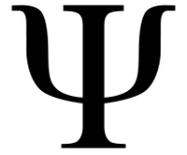




Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Psicología

*“Estados emocionales relacionados con los motivos,
apoyo social y estigma en la decisión de interrumpir
un embarazo”*

T E S I S

Para obtener el título de
Licenciada en Psicología
presenta:

Figueroa Pérez Mariana Itzel

Directora: Dra. Norma Patricia Corres Ayala

Revisor: Mtro. Juan Carlos Muñoz Bojalil

Sinodales: Mtra. Olga Livier Bustos Romero

Dra. Martha Lilia Mancilla Villa

Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordóñez

México, Distrito Federal

2012



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.

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ASPECTOS FUNDAMENTALES ACERCA DEL ABORTO

1.1	Definición de aborto	7
1.2	Aborto y sociedad: breve recorrido	7
1.3	El aborto en el ámbito legislativo	11
	1.3.1 Legislación en el Mundo	11
	1.3.2 Legislación en México	15
	1.3.3 Legislación en el Distrito Federal	17
1.4	El aborto en el ámbito médico	21
	1.4.1 Clasificación médica del aborto	21
	1.4.2 Métodos para realizar un aborto	22
	1.4.3 Salud, sociedad y aborto	24
1.5	Gestión moral del aborto	26
	1.5.1 Estigma y aborto	30
	1.5.2 Prejuicios morales más comunes acerca del aborto	33
1.6	Religión y aborto	37
1.7	Ética y aborto	41
1.8	El ámbito psicológico del aborto	45
	1.8.1 Características sociodemográficas de las mujeres que abortan	45
	1.8.2 Motivos o razones para interrumpir un embarazo	46
	1.8.3 Las reacciones emocionales y sentimientos ante la vivencia del aborto voluntario	49
	1.8.4 Influencia emocional del apoyo social (pareja y familia) en la mujer que aborta	58
	1.8.5 Tres teorías psicológicas y el aborto	62
	1.8.6 Factores psicológicos predictores de: embarazo no deseado, aborto y salud mental post-aborto	68
1.9	El modelo de la orientación y el aborto	70

II. EL CASO DE DOS MUJERES QUE DECIDIERON INTERRUMPIR UN EMBARAZO

2.1 Justificación del estudio	73
2.2 Planteamiento del problema	74
2.3 Objetivo	75
2.4 Pregunta de investigación	75
2.5 Participantes	75
2.6 Procedimiento	75
2.7 Tipo de estudio	76
2.8 Casos	78
2.8.1 <i>Sofía</i>	
2.8.1.1 Características sociodemográficas	78
2.8.1.2 Motivos (los porqués) y estado emocional	78
2.8.1.3 Apoyo social y estado emocional	80
2.8.1.4 Estigma, moral y estado emocional	82
2.8.2 <i>Regina</i>	
2.8.2.1 Características sociodemográficas	84
2.8.2.2 Motivos (los porqués) y estado emocional	84
2.8.2.3 Apoyo social y estado emocional	86
2.8.2.4 Estigma, moral y estado emocional	88
2.9 Consideraciones finales	90
2.10 Limitaciones y sugerencias	98
III. REFERENCIAS	99

Introducción

Ya que ninguna mujer en edad fértil está exenta de experimentar un embarazo no deseado y que por lo tanto la interrupción del mismo sea una solución potencial, es importante profundizar en el cómo se vive esta decisión y de qué manera su abordaje por parte de la sociedad y la ciencia va cambiando a través del tiempo.

Así pues, en la primera parte de este estudio, titulada ***“Antecedentes históricos y aspectos fundamentales acerca del aborto”***, se describe cómo han abordado las diferentes disciplinas el aborto voluntario, y se mencionarán algunos de los resultados de las investigaciones hechas por éstas, entre ellas: el derecho, la medicina, la sociología, los estudios de género, la medicina, la filosofía y la psicología. Consta de ocho capítulos.

En el primer y segundo capítulos se expondrán las definiciones que se han acuñado de acuerdo a diversas disciplinas, acerca del término aborto y cómo a través de la historia han ido cambiando las ideas sociales y políticas relativas a este fenómeno, respectivamente.

En el tercer capítulo se describe cómo las leyes acerca del aborto voluntario son distintas dependiendo de cada país, en los 5 continentes del mundo (más específicamente en México) y finalmente la legislación vigente en el Distrito Federal, que es el único territorio del país donde está despenalizado el aborto voluntario, hasta la semana doce de gestación.

A lo largo del capítulo cuarto, se expondrán las clasificaciones planteadas por la ciencia médica acerca del aborto, los métodos a través de los cuales se puede llevar a cabo una interrupción de embarazo dependiendo de la edad gestacional y las características de la mujer intervenida, así como los riesgos y condiciones necesarias para llevarlos a cabo y finalmente se hablará de los resultados de algunas investigaciones que hablan acerca de la influencia de la condición social de las mujeres en su estado de salud; en ellas se concluye que los riesgos y consecuencias médicas negativas aumentan conforme la clase social de la mujer es más baja.

En el capítulo número cinco se presenta una descripción de la moral predominante acerca del aborto voluntario, el estigma y los prejuicios morales que se pronuncian al respecto, en nuestra cultura y en culturas semejantes, tales como: *“las mujeres que abortan son*

asesinas”, “abortar es malo”, “ser madre es siempre una bendición”, “hay que aceptar los hijos que Dios mande”, “sólo las mujeres irresponsables y jóvenes abortan”, entre otros.

En el capítulo sexto, veremos las declaraciones de la religión católica en torno al aborto. Se alude específicamente a esta creencia debido a que, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2005) el 88% de la población mexicana practica esta religión.

En lo que respecta al capítulo siete, mencionaré porqué la reflexión ética (que es una rama de la filosofía) es pertinente en el análisis de este fenómeno, debido a que la decisión de interrumpir un embarazo se vincula ampliamente con valores y significados personales.

Finalmente en el capítulo octavo, se presentarán los resultados de algunas investigaciones que hablan de qué características sociodemográficas tienen las mujeres que abortan voluntariamente.

Se abordarán también los diversos motivos (*“los porqués”*) que llevan a las mujeres a abortar, y cómo se relaciona la calidad de los vínculos afectivos (pareja y familia) con las emociones presentadas por las mujeres en torno al aborto.

Asimismo se plantea una visión general acerca de cómo las teorías psicoanalíticas, la teoría sociocultural y la teoría de estrés - afrontamiento de Lazarus & Folkman (1984) explican y analizan este tema.

Además de la perspectiva planteada por Baker (1989) acerca de los posibles conflictos que pueden presentar las mujeres respecto del embarazo no deseado y el aborto, así como la importancia del papel de los y las orientadoras en los servicios de aborto para el acompañamiento en la resolución de éstos.

La segunda parte del estudio, titulada ***“El caso de dos mujeres que decidieron interrumpir un embarazo”***, se enfoca en describir los estados emocionales de dos mujeres en torno a la decisión de abortar (una hora antes de su procedimiento de interrupción de embarazo y quince días posteriores a éste) considerando tres factores que inciden de manera importante en la decisión:

- a) Los motivos (*los porqués*).
- b) El apoyo de la pareja o familia.
- c) El estigma y la moral interiorizada acerca del aborto voluntario.

Cabe mencionar que esta segunda parte es un estudio cualitativo en el que la información se recaba a través de entrevistas semi - estructuradas, ya que es importante realizar este tipo de estudios acerca del aborto voluntario, porque pone de manifiesto la posibilidad de analizar más que las generalidades, las particularidades del fenómeno, que aportan información para mostrar la variedad y la relación entre las características de las mujeres y su contexto con sus reacciones emocionales ante la interrupción de un embarazo, lo que contribuye al desarrollo del conocimiento psicológico del aborto voluntario; y también los resultados encontrados pueden apoyar a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la defensa de los derechos de las mujeres y para la mejora de los modelos de atención brindados en los servicios de aborto (Erviti, 2005).

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ASPECTOS FUNDAMENTALES ACERCA DEL ABORTO

El aborto es una oportunidad de elaborar nuevos paradigmas científicos y diferentes modelos relacionales. Nos corresponde dotar al síntoma aborto de esta potencialidad terapéutica, transformar el veneno en fármaco, la derrota del pensamiento en un ensanchamiento de la racionalidad (Veggetti-Finzi, 1988).

1.1 Definición de aborto

Etimológicamente la palabra aborto proviene de las raíces latinas “ab” (privación) y “ortus” (nacimiento), que equivale a un mal parto, parto anticipado o nacimiento antes de tiempo. Según Hernández & Morales (2002) se entiende como la interrupción del desarrollo de un organismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, define al aborto como la terminación del embarazo antes de que el feto este capacitado para la vida extrauterina, cualquiera que sea su causa (García, 2007).

Por otro lado, obstétricamente, el aborto se define como la expulsión del producto de la concepción dentro de los seis primeros meses de embarazo, es decir, cuando no es viable (Hernández & Morales, 2002), y se define también como la terminación de un embarazo cuando el feto pesa menos de 500 gramos (García, 2007).

1.2 Aborto y sociedad: breve recorrido

Uno de los datos más antiguos que podemos encontrar acerca del aborto, es que 23 siglos antes de Cristo en el imperio Chino y en el Código Hammurabi se puede leer que el aborto era permitido a las mujeres solteras pero no a las casadas (Gaviria, 2004). Por otro lado, los egipcios, los persas y los medos castigaban y reprobaban el aborto (Hernández & Morales, 2002).

Así mismo, en la India se aceptaba el aborto, como se describe en el Código Manú, y apunta que cuando una mujer de casta elevada tenía un embarazo con un compañero de casta baja, con el propósito de mantener la pureza de la sangre de castas elevadas era permitido este procedimiento (Hernández & Morales, 2002).

Según Gaviria (2004) los griegos hicieron leyes acerca del aborto y hubo diferentes posturas al respecto: Sócrates lo admitía por voluntad de la madre, Aristóteles lo aceptó cuando era excesiva la cantidad de hijos, Platón promovió el aborto en toda mujer mayor a 40 años e Hipócrates prohibió el aborto debido a su juramento:

(...) *“Aplicaré los regímenes en bien de los enfermos según mi saber y entender y nunca para mal de nadie. No daré a nadie, por complacencia, un remedio mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida. Tampoco daré a una mujer un pesario que pueda dañar la vida del feto. Conservaré puros mi vida y mi arte”* (...) (Escardo, 1954).

En Roma el aborto no fue considerado un delito; esta sociedad consideró que el feto no era un ser viviente, sino parte de las vísceras de la madre, por lo que la mujer podía disponer libremente de su cuerpo y abortar o no, según su deseo (Hernández & Morales, 2002).

Cuando cae el Imperio Romano, el cristianismo proclamó el derecho a la vida del feto, por lo que las comunidades cristianas lo consideraron un delito y asignaron sanciones rigurosas contra quien practicaba el aborto y contra la mujer que lo permitía (Gaviria, 2004).

Sin embargo, no todos los líderes cristianos tuvieron la misma idea acerca de en qué momento era pertinente castigar el aborto. Por ejemplo, en 1312, el Concilio de Viena, adopta la idea de la “animación mediata”¹, no considerando el aborto como un crimen hasta que el alma animara el cuerpo, así mismo el Papa Gregorio XIV en 1591, también establece que el aborto no es un homicidio hasta la semana 17 de gestación, que se puede percibir movimiento fetal, esta idea permaneció vigente hasta 1869 que el Papa Pío IX, rechaza el aborto en cualquier etapa del embarazo (Hernández & Morales, 2002).

Según Riddle (1999), citado en Ignaciuk (2009) y la Childbirth by Choice Trust² (1995), menciona que existieron leyes populares inglesas del siglo XIV, XV, XVI y XVII, que muestran que la interrupción del embarazo no era considerada un delito, al no definir al feto como una persona legal a la que se le causaban los supuestos daños. Por ejemplo; una ley inglesa que fue vigente de 1307 a 1803, no castiga el aborto antes del movimiento fetal e

¹La teoría de la *animación mediata* plantea que el alma no entra al cuerpo al momento de la concepción, como afirman los postulantes de la *animación inmediata*; sino que tarda cierto tiempo para hacerlo, en el caso de la teoría de San Agustín se describe que el alma tarda en entrar al cuerpo 40 días en los fetos masculinos y 80 días en

² Asociación Canadiense por el Derecho a Decidir.

incluso si se realizaba el aborto con existencia de movimiento fetal, se imponían penas no graves a este hecho.

Durante el siglo XIX en Europa, principalmente en la segunda mitad de este periodo, durante la Segunda Guerra Mundial, el aborto fue restringido en extremo, debido a la importante reducción de la población por las pérdidas humanas en dicha guerra.

En Alemania, durante dicho periodo, los nazis lo consideraron un crimen contra el estado en el caso de las mujeres arias, que al realizarlo atentaban contra el crecimiento de la “raza superior” y por otro lado las mujeres judías eran obligas a abortar, como una manera de eliminar a la “raza inferior” (Childbirth by Choice Trust, 1995). Así pues, en este caso el aborto fue utilizado como una herramienta para perpetuar el racismo y atentó contra el derecho a decidir de las mujeres, ya que las primeras no podían negarse a la maternidad y las segundas no podían ejercerla.

Siguiendo el recorrido histórico en Europa, la interrupción voluntaria del embarazo se legalizó en la mayoría de estos países a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, principalmente por influencia de las corrientes feministas, los altos índices de muerte femenina por aborto inseguro y también para controlar el crecimiento poblacional y reducir la pobreza (Childbirth by Choice Trust, 1995).

En América Latina el aborto voluntario, hoy en día, es permitido solamente en: México³, Cuba, Puerto Rico y algunos países pequeños del Caribe (Gaviria, 2004).

Cabe destacar que en México, la fecundidad tuvo un valor muy alto entre los aztecas, las mujeres muertas en el parto iban adonde iban los guerreros muertos en combate (Hernández & Morales, 2002). Actualmente sigue existiendo este culto especial por la maternidad en la cultura mexicana (Paz, 1950). Lo que aunado al catolicismo también predominante en la cultura mexicana, juega un papel importante en la legislación restrictiva en la mayoría de las entidades del país, ya que solamente en un territorio de nuestra patria es permitido el aborto voluntario: el Distrito Federal, la capital del país.

³Sólo en el Distrito Federal, a partir del 24 de abril del 2007.

A través de esta revisión histórica se hace evidente que las posturas acerca del aborto han sido distintas en el tiempo y que dependen del contexto político, social y económico en que surgen.

Para finalizar este capítulo me gustaría mencionar que durante los últimos cuarenta años del siglo XX hubo un cambio radical en la atención al feto, debido al auge de la ecografía fetal que permitió mayor acceso a éste en las primeras etapas del embarazo, lo que introdujo una nueva experiencia sensorial acerca del embarazo y que en conjunto con las ideas impulsadas por la Iglesia Católica, han contribuido a la percepción del feto como una persona independiente de la mujer embarazada y por lo tanto, con derechos. Lo cual implica una desaparición simbólica de las mujeres en favor de la existencia de un embarazo y también dificulta su capacidad de decidir en qué momento y bajo qué circunstancias ejercen la maternidad (Ignaciuk, 2009).

1.3 Ámbito legislativo

El derecho es una de las principales disciplinas que ha tratado el tema del aborto, ya que se encarga de regular su práctica, a través de la creación y modificación de leyes.

Así pues, el aborto inducido según el marco legislativo se clasifica en (Gaviria, 2004):

- Legal: permitido por las leyes del área geográfica donde se realiza.
- Ilegal: prohibido por las leyes del área geográfica donde se realiza.

Existen diferencias en las leyes respecto del aborto inducido en cada región del mundo, por lo que analizaremos algunas de ellas en los siguientes apartados.

1.3.1 Legislación en el Mundo

Los motivos legales del aborto en el mundo, se pueden clasificar de dos maneras:

- 1) Esta totalmente prohibido
- 2) Permitido en algunos casos: para salvar la vida de la mujer, por riesgo a la salud física femenina, por riesgo a la salud mental femenina, por razones socioeconómicas o voluntario.

1.3.1.1 Totalmente prohibido

Cabe resaltar que según GIRE⁴ (2009) en ningún país de Europa, Asia, medio Oriente, África y Oceanía está totalmente prohibido el aborto. En el mundo, solamente en tres países la interrupción de embarazo está totalmente prohibida; los tres son latinoamericanos: Chile, El Salvador y Nicaragua, lo cual se debe principalmente a que la iglesia católica es muy influyente en su política y su cultura.

⁴ Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C.

1.3.1.2 Permitido en algunos casos

1.3.1.2.1 Sólo para salvar la vida de la mujer ⁵

Tal es el caso de 64 países del mundo, 11 de ellos en América y el Caribe (Antigua y Barbuda, Brasil, Dominica, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela), 5 en Europa (Andorra, Irlanda, Malta, Mónaco y San Marino), 18 de Asia y medio Oriente, 22 en África y 8 en Oceanía (GIRE, 2009).

1.3.1.2.2 Por posible daño a la salud física femenina⁶

Ese tipo de legislación sucede en 35 países del mundo: 8 en América (Argentina, Bahamas, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Perú y Uruguay), 2 en Europa (Liechtenstein y Polonia), 8 de Asia y medio Oriente, 17 de África y 1 en Oceanía (GIRE, 2009).

1.3.1.2.3 Por posible daño a la salud mental femenina⁷

Por dicho motivo se permite en los 23 países (GIRE, 2009), según el continente al que pertenecen son los siguientes:

- a. América: Colombia, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía y Trinidad y Tobago.
- b. Europa: España e Irlanda del Norte.
- c. Asia y medio Oriente: Hong Kong, Israel, Malasia y Tailandia.
- d. África: Argelia, Botswana, Gambia, Ghana, Liberia, Namibia, Seychelles, Sierra Leona, Suazilandia.
- e. Oceanía: Nauru, Nueva Zelanda y Samoa.

⁵ Se interrumpe el embarazo porque la mujer tiene altas probabilidades de perder la vida si se continua.

⁶ a) Es decir, que de continuar el embarazo, la mujer tiene alta probabilidad de sufrir algún daño físico, difiere del caso anterior, porque aquí se consideran daños a la salud física que no implican la posibilidad de muerte de manera directa.

b) En estos países también se permite para salvar la vida de la mujer.

⁷ a) Implica que si se continua con el embarazo la mujer puede sufrir algún daño en la salud mental, en esta causal se pueden incluir los embarazos producto de una violación.

b) En esos países también se permite para salvar la vida de la mujer y por posible daño a su salud física.

1.3.1.2.4 Por razones socio-económicas⁸

Según GIRE (2009), por tal causal se permite en 14 países en el mundo, los cuales son:

- a. América: Barbados, Belice, San Vicente y las Granaditas.
- b. Europa: Finlandia, Gran Bretaña, Islandia y Luxemburgo.
- c. Asia y medio Oriente: Chipre, India, Japón y Taiwán.
- d. África: Zambia.
- e. Oceanía: Australia y Fiyi.

1.3.1.2.5 Voluntario⁹

Se permite en 56 países por esta causal, según GIRE (2009) los únicos 6 países en América en los que el aborto voluntario es permitido son:

- a. Canadá (sin límite de edad gestacional).
- b. Cuba (hasta 10 semanas).
- c. Estados Unidos (hasta antes de la viabilidad).
- d. Puerto Rico (hasta antes de la viabilidad).
- e. Guyana (hasta 8 semanas).
- f. México¹⁰ (hasta 12 semanas).

Los 31 países de Europa donde la legislación no es restrictiva y generalmente el límite para realizar el aborto voluntario son 12 semanas son: Albania, Alemania, Austria, Bosnia, Bélgica, Bielorrusia, Bulgaria, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Letonia, Lituania, Macedonia, Moldavia, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Portugal, República Checa, Rumania, Rusia, Serbia, Suecia, Suiza y Ucrania. Cabe mencionar que fue a mediados del siglo XX cuando los países de Europa central y posteriormente los de los extremos de ese continente, comenzaron a reformar sus marcos legislativos y a permitir el aborto por voluntad de la mujer (GIRE, 2009).

⁸ a) Implica que la mujer no puede continuar con el embarazo por insuficiencia económica, en ocasiones se toma en cuenta también el número de hijos para hacer válida esta causal, como es el caso del estado de Yucatán en México.

b) En estos países también se permite para salvar la vida de la mujer y por posible daño a la salud física o mental.

⁹ a) Implica que el aborto es provocado a solicitud espontánea de la mujer, sin estar obligada y sin tener que dar razones o justificar de manera explícita su decisión.

b) En esos países también se permite para salvar la vida de la mujer, por posible daño a su salud física o mental y por razones socio económicas.

¹⁰Sólo en el Distrito Federal. Y para llevarlo a cabo bajo las cuatro causales antes mencionadas, es necesario tomar en cuenta la entidad federativa en que se encuentre.

Los 17 países de Asia y Medio Oriente que permiten el aborto voluntario: Armenia, Camboya, China, Corea del Norte, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Mongolia, Nepal, Singapur, Turquía, Vietnam, Tayakistán, Turkmenistán, Uzbekistán, Azerbaiyan, Bahréin (GIRE, 2009).

En África solamente en 3 países: Cabo Verde, Sudáfrica y Túnez es permitido el aborto voluntario (GIRE, 2009).

En Oceanía en ningún país es aceptada la interrupción voluntaria de un embarazo (GIRE, 2009).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2007) los países con alto y medio desarrollo humano presentan una tendencia hacia legislaciones permisivas en torno al aborto voluntario como lo muestra la siguiente tabla.

Razón para permitir el aborto	Países desarrollados	Países en desarrollo
Totalmente prohibido	0%	1.5%
Salvar la vida de la mujer	96%	97%
Preservar la salud física de la mujer	88%	60%
Preservar la salud mental de la mujer	86%	57%
Violación	84%	37%
Malformaciones en el producto	84%	32%
Precariedad socioeconómica	78%	19%
Voluntad de la mujer	67%	15%

Tabla 1. *World Abortion policies*. Organización de las Naciones Unidas (2007). Tomada de GIRE (2009).

La tabla anterior nos muestra cómo la mayor permisividad en cuanto al aborto se da en los países desarrollados y es menor en los países en vías de desarrollo, lo cual implica que hay factores políticos, culturales y económicos que influyen la permisividad del aborto en las diferentes regiones del mundo.

Así pues, esta mayor permisividad para el control de la fecundidad en los países con alto nivel de desarrollo implica que la legislación mundial participa de perpetuar la sobrepoblación y sus consecuencias desfavorables como la pobreza, en los países en desarrollo; es decir, perpetua la desigualdad social en el mundo ya que dificulta que los países en desarrollo alcancen mejores estándares de vida.

También muestra que la ley es más permisiva ante abortos por motivos de salud física, que por violencia y precariedad socioeconómica en los países sub desarrollados. Y que la menor permisividad se muestra cuando la decisión es por voluntad de la mujer (sin obligación de justificar de manera explícita su decisión) tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Lo cual refleja que a nivel mundial la ley se comporta más restrictiva ante la posibilidad de que una mujer ejerza libremente su capacidad de decidir acerca de la maternidad, sin tener que justificarlo explícitamente. El mero deseo espontáneo de ejercer o no la maternidad no está tomado en cuenta por la legislación de manera contundente.

También podemos ver que principalmente en los países en desarrollo, las relaciones sexuales no consensuadas (violación) son legitimadas por las leyes en el 63% de estos territorios, al no permitir tomar una decisión a las mujeres acerca de una de sus posibles consecuencias: un embarazo no deseado.

1.3.2 Legislación en México

Los motivos por los que se permite a una mujer abortar legalmente varían en cada entidad federativa, ya que nuestro país es una Federación, lo que implica que existe autonomía por parte de cada entidad para modificar sus leyes (GIRE, 2007).

Las leyes del aborto en la mayor parte del país, se realizaron y revisaron al rededor de los años 30's del siglo XX y sólo aproximadamente la mitad de estas legislaciones han sido revisadas nuevamente, lo que implica que más del 50% de la legislación del país en materia de aborto no ha sido renovada desde hace aproximadamente 80 años (GIRE, 2008). Sin embargo, dado que las sociedades se encuentran en proceso de cambio, las leyes habrían de

ser cambiadas y revisadas periódicamente.

Las leyes mexicanas antes mencionadas de manera general, no castigan el aborto en casos de violación, cuando es imprudencial¹¹ o cuando corre peligro de muerte la mujer embarazada (GIRE, 2008).

Dentro de las causales mencionadas hasta ahora, cabe destacar que el aborto es permitido:

- a) Por violación en 32 estados, es decir, en todas las entidades federativas del país.
- b) Por ser imprudencial en 30 estados (sólo en Chiapas y Nuevo León es punible).
- c) Por peligro de muerte de la mujer embarazada en 29 estados (no se permite por este motivo en Guanajuato, Guerrero y Querétaro).

Otras causales que permiten el aborto en nuestro país son :

- d) Por malformaciones genéticas o congénitas graves del producto en 14 estados.
- e) Por grave daño a la salud de la mujer, sin que peligre su vida de manera directa, en 11 estados (Baja California Sur, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala, Zacatecas).
- f) Por razones socioeconómicas¹² sólo es permitido en el estado de Yucatán.
- g) Por voluntad de la mujer (sin que la mujer este obligada a justificar su decisión) solamente es permitido en el Distrito Federal, por lo que en el siguiente apartado se analizará la legislación en esta entidad.

¹¹ Corresponde al aborto que se produce por un accidente o como resultado de una conducta en la que no se tenía la intención de provocarlo, sobre todo cuando no se sabía que la mujer estaba embarazada (Guillaume & Lerner, 2007).

¹² Para poder ejercer esta causal, la mujer debe demostrar insuficiencia económica y tener al menos 3 hijos. Es decir, si no tiene hijos o tiene menos de 3 no puede interrumpir un embarazo con base en dicha causal.

1.3.3 Legislación en el Distrito Federal

En el Distrito Federal no se sanciona el aborto desde 1931, cuando:

- 1) el embarazo surgió de una relación sexual no consensuada (violación).
- 2) es imprudencial.
- 3) cuando se encuentra en peligro la vida de mujer embarazada.

Sin embargo, no se implantaron las políticas públicas adecuadas para garantizar que tal servicio se proporcionara adecuadamente.

Según GIRE (2007) en el año 2000, se agregaron en el D.F tres causas para no castigar el aborto:

- 1) cuando el producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves.
- 2) cuando, de no provocarse el aborto, se encuentre en riesgo la salud de la mujer, aunque no peligre su vida de manera directa.
- 3) cuando el embarazo sea resultado de una inseminación artificial sin consentimiento¹³.

Por otro lado, en el año 2003, se aprobaron cuatro reformas en torno al tema del aborto:

- 1) Aumentar el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento, y un castigo mayor si mediara violencia psicológica o física.
- 2) Establecer que las instituciones de salud pública del DF, debían realizar, en un plazo no mayor a 5 días, gratuitamente y en condiciones de calidad la interrupción del embarazo en los casos permitidos por la ley.
- 3) Contar permanentemente con personal no objetor¹⁴.
- 4) Eliminar el carácter de delito del aborto, estableciendo que las causales antes mencionadas eran excluyentes de responsabilidad penal en los casos contemplados en el Código Penal.

¹³ La inseminación artificial forzada implica un procedimiento médico y no una relación sexual para provocar el embarazo, por lo que difiere de los casos de violación en los que sí esta implicada una relación sexual.

¹⁴Objeción de conciencia: derecho individual de los médicos a negarse a realizar abortos legales con base en sus creencias personales.

El 24 de abril de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la despenalización del aborto en la Ciudad de México hasta la semana doce de gestación. Asimismo, garantizó los servicios de consejería pre y post aborto así como información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción legal del embarazo (GIRE, 2007).

Es de relevancia mencionar que la diferencia entre legalizar y despenalizar el aborto es que despenalizar sólo implica que el aborto deja de ser un delito y por lo tanto ya no se castiga ni a las mujeres ni a las personas que las asistan y legalizar implica modificar las leyes para que el aborto sea parte del derecho a la protección a la salud y se garantice la prestación del servicio en instituciones públicas y privadas (GIRE, 2009).

La despenalización del aborto en 2007 se dio en los siguientes términos (Bustos, 2009 en Flores, 2009 & GIRE, 2007):

- 1) La reformulación de la definición en términos jurídicos y penales de aborto *“aborto es la interrupción del embarazo después de la décimo segunda semana de gestación”*, por lo que el aborto sólo puede penalizarse a partir de la décimo tercera semana de gestación, siendo lícitos los abortos consentidos o procurados antes de la semana doce de gestación.
- 2) Embarazo se definió, para efectos del Código Penal, como *“la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio”*, ya que así queda implícita la legalidad de los métodos anticonceptivos post coitales, como la pastilla de emergencia.
- 3) Reducción de las sanciones aplicadas a las mujeres que se practiquen un aborto. Antes la pena era de uno a tres años de prisión y ahora se impone de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad a la mujer que voluntariamente practique un aborto o lo consienta, después de las doce semanas de embarazo.
- 4) Se estableció la figura de aborto forzado, que consiste en *“la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada”*, para proteger la maternidad voluntaria y libre. La pena para quien realice un aborto forzado es de cinco a ocho años de prisión y de ocho a diez años si se utiliza violencia física o moral.

- 5) Se reformó la Ley de Salud del DF y se enfatizó que la atención de la salud reproductiva y sexual es de carácter prioritario y que los servicios en esa materia tienen como finalidad la prevención de embarazos no deseados. Se estableció que el gobierno impulsará políticas integrales tendientes a la promoción de la salud sexual, la maternidad y paternidad responsable así como los derechos reproductivos; también se ofrecerán servicios de consejería pre y post aborto y se dará información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 12 de gestación.

Las reformas al respecto de la despenalización del aborto en el DF son un avance para prevenir la mortalidad femenina causada por el aborto inseguro y contrarrestar la injusticia social que implica tal riesgo. También, es un importante reconocimiento de la libertad reproductiva de las mujeres y de sus derechos básicos a la vida, la salud y a defender su proyecto de existencia; así mismo se evita traer al mundo personas que no van a contar con una calidad de vida digna.

También el carácter de laicidad del Estado mexicano, es congruente con esta determinación, ya que refleja respeto a la diversidad ideológica, al reconocer que existen diferentes perspectivas acerca del aborto.

Con lo hasta aquí planteado se puede observar que la penalización del aborto atenta contra los derechos reproductivos de la mujer, contra su derecho a la salud, a la libertad, a la seguridad y potencialmente su derecho a la conservación de la vida y de la calidad de vida¹⁵. También es una discriminación de género ya que son sólo las mujeres las castigadas legalmente y no los hombres autores coparticipes de los embarazos (Guillaume & Lerner, 2007).

Por otro lado, se agregan las implicaciones sobre los derechos del *posible hijo*, ya que de no practicarse el aborto, se atentaría contra su derecho de salud, de conservación de la vida y de calidad de vida, ya que interrumpir un embarazo lleva implícito el hecho de que la futura madre y/o padre no tienen los medios adecuados para hacer subsistir y educar al *posible hijo*,

¹⁵Palomba (2002), define a la calidad de vida como “*término multidimensional que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’. Lo cual incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales*”.

por lo que esta ley aporta para que *los hijos del futuro* tengan mejor calidad de vida, salud y educación.

Para finalizar, considero importante destacar que el hecho de despenalizar la interrupción de embarazo, como se ha hecho en la Ciudad de México, permite reducir el impacto negativo (físico, emocional y social) que el aborto ilegal y clandestino ha causado en las mexicanas durante el período en el que ha sido penalizado (GIRE, 2010).

1.4 El aborto en el ámbito médico

1.4.1 Clasificación médica del aborto

La medicina ha considerado al aborto de diferentes maneras; entre las más relevantes están las que toman en cuenta cómo fue su inicio y el período al momento de suceder.

Así pues, por su inicio tenemos:

- Espontáneo: sucede sin ninguna interferencia deliberada, por causas naturales y sin ayuda de agentes mecánicos o farmacológicos (Benson 1986 en Hernández & Morales, 2002). Las causales del aborto espontáneo pueden ser fetales, cromosómicas o las relacionadas con la madre o maternas (Gaviria, 2004).
- Inducido: se produce de manera deliberada e intencional antes de que el embarazo sea viable, a través de agentes farmacológicos o mecánicos (Ortiz, 1989 en Hernández & Morales, 2002). Dentro de esta categoría podemos identificar 3 tipos, según Arellano (1989):
 - a) Eugenésico: para prevenir enfermedades congénitas, genéticas o de naturaleza ambiental en el posible hijo.
 - b) Terapéutico: para preservar la salud física o mental de la madre (lo que implicaría, de hecho, un beneficio también para el posible hijo).
 - c) Voluntario: se realiza por voluntad espontánea, sin que sea un deber u obligación.

Por el período gestacional, según Aray (1998):

- Ovular: si sucede en el primer mes.
- Embrionario: entre el primer y el tercer mes.
- Fetal: después de los tres meses.

1.4.2 Métodos para realizar una interrupción de embarazo

Según Acevedo (2002), existen diferentes métodos para llevar a cabo una interrupción voluntaria de embarazo, los cuales pueden ser quirúrgicos o farmacológicos y el uso de uno u otro dependerán principalmente de las condiciones particulares de la mujer, la edad gestacional y el conocimiento del médico responsable.

- Quirúrgicos

- 1) **Legrado:** requiere dilatar el cuello del útero y colocar una cureta, que es un instrumento de metal o plástico que raspa las paredes del útero para desprender su contenido, implica más riesgos que una aspiración manual endouterina debido a que requiere hospitalización, anestesia general o bloqueo peridural y una mayor dilatación del cuello del útero. Se realiza a partir de 6 y hasta 16 semanas de gestación.
- 2) **AMEU (Aspiración Manual Endouterina):** se puede usar aproximadamente de la semana 4 a la semana 12 de embarazo y para tratar abortos incompletos o en proceso, *es la técnica más segura* hasta el momento utilizada para realizar un aborto, ya que el nivel de dilatación uterina es mínima y dura alrededor de 15 minutos, en la mayoría de los casos se utiliza anestesia local, implica dilatar el cuello del útero y colocar una cánula que es un tubo de plástico flexible y finalmente aspirar con una jeringa, el grado de dilatación y el diámetro de la cánula dependen de las semanas de gestación.
- 3) **Aspiración eléctrica:** implica el mismo procedimiento y seguridad que el AMEU, lo que cambia es que en lugar de jeringa, se utiliza un dispositivo movido por energía eléctrica y se puede utilizar hasta la semana 14 de embarazo.
- 4) **Dilatación y evacuación:** es una combinación del proceso de legrado y de aspiración, se utiliza de las 13 a las 16 semanas de gestación, requiere hospitalización y anestesia general, implica un alto nivel de entrenamiento del personal médico, ya que el útero está más suave y vulnerable que en las primeras 12 semanas de embarazo.

- 5) **Inducción del parto inmaduro:** se utiliza para embarazos avanzados, en el segundo o tercer trimestre, implica hospitalización y anestesia general. Se provocan contracciones en el útero similares al parto y el feto es expulsado imitando un parto natural, generalmente se acompaña de un legrado para remover los tejidos remanentes.
- 6) **Histerotomía:** a través de incisiones en el abdomen y útero, se remueve el feto y la placenta, implica riesgos de una cirugía mayor y se utiliza solamente en casos donde otras técnicas han fallado o no son viables por motivos médicos, como alguna anomalía del útero.

- **Farmacológicos**

Se utilizan antiprostágenos como la mifepristona y el misoprostol. En el caso de que quedaran restos en la interrupción de embarazo con medicamentos, se debe proceder a realizar una aspiración manual endouterina.

Las complicaciones que se presentan en un aborto provocado, pudieran estar relacionadas directamente con las circunstancias del aborto y otras pueden ser propias de padecimientos pre existentes, por lo que es importante distinguir entre unas y otras. Entre las relacionadas con el aborto están: las condiciones en que se practique, el procedimiento usado, la capacitación de la persona que lo practique, la edad gestacional, la edad y la salud previa de la paciente (OMS, 1978 en Hernández & Morales, 2002).

Según el INEGI (en Hernández & Morales, 2002) las complicaciones más frecuentes en el aborto inducido son la infección pélvica y la hemorragia (pérdida de más de 500 ml de sangre).

Finalmente, es importante resaltar que un aborto realizado durante el primer trimestre de gestación por un médico calificado, en condiciones técnicas e higiénicas adecuadas es un proceso médico bastante seguro, aproximadamente con un 99% de seguridad¹⁶ (Ortiz, 2009).

¹⁶ Dato tomado de Centro de Atención Integral a la Pareja A.C.

1.4.3 Salud, sociedad y aborto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo se practican aproximadamente 20 millones de abortos de alto riesgo cada año, y que el 99.9% de la mortalidad por aborto ocurre en los países en desarrollo. Esta misma Organización calcula que al menos 3,700,000 de ellos suceden cada año en América Latina y El Caribe (Guillaume & Lerner, 2007).

Además el riesgo de morir por aborto en los países pobres o en desarrollo es de una muerte por cada 250 intervenciones. Mientras tanto en países desarrollados se registra una muerte por cada 3 700 intervenciones según algunas investigaciones. Otras indagaciones indican que en los países con alto nivel de desarrollo donde generalmente el aborto es legal y seguro la probabilidad de muerte por un aborto es de una mujer por cada 100 000 abortos realizados (Acevedo, 2002).

En México en el año 2005 el aborto representó la tercera causa de muerte femenina por razones de embarazo (OMS en Ortiz, 2009). Estas muertes en su mayoría son evitables, por lo que es de relevancia encontrar las estrategias sociales, económicas, médicas y legislativas para lograrlo.

Los abortos ilegales en países como México se practican en lugares clandestinos e inadecuados, donde acuden principalmente las mujeres de más bajos recursos, lo cual pone en riesgo la vida de las mujeres, porque los abortos realizados en la clandestinidad generan complicaciones que en su mayoría no son atendidas adecuadamente por lo que implican altos índices de morbilidad y mortalidad femenina (Guillaume & Lerner, 2007).

Las decisiones acerca de la reproducción como el aborto, la adopción o la tecnología reproductiva son altamente influenciadas por la capacidad económica y clase social de la mujer que elige y de la presencia o ausencia de un seguro de salud. Por lo que algunas posibilidades reproductivas pueden ser económicamente inaccesibles para algunas mujeres o familias entre ellas el aborto seguro (Ignaciuk, 2009). Lo cual refleja que las mujeres con mayor capacidad económica tienen una mayor capacidad de llevar a cabo la elección de abortar de manera segura ya que en el caso de vivir en una región donde la ley es restrictiva

estas mujeres pueden viajar a otra región para realizarlo legalmente o pueden pagar altos costos para realizarlo de manera clandestina pero segura y son las mujeres de bajos recursos las que acuden a personas que no están capacitadas adecuadamente porque no tienen recursos para asegurar su salud.

Con lo hasta aquí expuesto podemos mencionar que cuando a causa de un aborto se presentan consecuencias de salud negativas para las mujeres, esto se debe principalmente al marco legal restrictivo que lo regula y a situaciones económicas y sociales que las restringen en su toma de decisión.

1.5 Gestión moral del aborto

La moral es un sistema de valores que genera normas y reglas de comportamiento. Y que principalmente genera códigos morales que reflejan los valores buenos y malos de las acciones en una sociedad. Ello implica que las buenas acciones son las más deseables y premiadas y las malas acciones son indeseables y castigadas.

Así pues, la moral implica la manera en que los actos humanos son calificados, nombrados, permitidos o prohibidos, así como los juicios de lo que se considera bueno y malo en una sociedad. Nietzsche (1887) describe que el origen de la moral está relacionado con la tendencia humana a medir y a asignar valores. *“De hecho la palabra hombre significa: el que mide y valora”* (Corres, 2001).

Ya que la moral se define como los valores de un grupo social, cabe definir que los valores son convicciones con base en las cuales los hombres actúan (Allport en Cardona, 2000). Siguiendo con esta idea, Rokeach (1979) define a los valores como estándares que provienen, se aprenden y se interiorizan de la sociedad y sus instituciones, y su función es ser criterios que orientan el comportamiento, los juicios, las elecciones y las actitudes (Aragón & Quintero, 2011).

Ito (1995) describe que los valores tienen un papel fundamental en la psicología, debido a que son principios rectores de la conducta de individuos y de grupos. Y son también principios explicativos de preferencias, actitudes y formas de relación (Aragón & Quintero, 2011).

Es importante resaltar que la socialización, es el proceso a través del cual las personas adquieren e interiorizan valores, creencias y maneras de percibir la realidad de un determinado grupo, es decir, la moral. Como agentes de este proceso se reconocen a la familia, la escuela, los compañeros y los medios masivos de comunicación, ellos transmiten, mantienen y refuerzan los acuerdos sociales, valores y la moral imperante en una sociedad (Jones, 1980 en Aragón & Quintero, 2011).

En esta sección se analiza la moral acerca del aborto, es decir, la manera cómo es calificado y juzgado por la sociedad. Es importante resaltar que la concepción del aborto no puede comprenderse sin referencia a las normas que regulan la conducta sexual, conyugal y familiar en una sociedad, ya que se relaciona directamente con ello (Hernández & Morales, 2002).

En lo que respecta al discurso moral tradicional acerca del aborto inducido, en México, éste condena cualquier acción dirigida a interrumpir un embarazo y exige que la mujer permita el proceso de gestación hasta el nacimiento, lo cual implica que se someta a su aceptación sin posibilidad de reflexión y toma de decisión al respecto, lo que significa aceptar el embarazo sin rebelarse (Erviti, 2005).

Dicha moral exige, premia y ve bien el sufrimiento causado a algunas mujeres por la obligación de llevar a término una gestación no deseada, ya que les podría implicar mantenerse en condiciones económicas y emocionales insuficientes o inestables.

Así pues, ser débil ante las leyes y ante el discurso moral es lo que tiene mérito y es “bien visto”; en cambio las mujeres empoderadas y autónomas que en ocasiones deciden que su bienestar está en la interrupción voluntaria de un embarazo, y no se muestran mansas ante la ley y la moral son condenadas al rechazo. La sociedad las castiga, las mira mal (las estigmatiza) y en ocasiones esto puede llevarlas a sentir culpa y finalmente seguir reproduciendo esta moral, en su interior, al convencerse de que su decisión fue mala e incorrecta. Esto se nota en su discurso, después del aborto, en el que apoyan la moral tradicional, debido a la culpa, seguida del arrepentimiento “por haber tomado una mala decisión” y también por miedo al castigo si manifiestan ideas distintas a las establecidas.

La dinámica descrita nos recuerda la reflexión filosófica en torno a la moral, concretamente lo que nos dice Nietzsche al respecto. Este autor señala que *“todas las cosas buenas fueron en otros tiempos cosas malas, todo pecado original se ha vuelto una virtud original”*; tal idea se relaciona con lo mencionado anteriormente acerca de que las conductas o atributos que una sociedad valora negativamente, es decir, que son moralmente inaceptables y estigmatizadas (como es el caso de la decisión de abortar) cambian a través del tiempo. Aunque algunas de ellas se resisten a caducar, no obstante que ya son inoperantes.

Por ejemplo, el autor plantea que el matrimonio anteriormente se miraba como una privación del derecho a la comunidad y se pagaba una sanción por el acto “*tan osado*” de un hombre de adjudicarse una mujer para sí: lo que hoy es derecho fue por largo tiempo una prohibición; lo que hoy es “bien visto” fue por mucho tiempo “mal visto”. Esta idea la podemos extrapolar al caso del aborto en el sentido de que es posible que nos encontremos en una etapa de transición, en la que este hecho pase de ser de una prohibición a un derecho, pase de ser rechazado a ser respetado. Ejemplo de ello es que al menos en una entidad federativa en México (Distrito Federal), el aborto voluntario, de ser condenado paso a ser un derecho (en el año 2007); sin embargo, aún está pendiente la superación del estigma social al respeto.

Nietzsche agrega que en en el terreno de la moral, todo paso, todo cambio aún el más pequeño, se ha dado con suplicios espirituales y corporales, de modo que el cambio ha necesitado innumerables *mártires*. Esto se ve claramente reflejado en las muertes femeninas por aborto y el “*sufrimiento espiritual*” de quien ha tomado la decisión de interrumpir voluntariamente un embarazo bajo un contexto restrictivo, tradicional, conservador, ya que en esas circunstancias (Erviti, 2005), ha sido un proceso tortuoso y de muerte para miles de mujeres que se han atrevido a tomar esa decisión, principalmente en los países en vías de desarrollo. Ellas han sido las *mártires* de un cambio paulatino en las reglas y la moral. Y han vivido el estigma a consecuencia de asumir la decisión de abortar voluntariamente contrariando la moral y teniendo que enfrentar las “malas” opiniones al respecto a su alrededor.

Algunas frases del lenguaje cotidiano que reflejan la moral tradicional, cuya fuente principal es la moral católica, como analizaremos en el siguiente apartado, acerca de la sexualidad, el embarazo y el aborto son:

- a) “Si andas haciendo esas cosas ahora te friegas”
- b) “Si haces cosas de adulto responde como un adulto”
- c) “Abortar es la salida más fácil”
- d) “Debes casarte y continuar con el embarazo”
- e) “Acepta los hijos que Dios te mande”

f) “Sólo Dios da la vida y sólo Dios puede quitarla”

g) “Los hijos son bendiciones”

Estas frases muestran cómo moralmente la única manera correcta y responsable de hacer frente a un embarazo es continuarlo, aunque se comprometa el bienestar de la mujer embarazada y del posible hijo. Lo que interesa es cumplir y no cuestionar el precepto establecido. No interesa tampoco la tranquilidad y prosperidad de las mujeres y del posible hijo.

Si hacemos lo que se esperaba respecto de un embarazo, es decir, continuarlo sin predicamento, las personas nos aceptan. Sin embargo, si nos comportamos con fuerza, empoderamiento y autonomía y analizamos que el bienestar pudiera estar en la decisión de interrumpirlo, probablemente seremos segregados y rechazados por esa mayoría que obedece a la costumbre, pero también estaremos siendo autónomas, congruentes con nuestras necesidades y deseos y asumiendo la responsabilidad del propio bienestar.

También al ser el embarazo el resultado de una sexualidad activa y la religión católica considera que el acto sexual debe darse únicamente con fines reproductivos, motivo por el cual esta moral rechaza y castiga los actos relacionados con el placer sexual. Entonces interrumpir un embarazo igual que usar métodos anticonceptivos desafían este precepto, ya que hacen evidente que se busca el ejercicio de la sexualidad más allá de los fines reproductivos.

Así pues, la condena legal y social sobre el aborto en México y la moral sobre la reproducción y la sexualidad tienen influencia en el modo como experimentan el aborto voluntario las mujeres mexicanas ya que en ocasiones viven el sentimiento de culpa por la introyección de estos valores y normas sociales.

Existe pues, un bagaje cultural que imprime un dolor adicional, al que de por sí puede representar el aborto. Esto debido a que en nuestra sociedad mexicana el valor atribuido a la maternidad es alto; y algunas mujeres toman la decisión de abortar a pesar de que ello cause una contradicción entre su individualidad y el discurso social; lo cual tiende a generar culpa, ya que hay una carga cultural que cataloga al aborto como una mala decisión y la mujer que lo realiza como una mala mujer (Silverman, 1989 en Arellano, 1989).

Al respecto Arellano (1989) sugiere que el acto de abortar está en función del deseo o no de un *ser* y sus condiciones de aparición y que las reacciones emocionales y morales frente al aborto difieren en función de épocas y países. Y donde se considera al aborto como inmoral (el caso de México) lo natural es negar el apoyo y la ayuda a la mujer que lo solicita (Arellano, 1989).

La mayoría de los dirigentes de la Iglesia católica como Juan Pablo II, sostienen que el aborto constituye un asesinato, independientemente de la etapa del embarazo en que sea practicado, mientras que otros consideran que es un elemento clave para el control de la natalidad (Herrera, 1980 en Arellano 1989).

Como puede observarse, cabe afirmar que existen prejuicios morales y estigmas acerca del aborto, ya que es un tema *tabú*¹⁷, es decir, un acto que no se puede mencionar, ni practicar, ya que se trata de un acto prohibido por la moral en México y en otras culturas. Debido a que se relaciona de manera explícita con la sexualidad y el concepto de la vida y de la muerte.

Con lo hasta aquí expuesto, podemos concluir que es necesario generar modificaciones en la moral y los usos y las costumbres que conduzcan a una sexualidad más libre, plena y segura (Arellano, 1989).

1.5.1 Estigma y aborto

El *estigma* se define como una marca o señal que implica mala fama, pérdida de status y desvalorización. Rozenfaing (1977) en Arellano (1989) menciona que “*existe ocultamiento, desprecio, reproche y una sanción social*” hacia las personas que abortan: un estigma.

¹⁷Diccionario Real Academia Española. Vigésima edición.

Goffman (1970), quien es uno de los principales teóricos acerca de este concepto, (en De los Reyes, 2000), categoriza tres fuentes del estigma:

- a) Defectos físicos: fisionomía distinta a la establecida.
- b) Defectos de carácter: “falta de voluntad”, “condiciones antinaturales”, “creencias diferentes a lo establecido”.
- c) Estigmas triviales: de raza, nacionalidad o religión.

Espinoza (2011) menciona que existen 3 tipos de estigma:

- a) Percibido: lo que de manera espontánea en la convivencia se reconoce que es rechazado y señalado.
- b) Experimentado: la vivencia personal de ser estigmatizado.
- c) Internalizado: hacer *mías* las creencias estigmatizadoras acerca de alguna circunstancia.

El mismo autor describe que existen cinco niveles en los que el estigma se presenta y se reproduce: a) discurso público y cultura de masas, b) gobierno, c) instituciones, d) comunidades y e) individual.

Según De los Reyes (2000) la moral deviene en conductas estigmatizadoras, es decir, la moral es una de las principales fuentes de exclusión y estigma. Siguiendo con esto De Melo (2011) describe que las características plausibles de ser estigmatizadas se encubren y se mantienen en secreto, para evitar la desvalorización y pérdida de estatus, lo cual genera tensión y ansiedad, ya que implica mantener una imagen distinta a lo que *se es en realidad* y siempre esta latente la posibilidad de fracaso. Así pues, el estigma afecta al individuo sobre el que recae la estigmatización ya que éste influye en cómo se autodefine y se autopercibe, y también lo pueden vivenciar las redes sociales del individuo sobre el que recae el estigma.

Según la clasificación de Goffman (1970) al estigma del aborto, se le ubica en la categoría de “defectos de carácter” ya que implica creencias y acciones distintas a las de la moral establecida y también conductas “antinaturales” según esta misma moral.

También podemos mencionar que este estigma se presenta en los cinco niveles mencionados por Espinoza (2011).

Cabe resaltar que en el contexto socio cultural mexicano, se estigmatiza a las mujeres que abortan, además de a los médicos y enfermeras que realizan interrupciones de embarazo. Esta misma situación se presenta en Estados Unidos de América, aunque el aborto voluntario es permitido en ese país desde 1973; lo cual nos habla de la dificultad y el trabajo que queda por hacer para eliminar el estigma del aborto (Major, 1999 en Major et. al., 2009).

El estigma, genera un ambiente de temor que pudiese tener como consecuencia reducir el número de abortos, lo cual, tal como mostraron las cifras de la Organización Mundial de la Salud mencionadas anteriormente, en realidad no sucede, el aborto se realiza aunque sea estigmatizado.

El aborto está estrechamente relacionado con la vida sexual activa, y ambas situaciones comparten estigmas de *suciedad, pecado, vergüenza y condenación* por lo cual la vivencia del aborto, según Arellano (1989), es vivida con relación a algo malo, que no es bien visto por los demás y que es anormal y destructivo. Todo lo descrito puede complicar su aceptación a nivel público e incluso a nivel personal.

Existe una estrecha relación entre el estigma y la identidad, por lo que la conformación de una identidad femenina que iguala a las mujeres con la maternidad "*una buena mujer es una buena madre. Una buena madre, es una buena mujer*", provoca una estigmatización para las mujeres y las personas con las que comparten la decisión de interrumpir un embarazo, ya que deben afrontar el proceso con las connotaciones de estigma moral, de delito y pecado (Erviti, 2005).

Espinoza (2011) menciona, que algunas de las consecuencias del estigma a las mujeres que abortan son:

- a) Rechazo y segregación hacia las mujeres que toman esta decisión.
- b) Mantener en secreto la decisión y sentimiento de culpa.
- c) Imposibilita o dificulta el acceso a proveedores calificados y promueve el aborto autoinducido en condiciones inadecuadas.

- d) Promueve baja calidad en los servicios de aborto y hace que los costos aumenten.
- e) Podría surgir el suicidio como única opción ante la negativa de una interrupción de embarazo.

Podemos concluir que mientras la mujer experimente el aborto como una transgresión de normas, tendrá que vivir también el ocultamiento y la mentira, la soledad, la culpa y el temor frente a la muerte, debido a la moral y el estigma existentes acerca de la interrupción de embarazo.

1.5.2 Prejuicios morales más comunes acerca del aborto

En principio, el término *prejuicio moral* lo podemos definir como “algo que se dice de algo” y aquello que se dice es falso, errado o ficticio en algún sentido. Se hace presente cuando a alguna cosa o situación se le atribuyen cualidades que no tiene, generalmente cualidades negativas resultantes de falta de conocimiento formal al respecto del tema tratado. Por lo que en esta sección se describirán los principales prejuicios morales acerca del aborto voluntario.

La decisión de interrumpir un embarazo puede dificultarse, enredarse y entorpecerse debido a la información falsa que circula acerca del tema, muchas veces impulsada por los grupos “anti-elección”¹⁸. A continuación, se mencionan algunos de los prejuicios morales más populares acerca del aborto y la evidencia de que son de hecho, un prejuicio moral, es decir, una invención, una ficción o información equivocada. Se hará un contraste entre el prejuicio moral e información que se apoya en estudios realizados.

1) *El aborto causa problemas psicológicos.*

Para la mayoría de las mujeres, la decisión de tener un aborto es difícil y puede provocar en algunos casos sentimientos de tristeza o culpa. Aún así, la mayoría de las mujeres se sienten aliviadas después de que sucede. Hasta ahora no se cuenta con evidencia confiable del llamado Síndrome post-aborto el cual implica un trastorno psicológico debido a la interrupción de embarazo, ni tampoco de trastorno de depresión y ansiedad como consecuencia del aborto (Woman on Waves, 2004 & Major et. al, 2009 & Bustos, 2009 en

¹⁸ Los “*grupos anti elección*” son aquellos que se oponen a la legalización del aborto, es decir, a que exista la opción legal de interrumpir un embarazo. Debido a que consideran al aborto como un homicidio y que el cigoto tiene derechos humanos.

Flores, 2009).

2) Las mujeres que abortan son jóvenes y solteras.

Diversas investigaciones realizadas en la mayoría de los países han concluido que no existe un perfil de las mujeres que interrumpen un embarazo, pues pertenecen a todos los grupos de edad y a estados civiles diversos (Mujeres al Oeste, 2007 & Kraus, 2001 citado por Figueroa, 2001).

3) El aborto no es común.

Según GIRE (2008) la estimación del Instituto Guttmacher, Colegio de México y Population Council del número de abortos durante el año 2006 en México fue de 874, 747 de ellos, lo cual implica que es significativa la cantidad de mujeres que se someten a este procedimiento cada año (Jóvenes por la despenalización del aborto, 2008).

4) El aborto desaparecería si las personas utilizaran métodos anticonceptivos.

Ningún anticonceptivo es 100% efectivo, por lo que sería imposible poder evitar infaliblemente un embarazo (Jóvenes por la despenalización del aborto, 2008).

5) El aborto deja de existir o disminuye cuando se prohíbe su práctica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo se practican aproximadamente 20 millones de abortos ilegales y por lo tanto clandestinos y de alto riesgo cada año (Guillaume & Lerner, 2007). Lo que refleja que la prohibición no provoca que deje de suceder, sólo provoca que no se hable al respecto con apertura y que suceda en la clandestinidad y por lo tanto de manera riesgosa para la salud femenina (Bustos, 2009 en Flores, 2009 & Jóvenes por la despenalización del aborto, 2008).

6) Sólo las mujeres irresponsables abortan.

En muchas ocasiones las mujeres no tienen las circunstancias ni los medios para tomar responsabilidad respecto de su fertilidad, ya que están limitadas o imposibilitadas para

decidir usar algún método anticonceptivo para protegerse de un embarazo que no desean; a causa de razones sociales, culturales y económicas. Por ejemplo en los casos de violación, casos en que no existen posibilidades económicas para adquirir métodos anticonceptivos, la falta de información, los prejuicios morales acerca de los métodos anticonceptivos y la escasez de servicios médicos adecuados en algunas comunidades (Alan Guttmacher Institute, 1999 citado en Jóvenes por la despenalización del aborto, 2008).

7) La educación sexual incrementa los embarazos y el aborto en la adolescencia.

Algunas investigaciones demuestran que la educación sexual ayuda a retrasar el inicio de actividad sexual, reduce la cantidad de embarazos no planeados en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual. Así pues, la educación sexual es una excelente manera de prevenir consecuencias inesperadas y no deseadas relacionadas con la vida sexual activa (UNAIDS, 1997 citado en Jóvenes por la despenalización del aborto, 2008).

8) La mayoría de las religiones se oponen al aborto.

Las diversas religiones exponen diversidad de opiniones y una gran tolerancia al tema del aborto, además de que su postura al respecto cambia a través del tiempo y de cultura a cultura (CRLP, 2000 citado en Jóvenes por la despenalización del aborto, 2008). Existen, de hecho grupos religiosos pro-elección¹⁹ como Católicas por el Derecho a Decidir A.C.

9) El aborto es más peligroso que un parto natural.

El aborto dentro de condiciones adecuadas es uno de los procedimientos médicos más comunes y seguros que se practican en el mundo. El riesgo de sufrir complicaciones graves, como una hemorragia o una infección, es de menos del 1% (NARAL, 2001). Cabe resaltar que un aborto en cualquier momento de la gestación siempre será más seguro que un parto natural o cesárea²⁰.

¹⁹ Pro-elección se refiere a los grupos que luchan por el derecho a decidir, es decir, consideran que es fundamental que las mujeres sean apoyadas en cualquier decisión que tomen respecto de un embarazo, ya sea continuarlo, interrumpirlo o darlo en adopción.

²⁰ Dato tomado de la IV Reunión de Investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Ciudad de México. Octubre, 2011.

10) *El aborto causa cáncer mamario.*

En 2003, el National Cancer Institute concluyó que no existe ninguna relación entre la interrupción de un embarazo y el aumento del riesgo de cáncer mamario (NARAL, 2001).

11) *La fertilidad futura de la mujer puede ser afectada por el aborto.*

Los únicos casos en que la fertilidad se ve afectada es cuando las mujeres sufren complicaciones graves, como infecciones muy severas o lesiones en el cuello del útero, pero esos casos son muy raros. El aborto no aumenta el riesgo de perder un embarazo ni de complicaciones al momento del parto en el futuro (NARAL, 2001).

12) *El aborto es muy doloroso.*

En todos los abortos realizados por personal capacitado se emplea algún procedimiento para reducir el dolor. Generalmente analgesia, anestésicos o ambos. En los abortos quirúrgicos, se aplica anestesia, local en su mayoría, para disminuir el dolor durante la intervención. En los abortos con medicamentos, las pacientes usan analgésicos que disminuyen los dolores de las contracciones (NARAL, 2001). Al final, la evaluación del dolor experimentado varía mucho de una mujer a otra. Algunas lo reportan como intenso, otras como moderado y otras como leve.

13) *El aborto es siempre peligroso para la mujer.*

El aborto integrado a un buen sistema salud, realizado por expertas (os) dentro de los primeros meses de embarazo es un procedimiento sencillo y seguro. En los países donde es prohibido; las mujeres que no quieren continuar su embarazo recurren a abortos inseguros, que son los que llevan a cabo personas no calificadas y/o realizados en un ambiente carente de los estándares técnicos e higiénicos mínimos, siendo esta situación la que genera riesgos para su vida y su salud. (OMS, 1992 en Mujeres al Oeste, 2007). En los países con alto nivel de desarrollo generalmente el aborto es legal y seguro y la probabilidad de muerte por un aborto es de 1 mujer por cada 100 000 abortos realizados (Alan Guttmacher Institute, 1999 en Jóvenes por la despenalización del aborto, 2008).

1.6 Religión y aborto

Según INEGI (2005) la religión se caracteriza por promover la integración de las comunidades, ya que crea lazos de identidad y sentido de pertenencia.

Así pues, las religiones generalmente establecen pautas de comportamiento que deben seguirse en todo momento y no admiten la desobediencia, ya que están basadas en la creencia en un ente moralmente superior a los seres humanos, y no admiten diferencias de opinión en lo que se refiere a sus máximas (Barraza et. al., 2002).

Los códigos religiosos, es decir, sus normas y principios, se identifican con lo que según la ética se llama *código deontológico*, que es un código basado en el deber y en el cumplimiento de las reglas (Barraza et. al., 2002).

De manera general, según Lamas (1996) en Barraza et. al. (2002) el código deontológico:

- Establece los deberes con claridad.
- Es un código moral único.
- No permite la diferencia de opinión.
- Ha sido llamado “ética del deber”.
- Lo que define el comportamiento correcto es el cumplimiento o incumplimiento de la regla.
- Divide categóricamente entre lo bueno y lo malo.
- Se preocupa por asegurar el cumplimiento de la regla.
- Las acciones son buenas o malas por naturaleza, independientemente de las consecuencias que tengan o las intenciones que las motivaron.

Según INEGI (2005) las religiones que se practican en México son las siguientes:

- a. Católica
- b. Protestante histórica
- c. Pentecostal
- d. Evangélica

- e. Adventista del séptimo día
- f. Mormona
- g. Testigo de Jehová
- h. Judaica
- i. Budista
- j. Islámica
- k. Nativista
- l. Espiritualista

Igualmente, se reportan personas carentes de preferencia en alguna creencia religiosa, las denominadas personas “sin religión”. Es importante resaltar que en el caso de México la mayoría de la población es católica (88% para el año 2000), lo que implica que las ideas y principios católicos predominan en la cultura (INEGI, 2005).

Esta predominancia continua aunque durante la segunda mitad del siglo XX la composición religiosa mostró cambios, reduciéndose el número de adeptos que la practican. Sin embargo, este cambio ha sido muy paulatino (INEGI, 2005).

Así pues, en México existen creencias que se transmiten de generación en generación, con base principalmente en la fe católica que a través de la historia ha influenciado en diversos ámbitos: lo individual, la ley, la medicina y la sociedad en general. Como se mencionó anteriormente y como se ampliará en los párrafos siguientes, estas ideas implican que la interrupción de embarazo es algo intrínsecamente malo que debe castigarse, ya que se considera lo mismo que un asesinato, lo que genera sentimientos de culpa que pueden afectar la salud integral de las mujeres que abortan (GIRE, 2010). Igualmente se considera que el aborto voluntario es un atentado contra la dignidad de la persona y una acción cobarde contra un inocente que no puede defenderse (Arellano, 1989).

Es importante resaltar que la postura de la Iglesia católica ha cambiado a través de la historia. En los primeros siglos del nacimiento de ésta institución, el aborto no se planteaba como semejante al homicidio, sino sólo como un acto que escondía pecados sexuales. También se plantea que la mujer fue creada por Dios para procrear y que el acto sexual sólo habrá de llevarse a cabo con ese fin. Así pues, el aborto indica que la pareja que se unió no lo hizo con la

intención de reproducirse por lo que se considera un pecado (Ortiz, 2009).

Desde siglos pasados Santo Tomás de Aquino y San Agustín, líderes católicos, no compartían la idea de que el aborto era análogo a matar a una persona. San Agustín, por su parte, señala que el acto de aborto (antes de 90 días de gestación) no se considera homicidio porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotada de sentidos. Por su parte Santo Tomás de Aquino propuso que *“el cuerpo no puede tener alma humana hasta que tenga una forma reconociblemente humana”*, por lo que el aborto no podría equipararse con un homicidio en la fase inicial de la gestación. En 1312 esta última opinión fue aceptada por la Iglesia en el Concilio de Viena. Cabe señalar que estos autores son filósofos (Ortiz, 2009).

Por otro lado, en 1870 Pío IX declara que el Papa es infalible en temas de fe y moral y posteriormente Pío XII en 1951, al igual que otros Papas como Juan Pablo II, en 1995, condenan al aborto en varias declaraciones, siendo éstas “infalibles” (Ortiz, 2009).

A través de la historia y actualmente la iglesia católica ha influido en la política y en las legislaciones de los países más apegados a ella, como lo es el caso de México. En lo que concierne a la interrupción de embarazo, la Iglesia y el Estado coinciden en condenar al aborto voluntario como un acto miserable, como un pecado grave, a través de una moral sexual que atribuye a la maternidad un *“vitalismo fetal privilegiado”*²¹, contradictorio con el poco apoyo real que existe hacia la maternidad en México, es decir, se privilegia la vida del feto sobre la mujer que se puede convertir en madre, el posible hijo es más importante que la posible madre.

Major et. al. (2009) describe que las creencias religiosas influyen en la manera en que se vive el aborto, y dicha influencia varía por edad, zona del país, origen, estatus socio económico, educación y ocupación.

En un mundo donde conviven una gran cantidad de personas con religiones diferentes, otras sin religión y todas con valores morales distintos, la ética resulta de gran utilidad para

²¹ El *vitalismo fetal privilegiado* implica que la vida del feto es lo más importante, independientemente de la mujer que lo lleva en su cuerpo y las condiciones emocionales, sociales y económicas en que ella viva y en que viviría el posible hijo.

sobrellevar y entender la convivencia cotidiana de la diversidad de individuos, como veremos a continuación (Barraza et. al, 2002).

1.7 Ética y aborto

La ética puede definirse como una crítica y reflexión acerca de la moral (las costumbres y los valores predominantes en una sociedad). Se refiere también al autogobierno, cuidado y conocimiento de uno mismo. Lo que se vincula de manera importante con la convivencia con los otros. Es decir, la ética propone caminos para mejorar las relaciones entre las personas y de la persona con ella misma. Para Lévinas (1977) la ética es la filosofía primera debido a que trata de la relación del humano con el humano (Rizo, 2010).

Así pues, la ética se identifica con el *código teleológico*, es decir, aquel que no establece deberes fijos sino que reflexiona las acciones humanas a partir del fin que se busca lograr y del contexto (Barraza et. al., 2002). Según Lamas (1989) las características del código teleológico son:

- No establece deberes fijos sino en función del fin que se pretende lograr.
- Admite que las personas sean agentes morales, es decir, que pueden tomar decisiones por su propia cuenta.
- Incluye una variedad de filosofías y doctrinas éticas. No hay una doctrina única.
- Las reglas tienen un sentido teleológico, es decir, identifican las aspiraciones de las personas y los objetivos hacia los cuales debería tender la conducta humana; pero si esos objetivos no se cumplen, no se considera que las personas hayan actuado de manera poco ética o incorrecta.
- Aceptan gradaciones de lo malo a lo bueno, de lo permisible o inaceptable.
- No hay acciones buenas o malas a priori. Lo bueno y lo malo pueden variar de acuerdo con la situación o la interpretación cultural en que se den.
- El valor moral de una acción tiene que ver con la elección humana en situaciones concretas.
- Es importante que la persona que toma decisiones y es responsable de sus actos, tome en cuenta las demandas inmediatas del momento.

Por otro lado, Aray (1998), quien habla desde la postura psicoanalítica, describe que la mayoría de las discusiones éticas que argumentan acerca de la aceptabilidad o no

del aborto, giran en torno a:

- a) si la vida es sagrada
- b) qué se entiende por vida humana
- c) cuándo empieza a existir una persona

Los tres ejes anteriores son relevantes ya que de la respuesta o respuestas a esas tres cuestiones dependerá si se puede equiparar a un aborto a un asesinato. Y entre menos similar sea con un asesinato, más viable y permisible sería.

El dilema acerca si la “persona” comienza a existir en el momento de la concepción o en otro momento, hasta el momento no se ha resuelto, ya que la ciencia no ha podido confirmar ni negar categóricamente esta afirmación. Debido a ello nadie puede ocupar la responsabilidad moral de otra persona para evaluar algo tan complejo y multi-causado como lo es el aborto, por lo que sólo la persona misma que va a abortar es la que puede decidir legítimamente (Lamas, 1989 en Arellano, 1989). Los posibles padres eligen el valor que están en posibilidad de conferirle al embarazo y deciden conforme a este valor si continúan o no con el mismo (Hierro, 1977 en Arellano, 1989).

Así pues, preguntarnos acerca de si el aborto es una buena o mala decisión, es una pregunta ética ya que no hay una sola respuesta “correcta” sino que la respuesta depende de los valores, las creencias, los deseos y circunstancias de cada persona (Barraza et. al., 2002). Aunque existen algunos datos objetivos, como que no hay sensaciones ni viabilidad extra uterina para el embarazo hasta después de la semana 24 (Ortiz, 2009), el cual es un argumento muy importante para distinguir una interrupción de embarazo de un asesinato, ya que en un asesinato la persona afectada sí tiene sensaciones y en un embarazo no hay sensaciones antes de las veinticuatro semanas, por lo que incluso es cuestionable llamarle persona a al no nacido carente de sensación.

Podemos decir que existen dilemas éticos en aquellas situaciones en las que “no hay una clara respuesta correcta o incorrecta”, sino que sólo se puede argumentar en favor y en contra de cada respuesta, como es el caso del aborto voluntario (Macklin, 1995 en Barraza et. al, 2002). Aunque la ética analiza estos dilemas, no tiene por objetivo establecer lo que se debe hacer en cada situación concreta, pues es una disciplina que mantiene respeto por la libertad de las personas y su capacidad y responsabilidad para tomar decisiones autónomas. Para ella es imposible prescribir

comportamientos “correctos” como lo hace la moral y la religión. Lo que hace la ética es tratar de aclarar qué valores son los que entran en conflicto ante un embarazo no deseado y señalar las posibles consecuencias de tomar una decisión u otra, pero no le dice a las personas qué hacer sino que cada quien al darse cuenta de su panorama, toma una decisión al respecto (Barraza et. al., 2002).

La reflexión ética está fundada en la racionalidad de las personas, por lo que analiza el contexto particular en que se da una decisión y los fines que llevaron a una persona a actuar de esa manera para poder argumentar acerca de la pertinencia o no de sus acciones, si fueron correctas o incorrectas en ese caso (Barraza et. al., 2002).

Macklin (1995) citado en Barraza et. al.(2002) menciona que la filosofía a través de la ética y demás ramas no ofrece una guía para manejar dilemas éticos: pero que sí apunta a proporcionar una “*dimensión profunda de las cosas*”. Lo que implica que aporta comprensión al problema y esa comprensión llega a dar respuestas a “problemas morales”. Pero hay situaciones en que la ética sólo puede exhibir porqué no se pueden encontrar respuestas únicas y correctas para un dilema moral.

La ética de una persona libre “*nada tiene que ver con los castigos ni los premios repartidos por una autoridad humana o divina*” sino con un auto análisis de su situación particular y su capacidad para tomar decisiones (Savater en Barraza et. al, 2002).

Macklin (1995) en Barraza et. al. (2002) concluye que, ante una controversia ética, que se relaciona con conducta social, como es el caso del aborto, la filosofía a través de la ética y la lógica, pueden “*arrojar luz*” mostrando cómo contribuyen al problema las confusiones conceptuales y las falacias. Y aún cuando al hacer un análisis filosófico de estas cuestiones no se resuelva del todo la discusión sobre la moralidad del aborto, brinda una concepción más profunda de porqué la controversia sigue vigente y pudiera ser irresoluble. Siguiendo con esto, Kant define como *antinomias* a este tipo de argumentaciones encontradas, que razonan ilimitadamente sin que una triunfe sobre la otra y se pueda llegar a un conocimiento radical, definitivo y verdadero (González, 2008 en Enríquez & Anda, 2008).

Finalmente, me gustaría agregar que el aborto es “*la otra cara de la moneda de la fecundación artificial*”. Ya que en ambos casos el individuo no acepta someterse a un destino, sino que busca, por todos los medios, hacerse protagonista de su historia. Tanto

en la promoción como en la interrupción de sus fines. Esto es la manipulación ética, es decir, hacerse responsable del propio proceso generativo (Veggetti-Finzi, 1988).

1.8 El ámbito psicológico del aborto

1.8.1 Características socio demográficas de las mujeres que abortan

Las características sociodemográficas de las mujeres tienen un impacto en sus características psicológicas, y tienen influencia en la manera de reaccionar por parte ellas ante un embarazo y un aborto, por lo que algunos estudios han tratado de dilucidar el perfil de las mujeres que pasan por un aborto voluntario. Sin embargo, aunque se han logrado hacer algunas generalizaciones, las mujeres que tienen esta vivencia pueden pertenecer a cualquier categoría del espectro social: rurales y urbanas, clase baja, media o alta, profesionistas y analfabetas, amas de casa, estudiantes, casadas, solteras o divorciadas. Esta diversidad se explica por la situación de que ninguna mujer en edad fértil está libre del riesgo de un embarazo no deseado incluso aunque use métodos anticonceptivos (GIRE, 2003).

“El perfil de este grupo es polifacético y resulta tan inútil como imposible conceptualizarlo” dentro de las tareas de la normatividad médica, psicológica y sociológica (Kraus, 2001 en Figueroa, 2001).

Cabe mencionar que en diversas investigaciones se ha descrito que el aborto es tres veces más probable entre las mujeres pobres (Gaviria, 2004), debido a que en esta población encontramos los índices más elevados de analfabetismo, de comunidades sin acceso a servicios de salud, lo que implica escasez y dificultad en la provisión de servicios de anticoncepción, de salud reproductiva y de planificación familiar (Kraus, 2001 en Figueroa et. Al, 2001). En este sentido podemos ver cómo el grupo social con menor calidad de vida es el que recurre con mayor frecuencia al aborto, lo cual podría implicar no querer traer a más personas a vivir en esas condiciones.

Se calcula que de 50% a 60% de los embarazos en Estados Unidos no son deseados ni planeados y cerca de la mitad de ellos son electivamente abortados. Y cada año cerca de 3 de cada 100 mujeres entre 15 y 44 años tienen abortos, 55% de ellas son menores de 25 años y 22% mayores de 30 años, lo que nos habla de una mayor incidencia de aborto en población joven en esta región (Gaviria, 2004).

Cabe destacar que en América Latina y El Caribe, según la OMS, la incidencia del aborto es también mayor en la población joven, la tasa es de 20 por 1000 en

adolescentes de 15 a 19 años y alrededor de 40 por 1000 en mujeres de 20 a 29 años (Guillaume & Lerner, 2007).

Algunas investigaciones apuntan hacia la existencia de diferencias culturales en la práctica del aborto, por ejemplo, en Colombia y Perú existe una mayor frecuencia de aborto entre las casadas o que viven en unión libre. En Cuba y Brasil la mayor incidencia ocurre entre las solteras (Guillaume & Lerner, 2007).

Algunas evidencias apuntan a que el aborto en México es frecuente entre mujeres casadas y con hijos, como el estudio realizado por Valle (1990) quien hizo una encuesta a 100 mujeres que habían llegado al Hospital General (en el Distrito Federal) por complicaciones de un aborto inducido, en su muestra, 69% de las mujeres tenían ya una criatura o más, 88% eran católicas y el 55% tenían entre 21 y 30 años, sin embargo, este estudio no es representativo de la población mexicana en general (GIRE, 2003).

1.8.2 Motivos para interrumpir un embarazo

De la Barreda (1985) en Arellano (1989) afirma que no hay mujeres que aborten por gusto. Lo cual implica que cuando se toma esta decisión se piensa en producir un bien y evitar un daño, ya sea al no nacido, a nivel social o a nivel individual.

Cabe mencionar, que no existe ninguna encuesta a nivel nacional en México sustentada en muestras representativas, acerca de opiniones, causas y consecuencias del aborto voluntario (Guillaume & Lerner, 2007).

Algunas causales para el aborto según Arellano (1989) son:

- La mujer resulta embarazada de alguien que no se considera digno de pertenecer a la familia.
- El embarazo es producto de una relación inestable o fuera del matrimonio.
- Violación.
- Incesto.
- Cuando el embarazo ocurre al margen de la “decencia” y las “buenas costumbres”.

Por otro lado, según López (2004) entre las razones para abortar se encuentran:

- Número excesivo de hijos.
- Mala situación económica.
- Falta de conocimiento en métodos anticonceptivos.
- Actitud negativa del compañero hacia el embarazo.
- Conflictos en la pareja.
- Ser el bien mayor para sí misma, para quiénes la rodean o para el no nacido.
- Sospechas de anormalidades mentales o físicas del feto.
- Posibilidad de daño físico o mental para la mujer.

La incidencia del aborto puede explicarse también por fallas en los métodos anticonceptivos, siendo los métodos anticonceptivos naturales (ritmo y coito interrumpido) y el preservativo los que tienen mayor probabilidad de fallo. Además del uso incorrecto, irregular u olvido de métodos hormonales. También a la ausencia de una práctica anticonceptiva, debida a una sexualidad irregular que lleva a justificar la no prevención. O una sexualidad impuesta o no prevista. Asimismo impedimentos físicos o burocráticos en el acceso a centros de salud, así como la negativa de los hombres a recurrir a métodos anticonceptivos para ellos o el temor a efectos secundarios desfavorables si ellas los usan (Guillaume & Lerner, 2007).

Según Barraza et al. (2002), las razones psicológicas para decidir voluntariamente un aborto, se podrían resumir de la siguiente manera:

Para evitar la maternidad: “no quiero tener hijos; mi método anticonceptivo falló”.

Por maternidad satisfecha: “tengo ya todos los hijos que quiero”.

Para posponer la maternidad: “mi último hijo es todavía muy pequeño; quiero retrasar la llegada de un hijo”.

Por problemas en la relación de pareja (conflicto o ausencia de la figura masculina): “tengo problemas con mi pareja; no quiero criar a un hijo sola; quiero que mi hijo crezca con un padre; debo estar casada antes de tener un hijo”.

Por violencia física o verbal: “mi pareja me golpea, mi pareja me dice que no valgo nada, quiero alejarme de él pero no puedo”.

Por la etapa del ciclo vital: “creo que soy muy joven para ser una buena madre; mis padres no quieren que tenga un hijo; no quiero que mis padres sepan que estoy embarazada; soy muy grande para tener otro hijo; ya no tengo energía para cuidar a otra criatura”.

Por coerción: “he sido violada; mi padre —u otro pariente— me embarazó; mi pareja —o una persona cercana— insiste en que tenga un aborto”.

Otras razones para interrumpir un embarazo según Barraza et al. (2002) serían:

Por condiciones socioeconómicas: “no puedo mantener a una criatura ahora; quiero terminar mi carrera; necesito trabajar tiempo completo para mantenerme a mí misma o a mis hijos”.

Por motivos de salud: “el embarazo puede afectar mi salud; padezco una enfermedad crónica; el feto puede tener deformaciones; estoy infectada de VIH”.

Otra razón relacionada con la salud, que puede hacer cambiar de opinión a la mujer respecto de la continuación de su embarazo son los síntomas severos del embarazo: náusea y vómito, fatiga o mareo, lo cual puede afectar de manera importante su desempeño laboral, académico y afectivo. Cabe resaltar que el hecho de que otras mujeres hayan superado este tipo de circunstancias no quiere decir que aquellas que deciden no hacerlo son débiles o malas (Baker, 1989).

En resumen, existen causas, para decidir tener un aborto, de tipo socio-económico: condiciones de vida precaria que se relacionan con falta de apoyo financiero por parte de la pareja, la familia o el Estado. Y también actitudes de rechazo social ante embarazos fuera del matrimonio o fuera de relaciones estables, además de condiciones desfavorables para el acceso a métodos anticonceptivos (Guillaume & Lerner, 2007).

También existen razones psicológicas para esta toma de decisión, tales como: evitar la maternidad ya sea de manera temporal o definitiva, tener el proyecto de maternidad satisfecho, condiciones emocionales que dificultarían la crianza de un posible hijo, tales como conflictos con la pareja, ausencia de apoyo del compañero y violencia de género; incluidas en esta categoría estarían igualmente, las razones de abortar debidas a coerción o presión por parte de la pareja o familia para realizarlo y las condiciones psicológicas desfavorables presentes en las diferentes etapas del ciclo vital como “*ser muy joven o muy adulta para ser madre*”, y por ultimo, un posible daño a la

salud mental de la mujer y a su bienestar emocional en general, está inserto en este tipo de motivos.

Finalmente tenemos los motivos o los porqués relacionados con evitar un daño a la salud física de la mujer o por una posible enfermedad o malformación en el feto.

1.8.3 Las reacciones emocionales y sentimientos ante la vivencia del aborto voluntario

Las mujeres pueden tener reacciones emocionales muy distintas ante el aborto (Acevedo, 2002), por lo que es complejo estudiarlas y encontrar tendencias; sin embargo, es de relevancia estudiar esta diversidad.

Major et al. (2009) enfatiza que al hacer investigación psicológica acerca del aborto, es muy importante considerar siempre el contexto sociocultural en que sucede, debido a que, como ya mencionamos, la influencia cultural y social es muy importante en la vivencia emocional de la interrupción de embarazo. Así pues, la recomendación es tomar en cuenta la información relevante para la decisión de abortar, tal como: si el embarazo fue deseado o no, los motivos para realizarlo, el número de hijos, raza y duración de la relación de pareja; lo cual se relaciona con las reacciones ante el aborto. También menciona que los estudios retrospectivos acerca del aborto son menos fiables que los realizados antes o con cercanía a que haya sucedido el aborto. Y agrega que es importante estudiar como grupos distintos a las mujeres que han pasado por un único aborto voluntario y las que han pasado por más de uno.

Así pues, es importante resaltar que *“resulta un mito la idea de que el aborto daña inevitablemente la salud mental de la mujer”*²², ya que el contexto particular de la mujer que pasa por una experiencia de interrupción de embarazo, determina las consecuencias psicológicas positivas o negativas que se presentan. Las reacciones ante la interrupción de un embarazo y posteriores a ella, dependen de circunstancias del contexto como: el tiempo de embarazo, si la mujer ya tiene hijos, las creencias religiosas

²² La salud mental se definirá como ausencia de psicopatología o de desórdenes mentales, tales como: depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias, suicidio y ansiedad, principalmente. Sin embargo, es importante aclarar que además de ausencia de psicopatología, también implica un estado de bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo, es decir, “(...) un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”; por lo que es un concepto en el que interactúan factores sociales, biológicos y psicológicos y sus implicaciones varían de cultura a cultura (OMS, 2004).

o espirituales, el apoyo de la pareja o de la familia, ideas socioculturales previas acerca del aborto, la situación legal del aborto, la economía de la mujer, las condiciones sanitarias y del profesionalismo con que se realice (GIRE, 2010).

Por otro lado, es muy importante resaltar que el aborto es una experiencia definida por la ambivalencia, ya sea mientras se está tomando la decisión de llevarlo a cabo y también después de realizado, lo cual implica una mezcla de emociones positivas y negativas en las mujeres (Adler et al. 1990, Dagg, 1991 en Major et al., 2009). Por ejemplo, sentimientos ambivalentes como:

- Alegría por un embarazo VS Tristeza por no tener condiciones adecuadas para continuarlo.
- Tranquilidad por confirmar la fertilidad VS Culpa por no haber controlado la fertilidad.
- Liberación al pensar el aborto como una opción VS Miedo de poner la vida en peligro al llevarlo a cabo y temor al estigma.
- Tranquilidad por haber tomado una decisión VS Pareja o familia que se oponen a esa decisión.

Las reacciones emocionales ante un aborto de un embarazo no deseado y no planeado son distintas a las que suscita un aborto de un embarazo deseado y planeado, que se lleva a cabo generalmente por razones de salud de la madre o del feto (Major et al., 2009). En el segundo caso el sentimiento de pérdida sería más intenso y prolongado que en el primer caso, ya que generalmente cuando hay un embarazo deseado, existe un lazo afectivo con el mismo desde las primeras semanas de gestación.

Así pues, el aborto *en sí* no causa daño alguno a nivel psicológico, según Pérez (1980) en Arellano (1989) las mujeres que no se ligan afectivamente al feto evolucionan mejor después de haber abortado que las que sí lo hacen.

Según Anne Baker (1989), quien ha sido co-creadora y directora de la Clínica Hope para mujeres en Estados Unidos de América que atiende a mujeres con embarazos inesperados y realiza abortos desde 1980 y es autora de varios libros acerca del tema de la orientación (consejería) en este ámbito; menciona que el embarazo no deseado y el aborto son experiencias que se acompañan de estados emocionales diversos y que se

pueden clasificar y caracterizar en cuatro momentos:

- a) Al confirmar un embarazo inesperado
- b) Al tomar una decisión respecto del embarazo inesperado
- c) Previo al procedimiento de interrumpir un embarazo
- d) Posterior a la interrupción de un embarazo

Así pues, a continuación se hace una breve descripción de la caracterización y los estados emocionales en estas cuatro etapas.

a) Emociones ante un embarazo inesperado o accidental

Según Baker (1989) el embarazo no planeado es una crisis que se caracteriza por los siguientes aspectos:

- a) Es una crisis mayor en la vida debido a que afecta la vida de más de una persona de manera importante: los padres, la familia, los hijos, el esposo o novio y la propia mujer. Ya que todos estos actores pueden verse afectados profundamente por la decisión que tome la mujer.
- b) El tiempo para tomar una decisión acerca del embarazo es limitado, ya sea continuarlo, evaluar la adopción o interrumpirlo.
- c) Es una crisis tanto física como emocional, especialmente cuando la mujer tiene síntomas como náusea, vómito, fatiga, sensibilidad en los senos y en general sensación de encontrarse "indispuesta" debido al embarazo, lo cual afecta el ánimo y las actividades cotidianas de la mujer, incluyendo su trabajo, sus actividades académicas y sociales.

b) Emociones durante la toma de decisión acerca del embarazo inesperado

Podemos afirmar con Baker (1989) que existen dilemas ante la experiencia de un embarazo no deseado y también para decidir abortar. Las mujeres con un embarazo no deseado están pensando los pros y los contras de tener su bebé y conservarlo *versus* interrumpirlo.

Cabe resaltar que las mujeres generalmente no piensan en la adopción como una opción ante un embarazo accidental debido a reflexiones tales como : *"si voy a pasar los*

nueve meses de embarazo y el dolor del parto, no seré capaz de separarme del bebé una vez que nazca”, “siempre estaría pensando si está bien, o dónde está”. Aunque las mujeres rechazan la adopción por estas razones, algunas se sienten egoístas por no cederle un hijo a una pareja infértil. Por lo cual es importante que la mujer logre separar su problema (embarazo no deseado) del problema de las parejas infértiles. Ya que la mujer fértil no tiene la obligación de proveer de hijos a las parejas infértiles (Baker, 1989).

Muchas veces al momento de tomar su decisión las mujeres declaran: *“yo realmente no sé que hacer”*, esta declaración de ambivalencia puede surgir de diversas fuentes de conflicto, entre ellas que sus padres o compañero la presionan para realizar el aborto, también puede existir un conflicto moral ante el aborto, miedo a poner en peligro su salud, conflicto con la ilegalidad del procedimiento o miedo y culpa si fue expuesta a propaganda anti-aborto.

La ambivalencia también puede ser provocada por el hecho de tener problemas económicos para pagar el aborto, cuando la edad de la mujer está cerca de la menopausia y por lo tanto la posibilidad de tener un embarazo está a punto de concluir o si existen fantasías acerca del “bebé”, es decir, si ya hubo una donación de existencia de afecto y pensamiento (Veggetti-Finzi, 1988).

Cuando una paciente expresa vehementemente que para ella el aborto es como un asesinato (lo mismo que dispararle a una persona) y que “ella nunca se lo va a perdonar”, es importante evaluar si es pertinente que pase por el aborto (al menos en ese momento) y sería pertinente una sesión de orientación²³ para aclarar esos valores. Otra situación que incita a negar una solicitud de aborto es cuando la mujer que lo realiza está decidiendo bajo presión de otra persona (Baker, 1989).

Cabe mencionar que según Baker (1989) es perfectamente normal que una mujer tome una decisión y todavía esté ambivalente en algún grado. Todos tomamos decisiones frente a las cuales nunca nos sentimos totalmente seguros pero eso no quiere decir que no hayamos tomado una decisión correcta. Las decisiones pueden haber sido muy pensadas pero pueden quedar aun sentimientos de culpa o tristeza.

²³ La importancia de una sesión de orientación previa al aborto y/o posterior a él, se amplía en un apartado posterior.

En ocasiones esta es la primera decisión de peso que una mujer debe tomar por y para sí misma. Algunas mujeres todavía están condicionadas para ser pasivas y dependientes de alguien que perciben como más fuerte que ellas, como su compañero o padre; y es importante que ella perciba que es capaz de tomar esta decisión al igual que otras (Baker, 1989).

Es importante resaltar que cualquier mujer puede tomar una experiencia de aborto aparentemente negativa como una experiencia de crecimiento. Puede aportar empoderamiento al sentirse una mujer fuerte por ser capaz de tomar una decisión tan difícil como interrumpir un embarazo no deseado (Baker, 1989).

c) Emociones el día del procedimiento de aborto

El día del procedimiento el sentimiento más común que experimentan las mujeres es el miedo. Las fuentes de éste son variadas: a lo desconocido y al dolor principalmente. Pueden sentirse menospreciadas también por el personal de la clínica dónde pasarán por el aborto o que el personal no muestre profesionalismo, además de miedo a sufrir complicaciones que la dejen estéril, o a que se sientan adoloridas o enfermas cuando salgan de la clínica, según Baker (1989).

Aparte del miedo pueden sentir tensión, cansancio, tristeza, vergüenza, culpa, ambivalencia y rabia o “sentirse tontas”. También pueden encontrarse preocupadas por problemas con gran carga emocional como la sexualidad, la anticoncepción, la maternidad, la religión, la relación de pareja o los padres. Muchas mujeres se sienten enfermas e indispuestas debido al embarazo y al estrés, por lo que en lo anterior radica la importancia de la orientación pre- aborto como veremos en próximos apartados (Baker, 1989).

Hay que resaltar que, según Baker (1989) no hay que negar un aborto cuando:

1. La culpa parece tener proporciones manejables.
2. Ella considera que las razones para su aborto son válidas.
3. Ella tiene el apoyo de otra persona y se siente cómoda de acercarse a él o ella.
4. No cree que Dios se vengará de ella.

Cabe destacar que la mayoría de la literatura encontrada investiga y describe las emociones presentadas por las mujeres después de un aborto y difícilmente encontramos literatura acerca de las emociones presentadas ante un embarazo no deseado, ante la toma de decisión al respecto de tal embarazo ni tampoco en lo que concierne a las emociones de la pareja y la familia de las mujeres. Así pues, a continuación se presenta lo planteado por algunos autores acerca de los estados emocionales o sentimientos que más probablemente se presentarán en las mujeres después de haber pasado por un aborto.

d) Emociones después de una interrupción de embarazo

Según Stotland (en Gaviria, 2004), los sentimientos que pueden surgir después de un aborto son:

- a) Madurez: las mujeres perciben un cambio, pasando de la pasividad a la responsabilidad activa, reconocen que de esta compleja decisión han aprendido a tomar con responsabilidad su futuro y a tomar decisiones y acciones congruentes con ello.
- b) Alivio y liberación: sienten que pueden reenfocar su vida y continuar con sus planes y proyectos.
- c) Culpa: que pudiera estar relacionada con la idea de la terminación de una vida humana equiparando al aborto con un homicidio o con la concepción inoportuna o precipitada (la cual denota falta de control o empoderamiento²⁴).
- d) Tristeza: generalmente es causada por la ambivalencia hacia el embarazo y el aborto, ya que se trata de una decisión compleja que esta relacionada profundamente con cambios hormonales, planes y proyectos, principios y valores, sentimientos, frustraciones, deseos, situación social, académica, económica, religiosa, familiar y de pareja.

Algunas consecuencias psicológicas generadas después de un aborto inducido pueden ser: dudas, culpa, desesperación, depresión, alivio y liberación. El que se

²⁴ "El empoderamiento es un proceso que contribuye a que las personas puedan ser, hacer y decidir por sí mismas" (COSUDE, 2004).

presente una u otra reacción depende de la libertad y responsabilidad con que la mujer elabore sus juicios y también el valor que ella atribuya a la maternidad (López, 2004).

Si la decisión de interrumpir un embarazo de manera voluntaria, es una decisión firme y con base en el ejercicio consciente de la responsabilidad “la mujer no experimenta daños psicológicos” (López, 2004). Además de tener claridad de haber elegido el menor de los males, tampoco se esperan sentimientos de culpa ni daño psíquico posterior. La decisión bien tomada trae consigo la sensación de alivio y liberación (GIRE, 1999 en Hernández & Morales, 2002).

Por otro lado, según Baker (1989) las pacientes pueden expresar sentimientos de disonancia, tristeza y pérdida, sentimientos “egoístas”, de arrepentimiento, culpa y rechazo o miedo al sexo después de un aborto.

La disonancia consiste en “la certeza de saber que se esta haciendo lo correcto pero no sentirse bien al respecto” o “sentir una cosa y pensar otra”. Es decir, existe una discordia entre la creencia de algo correcto por un lado, y por el otro sentimientos de incomodidad, angustia, tristeza, etc. al respecto. Es importante resaltar que las mujeres pasan por otras decisiones ante las que se podrían sentir así, tales como interrumpir una relación de pareja de abuso y violencia y todavía sentir que se ama a la persona, o alejarse de los padres sabiendo que pueden sentirse heridos por su decisión. Los sentimientos negativos no implican necesariamente una decisión incorrecta (Baker, 1989).

En el caso de las mujeres que hasta el momento de su decisión de abortar siempre habían estado en contra del aborto, es probable que sus creencias y valores hayan cambiado , lo cual puede traer consecuencias benéficas y de tranquilidad. Sin embargo, si la mujer continúa considerando que el aborto es inmoral puede sentirse deprimida, triste, amargada, o avergonzada (Baker, 1989).

Existen casos en los que para algunas mujeres imaginarse un “bebé miniatura” en su interior produce ternura, lo cual hace que para ellas sea mas difícil desde el punto de vista emocional pasar por el aborto, aún cuando esto no les haga cambiar su decisión con respecto al mismo (Baker, 1989).

La mujer después de un aborto puede tener sentimientos de tristeza, pérdida y arrepentimiento. Por lo que en esos casos es importante explorar si las condiciones en las que tomó la decisión han cambiado y si es por ello que se presentan estas sensaciones, , además de recordar los motivos por los que tomó su decisión (Baker, 1989).

Si la mujer se siente egoísta, será importante hacer énfasis en que todas las personas tienen derecho a tener tiempo para sí mismas y que esta bien hacer algo con la propia vida antes de tratar de dar algo a otro ser humano. Reflexionar acerca de que si la gente tuviera hijos sólo cuando se siente preparada emocional, económicamente y físicamente, habría menos abuso y descuido hacia los niños en el mundo, puede aportar para la resolución de este conflicto (Baker, 1989).

Como hemos mencionado, la culpa es una de las principales emociones que pudieran presentarse ante la toma de decisión de interrumpir un embarazo o después de llevarla a cabo, este sentimiento se define como presencia de remordimientos de conciencia por haber hecho algo malo. Cabe mencionar que una vez que hemos determinado que ella está segura de su decisión pero sigue luchando con sentimientos de culpa, es importante centrarse en las razones por las cuales abortó. En estos casos generalmente la mujer siente que el aborto es destruir una vida y que por lo tanto está mal desde el punto de vista moral, por lo que tiene un conflicto entre la preservación de la vida y la consideración sobre la clase de vida a la cual tiene derecho un niño (Baker, 1989).

Hay mujeres que temen que Dios no las perdone y que incluso han estado rezando, por lo que es importante aclarar su concepto de Dios y reflexionar acerca de que una de las principales características de Dios es que es capaz de perdonar y que si la decisión se hace por un bien mayor, Dios probablemente puede comprender eso (Baker, 1989).

La gran mayoría de las personas experimentan culpa en algún momento de su vida, sin embargo; algunas personas utilizan su culpa para ser autodestructivas. Otras se sienten motivadas para hacer lo que las haría sentirse mejor frente a sí mismas. A continuación se presentan algunas formas positivas y otras negativas en las que las personas manejan la culpa, según Baker (1989):

1. Pueden ocuparse de sí mismos con trabajo, proyectos, familia y disociarse a sí mismos en eventos o lugares, por lo que se puede convertir en una culpa no resuelta que podría convertirse en acciones auto castigadoras tales como aislarse de amigos, comer demasiado o abusar de drogas y alcohol. Por lo que necesitarán permitirse sentir la rabia, la tristeza o el temor que acompaña la culpa. Luego perdonarse a si mismos, rechazar la culpa y continuar con su vida.
2. Culpar a otra persona es una forma de negar la responsabilidad del acto.
3. Pueden decirse a sí mismas que si alguna vez se encontraran nuevamente en la situación “nunca lo harían de nuevo”.
4. Pueden recrear la misma situación y optar por la otra alternativa. Piensan que esta vez harán lo correcto.
5. Pueden negar su comportamiento convenciéndose a si mismas de que nunca ocurrió y expulsándolo de sus pensamientos.
6. Pueden castigarse a sí mismas permaneciendo con gente que las critica o desarrollar enfermedades psicosomáticas y de esa manera “pagar” su acción.
7. Pensar que no merecen sentirse bien y se pueden castigar a sí mismas aumentando la lista de cosas que han hecho que prueban que no son una buena persona.
8. Pueden proyectar su vergüenza y su rabia hacia personas que han hecho lo mismo criticándolas.

Las personas desarrollan patrones para manejar la culpa que pueden ser autodestructivos, como los mencionados anteriormente, los cuales aprenden desde niñas o niños pero más tarde pueden cambiar esos métodos poco saludables de manejar la culpa; sustituyéndolos por formas sanas como los que se mencionan a continuación:

9. Pueden aliviar su culpa mirando a otros que se han comportado similarmente. Sin caer en la situación de sentirse bien porque alguien esta peor.
10. Pueden decidir arrepentirse de la transgresión siendo “buenas”; esta aproximación puede ser saludable a menos que piensen que sus buenas acciones nunca serán suficientemente buenas, ya que se pueden agotar infructuosamente buscando la mejor acción.
11. Pueden sentir rabia o tristeza por no vivir de acuerdo con sus principios y perdonarse a sí mismas decidiendo resolver la experiencia.
12. Pueden reevaluar sus valores y concluir que lo que hicieron no era malo, cambiando su sistema de valores y sintiéndose bien consigo mismas.

13. Pueden decidir modificar más que cambiar sus valores, por lo que pueden concluir que algo puede ser bueno o malo dependiendo de las circunstancias.

Las mujeres después de un aborto pueden sentirse incómodas, de diferentes maneras, acerca de la vida sexual activa. Es comprensible que las personas reaccionen con temor ante hechos emocionalmente y físicamente estresantes. Por lo que podría ser sabio evitar la actividad sexual por un tiempo hasta tener espacio de analizar sus temores y necesidades. Sin embargo, la sexualidad es una parte fundamental del ser humano, tanto como las emociones o el intelecto y cuando las personas tratan de romper “para siempre” con su sexualidad a menudo ocurre una relación sexual no planeada que podría tener como consecuencia un embarazo accidental (Baker, 1989). Algunas de las actitudes que las mujeres pueden tomar ante la actividad sexual después de un aborto son:

1. “Nunca más tendré relaciones sexuales”.
2. Temor al embarazo.
3. Temor al embarazo y al cansancio con los métodos anticonceptivos.
4. Temor a la culpa, por tener relaciones sexuales.

Por lo que es importante brindar información clara, objetiva y cálida en estos temas para resolver esos sentimientos acerca de las relaciones sexuales post - aborto²⁵.

Podemos concluir que la manera en como la gente interpreta la información ejerce influencia sobre sus sentimientos y que las buenas personas pueden tomar decisiones difíciles basadas en razones válidas (Baker, 1989).

1.8.4 Influencia emocional del apoyo social (pareja y familia) en la mujer que aborta

Kraus (2001) en Figueroa (2001) enfatiza la importancia de resaltar la ausencia del concepto de pareja en la mayoría de los casos de aborto voluntario. Esta ausencia se refleja también en las pocas investigaciones que abordan el papel de los hombres en la salud reproductiva en general y en el aborto en particular. Ya que el imaginario socialmente construido y expresado por los varones consiste en ubicar el ejercicio de la sexualidad en el dominio masculino, y por otro lado la anticoncepción, la reproducción

²⁵ Para más información al respecto consultar: Baker, A. (1989) *Manual completo de orientación para embarazos indeseados*. Bogotá: Fundación ESAR.

humana y el aborto como del dominio femenino (Guillaume & Lerner, 2007).

Sin embargo, el papel del hombre tanto en la práctica anticonceptiva como en el aborto es fundamental, especialmente lo relacionado con el grado de vínculo afectivo y del nivel de compromiso con su pareja, ya que como se mencionó en el apartado anterior, los conflictos con la pareja y los que se tienen en la familia pueden ser el principal motivo de la decisión de interrumpir un embarazo. En ocasiones, esa situación conflictiva puede provocar dificultad emocional en el momento de la decisión y aún después del proceso de interrupción de embarazo por parte de las mujeres (López, 2004).

Lo anterior se confirma con las investigaciones hechas por GIRE (2010) y Acevedo (2002) en las que se describe que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo en medio de situaciones conflictivas, como falta de apoyo de la pareja o los vínculos afectivos importantes, son más propensas a sufrir perturbación emocional. Y en los casos en los que la decisión de interrumpir un embarazo, se acompañó de alguna ruptura en lazos afectivos o dentro de una situación emocional difícil, el sentimiento de pérdida y la tristeza son frecuentes.

Cuando un aborto se realiza por presión familiar o de la pareja la presencia de depresión post aborto es probable (Acevedo, 2002).

Según Major et al. (2009), entre más se perciba una situación de conflicto con la pareja, por parte de las mujeres, se aumenta el estrés en la decisión de interrumpir un embarazo y posterior a ella, sin embargo, esto no implica un decremento en el bienestar psicológico acerca de la decisión. A diferencia de cuando se percibe mayor apoyo por parte de la pareja ya que generalmente se vive la decisión y el post aborto con mayor bienestar; sin embargo, la presencia de este apoyo del compañero no decrece totalmente el estrés que conlleva la toma de decisión, el proceso de aborto y el estado posterior a él, en las mujeres que interrumpen un embarazo.

Así pues, las mujeres que perciben más apoyo social, se sienten más capaces de enfrentar el aborto. Por ejemplo, el apoyo de madres y amigos predice mayor bienestar emocional. A diferencia de las mujeres que presentan bajo apoyo social además de baja autoestima y tendencia pesimista, que son predictores de depresión pos-aborto pero no exclusivamente, también lo son de depresión post-parto.

Siguiendo con lo anterior, según la investigación realizada por Cozzarelli et al. (1998) citada en Major et al. (2009), las mujeres más jóvenes y con baja percepción de apoyo social (pareja, familia, amigos) tuvieron una baja percepción de eficacia para enfrentar el aborto.

Por su lado Baker (1989) menciona que las quejas por la pérdida del compañero son muy comunes después del aborto. A menudo la relación ya era conflictiva antes de la decisión de abortar y si el novio desapareció después de que ella lo enteró del embarazo probablemente ella se sienta rechazada o traicionada debido a ello.

Los amigos, los familiares y los compañeros que se encuentran afectados por el embarazo y el aborto deben conocer la influencia que tienen sobre el estado emocional de la mujer embarazada durante y después del aborto para poder proveerle de apoyo afectivo y moral adecuado (Baker, 1989).

A medida que pasan las semanas, las emociones respecto del aborto bajan en intensidad, muchas mujeres necesitan recrear la experiencia y sentir la aceptación comprensión y continuo soporte de aquellos que ella ama durante las semanas posteriores al aborto. Aquellos que han sido su soporte antes del aborto pueden aportar continuo apoyo después del procedimiento (Baker, 1989).

Según Baker (1989) algunas formas en que la pareja y la familia pueden proveerle de apoyo moral son:

1. Convencerla de que el hecho de que haya tenido un aborto no la hace menos valiosa ante sus ojos. Que la aceptas y amas como ser humano respetable.
2. No juzgarla ni criticarla. No estigmatizarla.
3. Hacerle saber que piensas que ella tomó la mejor decisión dadas sus circunstancias.
4. Hacerle saber que puedes escucharla si quiere hablar al respecto del aborto.
5. No empujarla a hablar si prefiere no hacerlo.

Algunas formas en que específicamente los padres, según Baker (1989) pueden contribuir a la estabilidad en el estado emocional de una hija o hijo que pasa por la experiencia de una interrupción de embarazo son:

1. No recordarle cuanto te hirió o cuan irresponsable o descuidada fue para que

sucediera el embarazo accidental.

2. No recordarle todo el tiempo que debe haber aprendido la lección.
3. Permitirle ver a su compañero o compañera.
4. Dejar que decida libremente sobre el uso de un método anticonceptivo.
5. Tener claro que ella no necesita un castigo. Ella ya vivió las consecuencias de enfrentarse a un embarazo accidental.
6. No esperar que deje de hablar del aborto inmediatamente.
7. Si manifiesta sentimientos y pensamientos negativos ayudarle a recordar por qué sintió que el aborto era necesario.
8. Entender que después de un aborto las hormonas femeninas se están reajustando al pasar de un estado de embarazo a uno de no embarazo y esto puede causar cambios de humor.

Siguiendo con lo referente al papel de la pareja en la experiencia de aborto, existen estudios experimentales con animales que precisan el papel del padre en lo referente al embarazo y aborto: ratas hembras separadas por un pantalla del macho que las había fecundado, continuaban normalmente sus embarazos, pero abortaban si dicho macho era sustituido por otro (Garma, 1998 en Aray, 1998).

Finalmente, es importante resaltar que desde el punto de vista de Veggetti-Finzi (1988) autora que escribe desde el punto de vista psicoanalítico y feminista; la maternidad necesita el soporte de una experiencia compartida. Por lo que el aborto es con frecuencia una solución ante la soledad de las mujeres; por lo que hay que analizar la modalidad de las relaciones interpersonales que se ven reflejadas en la vivencia del aborto, ya que ésta está condicionada por la relación sexual que ha provocado la gestación, que puede ser de violencia rutinaria o de conyugalidad estable, con toda una gama intermedia entre estos dos extremos.

Podemos concluir que las consecuencias del aborto pueden ser beneficiosas para la mujer, si las personas con vínculos afectivos cercanos a ella apoyan su decisión (GIRE, 2010).

1.8.5 Tres teorías psicológicas y el aborto

Según la American Psychological Association (Major et al., 2009) en un vasto análisis realizado acerca de la literatura existente acerca de estudios empíricos acerca del aborto inducido con relación a la salud mental, concluye que las tres principales teorías que nos permiten entender las causas y la experiencia psicológica del aborto son: 1) las teorías psicoanalíticas, 2) la teoría de estrés y afrontamiento y 3) la teoría sociocultural, las cuales se describen a continuación.

1) Teorías psicoanalíticas: Algunos autores han interpretado que estas teorías generalmente presentan una tendencia a hacer un análisis y reflexión acerca del aborto como experiencia traumática, que provoca sentimiento de pérdida, depresión, culpa y remordimiento (Major et al., 2009). Sin embargo, es pertinente mencionar que este tipo de sentimientos de hecho, se presentan en la vivencia de un aborto, por lo que es importante darles un lugar, estudiarlos y no negarlos. También es relevante decir que existen gran cantidad de autores de teoría psicoanalítica que han investigado acerca del aborto, principalmente en la década de 1960, 1970 y 1980, según lo planteado por Aray (1998), quien en su libro *Aborto: estudio psicoanalítico*, presenta un estudio profundo del tema en el que analiza estudios de caso y realiza una amplia teorización al respecto del aborto.

De manera general, el psicoanálisis explica que los fenómenos de la vida humana son producto de los instintos de vida (los sexuales) y los instintos de muerte del individuo. Menciona que es habitual que en los hombres y las mujeres los instintos sexuales no contrabalancean y no equilibren en la manera que sería deseable las exteriorizaciones del instinto de muerte; lo que trae consigo la mayor parte del dolor existente en la vida humana individual y colectiva. Así pues, los comportamientos sexuales de los individuos demuestran la inmadurez humana y los desarrollos crueles del instinto de muerte; entre dichos comportamientos podemos mencionar las renuncias intensas al apareamiento amoroso o las inadecuadas realizaciones de ese apareamiento, que van acompañadas por la destructividad, la culpabilidad y la necesidad de castigo. Además la sociedad humana cuyas creaciones culturales están parcialmente basadas en una lucha contra los instintos sexuales y en actitudes filicidas²⁶, las cuales favorecen conductas auto y heterodestructivas. Por lo que en nuestra sociedad

²⁶ Del latín *filius*, que significa hijo, y *cida* que significa matar (persona que mata a su hijo). Recuperado de <http://www.significadode.org/filicida.htm> el 12 de noviembre, 2011.

el aborto artificial, que es bastante frecuente, forma parte de dichas inadecuadas realizaciones, razón por la cual el aborto desde esta perspectiva, se relaciona con un instinto de destrucción o de muerte inherente a todos los humanos (Garma, 1998 en Aray, 1998).

Siguiendo con lo anterior, realizar un aborto es una actividad sexual muy destructiva en la cual la persona a la vez ataca a un objeto libidinoso y a sí misma (Garma, 1998 en Aray, 1998). Aray (1998) describe que la condición humana en sí contiene algo trágico y que ello no excluye la pérdida de un hijo que no pudo tenerse por diferentes circunstancias.

Cabe mencionar que Aray (1998) enfatiza que un hijo necesita amor y a veces este amor ni siquiera existió en el fugaz momento de la concepción, es decir, no existió una condición parental evolucionada que acompañara la biología reproductiva. Entonces habría que analizar si bajo esa circunstancia, es adecuado continuar con una gestación.

Siguiendo con Aray (1998) es importante resaltar que de un tercio a la mitad de todas las mujeres en edad reproductiva, pasan al menos por una aborto en su vida (Jacobson, 1991 en Aray, 1998). Y que comúnmente un aborto aparece porque no hay un padre dispuesto a responsabilizarse de la prosecución de ese embarazo y que es la pareja presente o la pareja disgregada es la causante de ese desenlace.

En los treinta y dos años de experiencia clínica de Aray (1998), destaca que había pocos pacientes que no hubieran tenido esta experiencia en sí mismos o en su historia personal, es decir, la presencia y la realidad de los hijos no nacidos es muy común; él hace hincapié en la necesidad de elaborar muy a fondo las situaciones vinculadas con el aborto, ya que se transforma comúnmente en una especie de catalizador donde precipitan otros duelos.

Desde el punto de vista de Aray (1998), un planteamiento científico adecuado acerca del aborto, debe incluir un examen objetivo de los hechos y también un análisis psicológico profundo que comprenda no solamente preguntas estadísticas racionales sino también fantasías inconscientes de la realidad del mundo interno; como el mundo de las ilusiones y proyectos.

Por otro lado, es importante enfatizar que el duelo ha recibido amplia atención por parte de los autores psicoanalíticos, definiéndolo de manera general, como la reacción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, un ideal, etc. (Freud, 1917 en Aray, 1998). Por lo que cabe acentuar que la idea de duelo en el aborto no es compartida por todos los autores, sobre todo aquellos que se centran en los estados más conscientes y racionales de la mente. Así pues los investigadores *grosso modo* se pueden dividir en aquellos que consideran que no existen efectos perjudiciales del aborto y aquellos que sí consideran que existen efectos perjudiciales pero que ello no significa que el aborto haya sido una decisión inadecuada ni que no se puedan superar o elaborar esos estados (Aray, 1998).

Aray (1998) también plantea que el duelo por el feto perdido siempre acompaña al aborto provocado, sea éste conveniente o no. Y que se trata de un duelo cuya expresión psíquica resulta difícil entre otros motivos por la falta de visión del objeto perdido, es decir, del posible hijo (Garma, 1998 en Aray, 1998).

Cabe aclarar que el duelo que trae consigo un aborto, según este autor, se hace más patológico mientras existan más perturbaciones en la personalidad previas a esta experiencia (Aray, 1998). Este mismo autor también supone que el aborto provoca siempre un duelo patológico, ya que sobre éste giran generalmente otros duelos anteriores o concurrentes no resueltos cuya resolución va paralela a la del aborto en sí.

A su vez la aparición de la culpa puede provocar emociones como resentimiento, temor, autoreproches y desesperanza y también perturbar la elaboración de duelo en el aborto (Silverman, 1982 en Arellano, 1989).

Las características principales, según el enfoque psicoanalítico planteado por Silverman (1982) en Arellano (1989), que se presentan en la vivencia de un aborto voluntario son:

- 1) Existe una situación interna de ambivalencia.
- 2) Puede producir un trauma psicológico cuando se percibe que se ha incurrido en un asesinato al abortar.
- 3) Genera culpa y utilización de defensas neuróticas.

En ocasiones las fantasías de destrucción generadas por un aborto, según este enfoque, se manifiestan en la idea de muchas mujeres de haber quedado “frías” o estériles después del mismo (Arellano, 1989).

Desde este punto de vista las consecuencias psicológicas de un aborto inducido, como psicosis, neurosis, depresión e intentos de suicidio, no parecen tener su causa en el aborto mismo, sino en el conjunto de circunstancias familiares y sociales en que ocurre el aborto. Éste puede vivirse como una experiencia especialmente traumática si se lleva a cabo bajo condiciones médicas e higiénicas precarias (Arellano, 1989). Al haber incurrido en un acto considerado al margen de las costumbres y normas tradicionales de la sociedad, contribuye para agravar la resolución sana de la experiencia (Arellano, 1989). La labor de duelo también se ve perturbada si ha predominado el sentimiento de culpa, muy probable en las mujeres mexicanas, puesto que se ha optado por un acto considerado como un delito en este país (menos en el Distrito Federal).

Respecto de la capacidad reproductiva, Veggetti-Finzi (1988) menciona que lo que hace de un agregado de células un hijo, es el deseo materno, una donación de existencia hecha de pensamiento y afecto. Si esto falta no se constituyen las coordenadas primarias del acontecimiento generativo humano. Hay generación sólo donde hay voluntad procreativa, un comportamiento de aceptación y de hacerse cargo de lo generado.

Siguiendo con la autora, es muy importante resaltar que cada pasividad, olvido, errores, omisiones, no son, como enseña el psicoanálisis, acontecimientos casuales; *“Todo acto fallido, es un discurso logrado”* dice Lacan. Es decir, en las lagunas y en las equivocaciones de la intencionalidad, se hace camino el deseo inconsciente de maternidad (Veggetti-Finzi, 1988), por lo que si ocurre un embarazo es porque una parte de la personalidad así lo quiere (Aray, 1998).

También esta autora describe que cada crueldad y falta de afecto hacia la mujer, incrementa su agresividad y pre-constituye la situación abortiva (Veggetti-Finzi, 1988). Es decir, entre más condiciones de falta de afecto, violencia y precariedad viva una mujer, la probabilidad de un posible aborto es mayor.

Finalmente esta autora concluye que si logramos pensar lo materno, es decir, lo generativo como una potencialidad plasmable, estaremos en condiciones de desligarlo del mero proceso biológico y podremos utilizar sus energías como lazo social y creatividad cultural. "*¿Quién ha dicho que la reproducción es sólo reproducción de cuerpos?*" (Veggetti-Finzi, 1988).

2) Teoría de estrés - afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984): Describe que el estrés surge de situaciones que la persona interpreta que exceden sus recursos de afrontamiento. Mientras que los estilos de afrontamiento son aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández & Díaz, 2001; Pearlin & Schooler, 1978 en Contreras, 2007). Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette & Silva-Canella, 1986 en Contreras, 2007). Así pues el embarazo no deseado y la decisión del aborto son eventos que se catalogan como estresantes en la mayoría de los casos.

Existen diferentes estilos de afrontamiento, y desde esta perspectiva, la impulsividad y evitación²⁷ como estilos de afrontamiento predicen conductas sexuales de riesgo, y por lo tanto también riesgo de un embarazo no deseado y de interrupción del mismo.

Por otro lado, el aborto puede ser la manera de resolver el estrés que causa un embarazo no deseado y por ello puede hacer sentir a las mujeres aliviadas, sin embargo, el aborto puede provocar estrés por sí mismo. Por ejemplo cuando el aborto se contradice con los valores de la mujer que lo lleva a cabo o con los valores de su red social (Major et al., 2009). O con el deseo inconsciente de maternidad que puede tener la mujer que aborta (Aray, 1998).

Esta teoría afirma que el apoyo social reduce el impacto perjudicial de los eventos estresantes, ya que la red social (familia, amigos, pareja) aporta compañía,

²⁷ La impulsividad implica la falta de autocontrol de las emociones que provoca el evento estresante. Asimismo, la evitación consiste en que la persona que tiene un problema piensa que alguien más le resolverá el conflicto o tiene poca esperanzas de resolver el conflicto o no da importancia a resolver el conflicto o se culpa porque le sucedió el conflicto y se siente incompetente, malo o desafortunado. En cualquiera de los casos el individuo no da paso real para la resolución de la situación estresante o de las emociones que esta suscita (Contreras et al., 2007).

cuidado, apoyo, sensación de identidad y estatus social, en momentos de necesidad, crisis o malestar emocional. Así pues a mayor apoyo social reciban las mujeres en la vivencia del aborto, se reduce el posible impacto perjudicial de este evento estresante.

Finalmente, podemos mencionar que la experiencia de tener un embarazo no deseado y decidir su terminación es por sí misma estresante, como también lo puede llegar a ser el contexto que rodea a la mujer que toma la decisión: la pareja, la familia, la economía, las ideas culturales arraigadas y el contexto legal (Gaviria, 2004).

3) Teoría sociocultural: Enfatiza que la reacción ante el aborto depende del contexto cultural en que ocurra. Los prejuicios morales que asumen que las mujeres que abortan tienen invariablemente reacciones psicológicas negativas, puede provocar, de hecho, esas emociones en las mujeres. Pero también podría suceder el efecto contrario. Como ya se mencionó, en los lugares donde el aborto voluntario es ilegal, como en México, a excepción del Distrito Federal, a partir de abril de 2007; las mujeres actúan con la idea de un acto clandestino, y por tanto hay mayores probabilidades de que experimenten consecuencias psicológicas negativas (GIRE, 1999 en Hernández & Morales, 2002).

En los países donde el aborto es permitido y se enfatiza la educación sexual integral, la mujer presenta menos alteraciones emocionales derivadas del aborto (Arellano, 1989). También existe la probabilidad de que la mujer introyecte sentimientos de culpa y depresión debido a que la cultura mexicana plantea al aborto voluntario como un acto extremadamente condenable, lo cual puede producir un conflicto psicológico (Arellano, 1989).

Esta teoría aborda las implicaciones del estigma social del aborto, las cuales son profundas ya que pueden crear cogniciones negativas, emociones y conductas que afectan el funcionamiento social, psicológico y de salud física de las mujeres (Major et al., 2009). Ya que la punibilidad social del aborto suscita la aparición de sentimientos de culpa, autodestrucción, depresión y posible rechazo de la pareja; por actuar en contra de una norma socialmente introyectada ya sea por la propia mujer o por su pareja (Molina 1977 en Arellano, 1989).

El contexto socio cultural puede influir en la interpretación que las mujeres hacen acerca de su aborto, en el momento que sucede y en momentos futuros. Por lo que los mensajes sociales de grupos de apoyo pueden contribuir a la significación de un

aborto como una decisión más adecuada al caso (Tribulsky, 2006 en Major et al., 2009).

El estigma se hace claro cuando las mujeres deciden mantener en secreto su decisión, ya que lo que se oculta es lo que se considera “malo”, “prohibido”, “penoso”. Por ejemplo, en la investigación de Gramzow (1999) refiere que de 442 mujeres estudiadas, 45% mantuvo en secreto su decisión ante la familia (Major et al., 2009).

La condición de ilegalidad, la clandestinidad y el estigma consecuente, explican la soledad y el silencio en que se practican los abortos. Y son las causas principales de sufrimiento y/o de sentimientos de culpa para algunas mujeres. Aún en estas circunstancias otras muchas sienten un gran alivio cuando realizan un aborto de un embarazo no deseado o producto de la violencia (Arellano, 1989).

1.8.6 Factores psicológicos predictores de: embarazo no deseado, aborto y salud mental post- aborto.

Hay que destacar que el embarazo no deseado no es un evento azaroso, por lo que es importante buscar y analizar las causas que lo provocaron, para así poder trabajarlas a nivel personal y social. Se ha demostrado que dos factores importantes que predicen un embarazo no deseado son: la ausencia de educación sexual así como el abandono familiar, sin embargo, no son los únicos. También algunas investigaciones han demostrado que el uso de drogas y el inicio temprano de la vida sexual activa elevan el riesgo de embarazo no deseado y de aborto (Major et al., 2009).

Por otro lado, las conductas observadas después de un aborto son a menudo producto de condiciones y características que pre-existieron o coexistieron con el embarazo no deseado y el aborto (Major et al., 2009). Se ha observado cierta tendencia a que se desarrolle patología post-aborto en aquellas mujeres con factores predisponentes para tal manifestación, tales como pobreza, violencia, uso de drogas, depresión y la evitación como estilo de afrontamiento²⁸ (Arellano, 1989).

Siguiendo con lo anterior, la exposición (previa al aborto) a violencia es más

²⁸ La evitación consiste en que la persona que tiene un problema piensa que alguien más le resolverá el conflicto, también tiene pocas esperanzas de resolver el conflicto o no da importancia a resolver el conflicto, se culpa porque le sucedió el conflicto o se siente incompetente, malo o desafortunado. Por lo que el individuo no da paso real para la resolución de la situación estresante o de las emociones que esta suscita (Contreras et al., 2007).

frecuente en la vida de mujeres que tienen embarazos no deseados y abortos, y son predictores importantes de problemáticas en salud mental y de reacciones emocionales negativas después de un aborto (Major et al., 2009).

La salud mental previa al aborto es el indicador más fuerte de la salud mental presentada después del aborto (Major et al., 2009). Como lo muestra el estudio realizado por Payne (en Gaviria, 2004), las mujeres con riesgo de conflicto posterior al aborto son las que tienen una historia de problemas emocionales previos, relaciones conflictivas de pareja, relaciones conflictivas con la madre y fuerte ambivalencia entre sus principios religiosos y culturales y el aborto (Gaviria, 2004).

En una investigación presentada por Major et. al, (2009) las mujeres con personalidad resiliente (alta autoestima, locus de control interno²⁹ y perspectiva optimista de la vida) se sentían más capaces de enfrentar el aborto y lo evaluaban como más beneficioso.

Este mismo autor muestra que entre más *cogniciones de evaluación*³⁰ positiva acerca del aborto, antes de su realización, se predicen más formas adaptativas de hacer frente al aborto en los meses siguientes, lo que implica más aceptación y menos síntomas de evitación³¹ como forma de enfrentamiento hacia el aborto. Lo que reduce el estrés psicológico, la angustia, la depresión y la ansiedad post- aborto, e incrementa el bienestar emocional a lo largo del tiempo (Major et. al., 2009).

En resumen, el embarazo no deseado y aborto están correlacionados con las condiciones pre-existentes a éstos (las circunstancias de vida, los problemas de conducta y las características de personalidad) y pueden afectar de manera positiva o negativa la salud mental de las mujeres después de un aborto (Major et. al., 2009).

En diversas investigaciones, se ha concluido que el riesgo potencial de daño a la salud mental en mujeres adultas, que realizan un primer aborto voluntario legal, durante el primer trimestre de un embarazo no deseado, por razones no terapéuticas, no es mayor que el de una mujer que tiene un hijo de un embarazo no deseado (Major et.

²⁹ Cuando se considera que una persona tiene locus de control interno, implica que asume que el dominio y dirección de sus acciones es producto de ella misma y no producto de eventos del azar o de otras personas, como lo asumen generalmente las personas con locus de control externo (Oros, 2005).

³⁰ Uso de la capacidad intelectual o del pensamiento para determinar el valor o la importancia de algo. Concepto principalmente utilizado por las teorías cognitivo – conductuales.

³¹ Ver nota anterior al respecto.

al., 2009). Sin embargo ello no significa que la vivencia del aborto no se acompañe de reacciones emocionales diversas en tipo e intensidad.

1.9 El modelo de la orientación y el aborto

La orientación es un componente del programa de atención integral al embarazo inesperado y al aborto³² que se propone como parte de un modelo de servicios médicos del Centro de Atención Integral a la Pareja, A. C. La orientación es parte fundamental de los servicios que ahí se ofrecen y es un espacio de reflexión y acompañamiento para la toma de decisiones reproductivas y de autocuidado. Al mismo tiempo constituye una oportunidad para iniciar con la consultante una estrategia preventiva de problemas en la salud mental de la mujer que experimenta un embarazo no deseado y decide abortar. Baker (1989) plantea que la orientación puede darse en dos momentos: 1) en la toma de decisión acerca del embarazo y 2) previa al aborto, cuando la mujer ha juzgado que es la mejor decisión. En la experiencia de las clínicas *Acompáñame*³³ la orientación, además, puede hacerse posterior al aborto y en el control de los 15 días, especialmente cuando la mujer acude con un aborto en evolución o alguna complicación médica que hay que atender como urgencia, o cuando ha acudido a otro centro de atención y solicita revisión ginecológica post aborto.

1) Orientación de toma de decisión ante un embarazo accidental

La orientación ante un embarazo accidental según Baker (1989) puede aportar para resolver la ambivalencia de las mujeres para tomar su decisión (continuarlo, evaluar la adopción o interrumpirlo), por los siguientes motivos:

1. Permite que la paciente defina el problema.
2. La orientadora (or) le refleja sus pensamientos y sentimientos y ello aporta para aclarar el problema.
3. Es una oportunidad para poder explorar sus alternativas ampliamente y reflexionar los pros y los contras de cada una.
4. Se le proporciona información que ella pudiera desconocer y puede ayudarle en el proceso de toma de decisión.
5. Se le recomienda y acompaña en la escritura de los pros y los contras de cada

³² También al aborto incompleto.

³³ Clínicas de la Asociación civil Centro de Atención Integral a la Pareja A.C. Para más información consultar www.clinicas-aborto-legal-y-seguro.org.mx.

alternativa para que tenga una ayuda visual que le indique hacia que dirección se esta inclinando.

6. Es un espacio de reflexión acerca de cómo afectaría su vida futura cada una de las alternativas ante el embarazo accidental (continuarlo, evaluar la adopción o interrumpirlo).
7. Se averigua cómo afectaría su decisión a otras personas.
8. Reafirma su decisión, cuando ya esta tomada.

2) Orientación previa al aborto

La orientación pre- aborto tiene como objetivo apoyar a las mujeres a sentirse tan bien como sea posible consigo mismas y la decisión de interrumpir su embarazo, a la luz de sus propios valores y su personalidad, ya que implica según Baker (1989):

- a. Motivar a ver las razones por las que el aborto es válido en su caso.
- b. Ayudarle a entender que el hecho que ella tenga un aborto no la convierte en mala persona.
- c. Reconocer con ella que elegir el aborto como una alternativa al embarazo indeseado es una decisión humana.

Así pues, para cumplir con los mencionados objetivos, la orientadora/or acompaña a la paciente a:

- a. Clarificar creencias pasadas y presentes frente al aborto.
- b. Reflexionar las consecuencias positivas que pueden ser resultado del aborto.
- c. Examinar su sistema de apoyo explorando cómo la afecta emocionalmente.
- d. La entusiasma a mantener contacto con las personas que le dan apoyo y aportar estrategias de cómo hacerlo ante aquellas que no lo hacen.
- e. Le aporta formas constructivas de manejar la rabia, el miedo, la tristeza o la culpa.
- f. Reconocer los valores sobre los que ha fundamentado su decisión.
- g. Calma los temores de la mujer y la ayuda a relajarse.
- h. Da información objetiva y clara sobre el procedimiento médico del aborto.
- i. Ayuda a recuperar la sensación de control sobre su fertilidad, con información empática y clara sobre metodología anticonceptiva.

Según Baker (1989) brindar información objetiva acerca del desarrollo fetal cuando la mujer la solicita puede ayudarla de manera importante a clarificar sus valores y su estado emocional acerca del embarazo y el aborto.

Cabe destacar que en ocasiones la mujer está segura de su decisión de abortar pero aún tiene conflictos morales acerca de dicho evento, por lo que es importante enfrentar ese conflicto en la orientación pre- aborto y conversar sobre posibles maneras de manejar esos sentimientos ambivalentes.

Así pues, las/os orientadores aplican varias estrategias como: escuchar activamente, hacer preguntas abiertas, recurrir al proceso de resolución de problemas³⁴ y brindar información, para apoyar psicológicamente a una mujer que está luchando con problemas emocionales. Un buen orientador también proporciona empatía y escucha sin criticar. Además de ser objetivo y comprensivo (Baker, 1989).

Finalmente podemos concluir que ante las diversas emociones y sentimientos que las mujeres pueden presentar cuando se enfrentan a un aborto, los orientadores pueden proporcionar estrategias y apoyos para enfrentarlos. Cabe resaltar, que algunas orientadoras temen que al darlos se impongan valores a la paciente, sin embargo, las mujeres toman o dejan de lado los apoyos y estrategias según su propio criterio (Baker, 1989).

³⁴ Técnica cognitivo – conductual, que puede consultarse: Caballo, V.E. (1998) *Manual para tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.

II. EL CASO DE DOS MUJERES QUE DECIDIERON INTERRUMPIR UN EMBARAZO

Cada aborto, una historia (Veggetti-Finzi, 1988).

2.1 Justificación del estudio

El aborto es un fenómeno que necesita seguirse estudiando, ya que ninguna mujer en edad fértil está exenta de tener un embarazo no deseado, por lo cual contemplar la posibilidad de interrumpirlo es un recurso en potencial, el cual puede disminuirse, como se ha visto que ha sucedido en algunos países, a través de la implementación de políticas y proyectos públicos de prevención mediante el incremento en el uso de métodos anticonceptivos.

El estudio del aborto voluntario en México ha sido complicado e impreciso, dado que en años anteriores la ley castigaba este proceso; sin embargo, a partir del 24 de abril del 2007, el aborto voluntario hasta la semana doce de gestación fue despenalizado en el Distrito Federal lo que permitió que se abriera una brecha de investigación más amplia y clara al respecto por parte de las diversas disciplinas que lo han abordado, entre ellas la psicología.

La reflexión psicológica acerca del aborto inducido puede ser ampliada en varios sentidos, ya que principalmente se han investigado las consecuencias negativas de un aborto de este tipo, como el caso de las investigaciones presentadas por Major et al. (2009), Gaviria (2004), GIRE (2010), Munk-Olsen (2011) y Martínez (2006) y poco se ha indagado acerca de las posibles consecuencias de bienestar psicológico de un aborto voluntario. También ha sido escaso el estudio del papel de la pareja y las familias en la decisión de interrumpir un embarazo y las consecuencias positivas o negativas en ellos.

Cabe mencionar que la mayoría de los estudios investigan acerca de las consecuencias de un aborto inducido ya sea meses o años después de haber vivido la experiencia, y escasos los que hablan de lo que pasa cuando se está tomando la decisión y del estado previo a la vivencia del aborto.

El grupo de edad elegido para esta investigación son dos mujeres mayores de cuarenta años, ya que se desea investigar las reacciones emocionales y la argumentación de mujeres en etapa de adultez y que ya tienen al menos un hijo, considerando que las reacciones ante un aborto, cambian dependiendo del grupo de edad estudiado y de su

experiencia como madres (GIRE, 2010). Además, se desea mostrar la vivencia de mujeres que no caen en la categoría de adultas jóvenes³⁵, con el propósito de cuestionar el prejuicio moral de que el aborto sólo les sucede a las mujeres jóvenes, solteras y sin hijos.

Es por eso que este trabajo se enfoca en describir los estados emocionales, respecto a tres factores que se han estudiado y que inciden de manera importante en la decisión de interrumpir un embarazo:

- a) Los motivos (los porqués)
- b) El apoyo de la pareja o familia
- c) La moral y el estigma interiorizados acerca del aborto voluntario

Finalmente, es importante resaltar lo significativo que es hacer estudios cualitativos acerca del aborto voluntario, ya que pone de manifiesto la posibilidad de analizar más que las generalidades, las particularidades del fenómeno, que aportan información para mostrar la variedad y la relación entre las características de las mujeres (sociodemográficas, motivos, moral y estigma, apoyo social, emociones y sentimientos) lo que contribuye al desarrollo del conocimiento psicológico del aborto voluntario. Y tiene el propósito de que los resultados encontrados apoyen a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la defensa de los derechos de las mujeres y mejoren los modelos de atención brindados (Erviti, 2005).

2.2 Planteamiento del problema

El aborto en general, y en particular el aborto voluntario, es un fenómeno complejo que se aborda desde diferentes miradas como la legal, la médica, la moral y la psicológica, entre otras. Es importante ahondar en el estudio cualitativo por parte de la psicología, motivo por el cual se realiza esta investigación.

El problema es describir cómo influyen los factores (motivos, apoyo de pareja y familia, moral y estigma) en los estados emocionales (tranquilidad, liberación, bienestar, culpa, miedo, tristeza, enojo y frustración) de dos mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

³⁵ Adulto joven se considera de los veinte a los cuarenta años (Lara, 2001).

2.3 Objetivo

El objetivo es describir cómo influyen los motivos (los porqués), apoyo de pareja y familia, la moral y el estigma en los estados emocionales presentados por dos mujeres en la decisión de abortar.

2.4 Pregunta de investigación

¿Qué influencia tienen los motivos (los porqués), el apoyo recibido de la pareja o familiar, la moral y el estigma en los estados emocionales que manifiestan dos mujeres que deciden abortar?

2.5 Participantes

- Mujeres con un embarazo no planeado.
- Mayores de 40 años.
- Con al menos un hijo.
- Pasando por su primera experiencia de aborto voluntario (no terapéutico ni eugenésico).
- AMEU³⁶ como técnica médica de interrupción de embarazo.
- Tiempo de gestación entre 4 y 12 semanas.

2.6 Procedimiento

Se seleccionó a dos mujeres que cumplieron con los criterios antes mencionados. Se recabó la información a través de su historia clínica, que incluye los siguientes datos: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, si el embarazo fue planeado o no y las semanas de gestación, dentro de los relevantes para este estudio. Posteriormente se realizó una entrevista semi - estructurada, previa autorización de las usuarias y garantizándoles su anonimato y discreción por parte de la investigadora. También se les indica que la información será tratada adecuadamente y que después del análisis será

³⁶ Aspiración manual endouterina.

destruida.

La entrevista tuvo una duración de alrededor de 40 a 60 minutos. Dicha entrevista se llevó a cabo en un espacio proporcionado por la A.C, que cumplió con las características de privacidad y tranquilidad necesarias para realizarla, alrededor de 1 hora antes de llevarse a cabo el procedimiento de aborto y 15 días después de realizado (a excepción de la entrevista de 15 días después de una de las mujeres, que por motivos logísticos, se realizó en su domicilio).

Las entrevistas se realizaron por una psicóloga que forma parte del equipo laboral de la A.C, capacitada para ello. En la primera entrevista se tomaron notas de las frases relevantes para la investigación. Después de realizadas las primeras dos entrevistas se percibió dificultad para la toma de las notas; ya que se vio limitada la capacidad de la investigadora para registrar la información, situación que se pudo haber resuelto si dos personas hubiesen tomado las notas, sin embargo, esto no fue posible, por lo que con el fin de brindar mayor confiabilidad al estudio las dos entrevistas posteriores se grabaron en audio, posteriormente dichas grabaciones se transcribieron y finalmente se realizó un análisis de la información recabada, para así poder encontrar relaciones o diferencias con lo planteado en el marco teórico.

2.7 Tipo de Estudio

Se trata de un estudio cualitativo, de campo y exploratorio (Sampieri, 2010) en el que se utilizaron entrevistas semi -estructuradas, las cuales tuvieron la siguiente guía temática:

Estados emocionales tales como tranquilidad, bienestar, liberación, culpa, miedo, enojo, frustración y tristeza; relacionados con:

- a) Los porqués para tomar su decisión (socio-económicos, psicológicos o de salud física).
- b) Apoyo social (pareja o familia).
- c) Moral y estigma interiorizados.

Se eligió entrevista semi – estructurada como método de recolección de datos ya que es eficaz para recabar datos íntimos y delicados, como es el caso de este estudio;

aunque también estamos conscientes de que puede existir una brecha entre lo que las mujeres reportan verbalmente en ella y sus estados emocionales, motivaciones y opiniones reales (Bouchon, 2009).

Es importante resaltar que existen básicamente dos tipos de registro para el caso de la entrevista semi – estructurada, los cuales son: toma de notas y grabación en audio o video. En este estudio se utilizaron ambos. En las primeras dos entrevistas se utilizó toma de notas y para las segundas entrevistas se utilizó tanto toma de notas como grabación en audio. Con relación a las ventajas de utilizar grabación en audio, Erickson (1986) enfatiza dos, primero que reduce las posibilidades de incurrir en tipificaciones prematuras o en desviaciones en el análisis de la información y que además permite volver a presenciar el mismo acontecimiento (auditivo) para su análisis las veces que sea necesario (Bisquerra, 1989).

Hay que aclarar que la intención de realizar las entrevistas y grabarlas en audio en el caso del segundo momento, no es invadir ni agredir la privacidad de las participantes, sino conocer de manera profunda la experiencia de las dos personas en relación a la interrupción de embarazo, para poder realizar un análisis consistente y con información suficiente al respecto.

Finalmente, cabe especificar que el objetivo de este trabajo fue meramente exploratorio por lo que las entrevistas no se analizaron a partir de un modelo o teoría psicológica particular.

2.8 Casos

2.8.1 Sofía ³⁷

2.8.1.1 Características sociodemográficas

- a) **Fecha y lugar de la primera entrevista:** septiembre 22, 2011 (Lugar: A.C³⁸).
- b) **Fecha y lugar de la segunda entrevista:** octubre 9, 2011 (Lugar: domicilio particular).
- c) **Edad:** 43 años.
- d) **Número de hijos:** 2.
- e) **Abortos previos:** ninguno.
- f) **Edad gestacional del embarazo actual:** 12 semanas.
- g) **Estado civil:** Soltera.
- h) **Ocupación:** Obrera en fábrica de autos.
- i) **Religión:** Católica.
- j) **Escolaridad:** Secundaria terminada.
- k) **Anticoncepción previa al embarazo actual:** Condón y ritmo³⁹.
- l) **Anticoncepción post- aborto:** Dispositivo intrauterino (DIU).
- m) **Pareja⁴⁰:** No lo entera de la decisión.
- n) **Duración de la relación de pareja:** 10 años.

2.8.1.2 Motivos y estado emocional

Entrevista 1: Pre- operatoria (Septiembre 22, 2011).

Violencia física y económica por parte de la pareja *“El señor es un borracho, no quiero regresar con él, le pedí dinero para un tratamiento y no me lo dio (...) él me golpeaba” “¿Si él se hubiera puesto las pilas?, no encontré ese apoyo, tengo miedo a regresar y que me insulte, golpee, mi decisión está fija”.*

Violencia económica, *“Me dijo no te voy a comprar ni madres, no quiso dar dinero”.*

³⁷ Se identifica de origen indígena. Refiere “nosotros somos Mijes”.

³⁸ Asociación civil a la que acude a interrumpir el embarazo. Para más información consultar: www.clinicas-aborto-legal-y-seguro.org.mx.

³⁹ “Supuestamente él usó condón, yo le dije que estaba fértil”.

⁴⁰ Datos socio demográficos de la pareja: 32 años de edad, estado civil: soltero, escolaridad: secundaria terminada, ocupación: desempleado/ empleo intermitente de chofer, religión: católico.

Pareja ausente (soledad) *“No quiero sufrir esto sola (...)”.*

Precariedad económica *“¿Dónde voy a sacar para mantener dos hijos?”, “De mi trabajo vivo”, “he pedido incapacidades y no he podido cobrar bien”, “si pierdo el trabajo ¿De qué viviría?, renta, útiles ¿De dónde lo voy a sacar?”.*

Ciclo de vida *“Si tuviera menos edad, la fuerza se acaba”.*

Dolor físico (por amenaza de aborto), precariedad económica *“A las 8 semanas me resigné, dije si lo voy a tener, pero ya después la desesperación de que el dolor no se me quitaba, me fui a un sanatorio, al seguro, no me quitaban el dolor de ninguna manera, ya no iba a trabajar a gusto, si no trabajaba, de dónde sacaba dinero”.*

Fantasías acerca de la pareja y el embarazo *“Tuve esperanzas de que todo saliera bien con el papá, soñaba una niñita (...)”.*

Ambivalencia, dificultad en la toma de decisión *“Si hay razones suficientes tienes derecho de hacerlo, es difícil”, “(...) quizá me sienta un poquito triste pero lo voy a superar, con el amor de mis hijos lo voy a lograr”.*

Evaluación positiva de la decisión hacia el futuro *“Esto va a ser una buena enseñanza, voy a aprender, tengo mi casa, voy a arreglarla, ponerle protecciones, cambia mi vida, me voy a ocupar de mi trabajo, hijo y papás”.*

Calidad de vida de los hijos *“No me siento capaz de sacar adelante más hijos, no me gusta que se queden en la primaria o la secundaria”, “Mi hijo grande fue a la universidad, quiero que el chico tenga con qué defenderse”.*

Tranquilidad *“Me va a tranquilizar que lo pensé, que esperé, ya no hubo más salidas”.*

Emotividad acerca del aborto *“Quizá voy a sentir un poquito de sentimiento, no somos de plástico”.*

Entrevista 2: Post -operatoria (Octubre 9, 2011).

Fantasías acerca de la pareja *“Por un momento yo pensé que él iba a cambiar, que le iba a echar ganas, por un momento dado creí que él iba a trabajar”.*

Calidad de vida de los hijos *“Hay que cuidarlos, darles lo mejor al alcance de uno, no hay que dejarlos ahí abandonaditos”.*

Bienestar por la decisión *“Me pongo a pensar otra vez, si no hubiera hecho eso mi vida hubiera sido un infierno”.*

Bienestar económico del hijo que ya tiene *“Lo veo y lo analizo y ahorita no estaría bien si no hubiera tomado esa decisión, quizá hasta ya hubiera perdido mi trabajo, quizá ni tendría dinero, me siento bien por lo menos tengo mi trabajo y con que mantener a mi hijo”.*

Ambivalencia, bienestar económico, bienestar físico, alivio *“Me siento bien, me siento mal de ratos, físicamente estoy bien, voy a trabajar a gusto, eran muchas preocupaciones ya de más que ya no podía”.*

Bienestar emocional *“La decisión que tomé está bien”.*

2.8.1.3 Apoyo social y estado emocional

2.8.1.3.1 Pareja

No lo involucra en la toma de decisión acerca del aborto.

Entrevista 1: Pre- operatoria (Septiembre 22, 2011)

Coraje, fantasías acerca de la pareja *“Tengo mucho sentimiento hacia él, coraje, eso es lo que voy a tener que superar, es lo que más me va a afectar, no quisiera verlo”, “El señor es un borracho, no quiero regresar con él”.*

“Yo con mi dolor (cólicos presentes por el embarazo) esperaba que me consintiera, me abrazara, me dijera quédate”.

Tristeza, enojo, pareja ausente (soledad), fantasías acerca de la pareja *“Me siento mal, triste, enojada, por culpa de él tomo esta decisión, me hubiera gustado que me dijera deja de trabajar y yo te cuido. Cuando te sientes sola te sientes para desmayarte”.*

Ausencia de apoyo por parte de la pareja *“(Lloro) porque mi pareja no me apoyó, por eso tuve que llegar a esto (...) era un bebé”.*

Entrevista 2: Post- operatoria (Octubre 9, 2011)

Tristeza, dolor, ausencia de apoyo por parte de la pareja *“Me sentía bien triste, era más dolor de sentimiento de que él no apoyó (...)”.*

Desapruebo social de la relación violenta de pareja *“Me dicen que cómo fui a caer otra vez con él (amigas)”.*

Moral de la relación de pareja *“Yo digo al menos es el papá de mi niño”.*

Moral de la relación de pareja *“Yo soy de la idea de nada más una pareja, el papá de mis hijos”.*

Fantasías acerca de la pareja y sentimiento de pérdida por separación de pareja *“Ahorita es igual como si me hubiera recién separado otra vez, ya teníamos*

tiempo de separados pero fue otra vez, ya me estaba haciendo la idea de regresar con él, y de un “saz” cada quien por su lado”.

Fantasías acerca del embarazo *“Ya no era el embarazo, le decía María José (...) en su momento me contagié la alegría de tener 2 niños”.*

Fantasías acerca de la pareja no cumplidas *“Por un momento yo pensé que él iba a cambiar, que iba a echar ganas, él decía yo voy a conservar mi trabajo y yo voy a estar aquí para mis dos niños, por un momento dado creí que él iba a trabajar”.*

Pareja ausente (soledad) *“Me dolió perder mi bebé por esa razón, por ese motivo, por su apoyo de él”.*

2.8.1.3.2 Familia

Involucra a hermana y a tío con quienes cohabita. Su hermana apoya la decisión y su tío apoya la decisión y acompaña para su realización.

Entrevista 1: Pre- operatoria (Septiembre 22, 2011).

Apoyo familiar *“Él (tío) dice que soy bien mensa por haberme dejado engañar (por pareja), él está de acuerdo”.*

Apoyo familiar, percepción de mayor beneficio que daño, ambivalencia *“Mi hermana sabe todos mis problemas, dijo adelante, sé que está mal, pero es lo mejor”*

Estigma y moral *“Mis papás dirán que soy de lo peor, o no sé, yo creo que no saben que existe esto”*

Entrevista 2: Post- operatoria (Octubre 9, 2011).

Apoyo familiar: moral y económico, ausencia de apoyo por parte de la pareja *“Tanto que te veo sufrir dice él (tío), él no te apoya (pareja), a mi no me gusta ver sufrir tanto a las mujeres, todos los días que te veía estabas mal, enojada, llorabas, entonces me daba sentimiento, quería ayudarte, pero cómo, con dinero te podía ayudar por lo menos”.*

2.8.1.4 Estigma, moral y estado emocional

Entrevista 1: Pre-operatoria (Septiembre 22, 2011).

Respeto VS estigma *“Una amiga me dijo que me respetaba, otra que no me lo perdonaría” .*

Estigma, conflicto religioso *“No es normal el aborto pero tengo motivos fuertes (...) Tengo miedo de Dios”.*

Moral *“Yo soy de la idea que nada más una pareja, el papá de mi hijo, no juntarme con nadie más”.*

Estigma *“Tengo miedo de que mi familia me juzgue”.*

Prejuicio moral *“Tengo miedo y preocupación de cómo me voy a sentir después ¿Con sangrado, mareada? ¿Voy a pedir incapacidad?”*

Preocupación por el no nacido, conflicto vida - muerte *“Me puse a pensar después tantas cosas (...) o sea ¿Estaba vivo y de repente le llegó el fregadazo?”(...), “La verdad si me tranquiliza eso lo que dice, no sintió, no hubo dolor para el feto (...) ustedes han sabido eso y por eso mismo lo hacen”.*

Religión y orientación *“La psicóloga me dijo ayer que Dios me ve y que Dios ve los motivos tan fuertes, me tranquilizaron sus palabras”.*

Entrevista 2: Post- operatoria (Octubre 9, 2011).

Estigma, secreto y emociones negativas *“(...) al rato me van a juzgar, hacerte sentirte de lo peor ¿Qué ganaría yo?, me harían sentir mucho más mal, ahí sí no saldría, prefiero yo mil veces no decirles nada, nada más perdí mi bebé y hasta ahí”.*

Moral, estigma *“Hemos conocido que no se hace eso y así hemos tenido educación y así hemos crecido la mayoría de la gente, entonces hace sentir mal el tomar esa decisión”.*

Estigma, segregación *“Nos dejamos de hablar por ese motivo (amiga testiga de Jehová)”.*

Religión, moral *“Dios perdona (..) no lo hice porque yo quiera la vida fácil, lo hice por cosas más fuertes”.*

Religión, moral *“Cada religión tiene sus criterios, mi compañera creo que es testiga de Jehová, para ella de plano uno es la más mala del mundo, si uno llegara a dar en adopción a su hijo, qué como era posible que primero uno de facilota y después (...)”.*

Culpa al equiparar al aborto con un asesinato, conflicto vida - muerte *“Ese es mi*

dolor, culpa de que mi bebé se haya ido, de que yo haya tomado esa decisión, de quererlo matar (...). “¿Qué tan avanzado estaba? Son remordimientos, eran 3 meses, ¿Qué tan avanzados son?”.

Moral, estigma *“Llegar a ese extremo que normalmente no se hace, normalmente uno no se atreve porque no es algo normal, quizá después va a ser algo normal ya, hemos conocido que no se hace eso, así hemos crecido la mayoría de la gente, entonces hace sentir mal el tomar esa decisión que uno toma”.*

Temor moral de provocar dolor, orientación *“Me ayudó mucho tus palabras, que no hubo dolor, que no sintió, eso es lo que me dolió más pensando que había sentido (...) ustedes saben eso y por eso mismo lo hacen y por eso ya no se hace más después.*

2.8.2 Regina

2.8.2.1 Características sociodemográficas

- a) **Fecha y lugar de la primera entrevista:** septiembre 23, 2011 (Lugar: A.C.⁴¹).
- b) **Fecha y lugar de la segunda entrevista:** octubre 7, 2011 (Lugar: A.C.⁴²).
- c) **Edad:** 41 años.
- d) **Número de hijos:** 2.
- e) **Abortos previos:** Refiere una interrupción de embarazo anembriónico en 2009 (aborto terapéutico).
- f) **Edad gestacional del embarazo actual:** 12 semanas.
- g) **Estado civil:** Casada.
- h) **Ocupación:** Ama de casa.
- i) **Religión:** Atea.
- j) **Escolaridad:** Licenciatura trunca en Ingeniería Química (4to semestre).
- k) **Anticoncepción previa al embarazo actual:** Ritmo y coito interrumpido.
- l) **Anticoncepción post aborto:** Dispositivo intrauterino (DIU).
- m) **Pareja⁴³:** Se involucra en la toma de decisión, acompaña a la clínica para su realización y en la sesión de orientación⁴⁴.
- n) **Duración de la relación de pareja:** 22 años.

2.8.2.2 Motivos y estado emocional

Entrevista 1 Pre operatoria (Septiembre 23, 2011).

Maternidad satisfecha, ciclo de vida: *“Mi hija mayor tiene 12 años y mi hijo menor 5 años, ya tengo 41 años, yo pensaba que mi vida familiar estaba satisfecha”.*

⁴¹ Asociación civil dónde interrumpe su embarazo.

⁴² Ibid.

⁴³ Datos sociodemográficos de la pareja: 40 años de edad, estado civil: casado, escolaridad: Dr. en Ciencias, ocupación: empleado de laboratorio, religión: ateo.

⁴⁴ En el Centro de Atención a la Pareja A.C. se atiende a las mujeres y a sus parejas, bajo un modelo integral que incluye una sesión de orientación previa al aborto, la cual se lleva a cabo entre 24 hrs. y 1 hr. previas al aborto, la cual consiste en brindar un espacio de reflexión y de acompañamiento emocional, cálido y ético en la decisión de interrumpir un embarazo, también se brinda información objetiva y actualizada acerca de métodos anticonceptivos y las opciones de tratamiento para el aborto voluntario, con duración aproximada de 45 a 60 minutos. Para más información consultar: www.clinicas-aborto-legal-y-seguro.org.mx.

Proyecto de vida *“Quisiera desarrollar otros proyectos, con un bebé sería complicado aunque no imposible”.*

Ambivalencia acerca del embarazo *“Soy emotiva, siempre digo “un embarazo ¡qué padre!” pero es algo que no quieres, es estar en conflicto con tus sentimientos”.*

Ambivalencia y dificultad en la toma de decisión acerca del aborto: *“Nunca es una decisión sencilla pero es razonada”, “Es una decisión clara, aunque es complicada”.*

Entrevista 2 Post- operatoria (Octubre 7, 2011).

Maternidad satisfecha y calidad de vida de los hijos que ya tiene *“Tengo claro que no quiero más hijos, porque no me siento ni con las fuerzas ni con los ánimos (...) los hijos que tengo me satisfacen completamente y también para satisfacerlos yo a ellos necesito dedicarles mi tiempo y sería difícil con un niño más”.*

Oposición de su hija ante la posibilidad de llevar a término la gestación *“Mi hija dijo: no quiero un hermano más”.*

Ambivalencia acerca del aborto y cuidado del no nacido *“Se oye duro, se oye trágico, hasta egoísta, pero en realidad estás tratando de no darle en la torre a otra persona”.*

Motivos para abortar que implican el cuidado del no nacido *“Una ocasión cuando estaba más pequeña (mi hija) me dijo que por qué interrumpen el embarazo (otras mujeres) y yo le expliqué que puede ser una violación, un embarazo no deseado, por una enfermedad, por una situación económica precaria, por mil situaciones, incluso un problema psiquiátrico (...) y finalmente se traduce en que no traigas a un niño que se las vaya a ver negras toda su vida”.*

Ambivalencia acerca del embarazo *“Por una parte dices wow y por otra se te cae el mundo, es una situación complicada de entender, incluso para quien la está viviendo; pues un embarazo (...) lo más común es pensar ¡Qué padre! Pero uno piensa que porque las ropitas, que porque la ternurita (...) pero ese es el mundo que ve el exterior, lo que se vive después del nacimiento no es solamente bello sino también es complicado, entonces no puedes quedarte solamente con las cosas bonitas porque también tienes que pensar en las cosas complicadas”.*

“Es padre escuchar de un embarazo pero no es tan padre saber todas las cosas que tienes que hacer para que las cosas estén bien, un niño es una ternura y una cosa preciosa (...) pero también tienen necesidades, no puedes pensar sólo en rosa (...) porque también hay que atenderlos”.

Calidad de vida individual y familiar, dificultad en la toma de decisión *“No es una decisión sencilla, pero es una decisión que te lleva a reflexionar y darte cuenta de que existen beneficios y no solamente personales sino familiares”.*

Bienestar, percepción de mayor beneficio que daño *“No estoy a favor de que la gente interrumpa sus embarazos, pero hay ocasiones en que sí es la mejor opción”.*

Empoderamiento *“Lo único que me llevó a tomar esta decisión fue mantener el control de mi vida, la vida como la tengo está perfecta para mí. Tener un cambio tan drástico como el que venía, era darle un giro enorme a mi existencia y a la de mi familia”.*

Tranquilidad, alivio *“Puedo tener la tranquilidad de decir bueno voy a hacer tal o cual cosa, en el caso de que decida hacerlo y no dependeré de que “chín” para tal fecha ya no voy a poder”.*

Empoderamiento, bienestar emocional, tranquilidad *“Me siento dueña de la situación, puedo sentirme más a gusto y tranquila”.*

Liberación *“Ya no podría ser tan libre para hacer las cosas que yo quisiera”.*

Bienestar emocional *“Este tiempo de embarazo fue muy caótico para mí emocionalmente hablando, me enojaba de todo, lloraba por todo (...) cuando supe que era un embarazo las cosas se me vinieron encima todavía más fuerte, es una situación muy poco agradable (...) me siento mejor, mucho mejor”.*

2.8.2.3 Apoyo social

2.8.2.3.1 Pareja

Apoya la decisión de interrumpir el embarazo y acompaña para su realización.

Entrevista 1: Pre- operatoria (Septiembre 23, 2011).

Tranquilidad, aporta para resolución de conflicto moral *“Tener apoyo de mi pareja (...) me hace sentir tranquila, si él quisiera una cosa y yo otra, tendría conflicto moral más severo (...) me ayuda a no pensar que soy una mala mujer”.*

Apoyo *“Él me dijo que la mejor opción era con lo que yo me sintiera más tranquila”.*

Entrevista 2: Post operatoria (Octubre 7, 2011).

Solidaridad, consenso, justicia *“Esto te hace sentir más segura como persona,*

como mujer, porque piensas que lo que decides está respaldado, no es una decisión unilateral, no es un capricho (...) es un consenso (...) Y si se tiene que llamar culpa, es una culpa compartida, porque es una decisión que tomas entre dos personas y si para que sucediera eso (el embarazo) se involucraron dos personas, lo más natural tendría que ser que la solución fuera entre dos. Eso lo hace más equitativo y creo que es lo más justo”.

Control de la fertilidad, tranquilidad *“Mi marido y yo somos personas muy activas sexualmente y la verdad estar preocupándonos por qué va a pasar, no te vayas a embarazar, soy una persona muy fértil y eso no me daba seguridad. Después de esto ya con el dispositivo y después del procedimiento, ya me siento más tranquila”.*

2.8.3.2 Familia

No involucra a familia de origen. Involucra a hija mayor (12 años).

Entrevista 1: Pre- operatoria (Septiembre 23, 2011).

Madre y abuelos: estigma *“Mi hermana en algún momento tuvo un problema de este tipo, ella era muy joven, tenía 17 años, fui el único apoyo para mi hermana, con el tiempo se los confesamos a mi mamá y abuelos, hubo crítica y no apoyo”.*

Padre: conflicto religioso *“Mi papá era muy religioso, seguro hubiera habido algún conflicto”.*

Madre: estigma *“A mi mamá definitivamente no le diría, no me arriesgaría a que te dijeran por qué, me ahorra desgaste a mí no tener que estar dando explicaciones”.*

Entrevista 2: Post- operatoria (Octubre 7, 2011).

Hija: oposición ante el posible nacimiento, calidad de vida familiar y cuidado del no nacido *“No fue ella quien tomó la decisión pero sí me ayudó a darme cuenta de que las cosas iban a ser muy pesadas para nosotros, para ellos, para mí y para el bebé”.*

Hija: empatía, apoyo, bienestar *“Ella se siente súper bien, nunca cambió su modo de acercarse a mí, lo que me decía era “qué pena que pases por esto, pero sí te entiendo”. Eso moralmente te ayuda, bueno no fue una decisión tan equivocada, no está mal porque estás viendo los beneficios”.*

Tranquilidad *“A mí me da tranquilidad de que puedo ser transparente con ella y decirle las cosas como están sucediendo”, “Aunque involuntariamente ella se tuvo que enterar, ahora voluntariamente ella sabe que las cosas volvieron al cauce normal y eso la hace sentir tranquila porque así me lo ha expresado”.*

2.8.1.4 Estigma, moral y estado emocional

Entrevista 1: Pre- operatoria (Septiembre 23, 2011).

Estigma *“No es algo que quieras tú dar a conocer a todo el mundo (...) no quisiera ser criticada”*

Moral, ambivalencia *“Es una decisión que no hubiera querido tomar. Siempre está la ética, los valores de la sociedad, portarte de cierta manera, contravenir esas ideas te puede chocar un poco en tu vida diaria. Ir en contra de lo que no es tan ético”.*

Moral *“Es como la eutanasia, unos piensan que puede existir y otros la rechazan, son conflictos morales muy fuertes”.*

Religión *“Yo no practico ninguna religión, ahí no tengo conflictos”.*

Entrevista 2: Post- operatoria (Octubre 7, 2011).

Conflicto vida - muerte, dificultad en la toma de decisión *“(...) me dijo sabes que nada más es el ovocito, no tienes nada adentro, y eso me tranquilizó, dije no es una vida más y es más complicado tomar una decisión cuando sabes que sí es una vida, una personita (...) en este caso está implicada una vida, por ello es más difícil la decisión, que cuando fue un embarazo anembriónico, ahí no había vida, fue un accidente biológico, fue más fácil decidir”.*

Estigma: frustración *“Lo que la mayoría piensa acerca del aborto me parece que es una ignorancia completa y eso me hace sentir frustrada porque emiten juicios antes de pensar en la situación que llevó a una persona a tomar una decisión de este tipo y la ignorancia es la madre de muchas culpas y acusa muchas veces sin tener razón”.*

Estigma: frustración, molestia *“Eso es lo que te hace sentir frustración y molestia,*

porque la gente emite juicios antes de, sin conocer la situación”.

Estigma, dificultad en la toma de decisión *“Creo que las personas no deberían de emitir ese tipo de razonamientos a la ligera porque no son decisiones fáciles de tomar”.*

Orientación: oportunidad de hablar de algo íntimo y difícil de decidir *“Estas pláticas si te pueden ayudar un poquito a sacar esta situación, yo no soy una persona que platique de esto externamente, porque es algo muy íntimo, una decisión muy personal y es algo que cuesta trabajo decidir, y esto es más individual y me gustó”.*

2.9 Consideraciones finales

En lo que respecta a la revisión histórica acerca del fenómeno del aborto pudimos observar que las ideas culturales acerca de este hecho y la permisividad de su práctica dependen del contexto político, social y económico; que ha sido distinto en las diferentes etapas de la historia y territorios del mundo. En algunas culturas antiguas fue permitido por motivos tales como: conservar la pureza de la sangre de ciertos grupos, por precariedad económica, por tener un número excesivo de hijos o cuando las mujeres no contaban con una pareja con quien compartir el proceso reproductivo humano, entre otros.

En la actualidad, los diversos marcos legales del aborto en el mundo, hacen evidente que el aborto voluntario es permitido en la mayoría de los países desarrollados y que está penalizado en la mayoría de los países en desarrollo, encontrándose el entorno legislativo más restrictivo en Latinoamérica y África.

Respecto al marco legal del aborto voluntario en México, solamente en el Distrito Federal está despenalizado, lo cual permite reducir el impacto negativo en los ámbitos físico, emocional y social que el aborto ilegal y clandestino ha provocado en miles de mujeres, en el periodo que ha sido penalizado. Sin embargo, es importante continuar con las labores de actualización del marco legal del aborto en los demás estados del país, para que las leyes sean menos restrictivas y las mujeres puedan ejercer su derecho a decidir sobre la maternidad.

En el aspecto médico del aborto, en lo que corresponde a las diferentes técnicas para realizarlo, la aspiración endouterina, ya sea manual o eléctrica, es la técnica más sencilla y segura para interrumpir un embarazo, y es posible llevarla a cabo a partir de la semana 4 y hasta la semana 14 de gestación, aproximadamente. Y cabe resaltar que si este proceso se realiza en condiciones técnicas e higiénicas adecuadas es un proceso con riesgos escasos para la salud de la mujer.

En el aspecto moral del aborto, los valores católicos son predominantes en la cultura mexicana, los cuales dictan que la única forma buena y adecuada de decidir y actuar acerca de un embarazo, es continuarlo hasta el nacimiento, ya que esta religión considera que el ejercicio de la sexualidad es solamente para fines reproductivos, por lo que se castiga, segrega

y rechaza a las mujeres que deciden abortar.

Según la ética, cuando una mujer decide abortar lo lleva a cabo para hacerse responsable de su propio proceso generativo, ya que no acepta someterse a un rumbo fijo y sin posibilidad de cambiarlo, sino que busca hacerse protagonista de su historia, al ejercer la maternidad voluntaria, es decir, en el momento que juzgue y considere más adecuado, si es que la ejerce (Veggetti-Finzi, 1988).

Según la literatura consultada, los motivos, es decir, lo que lleva a una mujer a decidir abortar se pueden clasificar en motivos o razones de salud física, psicológicos y socio - económicos.

Además del aspecto motivacional, la psicología aborda el impacto psicológico que puede tener el hecho de abortar, ahí encontramos que los principales predictores de dificultad emocional en las mujeres que abortan son una red de apoyo social nula o insuficiente y el conflicto entre la decisión de abortar y sus valores o los que su ambiente predica, independientemente de que haya juzgado el aborto como lo más pertinente en su caso después de una deliberación.

En torno a las consecuencias de la decisión de abortar, los prejuicios coloquiales mencionan que provoca daño a la salud mental de la mujer. Sin embargo, se ha demostrado que es falso, ejemplo de ello son los estudios hechos por la American Psychological Association, que concluyen que las mujeres no presentan daños a la salud mental como depresión o síndrome de estrés post traumático después de un aborto. Según esta misma asociación, las tres principales teorías psicológicas que han sido útiles para analizar el fenómeno del aborto son: el psicoanálisis, la teoría de estrés - afrontamiento y el enfoque socio cultural (Major et. al., 2009).

Puede verse que el tema del aborto es un tema complejo ya que se relaciona de manera explícita con el ejercicio de la sexualidad y la concepción de la vida y la muerte , que son temas acerca de los cuales la sociedad genera constantemente ideas, valores, reglas, prejuicios y costumbres ya que lo mencionado implica las condiciones de existencia y conservación de la especie humana.

Con respecto a las entrevistas realizadas a dos mujeres que decidieron abortar y que forman parte de este trabajo, analizaré la información recabada respecto a los tres ejes planteados: motivos (los porqués), el apoyo social y el estigma y la moral.

En el caso de Sofía ella argumenta que los principales motivos para interrumpir su embarazo son la ausencia de apoyo tanto afectivo como económico por parte de su pareja para llevar a término la gestación y también en cuanto a la salud, los síntomas del embarazo no le permitían continuar laborando y dado que ella tiene la responsabilidad económica propia y de su hijo, ella consideró el aborto como la decisión más adecuada.

Regina presenta como los motivos que la llevaron a abortar, que considera que su proyecto de maternidad está satisfecho, es decir, tiene los hijos que ella había querido tener. Además de conservar la calidad de vida, al evitar un desbalance en el presupuesto y la estabilidad emocional familiar, debido a que Regina también justifica su determinación en torno a que su hija manifiesta explícitamente la dificultad para compartir el espacio afectivo con un hermano más, *“no quiere tener un hermano”*, así pues, la hija de Regina insiste en que se interrumpa el embarazo, por lo que hubo una influencia afectiva fuerte para tomar la decisión de parte de ella.

Ambas mujeres expresan que la etapa del ciclo vital que viven (adultas mayores de 40 años) se suma como un porqué para abortar, ya que Sofía considera *“que la fuerza se acaba”* y Regina menciona *“a los 41 años, yo pensaba que mi vida familiar estaba satisfecha”*.

Tanto Sofía como Regina, hacen énfasis en el cuidado y la calidad de vida del no nacido, lo cual implica que ellas no se consideran capaces de proveer de calidad de vida a otro posible hijo, ya que no cuentan con condiciones emocionales, económicas ni de tiempo adecuadas, por lo que prefieren no continuar con la gestación.

En lo que respecta al apoyo recibido por parte de su pareja, Regina considera que sí lo recibió y que éste la hizo sentir tranquila y segura, ya que le parece justo, equitativo y solidario *“(…) porque para que sucediera el embarazo se necesitaron dos personas, entonces lo justo es que entre dos personas se solucione”*.

Por otro lado, refiriéndonos al caso de Sofía, primero ella recibe apoyo económico y afectivo por parte de su compañero para continuar el embarazo. Semanas después la pareja retira este apoyo y ello se convierte en el principal motivo para abortar y dicho cambio le provoca emociones de tristeza, coraje y enojo, lo cual reitera constantemente durante las entrevistas.

Sofía manifiesta que generó algunas fantasías acerca del embarazo ya que consideró que su pareja podía cambiar, es decir, que iba a proveerle de apoyo afectivo y económico, el cual no recibía hasta ese momento ni para ella ni para el hijo que tiene con él, por lo que el posible nacimiento abrió para ella esa posibilidad; al respecto ella afirma *“ya me había hecho la idea de volver a vivir con él”, “por un momento dado creí que él iba a cambiar, que le iba a echar ganas (...) creí que él iba a trabajar”,* lo cual no sucedió.

Entre estas fantasías, también describe que *“quería tener una niñita”* y se refiere al embarazo como *“mi bebé”*, además de que enfatiza que su pareja llamaba al embarazo *“María José”*, por lo que podemos considerar que hubo una liga afectiva con el feto y al mismo tiempo hubo una donación de existencia, pensamiento y afecto por parte de ambos, lo cual genera sentimiento de pérdida, tristeza y culpa en la experiencia de aborto por parte de esta mujer (Veggetti –Finzi, 1988 & Arellano, 1989).

Así pues, Sofía mostró el deseo de maternidad en contraste con varias carencias para la futura crianza, principalmente la ausencia de su compañero, lo cual implicó dolor y tristeza por la pérdida de la fantasía de maternidad compartida con la pareja: *“tuve la esperanza de que todo saliera bien con el papá”*. Por lo que el aborto, en su caso, surgió como una solución a la soledad, ya que no contó con una pareja con quien compartir el acto reproductivo (Veggetti-Finzi, 1988). Por lo que además de vivir el duelo por el aborto, esta mujer también vive el duelo de la ruptura con la pareja.

Como ya se mencionó, entonces la decisión de abortar tiene una relación directa y estrecha con el vínculo de pareja, ya que la ausencia de afectividad, solidaridad y apoyo por parte del compañero, es una razón para abortar y por otro lado el vínculo solidario y afectivo por parte de la pareja aporta tranquilidad con la decisión de abortar y facilita la experiencia en el sentido moral y emocional. Al respecto, Regina refiere: *“si él quisiera una cosa y yo otra*

tendría conflicto moral más severo (...) él me ayuda a no pensar que soy una mala mujer.”

Caso contrario, la ausencia de apoyo por parte de la pareja para continuar el embarazo, y también su ausencia en el proceso del aborto, causó emociones de enojo y tristeza en una de las participantes.

En lo que concierne a la red de apoyo familiar, Sofía recibe apoyo económico y afectivo por parte de un tío quién la acompaña y le provee del recurso económico para tener acceso al aborto, y también contó con el soporte afectivo por parte de su hermana. Ambos conocen la situación de violencia y falta de apoyo que Sofía vive⁴⁵ y lo consideran un motivo suficiente para el aborto, sin embargo, su hermana manifiesta un conflicto entre la decisión de abortar y sus valores porque considera *“que es la mejor decisión pero que es algo malo”*, lo cual se relaciona con la moral predominante que estigmatiza el aborto, independientemente de las razones para llevarlo a cabo.

Regina, por su lado, no involucra a la familia de origen, madre y hermanos, ya que considera que sería una posible fuente de crítica y estigma, los cuales evita al mantener en secreto su situación. Ya que tiene la experiencia de que su hermana se encontró en una situación de aborto voluntario años antes y ella la apoyo es su decisión y cuando posteriormente lo compartieron con su madre y sus abuelos *“recibió crítica y no apoyo”*. Dicha participante involucra únicamente a su esposo e hija mayor ⁴⁶, esta última se muestra impositiva con su mamá, al insistir para que se interrumpa el embarazo, ya que ella no desea compartir la afectividad familiar con un hermano más, motivo importante por el cual Regina se inclina por el aborto, como ya se mencionó.

Respecto al estigma y la moral, ambas mujeres perciben que su decisión se opone a la moral establecida y que es una posible fuente de estigma, por lo que deciden compartirla con un número reducido de personas como una estrategia para evitar ser segregadas o desvalorizadas. De manera tal que el aborto aunque se realice en un contexto legal, continúa siendo un estigma para la mujer que lo decide y lo lleva a cabo.

⁴⁵ Ella refiere *“él me golpeaba, le pedí dinero para un tratamiento y no me lo dio”*.

⁴⁶ Quien se entera del embarazo de manera inintencionada, ya que acompaña a su mamá a realizar un ultrasonido y no tenía sospecha de que hubiera un embarazo. La edad de su hija es de 12 años.

Tanto Sofía como Regina mencionan que la toma de la decisión se dificultó debido a ideas y emociones ambivalentes, es decir, contradictorias u opuestas, acerca del embarazo y el aborto. Regina sentía *“ternura e ilusión por el posible bebé”* y al mismo tiempo considera que sus condiciones son inadecuadas para hacer frente a un futuro nacimiento. Y Sofía menciona *“que es lo mejor”* pero que le da *“sentimiento”*.

Con respecto a la religión, Regina manifiesta que no practica ninguna, motivo por el cual no explicita que exista algún conflicto moral relacionado con este ámbito.

Sofía muestra ambivalencia al expresar que en su situación el aborto es la mejor decisión pero tiene el temor moral de haber asesinado o provocado dolor al feto con el aborto. Aunado a la idea religiosa de que podría ser castigada por Dios, ya que refiere *“tengo miedo de Dios”*, así pues, ambas ideas generan dudas y tristeza antes del aborto y posterior a él⁴⁷.

Por lo tanto, el vínculo religioso con el Dios católico hace de la decisión de interrumpir un embarazo un asunto complejo, ya que la moral católica hegemónica no considera permisible la decisión de abortar, sin embargo, es viable interpretar de diversas maneras el discurso católico acerca del aborto, ya que también está en cambio constante y se han generado nuevos preceptos, lecturas y explicaciones que permiten el aborto en diversos casos⁴⁸ y es importante darlas a conocer, con el fin de que las mujeres católicas que toman esta decisión la vivan con mayor tranquilidad.

Las dos participantes del estudio, particularmente Sofía, manifestaron tristeza, dolor y sentimiento de pérdida en la experiencia de abortar. No obstante quince días después de dicho proceso, se sienten tranquilas y perciben bienestar emocional con la decisión que tomaron, ya que consideran que fue la más adecuada en sus circunstancias. Sofía refiere *“(…) si no hubiera hecho eso, mi vida hubiera sido un infierno”*. Y Regina dice *“me siento mejor,*

⁴⁷ Sin embargo, dichas dudas fueron aclaradas gracias al modelo integral de *la orientación* que ofrecen las clínicas *Acompáñame* del Centro de atención Integral a la pareja A.C. ya que se disipó el prejuicio moral de que el feto puede tener percepción del dolor desde el momento de la concepción, acerca de lo cual los estudios científicos actuales han concluido que ello puede suceder a partir de la semana 24 de gestación, aproximadamente (Ortiz, 2009), lo cual también se vincula con lo planteado por Baker (1989) que describe que en ocasiones brindar información acerca del desarrollo fetal puede contribuir a que las mujeres clarifiquen sus valores acerca del aborto y vivan con mayor tranquilidad su decisión. También en dicho espacio, se reflexionó acerca de la validez moral de su determinación dado los motivos que ella expone y cómo su vínculo con Dios y con la religión católica no se contraponen con ello al realizar una interpretación no hegemónica de aquellos discursos.

⁴⁸ Este tipo de investigaciones e interpretaciones fueron consultadas en www.catolicasmexico.org, sitio dirigido por Católicas por el derecho a Decidir A.C.

mucho mejor". Lo cual es un ejemplo más acerca de la ambivalencia vivida por estas dos mujeres en su experiencia de aborto.

Por otro lado, ambas mujeres consideran que en su situación particular están evitando daños y generando bienestar, ya sea para el posible hijo, a nivel individual o a nivel social al juzgar el aborto como la decisión más pertinente en su caso, como menciona GIRE (2010), Barraza et al. (2002) y De la Barraza (1985).

Así pues, el futuro tuvo dos caras para estas mujeres: por un lado, continuar con su embarazo hasta el nacimiento y por el otro, ofrecer calidad de vida y de cuidado a sus hijos ya nacidos, por lo que dichas mujeres valoraron como superior el segundo.

Estas dos mujeres mostraron que al pasar por su experiencia de aborto se hicieron conscientes de sus capacidades y limitaciones tanto emocionales, físicas y económicas, las cuales las llevaron a negarse a llevar a término la gestación presente; al igual que las de su compañero. Lo cual implica que esta experiencia favorece un proceso de reflexión acerca de ellas mismas y sus parejas el cual genera auto- conocimiento y conciencia de la propia existencia.

La orientación⁴⁹ antes y después de una interrupción de embarazo, es un aporte al bienestar emocional de las mujeres. Lo cual coincide con lo planteado por las teorías socioculturales en psicología, que mencionan que los mensajes de grupos sociales solidarios, pueden contribuir a la significación del aborto por parte de las mujeres, como más positivo y benigno.

Por lo tanto, la orientación antes y después de la interrupción del embarazo es un aporte al bienestar emocional de las mujeres y debería ser política fundamental en la provisión de servicios.

⁴⁹ Ver apartado 1.9 *El modelo de la orientación y el aborto*. Dicha intervención no fue un eje primario en este trabajo de tesis, sin embargo, es importante destacar que es una intervención psicológica que fue brindada a ambas mujeres entre 24 horas y 2 horas previas a la interrupción de su embarazo en el Centro de atención Integral a la Pareja A.C. donde acudieron llevarla a cabo y dónde se recolectó la información para este análisis.

Para finalizar, es importante comentar que si persisten las condiciones de ilegalidad, estigmatización y peligro para la salud de la mujer que aborta, será difícil integrar y esclarecer un marco teórico y conceptual preciso acerca de este hecho.

2.10 Limitaciones y sugerencias

Para futuras investigaciones pueden hacerse comparaciones del discurso y estados emocionales de las mujeres por grupos de edad y un comparativo de la vivencia diferencial entre las mujeres que ya tienen al menos un hijo y las que no han experimentado la maternidad. También entre las que experimentan vida de pareja estable y las que no.

Sería importante también hacer estudios cualitativos de la vivencia del aborto en la pareja y las redes familiares de las mujeres.

Con el objetivo de valorar y hacer propuestas al modelo de atención de la clínica, sería importante realizar un estudio de seguimiento a los 3, 6 y 9 meses del proceso vivido por estas mujeres. Considero que ha sido de vital importancia hacer mi investigación en un programa de atención que cuenta con largos años de experiencia en la atención integral de mujeres que cursan con embarazos inesperados. Por ello, considero también, que se podría hacer una análisis de las diversas intervenciones que se hacen en el proceso y buscar las estrategias que desde el punto de vista emocional, puedan favorecer la salud emocional de las mujeres. También podríamos proponer un análisis de esta situación en grupos focales de mujeres que se han realizado el aborto en otros espacios para ofrecer un análisis comparativo de las distintas intervenciones que se hacen en un marco de apertura legal y los aportes que dicho proceso tiene para la salud de las mujeres.

También es recomendable profundizar en investigaciones en psicología con marcos teóricos específicos, tales como “aborto desde el punto de vista cognitivo -conductual”, “aborto y psicoanálisis”, “aborto y psicología social”.

Por último, en esta investigación únicamente se analizó el discurso a nivel consciente, por lo que se recomienda hacer también investigación acerca de la situación inconsciente de las mujeres que pasan por un aborto inducido, para lo cual el psicoanálisis tendría mucho que aportar.

III. Referencias

Aray, J. (1998) *Aborto: estudio psicoanalítico*. Venezuela: Monte Ávila Editores.

Arellano (1989) *Entorno psicosocial que dificulta la elaboración de duelo en el aborto*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Baker, A. (1989) *Manual completo de orientación para embarazos indeseados*. Bogotá: Fundación ESAR.

Barraza et al. (2002) *Miradas sobre el aborto*. México: GIRE.

Bisquerra, R. (1989) *Métodos de investigación educativa*. España: Ediciones CEAC.

Bouchon (2009) *Recogida de datos. Metodologías cualitativas*. Documento electrónico. http://www.mdm-scd.org/files/FichesMethologiques/espanol/GuideCollecte_Espagnol_Full.pdf. Recuperado el 10 de noviembre, 2011.

Childbirth by Choice Trust (1995) *Abortion in law, history & religion*. Canadá: Childbirth by Choice Trust.

Contreras, F. et al (2007) *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis*. Acta colombiana de Psicología. Universidad Santo Tomás. Colombia.

Corres, N. (2001) *La memoria del olvido*. México: Fontamara.

COSUDE (2004) *Empoderamiento: conceptos y orientaciones* http://www.asocam.org/biblioteca/ASO_RA_Empoderamiento.pdf. Recuperado el 13 de abril, 2011.

De los Reyes (2000) *Identidad y exclusión de la vejez en la sociedad globalizada*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina . <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/EXCLU003.pdf>. Recuperado el 24 de octubre, 2011.

De Melo (2011) *Os estigmas: a deterioração da identidade social*. Universidad Católica de Pernambuco. Brasil. Publicado en internet: <http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>. Recuperado el 23 de octubre, 2011.

Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima edición. <http://www.rae.es/rae.html>. Consultado el 10 de septiembre, 2011.

Enríquez & Anda (2008) *Despenalización del aborto en la Ciudad de México*. México: UNAM, IPAS & GIRE.

Erviti, J. (2005) *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. México: UNAM.

Escardó, F. (1954) *El Alma del Médico*. Argentina: Alessandri. pp 61-63.

Espinoza, C. (2011) *¿Cómo influye el estigma sobre el aborto en la opinión pública?* Ponencia presentada en IV Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Ciudad de México. Octubre, 2011.

Figuroa & Stern (2001) *Encuentros y desencuentros en salud reproductiva*. México: El Colegio de México.

Flores, J. (2008) *Foro sobre la despenalización del aborto*. México: UNAM & La Jornada.

García, N.V. (2007) *La representación social del aborto en el hombre*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gaviria, A.S. (2004) *Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del aborto inducido*. Revista avances. v.5, p.118 -129. Colombia. Documento electrónico. <http://www.psiquia.triabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf>. Recuperado el 15 de mayo, 2011.

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (2003) *Las mujeres que abortan*. Hoja informativa. México.

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (2007) *Aborto, salud y bienestar*. Hoja informativa. México.

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (2008) *Leyes del aborto en México*. Hoja informativa. México.

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (2009) *Leyes del aborto en el mundo*. Hoja informativa. México.

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (2007) *La despenalización del aborto en la Ciudad de México*. México: GIRE.

Guillaume, A. & Lerner, S. (2007) *El aborto en América Latina y El Caribe*. México - París: CePed. www.ceped.org/IMG/pdf/55-espagnol.pdf. Recuperado el 20 de mayo, 2011.

Hernández & Morales (2002) *La actitud de los universitarios ante el aborto*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Hernández, S. et. al. (2010) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Ignaciuk, A. (2009) *Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género*. E-A Journal. Vol. 1, No. 2. www.ea-journal.com. Recuperado el 20 de abril, 2011.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005) *La diversidad religiosa en México*. Documento electrónico. http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/religion/Div_rel.pdf. Recuperado el 15 de septiembre, 2011.

Jóvenes por la despenalización del aborto (2008) *Mitos sobre el aborto*. Documento electrónico. <http://jovenesdespenalizacionaborto.wordpress.com/%C2%BFque-es-el-aborto/>. Recuperado el 3 de septiembre, 2011.

Lara, E. (2001) *El adulto joven*. Seminario realizado por estudiantes de Psicología de la

- Universidad e la Concepción. Documento electrónico. <http://www.apsique.com/wiki/Desajoven>. Rescatado el 31 de octubre, 2011.
- López, H. (2004) *Aborto en México y en el mundo. Una mirada feminista*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Major, B. et. al. (2009) *Abortion and mental health*. American Psychological Association Publications. Vol. 64, No. 9, p. 863 - 890. Estados Unidos de América.
- Martínez, L. (2006) *Elaboración de duelo en mujeres con abortos provocados*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mujeres al Oeste (2007) *Mitos y realidades sobre el aborto*. http://www.mujeresaloeste.org.ar/aborto/2004/mitos_aborto.html. Recuperado el 2 de septiembre, 2011.
- Munk-Olsen, T. & cols. (2011) *Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder*. New England Journal of Medicine. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa095882>. Recuperado el 13 de abril, 2011.
- National Association for the Repeal of Abortion Laws (2001) *Common myths about abortion*. Pro choice New York Foundation. <http://www.naral.org/>. Recuperado el 3 de septiembre, 2011.
- Nietzsche, F. (1887) *Genealogía de la Moral*. México: Tomo.
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Promoción de la salud mental. Informe compendiado*. http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. Recuperado el 31 de octubre, 2011.
- Oros (2005) *Locus de control: evolución de su concepto y operacionalización*. Revista de Psicología. Vol. XIV, no. 1. Universidad de Chile. Pp. 87-89.
- Ortiz, M.G. (2009) *La moralidad del aborto*. México: Siglo XXI.

Paz, O. (1950) *El laberinto de la soledad*. México: FCE.

Aragón, F & Quintero, F. (2011) *Valores en el cine mexicano de la última década*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Rivas & Amuchástegui (1998) *Voces e historias sobre el aborto*. México: The population Council & Edamex. Documento electrónico <http://ciencias.jornada.com.mx/foros/despenalizacion-del-aborto/opinion/segunda-sesion/voces-e-historias-sobre-el-aborto>. Recuperado el 31 de octubre, 2011.

Rizo, R. (2010) *La comunicación humana: ensayo para un nuevo modelo ético*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM.

Rossella, P. (2002) *Calidad de Vida: Conceptos y medidas*. Institute of Population Research and Social Policies. Italia. http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf. Recuperado el 25 de octubre, 2011.

Veggetti-Finzi (1988) *El aborto, una derrota del pensamiento*. Revista Debate Feminista. Documento electrónico. http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id_articulo=670&id_volumen=42. Recuperado el 30 de octubre de 2011.

Woman on Waves (2004) *Mitos sobre el aborto*. <http://www.womenonwaves.org/>. Recuperado el 2 de septiembre, 2011.

