particulares porque pagas, pero no, el gobierno también tiene la obligación de darte un servicio, falta esta parte de confiar en ellos. (Angie, narrativa oral).*

*Nos falta información sobre nuestros derechos en general, nuestros derechos, cuando se vulneran nuestros derechos, cuando estamos en una institución gubernamental, y nos niegan un servicio, nos están negando un derecho (Angie, narrativa oral).*

---

<sup>34</sup> En este contexto histórico podemos incluir las políticas neoliberales que ha transferido costos a las y los usuarios, el acceso desigual al sistema público de salud que está ligado al empleo formal.

En otras participantes, se observaron ciertas limitaciones o ambigüedades en sus opiniones sobre la legalización del aborto, que se vincularon con la segunda posición discursiva.

*Creo que debería estar legalizado en todos lados....., pero ¿México está preparado para que se legalice?, es a ver tenemos la educación y tenemos el compromiso con la sociedad, con uno mismo de hacerlo con responsabilidad... viene todo a través de la educación, si no tenemos educación no podemos tomar decisiones, no conocemos, ...y te puedes poner en riesgo tú también, el aborto no es cualquier cosa (Andy, narrativa oral).*

*Yo sí creo que debería ser algo legal, pero controlado “no lo quieres, vienes por el tercero”, si debería ser algo controlado... En el número de interrupciones, ya te hicieron uno, ponte un dispositivo...Es todavía lo que hace falta, descubrir de que manera se puede hacer para que no sea tan seguido o que no haya tantos casos (Lis, narrativa oral).*

Esto hace sentido con lo que Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015) identificaron en las reflexiones de sus entrevistadas quienes tendieron a “restringir tanto la titularidad como el derecho”, porque solo consideraban como legítimas ciertas razones o porque estaban en contra de un segundo aborto. De acuerdo con las autoras, las mujeres volvieron a unir moral y ley con estas restricciones.

A partir de su experiencia, las participantes reflexionaron o cuestionaron la situación actual del aborto en México y en algunos casos también generaron propuestas o expresaron sus expectativas de cambios legales o sociales. María cuestionó el carácter voluntario de una decisión en un contexto económico difícil en el cual las alternativas de las mujeres fueron limitadas.

*Estaban hablando de los derechos de las mujeres y fue cuando dije, “es un derecho, debería estar la opción, si es una opción y debe de estar ahí, pero más bien son las causas por las que tomas esa decisión en las que deberíamos estar trabajando, porque no creo que sea una decisión cien por ciento voluntaria que quieras tener un aborto porque pues no te alcanzan las corcholatas, pues deberían de alcanzarte”. (María, narrativa oral).*

En este sentido, Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015) señalaron que la disputa social sobre el aborto “tiene como correlato una disputa subjetiva en la experiencia de las mujeres que accedieron a los servicios de la ILE” (p. 176), en la que las mujeres no solo retomaron los discursos hegemónicos, sino que “señalan su posición frente a ellos, otorgándoles mayor o menor autoridad para definir su experiencia” (p. 176).

Sus opiniones sobre el marco legal, sin duda estaban marcadas por su propia experiencia y algunas de ellas ahora lo conocen más. Todas coincidieron en que el aborto debía ser legal en todos los estados, en sintonía con sus propias narrativas previas a la

interrupción en las que ya lo planteaban y también hicieron fuertes críticas al contexto restrictivo/conservador expresado en casos concretos de mujeres y niñas a las que se les obstaculizó su acceso a las causales de aborto legal o que se les ha criminalizado por el delito de aborto. Coincidiendo con las mujeres argentinas y españolas entrevistadas por Rodríguez (2013) quienes señalaron que debían existir condiciones legales, seguras y gratuitas para la interrupción del embarazo.

*Todos los demás estados están en una situación bien restrictiva y no solo por lo que está legislado. Yo he leído noticias, en Sonora, en Puebla, en donde a mujeres, a chavitas, no importa la edad que tengan, que las han violado y se han embarazado, les prohíben abortar o les ponen trabas, les dicen que no aborten porque están muy chavitas.... Y se supone que eso es legal, que por una violación es legal en todo el país, yo veo ahí que no se respeta el marco legal (Quetzalli, narrativa oral).*

*Esto de lo legal aquí (Querétaro) junto con Guanajuato, que son los estados que menos causales tienen. Esta la de violación, aunque está como permitido supuestamente, no hay registro de que se lleve a cabo realmente, que informen a las mujeres que van a denunciar una violación y que pudieran haber quedado embarazadas sobre su derecho a abortar ... (Rosa, narrativa oral ).*

Algunas participantes también señalaron las áreas de oportunidad en las políticas públicas relacionadas con la interrupción del embarazo en la Ciudad de México.

*Creo que falta una difusión adecuada para que llegue a todas las poblaciones en general, porque el hecho de que tengan un estrato social bajo o un estrato social alto, no quiere decir que nunca va a pasar en este estrato social alto, es en general, desde que son adolescentes creo que se debe tocar este tema (Angie, narrativa oral).*

Andy propuso también una reglamentación más estricta para servicios privados, en especial cuando se realiza la aspiración manual endouterina.

*Creo que la ley, si legalícenla por supuesto, pero legalicemos también quién lo hacen, certificaciones bien serias de quién lo hace, no puede haber médicos generales haciendo eso (AMEU), discúlpenme, no, por algo existen las especialidades, hay cosas en las que no estamos jugando, si es legal hay que hacerlo bien, creo que va por ahí, si se va a hacer que se haga bien (Andy, narrativa oral).*

Quetzalli también reflexionó sobre la injusticia del aborto inseguro y la maternidad forzada a la que están expuestas mujeres que no tuvieron recursos económicos y viven en otros estados. Varias participantes esperaban un cambio legal y social en el que el aborto se viva sin estigma y silencio.

*Si me parece realmente muy triste y muy injusto que muchas mujeres o se vean orilladas a una de dos, como yo ese día me sentía, que se vean orilladas a practicarse cosas super horribles o inseguras, como lo planteaba Silvia Pinal en su programa... o que tengan que ser madres sin quererlo, que se tracen esa vida aún si*



*ellas no lo quieren así. Espero que con el tiempo, sea un tema que se hable en todos los lugares, y ojalá que algún día lleguen a legislar el aborto seguro y legal para todas las mujeres del país, porque si es un riesgo muy fuerte.... Creo que no solo es una cuestión de legislar, es un primer paso y super importante, también es una cuestión de transformar nuestro pensamiento y nuestros valores sobre el tema (Quetzalli, narrativa oral)*

No todas las participantes, estaban a favor de la difusión de información sobre aborto con medicamentos o la venta de estos por internet.

*Yo creo que no es tan adecuada, esa parte si no, porque un fármaco siempre va alterarte, no es como 100% saludable, hay que conocer cuáles son las complicaciones en tus riñones, si son hormonas peor, hay que ver cuál es la complicación, por eso necesitamos ese historial médico.... Yo no estoy a favor de eso, porque no existe un control o que alguien te explique (Angie, narrativa oral).*

En este caso en donde el poder médico está legitimado, hace sentido lo que Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015) señalan que las mujeres “construyen un sentido legítimo del acceso al servicio desplazando – más no eliminando- el poder de los discursos sociales dominantes” (p.187).

### **7.3.4 La participación en la investigación**

Rodriguez (2013) señaló que hablar de aborto para las mujeres argentinas a quienes entrevistó significó “una sensación de bienestar, liberación, alivio, complicidad y solidaridad, placer. Hablar sana, alivia, abriga, contiene” (p.273). En sintonía, Andy señaló lo siguiente:

*Me siento bien, me siento que estoy tratando de enfrentar lo que estoy pasando, de no ocultarlo, no lo quiero ocultar a mí misma, simplemente no lo tengo que decir a todo mundo, pero no lo quiero ocultar conmigo porque cuanta gente no lo manda al cajón de los recuerdos y se acabó, pero no quiero, quiero este presente y que sea yo como muy consciente de lo que va a causar y de lo que causó (Andy, narrativa oral).*

La participación en la investigación fue vista como una oportunidad para volver a reflexionar sobre esta experiencia y visitar sus emociones y sentimientos al respecto. Escribir sobre su experiencia las preparó para la entrevista, permitió hilar los eventos, emociones, pensamientos y contar una historia que socialmente no se les ha permitido que cuenten, que pudo ser difícil contar o empezar a contar pero que les permitió posicionarse frente a este evento de su vida. Al preguntar a Andy si participar en la investigación fue útil para ella, respondió:

*Sí mucho, cuando lo escribí, es lo mismo, lo puedes tener en la cabeza, pero al hablarlo es diferente porque te das cuenta lo que estás sintiendo. Cuando lo escribí, fue como tratar de resumir todo lo que siento en una cuartilla, no fue fácil, pero fluyo muy bien..., entonces como que esto fue, inténtalo, fue un momento de pausa, de darte*

*cuenta de que pasó en tu vida, y al estar escrito ahí y al estar guardado en mi mail quiere decir que pasó (Andy, narrativa oral).*

*Los recuerdos creo que llegaron más recuerdos, de preguntarme yo misma como me sentía yo misma al respecto, y por eso te puse al final, que no me arrepiento porque soy dueña de mi cuerpo y de mis decisiones (Angie, narrativa oral ).*

Al escribir y hablar sobre su experiencia, reafirmaron sus decisiones y les permitió reafirmar o visualizar lo que querían para un futuro.

*Siempre ayuda mucho el escribir, el hablarlo, el expresar todo lo que estás pensando, a veces te das cuenta de qué pasó en ese momento y si me quede así (sorprendida), ya pasó tanto tiempo, tres años,... de que ahora tienes otras ideas, tienes otros planes. Siempre ayuda hablar o escribir, te ayuda para analizar lo que viviste, lo que estás viviendo y lo que quieres vivir (Angie, narrativa oral).*

Las participantes al contar su historia para esta investigación buscaron contribuir a la despenalización social del aborto y a la investigación sobre el tema, transformar ideologías y a “romper el cerco de lo íntimo” como señala Quetzalli. Ellas pensaron en otras mujeres, tal vez porque vivieron sus experiencias internalizando el estigma.

*Yo creo que en tu caso, desde lo académico alguien va a leer tus investigaciones, va a asistir a tus conferencias, a partir de lo que te narremos yo y otras mujeres, eso le puede a dar pie a otros estudiantes, a otros académicos, de meditar, de transformar su ideología, de cambiar ese pensamiento y yo creo que podemos ir haciendo una cadena que vaya cambiando todo eso o eso espero y realmente tengo confianza en que lo podamos hacer (Quetzalli, narrativa oral).*

*Hoy solo algunas amigas cercanas saben lo que viví, no sé si alguna vez alguien de mi familia lo sepa. Pero alguna vez pensé que mi historia podía ser de utilidad quizá para otras mujeres que se encuentran en medio de un proceso similar, no sé si esto ayuda, pero puede ser un comienzo. (Karla, narrativa escrita).*

*Agradezco tener la oportunidad de contar mi historia y deseo aportar en algo a aquellas “socias de la vida” (como diría Marcela Lagarde), para que un día el estigma alrededor de este tema nos deje de atrapar en sus redes, que no nos haga perder nuestra identidad, nuestros sueños y más profundos anhelos que no están puestos en el “ser madres”, somos más que un rol, debemos aprender defender nuestra libertad sin miedo, sin culpa (Healy, narrativa escrita).*

Al recordar su experiencia, surgió una preocupación por la forma en que las mujeres vivían la interrupción al momento de la entrevista por la presencia de los grupos conservadores afuera de las clínicas.

*El acordarme de la situación, que te conté al principio de estas personas que te manipulan y te juzgan y preguntarme ¿seguirá así? ¿Qué pasará? ¿Por qué no hay alguien? ¿Qué se podría hacer en esa situación? (Angie, narrativa oral).*

Para María, la narrativa que escribió para esta investigación, fue de utilidad para identificar ciertas molestias y sentimientos, así como entender que compartirá esta experiencia cuando ella esté lista. Esto coincide con la investigación de Astbury- Ward et al. (2012), en el cual el espacio que posibilitó la investigación fue percibido como una oportunidad para contarle sin ser juzgadas.

*Pero lo que detonó la redacción fue importante para mí, porque yo no sabía, porque a veces no sé si me pongo celosa o me molesta que [su pareja] sea tan responsable con su familia (su mamá y su hermana). Y ahora entiendo, ¿no? Su respuesta y su actitud frente a lo que, lo que sucedió de ambos desde mi punto de vista no fue responsable. (María, narrativa oral).*

*Me ha ayudado a entender que no está mal que yo no se los diga (su experiencia de interrupción), yo se lo voy decir cuando yo esté lista, pasen 10 años, pasen 15 años, cuando esté lista se los voy a decir. (María, narrativa oral).*

El proceso de investigación también hizo reflexionar a Rosa sobre la relación de pareja y sus expectativas del embarazo que interrumpió.

*En la mañana estaba pensando, en cierta forma llegué a pensar que el embarazo podía arreglar la relación, aunque en ese momento no lo pensé, viéndolo ahorita no iba a arreglar nada, más bien iba a hacer como lo contrario (Rosa, narrativa oral).*

En conclusión, a lo largo de este capítulo mostré que los procesos de empoderamiento individual y colectivo no pueden separarse, además también son evidentes los múltiples cambios que generó la interrupción del embarazo en la vida de las mujeres contrarios al trauma, la titularidad de las mujeres en sus vidas es evidente al romper o cuestionar sus relaciones patriarcales.

Paradójicamente interrumpir un embarazo, impedir un nacimiento, proyecta un futuro para alguien. A partir de esta decisión, ella tiene la esperanza de inventar una nueva forma de habitar su cuerpo y su genealogía. Se des-sujeta de las convenciones de ideal materno patriarcal, queda disponible para crear otra significación para su vida (Rosenberg, 2013, p.107).

## ***CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES***

El aborto es un tema que “se encuentra en el corazón de la política feminista” al poner “en cuestión los mecanismos de biologización, despolitización y neutralización de los cuerpos de la humanidad” (Ciriza, 2013, p.63), es decir, nos permite entender el funcionamiento del patriarcado y sus múltiples mecanismos para obstaculizar la autonomía de las mujeres. Ni gestar, ni parir ni maternar deben ser impuestos. Solamente la mujer puede decidir, pues son su cuerpo y su psique los involucrados en el embarazo.

No debemos olvidar que el largo proceso de expropiación de la autonomía que hemos vivido las mujeres respecto de nuestra capacidad reproductiva y sexualidad es y ha sido clave para la dominación y explotación patriarcal, capitalista y colonial (Ciriza, 2013). Tan es así que ante cualquier avance en la despenalización legal y/o social del aborto que pone en “crisis esta dominación”, se presentan retrocesos y reacciones conservadoras que han costado la vida y la salud de las mujeres. Por ello, las narrativas de las mujeres mexicanas que interrumpen un embarazo, muestran tensiones entre la búsqueda de su autonomía y un contexto estigmatizante y culpígeno que las acecha.

Sin embargo, desde la investigación y el activismo feministas seguiremos generando propuestas para deconstruir el mandato de la maternidad, así como el estigma hacia la sexualidad y el aborto, abonar en la construcción de la autonomía, la sororidad y el empoderamiento de las mujeres, evidenciando los mecanismos sutiles y visibles del patriarcado y los cruces con otros ejes de opresión que dificultan la experiencia.

Por ello esta tesis aporta a la ciencia desde una mirada feminista -que no invisibiliza la experiencia que surge y se nutre del activismo- de las reflexiones colectivas, de las experiencias personales, las cuales no buscan la objetividad tradicional sino una “objetividad política” (Molet Chicot, 2014); tampoco pretende contribuir a la opresión ni a un discurso patologizante de una experiencia diversa y sí aspira a “instalar la palabra aborto en voz alta, sustraerla del silencio, de la clandestinidad y del aislamiento” (Anzorena y Zurbriggen, 2013, p.30).

En este sentido, dos temas fundamentales, estrechamente vinculados, que nos permiten entender la estigmatización hacia el aborto y la sexualidad son: 1) La maternidad como “una institución cuyo objetivo es asegurar que esa potencia – y todas las mujeres- permanezcan bajo el control masculino” (Rich, 1986, en Ciriza, 2013) y 2) El biopoder, es decir el poder ejercido por el Estado, concepto formulado por Foucault (1976) que gobierna los procesos de reproducción social y dispone de las biografías de las mujeres, naturalizando su capacidad fisiológica de gestar y parir (Rosemberg, 2013). Por ello, es necesario recordar que las políticas demográficas y de salud también son políticas sexuales (Ciriza, 2013), que impactan en la vida reproductiva y en la subjetividad de las mujeres y que las biotecnologías -relacionadas con la anticoncepción- no han emancipado *per se* a las mujeres, aunque han escindido la sexualidad de la reproducción (Ciriza, 2013).

## 8.1 APORTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

### 8.1.1 *Estigma y silencio en torno al aborto*

Esta investigación señala que el estigma es un mecanismo del patriarcado, confirma la necesidad de un análisis integral y amplio del estigma relacionado con el aborto, que permita tomar en cuenta que éste se encuentra dentro de amplios campos de poder y desigualdad; también abre la discusión sobre la importancia de distinguir los estigmas preexistentes que hacen sinergia y fortalecen el estigma relacionado con el aborto. Se hizo evidente el estigma hacia el ejercicio de la sexualidad de las mujeres cuando ocurre fuera de los cánones establecidos: el matrimonio, la reproducción y con una sola pareja sexual. Ésta es una expresión de la desigualdad que viven las participantes de esta investigación porque, mientras ellas fueron juzgadas por otras personas e incluso por ellas mismas, los hombres implicados en el embarazo no experimentaron el mismo juicio.

Los procesos de enseñanza del estigma relacionados con el aborto, nombrados en esta investigación como “didáctica del estigma”, así como las barreras simbólicas y su expresión, fueron relevantes para entender los miedos, dudas, angustias y malestares de las mujeres que interrumpen un embarazo, obstáculos que las participantes atravesaron en el proceso decisorio y de acceso, contribuyendo a develar las múltiples formas en que opera el discurso conservador, una de ellas, sobre las emociones. La paradoja de la prevalencia y los múltiples niveles en donde se presenta el estigma (Kumar et al., 2009) fueron evidentes en las narrativas de las participantes, por ejemplo, la escuela, los medios de comunicación y la familia son lugares en donde ellas escucharon sobre el aborto y las mujeres que abortan.

No puedo dejar de mencionar la objeción de conciencia evidente o velada de las y los prestadores de salud tanto públicos como privados que derivó, en algunos casos, en violencia obstétrica e institucional o en un trato frío del personal, así como la presencia de los grupos conservadores afuera de las clínicas como obstáculos derivados del estigma institucional y comunitario que dificultaron el bienestar de las mujeres usuarias de los servicios.

Para algunas participantes que crecieron bajo una fuerte influencia religiosa, que se encontraban en el espacio doméstico y que vivieron la interrupción del embarazo aisladas o en silencio o que no habían tenido ruptura o transgresiones previas al embarazo, enfrentar y resistir al estigma después de la interrupción fue más difícil; la presencia de discursos psicológicos que validan el síndrome post aborto o la ausencia de diálogo con sus parejas contribuyeron también al malestar. Los malestares son temporales, disminuyeron y desaparecieron cuando ellas enfrentaron el estigma. Otras participantes experimentaron el estigma a través de juicios de personas cercanas que consideraban sus amigas y es una de las motivaciones para no hablar de su experiencia.

Al identificar el estigma, también identifiqué formas de resistencia al estigma: Aunque todas lo percibieron, algunas participantes no internalizaron el estigma: 1) cuando se dieron cuenta de que emociones como la culpa son un potente mecanismo de control o que

están basadas en creencias externas a ellas; 2) cuando retomaron o buscaron información (por ejemplo sobre desarrollo fetal) que les permitió contraargumentar; 3) cuando comenzaron a hablar de su experiencia y se dieron cuenta de que no eran las únicas; 4) cuando contaron con el apoyo y validación de sus redes sociales que les permitió sentir o pensar que la interrupción de un embarazo no afectaba sus afectos o su identidad; y 5) cuando recibieron apoyo psicológico especializado –como en Adas- que les permitió ver el aborto como una experiencia de crecimiento.

Hablar del silencio que viven las mujeres que interrumpen un embarazo en México, requiere situar la experiencia y pensarla como una tensión, ya que las motivaciones para guardar o romper el silencio pueden ser múltiples, cambiar de acuerdo a la etapa del itinerario abortivo y de su trayectoria vital. La interacción de la tensión entre romper o guardar el silencio con otros ejes de opresión, por ejemplo, el nivel educativo, la religión, los recursos económicos y la edad de las participantes, fue importante en su itinerario abortivo y también influyó en las motivaciones presentes en esta tensión. El espacio familiar sigue siendo el más difícil para romper el silencio, algunas participantes lo hicieron después de la interrupción por una motivación política o por la carga que implicaba, mientras que otras lo hicieron antes de la interrupción para acceder al servicio. Por ello comprender las implicaciones que tiene romper el silencio, narrado por las propias mujeres, es una aportación novedosa de esta investigación. El silencio puede ser relativo y, en algunos casos, también contribuyó a su bienestar y es un mecanismo de protección ante las críticas o ante personas que influirían en su decisión.

También al hablar de silencio, es inevitable pensar en el aislamiento o por el contrario en el apoyo, la solidaridad, las expresiones de cariño y apapacho que varias participantes recibieron de sus familiares, redes sociales, de activistas y de organizaciones feministas; éstas posibilitaron acceder a la interrupción, dieron alternativas frente a una maternidad forzada y redujeron los efectos secundarios del aborto médico. Asimismo, este apoyo les hizo sentirse respaldadas en esta situación de la vida y contrarrestar un discurso patriarcal religioso sobre el aborto y sus efectos nocivos en la experiencia de las mujeres. Con ello, las mujeres diversificaron sus narrativas, mostrando que el aborto no es un trauma, ni un síndrome.

Los hallazgos identificados coinciden con la investigación de Astbury-Ward et al. (2012) sobre las razones que motivan al silencio, como son el rechazo y la desaprobación social, así como la propia percepción de las mujeres de haber fallado por el ejercicio de su sexualidad fuera de los cánones establecidos y con los reportados por Fletcher (1995), ya que las participantes también se protegen a sí mismas, a sus decisiones, su privacidad y a otros/as que piensan pueden lastimar; son selectivas con las personas a las que cuentan su experiencia, entrando en escena las personas que son percibidas como más liberales o que no son tan apegadas a los preceptos religiosos, pero también quienes buscan ayudar a otras mujeres.

Otra aportación es la importancia que tiene el contexto de legalidad, los debates en torno a la despenalización en la Ciudad de México y la presencia de psicólogos/as no

objetores, que brinden contención, validan las decisiones y contribuyen a romper el silencio impuesto.

Una conclusión relevante obtenida a partir de las narrativas de las participantes, versa sobre la importancia de generar espacios propicios para romper el silencio a lo largo de todo el itinerario del aborto incluyendo la propia investigación. Esto nos lleva a promover investigaciones como la aquí presentada, así como fortalecer el trabajo de acompañamiento de las organizaciones feministas. Cuando las mujeres guardan silencio, es ésta una práctica agéntica para evitar el estigma pero que puede tener implicaciones en su salud; cuando se generan espacios para hablar de su experiencia, ellas construyen narrativas políticas sobre espacios de libertad individual y colectiva.

### ***8.1.2 El empoderamiento personal/colectivo y el aborto***

¿A qué le tienen miedo los grupos conservadores y la jerarquía católica? ¿A qué le tiene miedo el sistema patriarcal y capitalista? A que las mujeres identifiquemos sus mecanismos, a que nos revelemos, resistamos y rechacemos el seguir manteniendo el status quo. Por ello, documentar las múltiples formas de resistencia que practican las mujeres es indispensable.

Las formas de resistencia y agencia de las participantes en este contexto de desigualdad social son múltiples, comienzan desde su infancia cuando buscaron fuentes alternativas de información sobre sexualidad o se posicionaron a favor del aborto, cuestionaron el mandato y su deseo de maternidad; continuaron al saberse embarazadas buscando información, apoyo y servicios seguros para la interrupción, al no permitir injerencias en su decisión, resistiendo al estigma y fueron más allá al apoyar a otras mujeres, sin juzgarlas, a romper el silencio con un sentido político, poner límites a relaciones violentas y hacer cambios en su vida. Es decir, frente a las diferentes expresiones del patriarcado para controlar el cuerpo de las mujeres que obstaculizan su itinerario abortivo y su bienestar, ellas muestran su capacidad agéntica, mientras que las redes de apoyo y el acompañamiento feminista, así como la legalidad y la gratuidad, se tornan fundamentales para el acceso al aborto, y el bienestar de las mujeres.

Frente a las disyuntivas en su proyecto de vida, reconocen el camino tradicional (el matrimonio y los hijos), pero algunas de ellas han decidido un camino alterno, construir su propio camino, a su propio ritmo, cuestionando el mandato de la maternidad y el instinto materno que les han enseñado no solo en su casa sino incluso en su educación universitaria. Al interrumpir un embarazo es posible que las mujeres comiencen a “adueñarse de un cuerpo que jamás fue suyo” (Basaglia, 1986, p. 122) y que no termina de ser suyo, es decir la apropiación del cuerpo en este contexto capitalista patriarcal, presenta siempre tensiones, contradicciones y ambigüedades.

Al atravesar este itinerario abortivo ellas toman o fortalecen su conciencia de género y de desigualdad, identificando distintos mecanismos de control que ejercen sus parejas o las

instituciones de salud. Cuando nos niegan la libertad de decidir sobre nuestros cuerpos comprendemos “que nuestro cuerpo es colonia de las instituciones que controlan los mecanismos legislativos y judiciales” (Anzorena y Zurbriggen, 2013, p. 22).

En el momento en que algunas participantes pensaron en otras mujeres, las ayudaron a acceder al aborto, hablaron de forma pública sobre sus experiencias, contribuyeron “a dar visibilidad al carácter político de la dominación patriarcal” (Rowbotham, 1976 en Ciriza, 2013, p.65) y al mismo tiempo construyeron empoderamiento colectivo y sororidad.

Sin empoderamiento colectivo, no hay empoderamiento personal, ya que si pensamos que el derecho al aborto solo se justifica para una y no para todas, seguiremos jugando del lado del patriarcado.

### ***8.1.3 El impacto de la despenalización del aborto en la Ciudad de México en la vida de las mujeres.***

Los debates por la despenalización del aborto en la Ciudad de México posibilitaron una disputa de sentidos en torno al aborto que en algunos casos hizo pensable la alternativa de la interrupción; además, los cambios en la legislación y en la política pública impactaron la experiencia de las mujeres, haciendo pensable y viable la posibilidad de la interrupción. En este sentido, en este trabajo reconozco el impacto de la despenalización del aborto en la Ciudad de México en la salud y el bienestar en las mujeres mexicanas y los aciertos en su implementación como el uso de medicamentos, la gratuidad y el acceso a mujeres de otros estados. También reconozco la labor de organizaciones y colectivas feministas que han abonado a la despenalización social, al acompañamiento con medicamentos y post aborto y al acceso al aborto legal por causales.

No obstante, en un contexto de penalización social, es necesario señalar los obstáculos tanto en servicios públicos como privados para el acceso al aborto que afectaron con mayor fuerza a mujeres jóvenes y adolescente, de escasos recursos o que viven en otros estados: la objeción de conciencia velada o implícita, la dificultad para la elección del procedimiento de interrupción, la violencia y el maltrato institucional, los cobros a las mujeres vivían en otros estados, la calidad de la información sobre los procedimientos de interrupción del embarazo o en la consejería de métodos anticonceptivos, la difusión de las clínicas y procedimientos seguros, las fichas insuficientes, y la presencia de los grupos conservadores afuera de las clínicas. Es decir, debemos ver la despenalización legal como punto de partida y no de llegada, la mejora en los servicios debe ser continua, y la inversión presupuestal suficiente si nuestros gobiernos realmente están comprometidos con los derechos de las mujeres.

El incremento de las investigaciones sobre la interrupción del embarazo es otro reflejo del impacto de la despenalización que no debe obviarse, porque permite contar con argumentos sólidos frente a los posibles retrocesos o para avanzar en cambios legales para despenalizar y contribuir a nuevos debates que siempre deben estar presentes para generar estas disputas discursivas.



#### **8.1.4 Aportes metodológicos**

**La narrativa escrita.** Si bien existen otros estudios sobre el aborto que se han realizado desde un abordaje narrativo y/o feminista, prácticamente ninguno incorpora como parte de sus técnicas de investigación, la escritura de la propia experiencia.

La escritura permitió que las participantes hicieran un ejercicio de reflexión y reconstrucción de su propia historia previo a la entrevista, como una ocasión para su posicionamiento o reposicionamiento frente a este evento de su vida. La biografía como señala Lagarde (1997) puede ser una herramienta de aprendizaje de nosotras mismas, ya que identificamos como hemos superado los conflictos y nuestros propios recursos, al mismo tiempo también nos permite cimentar una ética para vivir.

A partir de las narrativas escritas, las entrevistas tuvieron una función complementaria desde la empatía, fortalecida por la relación de horizontalidad con la entrevistadora a partir de una experiencia de aborto compartida. Estas fueron decisiones que tomé a partir de un proceso de reflexividad feminista para generar condiciones que favorecieran no solo el habla de las mujeres sobre su experiencia a modo de descripción, sino el énfasis en las tensiones y sus fundamentos discursivos a lo largo de sus trayectorias abortivas.

Además, diversos elementos que contribuyeron a que la mayoría de las participantes se sintieran en confianza y libertad para escribir y conversar de esta experiencia con la investigadora, fueron el hecho de tener una amistad en común conmigo en algunos casos, compartir un espacio de aprendizaje o que conocieran mi trabajo previo en organizaciones feministas o saber que la interrupción del embarazo era una experiencia compartida. A partir de esta confianza, hablaron en algunos casos sobre su vida sexual y de pareja, de experiencias dolorosas o de violencia y en su mayoría no buscaron justificaciones sobre su decisión de abortar, lo que permitió profundizar en aspectos poco abordados en otras investigaciones sobre aborto.

Utilizar las narrativas escritas resulta novedoso, pero también útil para los fines de la investigación y aún más importante para las participantes (ellas así lo señalan), ya que detona reflexiones, abona a la conciencia de género o de desigualdad, contribuye a la sororidad entre mujeres, al cambio social y a construir una memoria colectiva sobre una experiencia que desde las narrativas dominantes pretende ser borrada y escondida.

Cuando algunas participantes narraron la experiencia del aborto pudieron poner la experiencia “en orden” (Arfuch, 2010); en especial cuando algunas ellas lo habían narrado a pocas personas ya que en el contexto mexicanos persiste el estigma y ellas prefieren guardar silencio para evitar el juicio de otras personas o posibles repercusiones. Por otra parte, los debates en torno a la despenalización del aborto y/o el nivel educativo de las participantes, o su participación en organizaciones feministas posiblemente influyeron en que estas historias pudieran ser contadas.

La narrativa escrita y la entrevista en algunos casos se convirtieron en espacios para no borrar ni evadir la experiencia, hablar de forma abierta y sin prejuicios, sentirse en confianza, generar nuevas reflexiones y para reírse.

**Trayectoria abortiva.** La trayectoria abortiva que se encuentra inmersa en la trayectoria reproductiva y de vida de las mujeres, nos permite ver el cruce entre sexualidad y género, y al aborto no solo como un evento sino como un proceso.

Abordar los procesos previos a la interrupción del embarazo, las disputas de sentido y los conocimientos o nociones sobre el aborto son elementos poco abordados en otras investigaciones que se centran en el proceso decisorio, las causas del embarazo y en las motivaciones de la interrupción. Documentar la trayectoria abortiva, desde el momento en que ellas tienen noción de palabra aborto o desde el silencio sobre la sexualidad, me permitió visualizar la didáctica del estigma sobre el aborto y el mandato de la maternidad y, al mismo tiempo, analizar los procesos de resistencia, cuestionamiento, ruptura y empoderamiento que se gestaron de manera temprana. El estigma y el empoderamiento, tampoco son eventos aislados, son procesos que se van retroalimentando, y que siempre presentan fisuras o tensiones, que debemos visibilizar.

## **8.2 FORTALEZAS Y LIMITACIONES**

Una posible limitación de esta investigación es que la mayor parte de las participantes tenía un nivel elevado de estudios, eran ateas y no tenían hijos, es decir, esta investigación se centró, sin ser ese su objetivo, en un perfil particular de la población, por ello es necesario continuar profundizando en las experiencias de mujeres con hijos, adolescentes, con menores ingresos económicos y educativos, que habitan en otros estados o que profesan alguna religión.

En cuanto a la experiencia de interrupción, conté con una diversidad de experiencias de interrupción en servicios públicos y privados, las participantes acudieron a hospitales y clínicas de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México así como a distintas clínicas privadas. También exploré experiencias de interrupción con medicamentos y aspiración.

Sin embargo, no conté con la experiencia de participantes que hayan utilizado aborto con medicamentos autoadministrado con o sin acompañamiento feminista, es decir sin acompañamiento médico, de manera similar a lo documentado por Socorristas en Red. Se intentó contactar con alguna participante que se encontrara en el proceso de interrupción e incluso se proporcionó acompañamiento vía Facebook, pero ninguna de las participantes accedió en ese momento; considerando que lo prioritario para ellas es terminar con el proceso de interrupción, es importante considerar que contactar a este perfil de participantes, de esta forma implica una mayor inversión de tiempo.

No contar con recursos económicos para el traslado a otros estados también fue una limitante, ya que solo pude viajar a Querétaro, aunque utilicé skype para superar esta barrera; contar con mayores recursos significaría ampliar el alcance de la investigación.

Por último, como ya he descrito, la utilización de las narrativas escritas y las trayectorias abortivas también son una fortaleza de esta investigación.

### **8.3 NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio genera nuevas líneas de investigación, una de ellas está relacionada con las mujeres que acuden a clínicas de salud sexual y reproductiva, y enfrentan obstáculos como los narrados por las participantes que les impiden el acceso al servicio: ¿Utilizan aborto con medicamentos sin apoyo médico o acompañamiento feminista? ¿Continúan sus embarazos? ¿Qué podemos hacer para que las mujeres no sientan que las puertas de acceso al aborto seguro se les cierran a cada segundo y que el tiempo pasa inexorable? ¿Cómo hacemos para que el derecho al aborto seguro, legal, gratuito y de calidad no sea un privilegio? Si bien estudios en Estados Unidos muestran que no hay diferencias en la salud mental de las mujeres que les negaron el acceso en comparación con las que tuvieron acceso, es necesario profundizar con estudios cualitativos y en el contexto mexicano, por la desigualdad y pobreza que nos aqueja.

Otro elemento relacionado con la atención en el que es necesario profundizar y seguir analizando es la manipulación de las emociones por parte de los grupos conservadores, por ejemplo, el impacto de la ecografía y de la notificación del tiempo de gestación, ya que generó malestar en algunas participantes.

En este contexto de difícil acceso como se ha mostrado en los hallazgos de la interrupción, la experiencia del aborto en el segundo trimestre del embarazo seguirá siendo común, en especial en las mujeres adolescentes, pobres y/o que viven en contextos de restricción social o legal; por ello, abordar esta experiencia que permanece borrada y oculta, pues no se encuentra dentro del marco legal en la CDMX, es de vital importancia.

También es necesario profundizar en el cruce de elementos de su historia de vida y la trayectoria abortiva. En esta investigación identifiqué tres: 1) la ausencia materna, como un elemento de vulnerabilidad ante la violencia de género y la presencia de las redes sociales, 2) el impasse entre la finalización de sus estudios y la búsqueda de trabajo, en el que se encontraban algunas participantes antes de sus embarazos, y que las sitúa en el espacio doméstico y 3) las experiencias de migración, que hicieron pensable la interrupción del embarazo, ya sea porque ellas estaban lejos de sus familias de origen o porque la migración les permitió estar en contacto con otros recursos y discursos, aunque también las sitúa en vulnerabilidad si no tienen una red social fuerte en el lugar al que migran.

Otro tema de suma relevancia que pretendo profundizar en una investigación posdoctoral, son las disputas de sentido en nuevas generaciones a partir del surgimiento de la marea verde, la llamada “revolución de las hijas” (Peker, 2019), que al mismo tiempo se

enfrenta a estrategias perversas de los grupos conservadores como los k-simeritos y a la hipersexualización en redes sociales/ medios de comunicación. ¿Qué impacto tiene y tendrá la marea verde en Argentina/Latinoamérica/México en las disputas de sentido de las mujeres y las adolescentes? ¿Qué disputas discursivas presentan las niñas que participan en la marea verde? Por otra parte, analizar, evidenciar y difundir los diferentes cuestionamientos al mandato de la maternidad y las experiencias de no maternidad suena indispensable para contribuir a estas disputas.

Tejer de manera continua y constante un análisis feminista latinoamericano de los avances y retrocesos, de los aprendizajes y buenas prácticas a partir de la marea verde y de la llegada de Bolsonaro en Brasil, es necesario para afrontar el backlash y seguir avanzando en la región.

#### **8.4 RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO HASTA LAS 12 SEMANAS.**

Los hallazgos de esta tesis derivan necesariamente en una serie de recomendaciones para la mejora de políticas públicas de salud sexual/ reproductiva, dirigidas a distintos niveles:

A nivel local: Programa de Interrupción legal del embarazo, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México y a los servicios privados.

- 1) Incorporar un sistema de evaluación ciudadana tanto en servicios públicos como privados para que las usuarias de este servicio sean partícipes activas en la evaluación del servicio tanto cualitativa como cuantitativamente, que incluya la atención de quejas o denuncias de maltrato.
- 2) Incrementar el número de fichas para las mujeres que requieren el servicio de Interrupción Legal del Embarazo.
- 3) Informar desde distintos medios de comunicación a las usuarias sobre la presencia de grupos conservadores afuera de las clínicas.
- 4) Brindar atención de calidad desde una mirada feminista con una mirada de empoderamiento y ejercicio de derechos.
- 5) Fortalecer la capacitación y sensibilización en género, sexualidad y clarificación de valores para el personal de salud público y privado en activo.
- 6) Incorporar la formación con perspectiva de género de manera transversal en todas las carreras universitarias, que permita contar con profesionales de la salud y de ciencias sociales preparados para acompañar los itinerarios abortivos de las mujeres y adolescentes, casos de violencia sexual o de violencia de género y proporcionar educación integral de las sexualidades.
- 7) Creación de grupos de reflexión cercanos a cada clínica, con una facilitadora con formación en perspectiva de género.

## A nivel local y federal

- 1) Difundir información sobre el aborto seguro y el desarrollo fetal basado en evidencia científica que permita vivir esta experiencia con mayor tranquilidad y menor temor por las consecuencias a su salud.
- 2) Dar cumplimiento al marco legal vigente en nuestro país de excluyentes de responsabilidad de aborto y garantizar su acceso a la atención. Despenalizar el aborto en todos los códigos penales del país.
- 3) Fortalecer la consejería y la provisión de información sobre los procedimientos de interrupción del embarazo y/o métodos anticonceptivos en todas las instancias y niveles del sector salud.
- 4) Abrir un debate crítico sobre las implicaciones económicas, psicológicas y sociales de la maternidad y del cuidado, separar el sinónimo mujer-madre en todos los ámbitos.
- 5) Implementar educación sexual integral desde preescolar hasta media superior con profesores capacitados, y materias transversalizadas.
- 6) Revisar los planes de estudios de Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Psicología para incorporar contenidos relativos a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que aseguren una atención con la mayor calidad, calidez y libre de prejuicios.

## Para los feminismos:

- 1) Fortalecer e incrementar el acompañamiento feminista en aborto con medicamentos.
- 2) Reconocer la importancia y el ejercicio de sororidad del acompañamiento feminista en aborto con medicamentos en el ámbito académico y de políticas públicas.
- 3) Fortalecer espacios propicios para romper el silencio a lo largo de todo el itinerario del aborto.
- 4) Fortalecer la investigación y sistematización que documente el acompañamiento y sus buenas prácticas.
- 5) Visibilizar y difundir las formas de resistencia al estigma que las mujeres han utilizado.
- 6) Fortalecer la relación entre la academia y el activismo en relación con el aborto.

Incluso más allá de recomendaciones, de alguna manera las conclusiones de esta tesis pueden derivar en algunas propuestas a futuro para nuestro país, por ello a continuación mencionaré algunas preguntas importantes para la reflexión personal y colectiva, a manera de invitación para fortalecer la discusión pública y romper con el silencio en todos nuestros espacios (laborales, de amistad, familiares), que contribuirá a vivir de forma digna el aborto:

- 1) ¿Queremos que las mujeres sean pacientes o usuarias de los servicios de salud de nuestro país, en especial en los servicios de salud sexual y reproductiva?
- 2) ¿Cómo fortalecemos los servicios de salud sexual y reproductiva ante la crisis en el sector salud?

- 3) ¿Cómo fortalecemos la educación sexual integral y el conocimiento científico laico en las nuevas generaciones?
- 4) ¿Cuándo y cómo discutimos sobre las implicaciones del cuidado?
- 5) ¿Cómo fortalecemos el estado laico en todas las instituciones?

### **8.5 POR LA DESPENALIZACIÓN LEGAL Y SOCIAL DEL ABORTO EN EL PAÍS**

En el contexto actual mexicano, debemos tomar la despenalización en la Ciudad de México como punto de partida y no de llegada, punto de partida para asegurar no solo el acceso sino también la calidad de la atención con una mirada feminista, que respete irrestrictamente las decisiones de las mujeres y que privilegie la seguridad en el sentido más amplio posible incluyendo aspectos psicológicos.

Ante la situación anteriormente descrita, es urgente no sólo una iniciativa de ley que despenalice el aborto<sup>35</sup> en todo el país, sino su aprobación<sup>36</sup>, la provisión de servicios de interrupción del embarazo a nivel estatal y un proceso de amnistía para más de 200 mujeres que se encuentran actualmente encarceladas por aborto u homicidio en razón de parentesco<sup>37</sup>. Es necesario que el aborto deje de ser considerado un delito y se vea como un servicio de salud (GIRE, 2018). La marea verde generada en Argentina ha impactado en territorio mexicano, contribuyendo a una mayor participación juvenil en marchas y foros, dando visibilidad a la problemática de la penalización del aborto a través del pañuelo verde en eventos masivos y en el Congreso de la Unión, desplegando mantas en lugares emblemáticos y monumentos históricos de distintas ciudades, mientras que figuras públicas han mostrado su postura a favor de la interrupción, y también ha contribuido a detener posibles retrocesos como la aprobación de una reforma que protege la vida desde el momento de la concepción en Aguascalientes en diciembre de 2018.

La “cuarta transformación” nombre dado a su gobierno por el actual presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, no es garantía de un cambio; en diferentes ocasiones desde su campaña presidencial ha dicho que llevaría el tema a consulta pública, incluso en el marco del Día Internacional de la Mujer. Además, dentro del Senado y de la Cámara de Diputados hay políticos de tendencia conservadora como Lilly Téllez o Eruviel Ávila, ex gobernador del Estado de México, este último en el mes de abril de 2019 presentó una iniciativa para reformar el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para que se garantice el derecho a la vida desde la concepción. Aquí debe quedar claro que la despenalización del aborto es una deuda de la democracia (Anzorena y

---

<sup>35</sup> La diputada Guadalupe Almaguer del PRD y Lorena Villavicencio del partido Morena han presentado una iniciativa de ley con la finalidad de despenalizar el aborto hasta las 12 semanas y/o asegurar la autonomía reproductiva de las mujeres.

<sup>36</sup> Otro camino posible es la despenalización a nivel estatal. Oaxaca despenalizó el aborto hasta las 12 semanas en septiembre de 2019.

<sup>37</sup> De acuerdo con la nota titulada “Una década en prisión por perder un embarazo en México” [https://elpais.com/sociedad/2019/01/05/actualidad/1546655517\\_739988.html](https://elpais.com/sociedad/2019/01/05/actualidad/1546655517_739988.html)

Zurbriggen, 2013). Es una deuda porque las mujeres no tenemos todos los derechos. Las mujeres no somos objetos, ni incubadoras, somos PERSONAS; reconocer el derecho al aborto no es una dádiva ni moneda de cambio electoral.

Pero los cambios no solo vienen de las cúpulas políticas, también “se construyen socialmente por medio de la lucha y la práctica” (Rueda, 2013, p.2). Las participantes de esta investigación están poniendo su granito de arena por la despenalización social del aborto y para romper el silencio impuesto, no quieren más estigma, se preocupan por otras mujeres, demuestran sororidad y a todo esto le temen los grupos neoconservadores.

Mi apuesta es por un cambio desde arriba y desde abajo, en todos los frentes y ámbitos. A nivel comunitario y familiar, apuesto por un cambio social, en donde las mujeres que han interrumpido un embarazo y sus acompañantes tengan un rol principal: informarse más y replicar la información basada en evidencia, abrir debates sobre sexualidad en sus familias y parar los ejercicios de violencia. La sacralización de la maternidad y la matriz heterosexual son obstáculos para la despenalización social y legal, pero hay tensiones, rupturas y cuestionamientos que se muestran en las narrativas de las participantes.

Desde la psicología también se puede contribuir de manera importante a disminuir el estigma y a romper el silencio sobre la interrupción del embarazo; necesitamos, como ya dijimos, revisar de forma crítica conceptos que refuerzan el sinónimo mujer-madre, así como la difusión que incluso desde nuestra profesión se hace del aborto como algo necesariamente negativo, traumático y ligado al duelo. También es necesario hacer un ejercicio crítico de la psicología, pensar siempre y en primer lugar, si el conocimiento que generamos es útil para las personas y no individualizar o enfocar los problemas en el individuo sino ampliar horizontes y pensar en el ámbito social, político y estructural que nos afecta.

Desde el feminismo y la lucha por el derecho a decidir, también es necesario ampliar el concepto de aborto seguro incluyendo aspectos psicológicos dentro de éste; es importante reconocer que cada mujer es clave para que otra acceda de forma segura y tranquila a los servicios de interrupción del embarazo; retomando lo señalado por Rueda (2013), sobre el que consignas como “aborto legal para no morir”, “nadie quiere abortar” o “aborto legal en el hospital” han perdido cierta vigencia a la luz del aborto con medicamentos, por ello es necesario reformular y repensar algunos de nuestros mensajes, porque la experiencia del aborto está en constante transformación y es sumamente diversa.

La autocrítica también es indispensable en la práctica feminista y nos lleva a pensar ¿la legalidad es necesaria y suficiente? La legalidad es indispensable, pero no es sinónimo de apropiación del cuerpo ni de bienestar emocional para las mujeres, no es sinónimo de aborto seguro per se. El aborto con medicamentos pone en cuestión el poder médico y lo saca del ambiente hospitalario.

Sin duda para terminar con el silencio sobre el aborto se necesita, en primer instancia, romper con el silencio sobre la sexualidad en todos los ámbitos; que el derecho a la educación

sexual integral se cumpla cabalmente; que la interrupción del embarazo permanezca en el debate público apoyada por argumentos científicos; que las instancias judiciales, de salud y los mecanismos de la mujer den cumplimiento al marco legal vigente en nuestro país realizando diversas acciones, entre éstas, campañas de difusión sobre el tema y reconocer la importancia del rol que tenemos las mujeres que hemos interrumpido un embarazo, así como las organizaciones de la sociedad civil para disminuir el estigma, romper los mitos y acompañar a otras mujeres en el acceso a un aborto seguro para que no vivan esta experiencia en soledad. Además, es necesario, abrir un debate crítico sobre las implicaciones económicas, psicológicas y sociales de la maternidad y del cuidado y separar el sinónimo mujer-madre en todos los ámbitos.

Para acabar con el silencio sobre el aborto, es necesario romper con círculos viciosos (Kumar, et al., 2009; Rossier, 2007): 1) El aborto no es una experiencia poco frecuente, las participantes en esta investigación dan cuenta de ello cuando llegan a las clínicas o cuando hablan con otras personas sobre su experiencia y reconocen lo común; 2) El aborto no es experiencia traumática, no lo es para todas las participantes y si presentan algún malestar es temporal y se reduce cuando lo hablan con otras personas que respaldan, apoyan o comprenden su decisión; 3) Algunas de las participantes, están conscientes de que ellas tienen un papel fundamental en romper este círculo vicioso y apuestan a un cambio social, su participación en la investigación es una muestra de ello.

Mientras la despenalización legal en la CDMX coexista con la penalización legal y social, las ambigüedades, tensiones y malestares en la experiencia de las mujeres seguirán presentándose, por ello despenalizar el aborto en todo el país, es una necesidad urgente, real y tangible, evidente por el número de interrupciones realizadas en los servicios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México; es nuestro derecho, no más tutela ni expropiación de nuestros cuerpos, no más criminalización, no más muertes por abortos inseguros, no más niñas embarazadas producto de violencia sexual destinadas a ser madres porque no tuvieron acceso a un aborto legal.

**ABORTO SEGURO, LEGAL Y GRATUITO EN TODO EL PAÍS, ¡YA!**



## REFERENCIAS

- Advancing New Standards in Reproductive Health [ANSIRH]. (2018, mayo). *El impacto de obtener o de ser negada un aborto deseado sobre la salud mental de la mujer*. [http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/442-Mental%20Health%20Issue%20Brief\\_Spanish.pdf](http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/442-Mental%20Health%20Issue%20Brief_Spanish.pdf)
- Aguilar, M. (2014). *Estrategias para acceder al aborto en un contexto de penalización absoluta: Estudio de casos en Baja California* (Maestría en Estudios de Población). El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, B.C.
- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Aléx, L., & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion: a feminist perspective, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 160-168.
- Alfarache Lorenzo, A. (2009). *Construyendo la concordia: alternativas feministas a la lesbofobia* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras. México.
- Altshuler, A., Ojanen, A., Blumenthal, D., & Freedman, L. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine*, 191 (october), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>
- American Psychological Association, & others. (2008). Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. *Washington: APA*.
- Amuchástegui, A. (2000). *Virginidad e iniciación sexual: experiencias y significados*. México: Population Council; Edamex.
- Amuchástegui A. (2012). La experiencia del aborto en tres actos: cuerpo sexual, cuerpo fértil y cuerpo del aborto. En R. Parrini (Ed.), *Los archivos del cuerpo, ¿Cómo estudiar al cuerpo?*, (pp. 367- 392). México: UNAM/ PUEG.
- Amuchástegui, A. (2013, Noviembre 7). Desdoblar el cuerpo: La experiencia del aborto. *LetraeSe*, (208). Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2013/11/07/ls-central.html>
- Amuchástegui, A., & Flores, E. (2013). Women's interpretations of the right to legal abortion

- in Mexico City: citizenship, experience and clientelism. *Citizenship Studies*, 17 (8), 912-927.
- Amuchástegui, A., Flores, E., y Aldaz, E. (2015). Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, vol. V (núm. 41), 153–195.
- Andrews, J., & Boyle, J. (2003). African American adolescents' experiences with unplanned pregnancy and elective abortion. *Health Care for Women International*, 24(5), 414–433. <http://doi.org/10.1080/07399330390212199>
- Anzorena, C., y Zurbriggen, R. (2013). Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en Argentina. En C. Anzorena y R. Zurbriggen (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible* (pp. 17-38). Buenos Aires: Herramienta.
- Araiza, A., y González, R. (2017). La Investigación Activista Feminista. Un diálogo metodológico con los movimientos sociales. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 38, 63-84.
- Arfuch, L. (2010). Sujetos y narrativas. *Acta Sociológica*, 0(53), 19–41. Recuperado de <http://www2.scielo.org.ve/pdf/ferm/v17n50/art08.pdf>
- Arihla, M. (2012). Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1785-1794. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700017>
- Astbury-Ward, E., Parry, O., & Carnwell, R. (2012). Stigma, abortion and disclosure, findings from a Qualitative Study , *Journal of Sexual Medicine*, 9 , 3137- 3147.
- Avalos, L. (1999). Hindsight and the abortion experience: What abortion means to women years later. *Gender Issues*, 17(2), 35–57. <http://doi.org/10.1007/s12147-999-0014-8>
- Badinter, E. (2011). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. Madrid: La esfera de los libros.
- Balance. (2016). *9 años de ILE*.
- Barreiro, L. (2003). Los derechos reproductivos y los derechos humanos universales. En *Promoción y defensa de los Derechos Reproductivos: Nuevo reto para las*

- Instituciones Nacionales de Derechos Humanos* (pp. 119–133). San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Basaglia, F. (1983). *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Escuela de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Puebla.
- Basaglia, F. (1986). Mujer: el cuerpo como prisión. *Cuadernos de Marcha 3ª Época*, 2 (8), p 69-76.
- Batliwala, S. (1994). The meaning of women’s empowerment: new concepts from action. In G. Sen, A. Germain, & L. C. Chen (Eds.), *Population policies reconsidered: health, empowerment, and rights* (pp. 127–38). Boston: Harvard University, Harvard Center for Population and Development Studies.
- Becker, D., & Díaz, C. (2013). Decriminalization of Abortion in Mexico City: The Effects on Women’s Reproductive Rights. *American Journal of Public Health*, 103(4), 590–593. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301202>
- Bélanger, D. & Flynn, A. (2009). The Persistence of Induced Abortion in Cuba: Exploring the Notion of an “Abortion Culture”. *Studies in Family Planning*, 40(1), 13-26.
- Bellagio Expert Group Meeting. (2013, Junio). *A Learning Agenda for Abortion Stigma: Recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting*. Recuperado de <http://endabortionstigma.org>
- Bennett, L. (2001). Single women’s experiences of premarital pregnancy and induced abortion in Lombok, Eastern Indonesia. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 37–43.
- Bernal, E. (2008). La reforma a la Ley del aborto en la Ciudad de México. En G. Freyermuth y E. Troncoso (Eds.), *El aborto: Acciones médica y estrategias sociales*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Ipas México A. C.
- Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 1(56), 9–36.
- Beynon-Jones, S. (2017). Untroubling abortion: A discourse analysis of women’s accounts. *Feminism & Psychology*, 27(2), 225–242.
- Billings, D., Hessini, L., y Andersen-Clark, K. (2010). *Guía de grupos focales para explorar el estigma con relación al aborto*. Carolina del Norte: Ipas.
- Blázquez, N. (2008). *El retorno de las brujas: incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres en la ciencia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro

de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

- Blázquez, N. (2012). Epistemología feminista: temas centrales. En N. Blázquez, F. Flores y M. Ríos (Coords.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 21-38). México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología.
- Bolívar, A. (2002). “¿De nobis ipsis silemus?”: Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4(1). <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/49>
- Boyle, M. (1997) *Rethinking abortion: psychology, gender, power, and law*. London: Routledge.
- Briñon, M. (2007). *Una visión de género es de justicia*. España: Departamento Educación para el Desarrollo de Entreculturas, InteRed y Ayuda en Acción,
- Burín, M., Moncarz, E., y Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burton, J. (2017). Prácticas feministas en torno al derecho al aborto en Argentina: aproximaciones a las acciones colectivas de Socorristas en Red. *Revista Punto Género*, 7, 91-111.
- Sabsay, L. (2015, 24 de marzo). Mesas de diálogo: subjetivación sur-norte. Mesa 1. Performatividad de género, precariedad y ciudadanía sexual (Ponencia). Biblioteca Vasconcelos, Ciudad de México.
- Cabria, A. (2006). El aborto en la esfera internacional actual: entre liberalizaciones y mordazas. En S. Checa (Ed.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad* (pp ). Buenos Aires: Paidós.
- Capiello, J., Merrel, J., & Rentschler, D. (2014). A Qualitative Study of Women’s Decision to View or Not View an Ultrasound Image Before Early Medication Abortion. *Women’s Health Issues*, 24 (4), e413-e418.
- Cardich, R. (1993). *Desde las mujeres, visiones del aborto: nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto*. Perú: Movimiento Manuela Ramos.
- Carvalho, S. (2009). *Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica* [Tesis de Doctorado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

- (ENSP/FIOCRUZ). Brasil.
- Casas, L., y Vivaldi, L. (2014). Aborto: Una clara oportunidad para legislar. *Comunicación y Medios*, 30, 241-154.
- Castañeda, M. (2003). Introducción. En M. Castañeda (Ed.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas* (pp. 15-29). México: Plaza y Valdés/CEIICH.
- Castañeda, M. (2008). *Metodología de la investigación feminista*. Guatemala: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencia y Humanidades (CEIHC) UNAM-Fundación Guatemala.
- Castells, M. (1999). *La era de la información. Tomo II. Economía, sociedad y cultura*. El poder de la identidad. Madrid: Alianza.
- Caucus sobre Tecnologías Nuevas e Infrautilizadas en la Salud Reproductiva (2014). “*Mifepristona y misoprostol para aborto médico*”. Resumen técnico del producto. Bruselas.
- Center for Reproductive Rights (2019). *The World’s Abortion Laws*. Consultado el 1 de mayo de 2019. <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws#abortion-rights-are-human-rights>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2013, agosto). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014*. Naciones Unidas. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)
- Ciriza, A. (2013) Sobre el carácter político de la disputa de por el derecho al aborto. 30 años de luchas por el derecho a abortar en Argentina. En C. Anzorena y R. Zurbriggen (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible* (pp. 17-38). Buenos Aires: Herramienta.
- Clarke, D., & Mühlrad, H. (2016). *The Impact of Abortion Legalization on Fertility and Maternal Mortality: New Evidence from Mexico*. Germany: CINCH- Health Economics Research Center.

- Cleeve, A., Faxelid, E., Nalwadda, G., & Klingberg-Alvin, M. (2017). Abortion as agentic action: reproductive agency among young women seeking post-abortion care in Uganda. *Culture, Health & Sexuality*, 19(11), 1286-1300.
- Coast, E., Norris, A., Moore, A., & Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 200, 199-210.
- Cobo, R. (2014). Aproximaciones a la Teoría Crítica Feminista, *Boletín del Programa de Formación, CLADEM*, 1 (1), 1-52.
- Cockrill, K. (2014). Commentary: Imagine a World Without Abortion Stigma. *Women & Health*, 54(7), 662–665. <http://doi.org/10.1080/03630242.2014.919986>
- Cockrill, K., & Hessini, L. (2014). Introduction: Bringing Abortion Stigma into Focus. *Women & Health*, 54(7), 593–598. <http://doi.org/10.1080/03630242.2014.947218>
- Cockrill, K., & Nack, A. (2013). “I’m Not That Type of Person”: Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973–990.
- Cockrill, K., Upadhyay, U., Turan, J., & Foster, D. (2013). The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 79–88.
- Cole, B. (2009). Gender, Narratives and Intersectionality: can Personal Experience Approaches to Research Contribute to “Undoing Gender”? *International Review of Education*, Volume 55 (5-6), Page 561.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 201-109.
- Cornejo, M., Mendoza, F., y Rojas, R. (2008). La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico. *PSYKHE*, 17(1). 29-39.
- Correa, S., & Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: A feminist perspective. In G. Sen, A. Germain, & L. C. Chen (Eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights* (pp. 107-126). Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Cruz, V. (2015, Marzo). *Mesa Redonda del Cortometraje Documental Se puede / Se hace: testimonios visuales sobre el aborto*. UNAM, III. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/vjv/video.htm?e=783&m=4694&p=2278&par=2>

- Cubides, H., y Durán, A. (2002). Epistemología, ética y política de la relación entre investigadores y transformación social. *Revista Nómadas*, 17, 10-23.
- Chaneton, J., y Vacarezza, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias de aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea.
- Chapa, A. (2014). *Tres dimensiones de análisis de la experiencia de mujeres con VIH/SIDA: vulnerabilidad, afrontamiento y ruptura*. [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Chiweshe, M., Mavuso, J., & Macleod, C. (2017). Reproductive justice in context: South African and Zimbabwean women's narratives of their abortion decision. *Feminism & Psychology*, 27(2). DOI: 10.1177/0959353517699234
- Chumpitaz, V. (2003). *Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido* [Tesis de Maestría]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Brasil.
- Dabash, R., & Roudi-Fahimi, F. (2008). *Abortion in the Middle East and North Africa*. Population Reference Bureau.
- Darney, B., Powell, B., Andersen, K., Baum, S., Blanchard, K., Gerds, C., Montagu, D., Chakraborty, N., & Kapp, N. (2018). Quality of care and abortion: beyond safety. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 44, 159-160.
- De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates En Sociología*, 18, 145–169.
- De las Heras, S. (2009). Una aproximación a las teorías feministas. *Universitas Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 9, 45-82.
- de Lauretis, T. (1989). *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. London: Macmillan Press.
- de Lauretis, T. (1996). La tecnología del género. Recuperado de <http://www.caladona.org/grups/uploads/2012/01/teconologias-del-genero-teresa-de-lauretis.pdf>
- Del Olmo, G. (2016). Crítica radical feminista a la cultura. *Oxímora Revista Internacional de Ética y Política*, 8, 63-74.
- Dennis, A., Blanchard, K., & Bessenaar, T. (2017). Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review. *The Journal of Family Planning and*

- Reproductive Health Care*, 43(1), 7-15.
- Devereux, G. (1976). *A study of abortion in primitive societies. A typological, distributional, and dynamic analysis of the prevention of birth in 400 preindustrial societies*. New York: International Universities Press.
- Díaz-Olavarrieta, C., García, S., Arangure, A., Cravioto, V., Villalobos, A., AbiSama, R., Rochat, R., & Becker, D. (2012). Women's experiences of and perspectives on abortion at public facilities in Mexico City three years following decriminalization. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118, S15-S20.
- Díaz, A. (2016). Las historias crean los mundos que habitamos. Taller de Introducción a las prácticas narrativas [Curso]. Centro de Cultura Digital. México.
- Dietz, M. (2005). Las discusiones actuales de la teoría feminista. *Debate Feminista*, 16 (32), 179- 224.
- Diniz, D., & Medeiros, M. (2012). Itinerarios e métodos do aborto do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 17 (7), 1671- 1681.
- Domínguez, E., y Herrera, J. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.
- Donati, P., Cèbe, D., & Bajos, N. (2002). Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la decisión. En N. Bajos & M. Ferrand (Orgs.), et l'équipe GINÉ, *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues* (pp. 63-115). Paris: INSERM, Questions en Santé Publique.
- Durand, T., y Gutiérrez, M. A. (1998). Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos. En AEPA-CEDES-CENEP (Ed.), *Avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: AEPA-CEDES-CENEP.
- Eichler, M. (1997). Feminist Methodology. *Current Sociology*, 45(2), 9-36.
- Elul, B., Pearlman, E., Sorhaindo, A., Simonds, W., & Westhoff, C. (2000). In-depth interviews with medical abortion clients: thoughts on the method and home administration of misoprostol. *Journal of the American Medical Women's Association*, 55(3), 72-169.
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Interdisciplinarias.



- Escalante, J. (2008). Legislación sobre aborto en el Distrito Federal. En G. Freyermuth y E. Troncoso (Eds.), *El aborto: Acciones médica y estrategias sociales* (pp. 35–40). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Ipas México A. C.
- Esteban, M. (2008). Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos. En E. Imaz (Ed.), *La Materialidad de la Identidad* (135–158). España: Hariadna Editoria.
- Facio, A. (1999). Feminismo, género y patriarcado. In A. Facio y L. Fries (Eds.), *Género y derecho* (pp. 21–60). Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Facio, A. (2003). Asegurando el futuro: las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos. En *Promoción y defensa de los Derechos Reproductivos: Nuevo reto para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos* (pp. 23–118). San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Facio, A. (2013). “¿Por qué lo personal es político?”. JASS. Asociadas por lo Justo. <https://www.justassociates.org/es/publicaciones/que-personal-politico>
- Fernández, A. (1993). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A., y Tájler, D. (2006). Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En S. Checa (Ed.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad* (pp. 33-46). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Rius, L. (2012). Género y ciencia: entre la tradición y la transgresión. En N. Blázquez Graf, F. Flores Palacios, y M. Ríos Everardo (Eds.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 79–110). México, D.F: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Fernández, V. (2012). Un acercamiento a la experiencia en clave feminista. Prácticas y usos estratégicos de la Red. *Temas de Comunicación*, 24, 62-78.
- Fielding, S., Edmunds, E., & Schaff, E. (2002). Having an Abortion Using Mifepristone And Home Misoprostol: A Qualitative Analysis Of Women’s Experiences. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(1), 34–40.
- Figueroa, M. (2012). *Estados emocionales relacionados con los motivos, apoyo social y estigma en la decisión de interrumpir un embarazo* [Tesis de Licenciatura].

- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Fletcher, R. (1995). Silencios: Irish women and abortion. *Feminist Review*, 50 (1), 44-66.
- Flores, E., y Amuchástegui, A. (2012). Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal. *Género y Salud en Cifras*, 10(1), 21-30.
- Foucault, M. (1976). Historia de la sexualidad, 1: La voluntad de saber. Siglo XXI.
- Fraser, H. (2004). Doing narrative research: Analysing personal stories line by line. *Qualitative Social Work*, 3(2), 179-201.
- Friedan, B. (1963). *The feminine mystique*. New York: Norton & Company.
- Galdos, S. (2013). The Cairo conference and the assertion of sexual and reproductive rights as a basis for sexual and reproductive health. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 455-460.
- Galeotti, G. (2004). *Historia del aborto*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gandarias, I. (2014). Tensiones y distensiones en torno a las relaciones de poder en investigaciones feministas con Producciones Narrativas. *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 16(1), 127-140.
- Garduño, S., López, O., y Tejas, D. (2018, 16 de junio). MARIA: el fondo que cambia y salva vidas. *La Jornada del Campo*, no. 129.
- Greer, G. (2000). La mujer completa. Barcelona: Editorial Kairós.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*, Madrid: Ed. Morata.
- Gilbert, I., & Sewpaul, V. (2015). Challenging Dominant Discourses on Abortion From a Radical Feminist Standpoint. *Affilia*, 30(1), 83-95. <http://doi.org/10.1177/0886109914549232>
- Gillaume, A., & Rossier, C. (2018). Abortion Around the World. An Overview of Legislation, Measures, Trends, and Consequences. *Population, Institut national d'études démographiques*, 73(2), 217-306.
- Giraldo, R. (2006). Poder y resistencia en Michel Foucault. Tabula Rasa. *Revista de Humanidades*, 4 (1), 103-122.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE]. (2013). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. <http://informe.gire.org.mx>

- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE]. (2018). *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu.
- Goldsmith-Connelly, M. (1998). Feminismo e investigación social: Nadando en aguas revueltas. En E. Bartra (Ed.), *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. ). México: UAM-X, CSH.
- Gómez Cruz, B. (2019). *Polifonía de la no maternidad: narrativas de mujeres mexicanas en torno a sus experiencias* [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. México.
- Goodwin, P., & Ogden, J. (2007). Women's reflections about their past abortions: an exploration of how emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, (22), 231–248.
- Grimes, D., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F., & Shah, I. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Sexual and Reproductive Health*, 368(9550), 1908-1919.
- Guevara, E. (2005). La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. *Desacatos*, 17, 33-56
- Guisán, E. (1992). Autonomía moral para las mujeres: Un reto histórico. *Anuario de Filosofía Del Derecho*, (9), 161–180.
- Halldén, B.-M., Christensson, K., & Olsson, P. (2005). Meanings of Being Pregnant and Having Decided on Abortion: Young Swedish Women's Experiences. *Health Care for Women International*, 26(9), 788–806.
- Halldén, B-M, Christensson, K., & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 24-250.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista?. En E. Bartra (Comp.), *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 9-34). México: PUEG, UAM.
- Hauser, J. (2016). Embarazo y Maternidad, las Desigualdades de Género y los Aportes del Arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*,

11, 151-161.

- Heilborn, M., Cabral, C., Brandão, E., Cordeiro, F., & Azize, R. (2012). Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 12, 224-257. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600010>
- Heilborn, M., Cabral, C., Brandão, E., Faro, L., Cordeiro, F., & Azize, R. (2012). Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro. Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1699-1708. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700008>
- Henshaw, S. (1998). Unintended Pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*, 30(1), 24–29.
- Herek, G. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In D. Hope (Ed.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay and bisexual identities: The 54th Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 65–111). New York: Springer.
- Hoggart, L. (2017). Internalised abortion stigma: Young women's strategies of resistance and rejection. *Feminism & Psychology*, 27, 186–202.
- Infante, M. (2007). Conciencia de género de las mujeres: una propuesta para su medición. In Corporación Humanas (Chile) (Ed.), *Democracia en el país, democracia en la casa, democracia paritaria: informe regional 2007: percepciones de las mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Argentina Bolivia, Chile, Ecuador y Perú* (pp. 6–24). Santiago de Chile: Corporación Humanas.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Tabulados básicos de Natalidad y Fecundidad 2016. (Ciudad de México: INEGI, 2018) <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=00>
- Instituto Guttmacher (2018, marzo). *El aborto a nivel mundial 2017* (Resumen ejecutivo). [https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
- Ipas (2010). *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Carolina del Norte: Ipas. <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2017/12/10-DATOS-SOBRE-EL-ABORTO.pdf>
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I., y Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto*

- inducido en México: causas y consecuencias*. Guttmacher Institute/El Colegio de México.
- Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth—long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2559–2569.
- Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. (2011). Social Sources of Women’s Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women’s Abortion Narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), 103–109. <http://doi.org/10.1363/4310311>
- Kimport, K., Perucci, A., & Weitz, T. (2011). Addressing the Silence in the Noise: How Abortion Support Talklines Meet Some Women's Needs for Non-Political Discussion of Their Experiences. *Women & Health*, 52(1), 88-100.
- Kumar, A. (2013). Everything Is Not Abortion Stigma. *Women’s Health Issues*, 23(6), e329–e331. <http://doi.org/10.1016/j.whi.2013.09.001>
- Kumar, A. (2018). Disgust, stigma, and the politics of abortion. *Feminism & Psychology*, 28(4), 530-538.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625–639. <http://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Lafaurie, M. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina*. Bogotá, Colombia: Promsex.
- Lafaurie, M. (2006). La investigación cualitativa como perspectiva de desarrollo social: aportes a la Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Colombiana de Enfermería*, 1, 31-40.
- Lafaurie, M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D., Chávez, S., Alvarado, G., Martinez, I., Mora, M., y Ortiz, O. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. Population Council, Gynuity Health Projects. Recuperado de [http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/50/aborto\\_medicamentosAL.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/50/aborto_medicamentosAL.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: horas y HORAS.
- Lagarde, M. (1997). *Para mis socias de la vida. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, los liderazgos entrañables y las negociaciones en el amor*,

- España, Cuadernos Inacabados No. 48. Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: horas y Horas.
- Lagarde, M. (2003). La condición humana de las mujeres. En M. P. Castañeda Salgado (Ed.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas* (pp. 31–59). México: Plaza y Valdés/CEIICH.
- Lagarde, M. (2009, 11 de junio). La política feminista de la sororidad. *Mujeres en Red. El Periódico Feminista*. <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1771>
- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. (5ª Edición). México: Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM.
- Lagarde, M. (2012). EL feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías. México: Gobierno del Distrito Federal; Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- Lagarde, M. (2013). *Ética y Política Feminista. Valores éticos del feminismo y cómo aterrizarlos en la política*.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Aguilar Editorial.
- Lamas, M. (2003). La lucha por modificar las leyes de aborto en México. In M. Castañeda (Ed.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas* (pp. 31–59). México: Plaza y Valdés/CEIICH.
- Lamas, M. (2014). Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud Pública de México*, 56(1), 56–62.
- Lamas, M. (2018). Género. En H. Moreno y E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género, Vol. 1*. (pp. 155-186). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Landini, F, Gonzáles, V., y D’Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2), 231-244.
- Le Tourneau, K. (2016). *El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa. Un informe técnico para integrantes de la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma conrelación al Aborto* (inroads). Chapel Hill: Inroads.
- Leal, O. (2012). Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!': revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-

- renda no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (7), 1689-1697.
- Leask, M. (2014). Constructing women as mentally troubled: The political and performative effects of psychological studies on abortion and mental health. *Women's Studies Journal*, 28(1), 74-82.
- León, M. (1997). El empoderamiento en la teoría y la práctica del feminismo. In M. León (Ed.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 1–26). Colombia: Tercer Mundo Editores. UN, Facultad de Ciencias Humanas.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. España: Crítica
- Lerner, S., Gillaume, A., y Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. Ciudad de México: El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales; Institute de Recherche pour le Développement.
- Lerner, S. (2008). La legislación sobre el aborto: del derecho a la práctica. In G. Freyermuth y E. Troncoso (Eds.), *El aborto: Acciones médica y estrategias sociales* (pp. 29-34). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Ipas México A. C.
- Lie, M., Robson, S., & May, C. (2008). Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 8, 150.
- Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal. (25 de abril de 2018). *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 308, 2018, 25 de abril.
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(6), 363-385.
- List, M. (2014). *La sexualidad como riesgo*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- López, A. (2015). Mujeres y aborto. El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido. En S. Ramos (Ed.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia* (pp. 19–38). Buenos Aires; México; Lima: CLACAI; CEDES; PROMSEX; Population Council. Recuperado de <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/661>
- López, A., y Carril, E. (2010a). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de

- penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(02), 1 – 32.
- López, A., y Carril, E. (2010b). Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres: resultados de una investigación cualitativa en Uruguay. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 5, 127–164.
- López, G. (2009). *Dándole voz a las vivencias y las significaciones de médicos, orientadoras y cuatro mujeres que interrumpieron legalmente su embarazo en una Organización Civil en la Ciudad de México* [Tesis de Maestría]. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. [http://tesis.colmex.mx/detalles/?doc\\_number=000578639&busqueda=1%C3%B3pez%20hern%C3%A1ndez](http://tesis.colmex.mx/detalles/?doc_number=000578639&busqueda=1%C3%B3pez%20hern%C3%A1ndez)
- López Górriz, I. (2007). La investigación autobiográfica generadora de procesos autoformativos y de transformación existencial. *Revista Currículum*, 20, 11-37.
- Lukes, S. (1974). *El poder: un enfoque radical*. Siglo XXI de España Editores.
- Lyerly, A. (2013). *A Good Birth: Finding the Positive and Profound in Your Childbirth Experience*. New York: Penguin Group.
- Madoo, P. y Niebrugge-Brantley, J. (1997). Teoría feminista contemporánea. En G. Ritzer (Ed.) *Teoría Sociológica Contemporánea* (pp. 355-410). México D. F.: McGraw-Hill.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012). Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(4), 260-269.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 569–579.
- Macleod, C. (2012). Feminist health psychology and abortion: Towards a politics of transversal relations of commonality. In C. Horrocks & S. Johnson (Eds.), *Advances in Health Psychology* (pp. 153–168). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Macleod, C., Chiweshe, M., & Mavuso, J. (2016). A critical review of sanctioned knowledge production concerning abortion in Africa: Implications for feminist health psychology. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1096-1109.



- Maier, E. (2015). La disputa sobre el aborto en México: Discursos contrastados de personificación, derechos, la familia y el Estado. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 10-24.
- Major, B., & Gramzow, R. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 735–745.
- Marecek, J., Macleod, C., & Hoggart, L. (2017). Abortion embedded and embodied in social relations: Challenges for feminist psychology. *Feminism & Psychology*, 27(2), 133-143.
- Maroto, A. (2011). Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(44), 65–75.
- Márquez, A. (2013). *El aborto en el México del siglo XXI: acontecimiento y problema público en el caso Paulina: de víctima a protagonista*. México: Instituto Mora, Contemporánea Sociología.
- Martínez, A., y Montenegro, M. (2014). La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: Construyendo nuevos relatos. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 111–125. <http://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1206>
- Marván, L., Cortés, S., y González, R. (2014). Significado psicológico de la menstruación en madres e hijas. *Psicología y Salud*, 24(1), 89-96.
- Matamala, M., y Maynou, P. (1996). *Salud de la mujer, calidad de la atención y género: manual guía para la realización del curso-taller*. Santiago: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social.
- Mauldon, J., Foster, D., & Roberts, S. (2015). Effect of Abortion vs. Carrying to Term on a Woman's Relationship with the Man Involved in the Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 47(1), 11-18.
- Mayo, D. (2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28 (2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200012&lng=es&tlng=es).
- McCulloch, A., & Wearherall, A. (2017). The fragility of de facto abortion on demand in New Zealand Aotearoa. *Feminism & Psychology*, 27(1), 92-100.

- McIntyre, M., Anderson, B., & McDonald, J. (2001). The intersection of relational and cultural narratives: women's abortion experiences. *The Canadian Journal of Nursing Research, 33*(3), 47-62.
- Mendes, S., & Oroski, P. (2014). As experiencias de mulheres jovens no proceso do aborto clandestino- uma abordagem sociológica, *Saúde e Sociedade, 23*(11), 548- 557.
- Mieles, M., Tonon, G., y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística, 74*, 195-225
- Millett, K.(1975). *Política sexual*. México: Águilar.
- Miranda, L. (2008). La aspiración manual endouterina: una técnica segura para la atención del aborto incompleto en el primer nivel de atención. En G. Freyermuth y E. Troncoso (Eds.), *El aborto: Acciones médica y estrategias sociales* (pp. 69-76). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Ipas México A. C.
- Miric, M. (2003). Estigma y discriminación: Vinculación y demarcación. *Paradigmas, 2*, 83-97.
- Mizrahi, L. (2003). *Las mujeres y la culpa. Herederas de una moral inquisidora* (4ª Ed.). Buenos Aires: Nuevo hacer. Grupo Editor Latinoamericano.
- Mohamed, D., Diamond-Smith, N., & Njunguru, J. (2018). Stigma and agency: exploring young Kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency. *Reproductive Health Matters, 26*(52), 128-137. DOI: 10.1080/09688080.2018.1492285
- Molet Chicot, C. (2014). Lo no dicho: Reflexión metodológica entorno a una investigación sobre arte y feminismos. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, 14*(4), 237-259.
- Molina, H. (2019, 7 de marzo). *Aborto clandestino, cuarta causa de muerte materna en México*. El Economista. <https://www.economista.com.mx/politica/Aborto-clandestino-cuarta-causa-de-muerte-materna-en-Mexico-20190307-0068.html>
- Montero, M. (2001). Ética y política en psicología: Las dimensiones no reconocidas. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, (0)*, 1- 10.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Argentina: Paidós.

- Murray, M. (2003). Narrative Psychology and Narrative Analysis. In *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (Vol. XVI, pp. 95–112). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J., Kavanaugh, M., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Health Issues, 21*(3), S49–S54.
- Observación General No. 14. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4, 2000, 11 de Agosto.
- Oduro, G. Y., & Otsin, M. N. A. (2014). “Abortion—It Is My Own Body”: Women’s Narratives About Influences on Their Abortion Decisions in Ghana. *Health Care for Women International, 35*(7-9), 918–936.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2015, 1 de julio). *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Aborto*.  
[https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_Abortion\\_WEB\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB_SP.pdf)
- Olesky, E. (2009). *Intimate Citizenships. Gender. Sexualities, Politics*. New York, Routledge.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Montevideo: OMS.
- Ortiz, G. (2014). *Aborto, democracia y empoderamiento: perspectivas sobre la despenalización del aborto en la Ciudad de México*. México: Fontamara.
- Ortiz, O. (2008). Un acercamiento al aborto legal en México: La experiencia de las mujeres. In G. Freyermuth y E. Troncoso (Eds.), *El aborto: Acciones médica y estrategias sociales* (pp. 81–87). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Ipas México A. C.
- Ortiz, O. (2010). *Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto*. Balance. Fondo María.
- Ortiz, O., y Troncoso, E. (2012). El aborto voluntario como experiencia saludable en mujeres de la Ciudad de México. *V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, Montevideo, Uruguay.

- Oyserman, D., & Swim, J. (2001). Stigma: An Insider's View. *Journal of Social Issues*, 57(1), 1-14.
- Parker, R. y Aggleton, P. (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: Un Marco conceptual e implicaciones para la acción. Documentos de Trabajo: Sexualidad, Salud y Reproducción*. México: Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Pauluzzi, L. (2006). Degradación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres: abortar y parir. In S. Checa y L. Abracinskas (Ed.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. (pp. ). Buenos Aires: Paidós.
- Peker, L. (2019). *La revolución de las hijas*. Argentina: Paidós.
- Peres, S., & Heilborn, M. (2006) Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad. Saúde Pública*, 22 (7), 1411-1420.
- Perona, A. (2010). El feminismo liberal estadounidense de Posguerra: Betty Friedan y la refundación del feminismo liberal. En Amorós, C. y A. de Miguel (Eds.) *Teoría Feminista: de la Ilustración a la Globalización*, Vol 2. España: Minerva Ediciones.
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M., y Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud Y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(12), 164–197.
- Porto, R., & Sousa, C. (2017). “Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital nordestina. *Revista Estudos Feministas*, 25(2), 593-616. <https://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n2p593>
- Puleo, A. (2010). Lo personal es político: El surgimiento del feminismo radical. En C. Amorós y A. de Miguel (Eds.) *Teoría Feminista: de la Ilustración a la Globalización*, Vol 2 (35-68). España: Minerva Ediciones.
- Purcell, C. (2015). The sociology of women's abortion experiences: recent research and future direction, *Sociology Compass*, 9 (7), 585- 596.
- Purcell, C., Cameron, S. Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. (2014). Access to and experience of later abortion: accounts from women in Scotland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(2), 101-109.
- Ramos, S., Romero, M., & Aizenberg, L. (2015). Women's experiences with the use of

- medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 4–15. [http://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43786-8](http://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43786-8)
- Raymond, E., & Grimes, D. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 119(2 Pt 1), 215-224.
- Recomendación 24 (1999). *La mujer y la salud. CEDAW Recom. General 24 (General Comments)*, 1999, 02 de febrero.
- Reid, G. (2013). Ninguna y todas quieren ser madres hoy. Nuevas prácticas, nuevas representaciones de la maternidad. En D. Tajer (comp.), *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Richardson, D. (2017) Rethinking Sexual Citizenship, *Sociology*, 51(2), 208-224.
- Riessman, C. (1990) Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: a research note, *Social Science Medicine*, 30 (11), 1195-1200.
- Rivas, M., y Amuchástegui, A. (1997). *Voces e historias sobre el aborto*. México: Edamex.
- Roberts, S., Biggs, M., Chibber, K., Gould, H., Rocca, C., & Foster, D. (2014). Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BMC Med*, 12 (144). <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0144-z>
- Robinson, J., & Hawpe, L. (1986). Narrative thinking as a heuristic process. In T. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (p. 111–125). New York: Preager.
- Rodríguez, R. (2013). Itinerarios corporales de aborto en mujeres argentinas y españolas En C. Anzorena y R. Zurbriggen (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible* (pp. 263-282). Buenos Aires: Herramienta.
- Rosado-Nunes, M. (2006). Pensando éticamente sobre concepción. In S. Checa (Ed.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (1997) Las mujeres como sujetos de las decisiones reproductivas. En M. Rosenberg, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Propuestas para la salud reproductiva*, Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos.
- Rosenberg, M. (2013), ¿Quiénes son esas mujeres?. En En C. Anzorena y R. Zurbriggen (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible* (pp. 17-38). Buenos Aires: Herramienta.

- Rossier, C. (2007). Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso. *Reprod Health Matters*, 15(30), 230-238. doi:10.1016/S0968-8080(07)30313-3
- Rostagnol, S. (2007). *El silencio, la soledad, la censura social. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República de Uruguay.
- Rostagnol, S., Viera, M., Grabino, V., y Mesa, S. (2013). Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol. *Bagoas - Estudios Gays: Géneros E Sexualidades*, 7(09), 17-42.
- Rowlands, J. (1997). Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras, un modelo para el desarrollo. In M. León (Comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 213-245). UN, Facultad de Ciencias Humanas.
- Rueda, R. (2013). "Basta de hipocresía. El silencio no es salud". *Una experiencia por ex integrantes de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras. UBA, Buenos Aires.
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Sánchez, Á. (2003). *Mujeres, Maternidad y Cambio: Prácticas Reproductivas y Experiencias Maternas en la Ciudad de México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Sánchez, Á., Espinosa, S., Espinosa Islas, S., Ezcurdia, C., y Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la deconstrucción de la maternidad en México. *Debate Feminista*, 30, 55-86.
- Sánchez, A. (2013). Teorías feministas sobre el Estado, la ciudadanía y las incidencias políticas de las mujeres. En M. Castañeda (Coord.), *Perspectivas feministas para fortalecer los liderazgos de mujeres jóvenes* (pp. 91-117). México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

- Sanhueza, P. (2008). Experiencia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con el programa de interrupción legal del embarazo. En G. Freyermuth y E. Troncoso (Eds.), *El aborto: Acciones médica y estrategias sociales* (pp. 81–87). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Ipas México A. C.
- Sanseviero, R. (2003). *Condena, tolerancia, negación. El aborto en el Uruguay*. Montevideo: Frontera.
- Santarelli, M. (2016). Consideraciones teórico-epistemológicas iniciales para un investigación con perspectiva de género. Las significaciones de las mujeres en torno a sus experiencias de aborto medicamentoso. *RevIISE*, 9 (9), 51-62.
- Santarelli, M.N. (2018). “Presencia Psi” y tramitaciones psíquicas de experiencias de aborto voluntario con medicamentos en contexto de criminalización. Presentación de avances de una investigación en Estudios de Género. En *Investigación y género. Reflexiones desde la investigación para avanzar en igualdad : VII Congreso Universitario Internacional Investigación y Género (755-771)*. Sevilla: Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla.
- Santarelli, M., y Anzorena, C. (2017). Los socorismos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario: Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico. Descentrada. *Revista interdisciplinaria de feminismos y género*, 1(1), e008.
- Santos, D., & Brito, R. (2014). Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1293- 1313.
- Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075.
- Scott, J. W. (2010). Gender: Still a useful category of analysis? *Diogenes*, 57(1), 7–14.
- Schiavon, R., Collado, M. E., Troncoso, E., Soto Sánchez, J. E., Zorrilla, G. O., & Palermo, T. (2010). Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 127–135.
- Schiavon, R., y González, D. (2017) Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Coyuntura Demográfica*, 11, 45-51.
- Schiavon, R., & Troncoso, E. (2020). Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care?. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150 (S1), 25-33.

- Schongut, N. (2015). Perspectiva narrativa e investigación feminista: posibilidades y desafíos metodológicos. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(1), 110 – 148.
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y La Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. (2014). *Una isla de libertades, El Programa de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México*. México: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Sell, S., dos Santos, E., Velho, M., Erdmann, A., & Rodriguez, M. (2015). Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(3), 495–501.
- Shellenberg, K., Moore, A., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S., & Tsui, A. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(sup1), S111–S125.
- Shih, M. (2004). Positive Stigma: Examining Resilience and Empowerment in Overcoming Stigma. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 175-185).
- Silva, P. (2014). *Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no nordeste brasileiro*, Salvador, Instituto de Saúde Colectiva. Universidade Federal da Bahia.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Singh, S., Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A., y Sedgh, G. (2009). *Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual*. Guttmacher Institute; IPPF. Recuperado de <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/169>
- Sorhaindo, A., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C., Aldaz, E., Piñeros, M., & García, S. (2014). Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico. *Women & Health*, 54(7), 622–640.
- Soto, S. (2013). *Las mujeres ante la interrupción legal del embarazo (ILE) en el Distrito Federal: procesos de reflexión sobre su rol femenino*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México.



- Sousa, A., Lozano, R., & Gakidou, E. (2010). Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico. *Health Policy and Planning*, 25(4), 300–310.
- Szwarc, L. (2014, junio de 2014). *¿Reducir los riesgos del aborto clandestino o popularizar el aborto seguro? Tensiones y controversias en las consejerías pre y post aborto* [Ponencia]. V Coloquio Internacional Interdisciplinario: Educación, Sexualidades y Relaciones de Género. Facultad de ciencias políticas y sociales, Universidad Nacional de Cuyo.
- Szwarc, L., y Fernández, S. (2018). “Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya”: tiempos e intervalos durante el proceso de aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(28), 90–115.
- Tajer, D. (2013). *Género y Salud. Las políticas en acción*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Tamayo, G. (2001). *Bajo la piel Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos*. Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Tarrés, 2001 “Lo biográfico en sociología. Entre la diversidad de contenidos y la necesidad de especificar conceptos”¿?
- Tena, O. (2007). La insensatez de un Ombudsman. En Flores, J. *Foro sobre la despenalización del aborto: respuesta social frente a las controversias constitucionales* (pp. 39.40). México, D.F: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Tena, O. (2013). Empoderamiento femenino y liderazgo. En M. Castañeda (Coord.), *Perspectivas feministas para fortalecer los liderazgos de mujeres jóvenes* (pp. 343-360). México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Townsend, J. (2002). Cómo entender el poder. En E. Zapata (Ed.), *Las Mujeres y el Poder: Contra el Patriarcado y la Pobreza*. México: Plaza y Valdés.
- Tierney, H. (1989). *Women’s Studies Encyclopedia. Revised and Expanded Edition*. Westport: Greenwood Press
- Trybulski, J. (2008). Making sense: women’s abortion experiences. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 576–583.
- Triviño, R. (2012). Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público.

*DILEMATA*, 4 (10), 31-44.

- Turner, B. (2008). Citizenship, reproduction and the state: international marriage and human rights. *Citizenship Studies*, 12 (1), 45-54. DOI: [10.1080/13621020701794166](https://doi.org/10.1080/13621020701794166)
- Ubaldi, N. (2008). *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*. México: GIRE.
- Vacarezza, N. (2015). Aborto, experiencia, afectos. En D. Belfiori, *Código rosa. Relatos sobre abortos* (137-141). Buenos Aires: La parte maldita.
- van Dijk, M., Arellano, L., Arangure, A., Toriz, A., Krumholz, A., & Yam, E. (2011). Women's Experiences with Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning*, 42(3), 167–174.
- Vance, C. (1989). El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad. En C. Vance (Comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (9-49). Madrid: Hablan las mujeres.
- Viayra, M. (2007, 25 de abril). *Rivera Carrera dará el domingo su posición; el Vaticano niega injerencia*. La Crónica de hoy.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós.
- Wetherell, M. (2012). *Affect and Emotion: a new social science understanding*. London: Sage.
- Wieringa, S. (1997). Una reflexión sobre el poder y la medición del empoderamiento de género del PNUD. In M. León (Ed), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 147-171). Colombia : Tercer Mundo Editores. UN, Facultad de Ciencias Humanas.
- Winikoff, B., & Sheldon, W. (2012). Use of Medicines Changing the Face of Abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(3), 164–166.
- Winikoff, B., y Sheldon, W. (2013). El uso de medicamentos está cambiando el rostro del aborto. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, Número Especial, 45-48.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. [https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
- Zamberlin, N., Romero, M., & Ramos, S. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted, *Reprod Health*, 9(1),

doi: [10.1186/1742-4755-9-34](https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-34)

Zerega, G. (2019, 6 de enero). Una década en prisión por perder un embarazo en México. *El País*. Recuperado de [https://elpais.com/sociedad/2019/01/05/actualidad/1546655517\\_739988.html](https://elpais.com/sociedad/2019/01/05/actualidad/1546655517_739988.html)

## *ANEXOS*

### **ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mi nombre es Lurel Cedeño, soy estudiante del doctorado en Psicología Social en la UNAM.

Estoy trabajando en una investigación sobre experiencias de mujeres que interrumpieron sus embarazos de forma voluntaria, a partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal. Esta investigación surge a partir de una experiencia personal y del trabajo con organizaciones a favor del derecho a decidir, durante 9 años.

La información que me proporcionas es confidencial, y puedes utilizar un seudónimo si lo deseas o utilizar tu nombre real, y nadie más que yo sabrá tu identidad ¿Cómo quieres que te llame?\_\_\_\_\_.

Esta investigación consiste en dos partes, la primera es tu narrativa escrita que ya me enviaste. La segunda es una entrevista o conversación conmigo, para ello te pediría dos horas de tu tiempo. Esta entrevista abordará aspectos sobre tu experiencia y sobre lo que has escuchado de este tema. Tu participación es totalmente voluntaria. Si en algún momento de la entrevista quieres detenerla, o no seguir contestando las preguntas puedes hacerlo. Si surge alguna inquietud o duda, tu también puedes hacer preguntas durante la entrevista.

¿Estás de acuerdo en realizar las dos partes de la investigación?\_\_\_\_\_

¿Me permites tener una copia de tu narrativa escrita?\_\_\_\_\_

Te pido tu autorización para grabar esta conversación, solo será escuchada por mí y mi tutora ¿Estás de acuerdo? \_\_\_\_\_ .

Una vez terminada la transcripción, tu la revisarías y aprobarías. La información que me proporcionas será analizada, es posible que algunos fragmentos de la entrevista se citen textuales, siempre utilizando el mismo seudónimo. ¿Estás de acuerdo en que se utilice la información de la narrativa escrita y la entrevista?\_\_\_\_\_

Una vez finalizada la investigación, te puedo compartir los resultados de la investigación, y entregar una copia de la investigación y de tu entrevista. ¿Tienes alguna duda?

## **ANEXO 2. GUIA DE ENTREVISTA**

### **DATOS GENERALES Y DE CONTEXTO** (Si no los incluyeron en su narrativa escrita)

¿Qué edad tienes?

¿A qué te dedicas?

¿Cuál es tu escolaridad?

¿Cuál es la escolaridad y trabajo de tus padres?

¿Dónde has vivido?

¿Practicas alguna religión?

¿Con quién vivías y con quién vives actualmente?

¿Cuáles son tus metas a corto y mediano plazo? ¿Cómo te describes en esos momentos?

¿Quiénes son las personas más importantes para ti? ¿Quiénes te apoyan?

**¿Hay algo que quieras agregar a la narración que me enviaste? ¿Otros eventos o pensamientos relevantes antes, durante o después de la interrupción que hayas omitido? ¿Qué pensaste o sentiste cuando escribiste sobre tu experiencia?**

### **DISPUTA DE SENTIDOS**

**Socialización de género** ¿Qué te enseñaron/ aprendiste sobre ser niña, ser mujer? ¿Qué aprendiste de otras mujeres? ¿Cómo lo vinculas a tu experiencia? ¿Qué te enseñaron sobre sexualidad?

**Conocimientos previos sobre la interrupción del embarazo/aborto.** ¿Que habías escuchado antes sobre la interrupción del embarazo? ¿Qué es lo que se te viene a la mente? ¿De quién? ¿Qué has escuchado sobre la mujeres que interrumpen un embarazo/aborta? ¿Qué habías escuchado o visto en los medios, en tu familia, en la escuela?¿Qué argumentos habías escuchado a favor o en contra de la interrupción del embarazo? ¿De quiénes? ¿Cómo influyo lo que has escuchado en tu experiencia?

**Significado de la maternidad** ¿Qué pensabas y que piensas ahora sobre la maternidad?

**Opinión del marco legal en el país y beneficios de la legalidad** (D.F vs otros estados) ¿Qué sabías sobre el marco legal (si era legal o no) antes de interrumpir? ¿Cómo influyó eso en tu experiencia? ¿Cuál es tu opinión sobre la ILE en el D.F? ¿Qué opinas sobre el marco legal del aborto en su estado y en el país? ¿Conoces las causales por las que no está penalizado el

aborto en tu estado? ¿Cuáles? ¿Crees que hay algún cambio en lo que se dice sobre el aborto a partir de la despenalización en 2007 en el D.F?

## **ANTES DE LA INTERRUPCIÓN**

### **Pláticame del proceso desde que supiste que estabas embarazada**

#### **Sospecha del embarazo**

Explorar las **redes de apoyo** durante el proceso de decisión e interrupción así como **revelación del embarazo** ¿Quiénes sabían de tu embarazo/Le contaste a alguien? ¿Te sentiste apoyada/acompañada? ¿Por quién? ¿Cómo te sentiste cuando lo contaste? ¿Por qué elegiste contárselo a ellos? ¿Alguien más que no querías se enteró? ¿Por qué decidiste no contárselo a nadie/ alguien más?

Explorar **fuentes de información** ¿Dónde buscaste/buscaron información sobre la interrupción del embarazo? ¿Cómo te enteraste de ILETTEL?

Explorar información sobre **procedimiento seguros de aborto** ¿Qué sabías sobre los procedimientos? ¿Qué información te dieron? ¿Habías escuchado del aborto con medicamentos?

Explorar si tenía **relación de pareja**, y como estaba la relación. ¿Tenías una relación de pareja? ¿Cómo era la relación?

Explorar la **toma de decisiones y posibles coerciones** en la decisión. ¿Cómo fue el proceso de tomar esta decisión/ alternativa? Influencia de la familia o de la pareja en la decisión

Explorar **dudas y temores** sobre el aborto/ interrupción ¿Tuviste alguna duda? ¿Cuéntame tus dudas ¿Tuviste algún temor? ¿Cuáles eran tus temores?

## **DURANTE LA INTERRUPCIÓN**

Explorar **tipo de servicio y razones** para acudir al lugar ¿Por qué acudiste ahí?

Explorar **posible apoyo de organizaciones o de activistas**

Explorar si hubo **consejería** ¿Qué te dijeron?

**Valoración de la atención con atención médica** ¿Qué ventajas o desventajas tiene este procedimiento? ¿Cómo valoras la atención que te dieron? ¿Al lugar? ¿Al respeto a tu persona? ¿Lo recomendarías a otra mujer que como tú requiriera el servicio? ¿Por qué?

**Valoración de la experiencia sin apoyo médico** ¿Cómo conseguiste los medicamentos?/ ¿Quién te los dio? (bajo qué circunstancia?)¿Tomaste misoprostol (citotec)? ¿Qué ventajas identificas de tomar misoprostol? ¿Qué desventajas? ¿Lo recomendarías a una mujer en tu misma circunstancia?

**Redes de apoyo (incluyendo organizaciones y activistas) y valoración del apoyo recibido por ONGs** (si lo hubo)

**Estigma y/o discriminación.** Preocupación por que alguien se entere, repercusiones en su vida, forma de enfrentarlo. Trato recibido en la clínica. Presencia de antiderechos e impacto en su experiencia. Silencio sobre la experiencia.

**Influencia de la edad** ¿Crees que esta experiencia hubiera sido diferente si fueras mayor o más joven?

**Legalidad.** ¿Crees que tu experiencia hubiera sido diferente si hubiera sido legal o ilegal (dependiendo del caso)?

## **DESPUÉS DE LA INTERRUPCIÓN**

**Cambios posteriores a la interrupción** *Cambios en sus opiniones, emociones, vida, cuerpo, planes de vida/educativos y en su relación de pareja a partir de la experiencia.*

¿Hiciste algún cambio/Algo cambio en tu vida a partir de la interrupción (relación de pareja, en algún aspecto educativo/profesional, en la forma de verse a sí misma)? ¿Cambio lo que pensabas sobre la interrupción del embarazo? ¿Cambio lo que pensabas sobre las mujeres que interrumpen un embarazo? ¿Cómo has apoyado a otras mujeres? ¿Qué has hecho/ qué harías?

**Significado de la experiencia-** ¿Cómo te sientes hoy con respecto a esas experiencias? ¿Qué fue lo que aprendiste? ¿Qué rescatas de esta experiencia? ¿Qué le dirías a otra mujer que está pasando por esta misma experiencia?

**Participación en la investigación.** ¿Fue útil para ti, te sirvió para participar en la investigación? ¿En que aspectos? ¿Qué te motivo a participar en la investigación?