



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Interrupción Legal del Embarazo: Una visión psicológica  
con perspectiva de género”**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Brenda Admin González Muñoz**

Directora: Lic. **María del Rosario Guzmán Rodríguez**

Dictaminadores: Lic. **Juana Olvera Méndez**

Mtra. **María de los Ángeles Herrera Romero**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2015**



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.

“Más vale que no tengas que elegir entre  
el olvido y la memoria, entre la nieve y el sudor,  
será mejor que aprendas a vivir sobre la línea divisoria  
que va del tedio a la pasión,  
no dejes que te impidan galopar, ni los ladridos de los perros,  
ni la quijada de Caín, que no te de insomnio por contar  
las gaviotas del destierro, las amapolas de París.  
Te engañas y me quieres confundir, esta canción  
desesperada no tiene orgullo ni moral,  
se trata sólo de poder dormir sin discutir con la almohada,  
¿Dónde está el bien? ¿Dónde está el mal?  
Y sal ahí a defender el pan y la alegría,  
y sal ahí para que sepan, que esta boca es mía”

Joaquín Sabina

## Agradecimientos

A mis padres: Creyeron en mí todo este tiempo, me brindaron más que recursos, me dieron una voz propia, una luz, una magia...

Papá: Gracias por enseñarme el valor de la responsabilidad, de la honestidad, de la humildad. Este trabajo es un reflejo de lo que has cosechado, tu retoñito floreció...

Mamá: Tu linda hija acabó un proyecto el cual no hubiera sido posible gracias a ti, a tus cuidados, a tu comprensión, a tu comida que alimenta el alma, a esas pláticas, a tu amor...

LOS AMO E INFINITAS GRACIAS

A mi familia que siempre me ha brindado amor, alegrías y su sincero apoyo, gracias a la familia Muñoz, especialmente a mis tías, tíos, primos y abuelita ya que con ustedes crecí y aprendí lo valioso que es la familia. Gracias a Stephanie e Iván por ser más que unos primos para mí.

A la familia González a mis abuelos, a mis tías, tíos y primos que con sus pláticas, llamadas y risas me han demostrado que el amor hacia la familia es incondicional. Los quiero mucho.

A la Universidad Nacional Autónoma de México. A mí querida Facultad de Estudios Superiores Iztacala que me abrió sus puertas hace casi 5 años. El sueño comenzó aquí, creció, maduró y se convirtió en una realidad. Porque entre tus paredes se encuentra más que conocimiento.

“... Lo más hermoso que existe es verte y disfrutarte a la luz de la luna, cuando sólo estás tú y el conocimiento en puerta...”

A cinco hermosas personas que conocí durante estos 4 años de carrera y se convirtieron en más que colegas, en amigas del alma: Alejandra Zaragoza, Gina Ríos, Nohemí Ortega, Diana León, Alma Mandujano. Sin ustedes no hubiera sido igual esta maravillosa experiencia, gracias por todas las charlas, los trabajos, las comprensiones... ¡LAS QUIERO!

A mis profesores: Toñita Dorantes, María de Lourdes Jacobo, Gerardo Chaparro, Alfredo López y Amparo Borja, ya que cada uno forjó una mente abierta. GRACIAS.

A mis sinodales: Las profesoras Juana Olvera y Ángeles Herrera. Sin su dedicación y amor a la psicología esto no hubiera sido tan sencillo. GRACIAS.

A mi maestra de vida María Guzmán, quien me permitió compartir, aprender, reír, conocer, observar, sentir y disfrutar a su lado el verdadero conocimiento hacia mí misma. Considero que la palabra “gracias” se queda corta María, me has enseñado tanto... desde trabajar contigo en el PIAV hasta confrontarme con la vida real sin máscaras, miedos, ni ataduras. ¡GRACIAS MI MARIPOSA FAVORITA!

A aquellas personas que conocí durante la carrera y que dejaron huella en mi corazón. Dulce, gracias por todas esas charlas, risas, bromas y consejos dentro de tu cubo; Sandra Torres, por tu amistad sincera y por ser en algún momento mi compañera de regreso a casa, al igual que Cristian Gómez, gracias por todo, los quiero.

Al grupo 51 por sus enseñanzas. A Diana Linares, por tu gran amistad, al igual que Víctor Medina y Alberto Santillan.

Christopher Tamayo, gracias por tu calurosa bienvenida al PIAV y tu amistad sincera.

A mis amigos de la vida, Cinthya gracias por todo amiga, tu apoyo siempre es incondicional así como tu amistad.

Miriam y Aleydis porque su amistad perdura en el tiempo, porque me han escuchado y apoyado en momentos difíciles, gracias por todo.

Antonio Toñoño porque en las madrugadas de trabajo, siempre hubo una carita, un puñito, un hola o un ya duérmete, gracias por mostrarme la perseverancia y la amistad sincera.

A Mayra, gracias por tu amistad estos muchos años, gracias porque me has enseñado el valor de la verdadera amistad. Aún recuerdo cuando salimos de la primaria, de la secundaria, de la preparatoria y recuerdo muy bien el orgullo que sentía cuando te vi bailando en tu graduación. Gracias hermana. Porque un simple hola representaba mucho en las madrugadas. TE QUIERO.

A Admin, que por años te has esforzado para realizar tus sueños, hubo sacrificios pero todo fue hecho con amor. Gracias por permitirte ser, sentir y disfrutar de esta etapa que con esto concluye. Gracias por tu esfuerzo y dedicación. Has encontrado tu camino y nunca has sentido tanta satisfacción...

A mi Dios que me nutre y me ama, me siento agradecida por estar en conexión contigo.

Gracias a ti, por acompañarme en todo mi camino, por manifestarte en sueños y por el amor que recibo de ti, al fin te comprendí...

Gabriel, gracias por tu infinito amor ahora dame la mano y vamos a darle la vuelta al mundo...

“Y si mañana ya no existo quiero poder decir  
por lo menos lo conseguí”

HS

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>1. TEORÍA DE GÉNERO</b>	9
1.1 Asignación, identidad y rol de género	9
1.2 Estereotipos de género	11
1.3 Perspectiva de género	14
<b>2. DERECHOS HUMANOS</b>	18
2.1 Derechos de reproducción	24
2.2 Derecho a la información	31
2.3 Mujeres y salud en derechos humanos	33
2.4 Políticas públicas Interrupción Legal del Embarazo	35
<b>3. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO</b>	40
3.1 Estadísticas	44
3.2 Aspecto legal	46
3.3 Aspecto médico	49
3.4 Proceso I. L. E	52
3.5 Aspecto psicológico	54
3.5.1 Consecuencias psicológicas	55
<b>4. INSTITUCIONES QUE OFRECEN EL SERVICIO</b>	58
4.1 Instituciones gubernamentales	58
4.2 Instituciones privadas	60
4.3 Instituciones civiles	61
<b>5. POR EL DERECHO A DECIDIR</b>	62
5.1 Método	62
<b>6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	86
<b>7. CONCLUSIONES</b>	93
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	96

## RESUMEN

La Interrupción Legal del Embarazo (I. L. E) es un tema actual de interés debido al creciente número en las estadísticas acerca de la utilización de este servicio, sin embargo, no sólo debe considerarse como una política pública de salud implementada en nuestro país, sino una consecuencia de convenciones internacionales que retomaron los derechos básicos de la mujer llevando consigo un posible cambio de percepción hacia los roles de género y la concepción de la maternidad.

Es por ello que el objetivo de la presente es conocer las condiciones sociales, psicológicas y legales que propician a las mujeres a tomar la decisión de interrumpir su embarazo, por medio de la realización de entrevistas donde se relata el proceso de I.L.E.

En los resultados se obtuvo que dicho proceso es el ejercicio del derecho reproductivo, ya que se ejerce de manera libre existiendo las condiciones legales y medicas para llevarlo a cabo, no obstante para la mujer conlleva una posible inestabilidad psicológica esto dependiendo de cómo se viva, que redes de apoyo sociales y que recursos psicológicos se tengan, es por ello que el aborto se considera como un hito en la trayectoria personal con secuelas sentidas en la vida sexual, afectiva, reproductiva y anticonceptiva.

De esta investigación se concluye que es conveniente que no sólo se hable de Interrupción Legal del Embarazo como una lucha de libertades y derechos de la mujer, mucho menos que se hable desde un punto de vista moral sino que se abra brecha a considerarlo como un proceso en donde existe un estado temporal de desorganización, desequilibrio y vulnerabilidad, así concebir el aborto como una crisis supone herramientas psicológicas para reestructurarlo e integrarlo a la vida de la mujer.

## INTRODUCCIÓN

Históricamente se ha generado una situación de discriminación y marginación hacia mujeres y hombres en diferentes aspectos sociales y culturales. Así a la mujer se le asigna el espacio del hogar por su capacidad para gestar y amamantar a los hijos el tiempo que fuese prescindible, por su proximidad espacial, se ocupó del resto de las funciones vinculadas al espacio de la casa; mientras que el hombre se dedicara a la agricultura, la cacería, la domesticación de animales y la guerra (Aguilar, Valdez, González-Arratia y González. 2013). Esta postura tradicionalista no fue la acepción en nuestro país, en México la cultura dominante estaba cargada de normas, creencias y valores. La mujer mexicana, permeada por el conocimiento indígena y colonial, tenía virtudes inherentes desde obediente, dócil, tímida e irresoluta hasta sentimiento de abnegación y sacrificio que el instinto materno le otorga. Esta concepción de la mujer mexicana fue imperativa hasta que el feminismo norteamericano y la revolución sexual dieron lugar a la llamada “segunda ola” de los movimientos feministas, quienes se sintieron beneficiadas con el cambio de sexo a género. El género responde a construcciones socioculturales susceptibles de modificarse dado que han sido aprendidas (INMUJERES, 2007). En consecuencia, el sexo es biológico y el género se elabora socialmente, de manera que ser biológicamente diferente no implica ser socialmente desigual. Así se construyen normas y percepciones de los diferentes géneros, las cuales, se categorizan en estereotipos y roles de género, primeramente los estereotipos de género indican las características, que según se considera, son apropiadas para cada género y los roles de género indican la forma en la que se comportan y realizan su vida cotidiana los hombres y las mujeres (Magally, 2011 citado en Aguilar y cols. (2013). Por su parte INMUJERES (2007) menciona que los roles de género son conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece.

Ejemplo de esto son las actividades que realizan mujeres para garantizar el bienestar y la supervivencia de su familia, como lo son la preparación de

alimentos, el aseo de la vivienda (actividades invisibles, es decir, no remuneradas ni reconocidas) la reproducción biológica, la crianza y la educación de los hijos e hijas. Con esto ella se categoriza por tener el “instinto maternal”, la mujer quiere, puede y debe procurar a sus hijos con o sin ayuda de su pareja. Así, la maternidad es vista como un acontecimiento novedoso y de autorrealización. Las mujeres son socialmente revaloradas y reivindicadas al ser madres, tal valoración moral de la maternidad está introyectada en la subjetividad de la misma (Torres, Salguero y Ortega. 1998). Sin embargo, la actitud que tome la mujer hacia estos cambios y la relación y expectativas que muestre con respecto a su futuro papel como madre, se encuentra influido, por la sociedad en la que vive, por su historia personal, la relación con su pareja y con la familia (Urbina y Villaseñor. 2005). En consecuencia de una sociedad cambiante con nuevas ideologías políticas, económicas y religiosas, la construcción sociocultural de la maternidad se modifica hacia una concepción que permite enfrentarla no como un camino obligado o como una acción que está ya pautada, sino ahora se han dejado paulatinamente los criterios de la primera mitad del S. XX (basados en un modelo disciplinario de lo permitido y lo prohibido) y se amplían las visiones, la libertad de elección fomentando la realización personal, de esta manera, la autoridad tradicional queda en tela de juicio y surgen ya no normas o patrones específicos de crianza sino múltiples posibilidades frente a las cuales elegir (Ehrenberg. 2000 citado en Molina. 2006).

Políticamente también se han ido construyendo leyes, iniciativas de ley y mejoras en los derechos humanos con miras a una posición más incluyente retomando los derechos principales de las mujeres. Esto se ha reflejado en las últimas dos décadas, ya que, se han logrado avances en el derecho internacional enfocado a los derechos de las mujeres (Derechos humanos de las mujeres: normativa, interpretaciones y jurisprudencia internacional. 2006).

Como un compromiso hacia dichos derechos y tomando en cuenta que México en el artículo 4° establece como garantías individuales el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos para lograr el bienestar físico,

mental y social de la mujer y contribuir así al pleno ejercicio de sus capacidades. Decide despenalizar el aborto durante las primeras 12 semanas de gestación, publicándose en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en Abril del 2007. Dicha fue resultado de dos reformas legislativas previas, la primera ocurrió en el año 2000, al firmarse una iniciativa para legalizar el aborto en casos de malformación congénita o cuando el embarazo constituyera un riesgo para la vida de la mujer, y la segunda en 2003, cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó reformas al Código Penal, permitiendo a las mujeres acceder a servicios de aborto legal bajo una gama más amplia de causales de ley y modificó la Ley de Salud para el Distrito Federal (Díaz-Olavarrieta; Cravioto; Villalobos; Deeb-Sossa; García y García. 2012).

Estas legislaturas responden a un fenómeno social demandante en nuestros días y preocupante por su impacto en la salud, ya que en México, el aborto además de ser un grave problema de salud pública, se realiza con frecuencia mediante prácticas clandestinas, que constituyen un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna. Además existe evidencia científica de que la interrupción del embarazo en sus primeras semanas de gestación, disminuye la morbilidad y mortalidad de las mujeres embarazadas que lo solicitan o requieren, sobre todo si se realiza en condiciones adecuadas de higiene, infraestructura y por personal médico calificado (Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012, junio).

Con base en estos cambios, la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal (SSDF) aprobó y publicó los lineamientos para regular la prestación de servicios de aborto legal en instituciones públicas y privadas del Distrito Federal. Dichos criterios, constituyen condiciones a las que están expuestas las mujeres que deciden terminar su embarazo. Someramente, se expondrán los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud para la interrupción legal del embarazo en el D. F que se encuentran en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012, junio), primeramente se define Interrupción Legal de Embarazo como un procedimiento médico que se realiza hasta la décima segunda semana completa de gestación y hasta la vigésima semana completa de gestación

de acuerdo con las excluyentes de responsabilidad penal. El procedimiento consta:

1. Brindar información al solicitante, así el personal de salud de los sectores público, social y privado, proporcionarán información objetiva, suficiente, oportuna y comprensible sobre los procedimientos que se utilizan, así como los riesgos y consecuencias, con el propósito de que tome de manera libre, responsable e informada la decisión de interrumpir su embarazo mediante un consentimiento informado, cuyo principio se basa en el derecho que tiene la persona a decidir libremente y con pleno respeto a su autonomía.
2. Los encargados de realizar la Interrupción del Embarazo deberán ser profesionales de la salud y proporcionarán un trato digno, respetarán la confidencialidad del caso y darán seguridad del procedimiento a realizar, en un marco de empatía servidor público-usuaria durante su estancia en la unidad de atención médica. De igual forma el médico cirujano, gineco-obstetra o cirujano general que sea objetor de conciencia, podrá abstenerse de realizar la Interrupción Legal del Embarazo.
3. La técnica utilizada para realizar la Interrupción hasta la décima segunda semana de gestación, será mediante la administración de medicamentos preferentemente o quirúrgica, y se hará tomando en consideración las semanas de gestación del producto, el estado de salud de la usuaria y el criterio del médico cirujano.

Así mismo, Las autoridades de la unidad médica, agilizarán los trámites administrativos necesarios para que el procedimiento se lleve a cabo lo más tempranamente posible, resolviendo la solicitud a la mujer embarazada de hasta doce semanas completas de gestación, en un máximo de cuarenta y ocho horas.

Los establecimientos donde se realiza este servicio son las unidades médicas del sector público, social o privado.

A pesar de estas legislaturas y el avance en la materia de derechos, el aborto en la esfera social es visto como un fenómeno de controversia y opiniones divididas, existen aquellas con argumentos encaminados hacia el derecho de las mujeres en la reproducción, a solucionar un problema de salud pública y otros con ideologías

moralistas y religiosas. No obstante la controversia de si el aborto es bueno o no moralmente, si es censurable desde el punto de vista religioso o si se debe o no sancionar penalmente, no desdeña que penalizarlo implica violentar derechos fundamentales importantes para la mujer, derecho a la libertad, a la privacidad, a la autonomía, a la igualdad de oportunidades y despenalizarlo no implica justificarlo moralmente y menos fomentarlo (De González. 2008). Se trata de un respeto a la decisión de la mujer, sin que se le vulnere, estereotipe y apegada a los derechos fundamentales de la misma. Una investigación que revela dicho debate realizada por Díaz-Olavarrieta y cols. (2012) en donde el objetivo era identificar las percepciones y opiniones del personal proveedor de servicios de aborto en la Ciudad de México, a tres años de la implementación de la reforma de la ley, denotó que el personal de salud ostenta opiniones divididas y ambivalentes respecto al derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo lo cual afecta en la calidad del servicio que se presta.

En el aspecto psicológico, diversas investigaciones mencionan que si el aborto espontáneo puede acarrear sentimientos de pérdida y reacciones de duelo, no es de extrañar que el aborto inducido, con las implicaciones emocionales añadidas (sentimientos de alivio, vergüenza y culpa) sea vivido como un acontecimiento de la vida adverso y generador de estrés (Gurpeghi y Jurado. 2009). Por su parte Leal (2009) menciona que la culpabilidad en el aborto provocado es intensa, destructiva y muy patógena, comparada con el aborto espontaneo, ya que en este el sentimiento es más liviano, más tolerable porque no está ligado a ningún acto reprobable, sino a la responsabilidad. Este mismo autor hace alusión al síndrome Post-Aborto en el cual los síntomas más comunes son, sentimiento de tristeza, sensación de “vacío interior”, sentimiento de pérdida, pesadillas con contenido onírico sobre el aborto, fantasías y proyecciones sobre la vida del hijo que no nació, sin embargo, este síndrome como entidad psicopatológica diferenciada, no se contempla en las actuales clasificaciones Internacionales D.S.M. y C.I.E.

Actualmente estas concepciones dejan de ser vigentes, ahora la experiencia del aborto está mediada por su evaluación de la gestación, el aborto mismo y de lo que pesan en su vida, por la capacidad que ella percibe tener para enfrentarse a

estos eventos y por la manera en que afronte los eventos subsecuentes a la terminación del embarazo, lo anterior está moldeado por las condiciones del ambiente de la mujer: sus recursos materiales, apoyo social, acompañamiento de la pareja, situación legal del aborto en el lugar donde vive, por sus características personales, actitudes, valores, experiencia previa a eventos estresores, antecedentes de trauma o violencia y factores neurobiológicos (Rondón. 2009). Inclusive hablar de Síndrome Post-aborto desdeñaría la evidencia científica que señala la no existencia de éste y que la presencia de patología psiquiátrica previa es el más importante factor de riesgo para presentar trastornos en las emociones luego de un aborto o un parto.

Un estudio realizado por Wells (1991 citado en Rondón. 2009) ejemplifica dicha concepción, en su estudio indagó cómo se sienten las mujeres después del aborto, encontrando que la ansiedad situacional disminuyó significativamente luego del mismo. Por su parte Major et al. (2000 citado en Rondón. 2009) evaluó la depresión usando el Inventario Breve de Depresión, inmediatamente después del aborto y pasado un mes, concluyendo que los niveles de depresión eran menores que antes de la intervención, también éste estudio reporta que un mes después los sentimientos positivos eran mucho más frecuentes que los negativos (en comparación con la concepción antigua del aborto) la depresión disminuyó y la autoestima aumentó después del mismo. De igual forma, encontró que el riesgo para reacciones negativas era mayor en las mujeres más jóvenes, con baja autoestima y con depresión previa.

Como se observa, el aborto es un fenómeno muy amplio, el cual puede ser abordado por diferentes puntos de análisis, es por ello que se debe tomar una herramienta de observación que nos permita visualizar éste fenómeno entendiendo cada circunstancia, causa, mecanismo institucional y cultural para así modificar las estructuras sociales, los mecanismos, reglas, prácticas y valores. Para esto, la perspectiva de género es conveniente, ya que visualiza las condiciones sociales en las que están inmersos hombres y mujeres que pueden ser no aptas.

El principal objetivo de la perspectiva de género es aminorar la brecha de desigualdad entre hombres y mujeres, incorporando nuevas formas de comportamiento y respeto a las diferencias. Este equilibrio de poder permite transformar el estatus de la mujer, del hombre y los roles de género, en este caso, permite la libre decisión de la mujer sobre su cuerpo y sobre la maternidad. Así ella puede expandir sus habilidades para tomar decisiones estratégicas para su vida, lo que se llama empoderamiento. Cuando una mujer está empoderada adquiere tres tipos de poder, social, político y psicológico, el primero implica información, conocimientos, acceso a redes sociales y recursos financieros; el político habla de un acceso a los procesos democráticos de toma de decisiones, y finalmente, el psicológico es la toma de conciencia del poder individual y colectivo que tienen las mujeres, esto se alcanza mediante el autoestima personal y la recuperación de la dignidad como persona (Hevia y col. 2012).

Es por ello que el objetivo de la presente fue conocer las condiciones sociales, psicológicas y legales que propician a las mujeres a tomar la decisión de Interrumpir su embarazo. Resultando de gran relevancia, ya que, en un mundo como el actual, el respeto al derecho de los seres humanos se ha visto trasgredido por leyes e imposiciones que limitan su desarrollo como personas, lo cual minimiza su capacidad de decisión y afecta su salud mental.

Como profesionales de la psicología es importante generar conocimiento acerca de las condiciones biopsicosociales que implica la interrupción de un embarazo, debido a que es un fenómeno actual, conlleva secuelas psicológicas, se ve afectado el comportamiento, su propia concepción y la percepción social de la mujer. Todo esto, con miras a entender y generar opciones de crecimiento tanto social como individual a mujeres que interrumpen su embarazo.

# 1. TEORÍA DE GÉNERO

“...Te amo –dijo- Te amo y tú me rechazas.  
Te amo, yo, la virgen, que en su alma orgullosa sentía  
soberano desprecio por el hombre. Te amo y me  
entrego a ti. Tómame, te pertenezco. Soy tuya por entero...”

Los Pardaillan

## 1.1 Asignación, identidad y rol de género

Las relaciones de género son una construcción sociocultural, ya que son producto de dinámicas sociales, económicas, políticas, entre otros. Hombres y mujeres, desde el momento de su nacimiento, son reconocidos como tal, en un primero momento, por cuestiones biológicas; después a través de la socialización comienza la identidad hacia un género, ésta es definida como un juicio a través del cual el individuo trata de auto clasificarse como hombre o mujer basándose en los aspectos que la historia ha definido como culturalmente propios de las dos categorías sexuales (Vergara y Pérez. 1993 citado en Paterna; Yago y Martínez. 2004). Después que se ha adquirido esto, comienza una asignación de género, en la cual se conjuntan aspectos culturales que dan contenido y sentido a la feminidad y masculinidad. La asignación de género se produce desde que se nace, a través del contacto con la familia, la escuela y las relaciones con los pares, y se va reforzando a lo largo de la vida por el condicionamiento de reglas, normas institucionales, mensajes y discursos sociales (INMUJERES. 2008). Ésta es determinante del rol de género, porque le da a la persona una concepción particular de sí misma y la manera en cómo se conducirá ante los demás construyendo su entorno. Cuando el sujeto incorpora las consignas que se han construido a partir de su sexo y género, construye los elementos y los identifica dentro de sus núcleos sociales, entonces perpetúa sus valores y creencias que le permiten socializarse en género (Instituto Jalisciense de las Mujeres. 2008). Una de las características de esta identidad es que se realiza en función de roles y

estereotipos sociales, los cuales encasillan las actividades e identidades de mujeres y hombres.

Los roles de género se definen como el conjunto de comportamientos, funciones, tareas y responsabilidades aprendidas en grupos, comunidades o sociedades y que a la vez generan expectativas y/o exigencias sociales y subjetivas reflejándose en la división sexual de trabajo (INMUJERES. 2008). A diferencia de los estereotipos que son creencias y atribuciones sobre cómo debe ser y cómo debe comportarse cada género, con frecuencia son simplificaciones excesivas que reflejan prejuicios (Instituto Jalisciense de las Mujeres. 2008).

Tradicionalmente los varones han sido asociados con la cultura, lo público, la razón, la conciencia, el pensamiento; por lo contrario, las mujeres, con la naturaleza, lo privado, el cuerpo, los sentimientos, la pasión (Robles. 2010). El ámbito público son espacios y acciones vinculadas con la producción y la política, es en este ámbito donde se definen las estructuras socioeconómicas de las sociedades, en éste el rol productivo genera ingresos económicos, en dinero o en especie y se producen bienes o servicios para la venta y el consumo. El ámbito privado son de igual forma espacios y acciones, pero vinculadas a la familia y a lo doméstico, en éste, las mujeres tiene un papel protagónico, generalmente, poco valorado por la sociedad. En éste predomina el rol reproductivo que se relaciona con la reproducción biológica y las actividades que pueden garantizar el bienestar y la supervivencia de la familia, es decir, la crianza y la educación de los hijos e hijas, la preparación de alimentos, el aseo de la vivienda, entre otras, siendo actividades invisibles, no remuneradas ni reconocidas (INMUJERES. 2012).

Sin embargo, actualmente los cambios ideológicos, económicos, políticos, están produciendo una reorganización de lo que se espera de un género o de otro, así las mujeres tienen ahora no solo la posibilidad de trabajar, sino de obtener puestos gerenciales, estudiar y obtener posgrados, deciden si aceptan o no la maternidad y de aceptarla, eligen el momento apropiado y si serán o no las únicas encargadas de la crianza de los hijos (Arellano. 2003; Bastida. 2009; Vázquez. 2006 citados en Aguilar, Valdez, González-Arratia y González. 2013). De acuerdo con Barrios (2008) citado en Aguilar y cols. (2013) la demanda femenina por una mayor

independencia tendrá inevitablemente el costo de que en el ámbito de las relaciones personales puede producirse una mayor polarización entre los sexos, no una mejor integración y armonía. Las mujeres deberán renunciar hasta cierto punto a la seguridad del compromiso y el apoyo masculino, en cambio, el hombre se habrá de resignar a reducir su estatus, compartir la tarea de la manutención y expresar más sus afectos.

Un estudio elaborado por Aguilar y cols. (2013) ejemplifica lo anterior; la investigación tuvo como objetivo conocer el significado contemporáneo del rol de género que hombres y mujeres consideran tener, se trabajó con 300 jóvenes universitarios repartidos equitativamente por sexo. Los resultados concluyeron que los hombres se definen con un rol protector, proveedor, comprensivo, profesionalista, seguro y amoroso, mientras que las mujeres se perciben como profesionalistas, independientes, esposas o amas de casa, esto permitió afirmar que los roles que viven los jóvenes universitarios muestran cambios importantes de los roles sexuales tradicionales de la cultura mexicana.

Los roles de género cambian con el tiempo y el contexto social, construyendo una sana identidad, que permite a las personas no apegarse a las elaboraciones sociales rígidas que dictan específicamente el comportamiento a seguir, sino al contrario, la flexibilidad del desempeño del estereotipo o del rol que permitirá al individuo adecuarse a situaciones de equilibrio con su construcción social.

## 1.2 Estereotipos de género

Históricamente, mujeres y hombres han socializado a partir de la imposición de modelos configurados para unas y para otros (Torres, Salguero y Ortega. 2001) de ahí que se esperen actitudes de dependencia y sumisión en la mujeres, mientras que en los hombres se les considere fuertes y con poca expresión emocional. A estas concepciones se les considera estereotipos de género. Un estereotipo es una idea preconcebida que define las características de cada sexo, una construcción sociocultural. En general, reflejan las creencias populares de las actividades, los roles, rasgos y atributos que caracterizan y distinguen a las

mujeres de los hombres (INMUJERES, In straw. 2006 citado en INMUJERES. 2008). Estas ideas se mantienen por las instancias o instituciones socializadoras como la familia, la iglesia, la escuela, las instituciones de salud, entre otras. Es por ello que se convierten en ejes que dictaminan el comportamiento y delimitan una serie de creencias y prescripciones de lo que significa ser hombre o mujer. De acuerdo con Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) los estereotipos de género tienen un carácter prescriptivo en el sentido de que determinan lo que debería ser la conducta de mujeres y de hombres, pero a su vez tienen un carácter descriptivo en el sentido de asumir que ambos poseen características de personalidad diferenciales. Estos parámetros indican lo que se espera de hombres y mujeres sobrevalorando una cualidad que se piensa intrínseca al género. Al menos en la cultura mexicana se percibe que el hombre está ligado al prototipo del rol instrumental, es decir, está inmerso en las actividades productivas, encaminadas a la manutención y provisión de la familia, caracterizándose por ser autónomo, orientado al logro, fuerte, exitoso y proveedor; en tanto la visión de la mujer se vincula a las actividades encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja y la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha. 2000 citado en Rocha-Sánchez. 2005). Un ejemplo de esto se observa en la atención de la salud del hombre y la mujer, ya que se concibe que la sintomatología que presenta la mujer al llegar a los servicios médicos es menos valorada que la que pueden presentar los hombres, por lo tanto, se espera que las mujeres lleguen en llanto, dolor y decaimiento completo para pensar que algo “les duele”, es decir, la mujer no enferma o bien no demuestre que lo está (Robles, 2010).

Los estereotipos femeninos sobrevaloran las tareas reproductivas y de maternidad. Desde la construcción de su identidad como mujer, se internaliza la reproducción como obligación biológica de preservación de la especie y dependiendo del momento histórico, trae consigo comportamientos y roles esperados (Schwarz. 2008). Así mismo, se ha visualizado como algo natural, biológico, universal y propio de las mujeres porque históricamente se ha pensado que es lo que otorga un valor como personas (Torres y cols. 2001). En este marco,

muchas mujeres son socialmente revaloradas y reivindicadas al ser madres, así, serlo significaría una concepción de género saliente, es decir, un conjunto de mujeres que puede percibirse como un grupo donde sus miembros comparten la característica común de gestar hijos, aspecto que diferenciaría a un grupo de hombres, que es visto como inferior por no compartir dicha experiencia. Entonces la maternidad se convierte en una condición de estatus social, lo cual supone vínculos con otras mujeres madres donde se construyen grupos homogéneos a partir de dicha vivencia, diferenciándose de otros grupos de mujeres que no son madres o cuyo rol maternal es secundario (Paterna y cols. 2004). La identificación hacia los roles maternos es consecuencia de una concepción típica de la maternidad; así las mujeres más tradicionales en cuanto actitudes hacia el rol de género tienden a reproducir los estereotipos más habituales de la maternidad, así como una visión idealizada de ésta (Paterna, Martínez y Yago. 2001 citado en Paterna y cols. 2004). Es por ello que, tradicionalmente, la entrada a la vida adulta de la mujer, comenzaba a partir de la iniciación sexual y por consiguiente la reproducción, la cual confinaba al espacio privado y las actividades domésticas; actualmente, se abre una brecha entre la iniciación sexual y el comienzo de la vida reproductiva y en ésta se explora la sexualidad y el erotismo sin intenciones reproductivas (Schwarz. 2008). Bajo este supuesto, cuando la mujer decide no tener hijos, tal decisión se considera como algo anormal, como algo que está mal o descompuesto, en este sentido, no se acepta que la mujer no quiera tener hijos, antes bien, tiene que justificar esa visión en términos económicos, problemas de pareja, falta de empleo o alguna otra carencia. Sin embargo, existe otro grupo de mujeres que han empezado a replantear una nueva forma de maternidad sin tener que necesariamente renunciar a ella ni valorarla negativamente, en ésta se conjugan una serie de elementos que postulan un cambio de concepción a favor de la apertura a la mujer a todos los niveles de educación formal, a la actividad laboral y política y el uso de métodos anticonceptivos que hace posible una maternidad elegida.

Finalmente, en la sociedad mexicana se aceptan los estereotipos que definen a hombres y mujeres; por ejemplo, el modelo del hombre como jefe del hogar,

mientras la mujer es considerada como ama de casa (Robles, 2010), no obstante, dado que el estereotipo es una construcción sociocultural, se puede afirmar que los seres humanos poseen el poder para su transformación (Mendieta. 1998 citado en Stern. 2007). Por consiguiente, en la actualidad, muchas políticas sociales se basan implícita o explícitamente en estos supuestos, y se abocan a inducir cambios culturales, por ejemplo, la educación para la igualdad de género (Stern. 2007).

### 1.3 Perspectiva de género

La perspectiva de género surge en la segunda mitad del siglo XX en el ámbito de las ciencias sociales, particularmente de la teoría de género, respondiendo a la necesidad de abordar de manera integral, histórica y dialéctica la sexualidad humana y sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros y de los particulares, es decir, en la organización patriarcal de la sociedad (Consejo Nacional de la Población. 2000). Es concebida como un enfoque teórico y metodológico para la ciencia y como una herramienta filosófica y política para la vida cotidiana que ha sido destinada a transformar las relaciones desiguales y opresivas entre los género y al interior de ellos. Ésta se erige como la primera filosofía no-sexista de la sexualidad, de ahí que se modifiquen los paradigmas centrales de las ciencias y la política, el hombre deja de ser tal paradigma y ya se visualiza también a la mujer. Para develar los procesos y las estructuras intrínsecas y más sólidas de la opresión, la perspectiva de género se apoya en el materialismo histórico y dialéctico, de ésta retoma conceptos y categorías como poder, opresión, explotación, trabajo y condición social para interpretar la dinámica de la realidad social, también, centra su atención en las relaciones de poder entre hombres y mujeres para explicar el origen y el desarrollo histórico del sexismo, de igual forma, contribuye a devenir el sistema patriarcal en los diferentes modos de producción. La base epistemológica de ésta está en la modernidad científica, ya que contempla a las personas como sujetos sociales, históricos y genéricos involucrados de manera protagónica en los

procesos de construcción del conocimiento, de desarrollo de la cultura y de la continuación de la vida social y no como objetos de investigación externos, estáticos y medibles.

La perspectiva de género se construye al interior de las teorías feministas, debido a que se han desarrollado desde la opresión genérica de las mujeres, sin embargo, la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres no es una potestad del movimiento feminista, pero es evidente que lo que más se ha divulgado corresponda a la actuación de algunas mujeres durante la revolución francesa o a las ideas de la ilustración, así como el trabajo por la obtención del voto, el cual permitió no sólo que las mujeres ya en el siglo XX pudieran aglutinarse en colectivos para este fin, sino que también fueron semilla para que crecieran reclamos por otros derechos, como lo fueron el acceso a la educación, a la tierra, a una vida libre de violencia, al trabajo remunerado fuera de casa, a ser nombradas para cargos públicos, entre otros (García. 2013).

En los años setenta, emerge el concepto de género, con los trabajos de Money en 1966, Gayle Rubin en 1974 y Robert Stoller, estos autores basaron sus investigaciones en niños y niñas con problemas anatómicos en la distinción de sus genitales, concluyó que la identidad sexual de las mujeres y los hombres no era resultado directo del sexo biológico, sino de las pautas de socialización y representación cultural sobre lo que significa ser mujer u hombre en un determinado contexto social (Gómariz. 1992 citado en INMUJERES. 2008). El sistema sexo/género fue importante al reconocer cómo en razón de la ubicación en uno u otro sexo se le adjudican roles, valores, formas de sentir y actuar y esto asociado a una adjudicación de espacios: lo privado, también lo doméstico para las mujeres y lo público vinculado a la calle, pero también a lo político, para los hombres. En función de esto se delimitan tareas para hombre y para mujeres, las cuales tienen también una valoración diferente que es fundamento de la desigualdad (García. 2013). Para aminorar esto, es necesario una mirada analítica que indague cómo las sociedades construyen sus reglas, valores, prácticas, procesos y subjetividad, dándole un nuevo sentido a lo que son las mujeres y los hombres, y a las relaciones que se producen entre ambos (INMUJERES. 2008).

Dado este sentido relacional, la perspectiva de género no alude exclusivamente a “asuntos de mujeres”, sino a los procesos sociales y culturales que convierten la diferencia sexual en la base de la desigualdad de género. Asumirla como un asunto de mujeres, equivaldría a invisibilizar la participación masculina en dichos procesos ya sea como agentes reproductores de desigualdad o igualdad.

El uso de esta herramienta busca principalmente, desnaturalizar las explicaciones sobre las diferencias entre mujeres y hombres, basadas en la idealización de los aspectos biológicos y la negación de la influencia social, también busca comprender los procesos a través de los cuales las diferencias biológicas entre los sexos se convierten en desigualdades sociales, que limitan el acceso equitativo de mujeres y hombres a los recursos económicos, políticos y culturales; de igual forma, identifica vías y alternativas para modificar la desigualdad de género, promover la igualdad jurídica y la equidad entre mujeres y hombres; y finalmente visibiliza la experiencia de los hombres en su condición de género (INMUJERES. 2008).

La perspectiva de género supone una nueva visualización de cada hombre y cada mujer en su dimensión sociocultural, por lo cual se debe desestructurar, reestructurar y transformar las ideas o pensamientos que se tengan acerca del género, es por ello que la psicología está inmersa en ésta herramienta de análisis. De acuerdo con (Sánchez-Cánovas y Sánchez. 1994 citado en Barberá y Cala. 2009) la perspectiva psicológica de género trata de explicar las leyes generales del comportamiento humano a partir de la diversidad existente en factores biológicos, experienciales, sociales y culturales (Barberá y Cala. 2009) así con esta perspectiva, se observan las conductas que realizan los hombres y las mujeres, la interpretación que se hace de dichas conductas, y sobre todo, se analizan las reacciones afectivas que se generan en el transcurso de las relaciones interpersonales. No obstante, la psicología científica, aparte de analizar los fenómenos comportamentales y formular hipótesis, tiene la clara función de intervención a partir del comportamiento adquirido para modificar el comportamiento y lograr con ello un gran nivel de bienestar, individual y grupal.

## 2. DERECHOS HUMANOS

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre,  
responsable e informada sobre el número y  
espaciamiento de sus hijos...”

Art. 4° constitucional

Los derechos humanos son atributos que forman parte de la dignidad humana (INMUJERES. 2008) son el conjunto de prerrogativas a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de una sociedad que vive jurídicamente organizada (CNDH. 2010). De acuerdo con Cristina Sánchez citado en Maquieira (2006) estos se caracterizan por dos cualidades distintivas, son universales, ya que, todas la personas son titulares de los mismos, con independencia de su vinculación o no a un Estado y de rasgos como sexo, la raza y la religión, de igual forma, son inalienables e irrenunciables, se exige una homogeneidad moral con respecto de los mismos. Otras cualidades los caracterizan como dinámicos e históricos, porque son el resultado de la progresiva toma de conciencia de los seres humanos; e interdependientes e integrales, es decir, están articulados, porque la realización de un derecho es condición necesaria para la realización de otros (INMUJERES. 2008).

Los derechos humanos, han pasado por diferentes etapas en su proceso de expansión, primeramente de *positivación*, es decir, la plasmación en textos legales; *generalización*, que supone la extensión de los sujetos titulares de los mismos; *internacionalización* a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU en 1948 y finalmente la *especificación*, la cual reconoce las diferencias específicas de grupos en los que se insertan las personas, derecho de las minorías o derechos de grupos.

También se han clasificado de acuerdo con su naturaleza, origen, contenido y por la materia que refiere en las denominadas Tres Generaciones, las cuales tiene un carácter histórico-cronológico de la aparición y reconocimiento en el orden jurídico normativo de cada país

La primera generación se refiere a las llamadas libertades clásicas, es decir, los derechos civiles y políticos. Estos surgieron de la exigencia y de movimientos revolucionarios en diversas partes del mundo a finales del siglo XVIII, específicamente en la Asamblea Nacional durante la Revolución francesa, entre los cuales figuran que toda persona tiene derechos y libertades fundamentales sin distinción de raza, color, idioma, posición social o económica; los hombres y las mujeres poseen iguales derechos, tiene derecho a casarse y a decidir el número de hijos que desean, entre otros.

La segunda generación parte del surgimiento del constitucionalismo social que enfrenta la exigencia de que los derechos sociales y económicos, descritos en las normas constitucionales, sean realmente accesibles y disfrutables. Esta constituye los derechos económicos, sociales y culturales, entre los cuales destacan, toda persona tiene derecho a la seguridad social y a obtener la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales.

La tercera generación, incentivo el progreso social, pretendía elevar el nivel de vida de todos los pueblos, esto en la década de los setenta, en un marco de respeto y colaboración mutua entre distintas naciones de la comunidad internacional, se elaboran los siguientes derechos, a una vida digna; derechos de los pueblos; a la paz; a un medio ambiente sano y equilibrado; al desarrollo; a la solidaridad; a la felicidad y derechos de las futuras generaciones.

Algunos autores como Vallespín, Matcher, Luño, Morillo, Bustamante citado en INMUJERES (2008) sugieren la existencia de la Cuarta, Quinta y Sexta Generación de los derechos humanos, relacionadas con reivindicaciones de nuevos actores sociales, el medio ambiente, la bioética y las nuevas tecnologías.

Así como la sociedad adquiere derechos también obtiene obligaciones, asumiéndolas algunas el Estado, en virtud del derecho internacional, así el estado tiene la obligación de respetar (debe abstenerse de interferir el disfrute de dichos derechos), proteger (exige que los Estados impidan los abusos contra individuos y grupos) y realizar los derechos humanos que implica que los mismos deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos (OACDH. 2014). Los individuos también tienen compromisos, el principal respetar sus

propios derechos como de los demás. No obstante, esto no se ha considerado históricamente, ya que ha existido una omisión de dichas garantías hacia las mujeres. Estas han tenido que luchar por sus derechos reivindicando su humanidad, su condición jurídica y la responsabilidad del Estado para garantizar así su fiel cumplimiento (INMUJERES. 2008).

La conquista histórica de los derechos humanos de las mujeres, da sus primeros pasos entre los años de 1933-1968, en donde la ONU retoma las demandas por los derechos civiles y políticos de las mujeres, en estos años se realizan diversas convenciones entre ellas la Convención sobre la Nacionalidad de la Mujer en 1934; Convención para la Supresión del Tráfico de Personas y la Explotación Sexual en 1949 cuyo objetivo es penalizar y controlar la trata de blancas o prostitución de mujeres; Convención de la OIT para la Equidad en la Remuneración de Hombres y Mujeres trabajadoras en el mismo año; en 1960 La Convención Internacional en Contra de la Discriminación Educativa de las Mujeres, realizada por la UNESCO, la cual asegura el acceso a la educación en todos los niveles y finalmente La Convención sobre el consentimiento al matrimonio, la edad mínima y el registro de matrimonios, para evitar matrimonios forzados y proteger a la mujeres en eventos de abandono o engaño. De igual suerte, se firmaron algunas declaraciones, entre las cuales destacan la Eliminación de la Discriminación contra de la Mujer, en 1967, la cual garantiza la igualdad de trato, de modo que las mujeres no fueran tratadas jurídicamente por debajo de los hombres, ni se denegara el acceso a sus derechos y la Declaración de Teherán, en 1968, que reconoce el Derecho a la Planificación Familiar e inicia el proceso de reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres.

Los años de 1975 a 1980 se caracterizan por el reconocimiento al papel de las mujeres en el desarrollo y un impulso a sus derechos sociales y económicos. Se llevaron a cabo importantes conferencias y convenciones, como la Conferencia Mundial de la Mujer en 1975, cuyo país sede fue México, en ésta se definieron con precisión el derecho a la planificación familiar y así mismo, se adopta una resolución para la promoción de las mujeres al desarrollo, para esto se crea el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto

Internacional de Investigación y Capacitación para el Adelanto de las Mujeres (INSTRAW). En 1979 se celebra la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra La Mujer y en 1980 en Copenhague se realiza la Segunda Conferencia de la Mujer, en donde se cuestionan las visiones masculinistas en el desarrollo, que invisibilizan tanto los aportes de la mujer como las situaciones en que ésta se encuentra.

El siguiente periodo es imperativo para la visibilización de la violencia hacia la mujer, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la incorporación de la perspectiva de género en todos los ámbitos, éste se desarrolla entre los años 1985-1994, con la Tercera Conferencia Internacional de la Mujer en Nairobi, se rompe el silencio en torno a la violencia hacia la mujer, se identifica la feminización de la pobreza, adoptando nuevas estrategias para el avance y se reconoce la necesidad del empoderamiento femenino económico de las mujeres. En 1993 se proclama la Declaración Universal para la Eliminación de la Violencia en contra de las Mujeres y en 1994 con la Convención de Belém do Pará, se establece el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito privado como público.

Entre los años de 1995 al 2007 se establecieron los derechos de la mujeres como derechos humanos, en 1995 se celebra la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en donde se establece la Plataforma Mundial de Acción, también se instituye la equidad de género como un enfoque de todas las políticas de desarrollo y la transversalidad de la perspectiva de género como eje orientador para la transformación de las estructuras sexistas. Cinco años después, Beijing 5, se lleva a cabo en Nueva York el seguimiento a la Plataforma Mundial, enfatizando la necesidad de adoptar medidas contra la violencia doméstica y sexual, de igual manera, reconoce el aborto inseguro como grave problema de salud pública, afirmando que las mujeres en situaciones de aborto deber recibir tratamiento adecuado y humanitario y, sobretodo, recomienda la revisión de las legislaciones punitivas. En 2005, Beijing +10, se continúa con la reelaboración de leyes contra la discriminación, el abuso y la violencia. Finalmente en 2007 en la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina en Quito, se adoptan 26

acuerdos en distintos ámbitos del desarrollo de las mujeres: combate a la violencia y la discriminación, eliminación de estereotipos sexistas y la promoción de relaciones y responsabilidades igualitarias entre mujeres y hombres.

En años recientes, el fuero internacional en materia de derechos humanos sigue evolucionando y ampliándose para tratar cuestiones emergentes como los derechos de las personas de edad, derecho a la verdad, aun un medio ambiente limpio, el agua, el saneamiento y la alimentación (OACDH. 2014).

En México los inicios de la lucha por los derechos de las mujeres se remontan a lo largo de su historia, desde el movimiento de independencia con la presencia de mujeres destacadas como aliadas y colaboradoras de los insurgentes, de relevancia Josefa Ortiz de Domínguez, Leona Vicario, La Güera Rodríguez quienes haciendo caso omiso de los prejuicios de la época influyeron en la lucha y consumación de la independencia. En el período de la Reforma se consiguió la secularización de la enseñanza, aunque de manera restringida la entrada de mujeres a la educación formal; el establecimiento de siete causales de divorcio y el divorcio eclesiástico (Pérez. 2004 citado en INMUJERES. 2008). En el Porfiriato, las mujeres empiezan a aprovechar su reciente acceso a la educación para incorporarse al mercado de trabajo, a través de la realización de servicio doméstico en las haciendas, como telegrafistas, médicas, dentistas y periodistas. De igual forma se inician las agrupaciones feministas por mejorar las condiciones laborales de las mujeres, según estudios de Portugal (2003) citado en INMUJERES (2008) las primeras peticiones para la obtención del voto se remontan a 1821, cuando un grupo de mujeres en Zacatecas pide al gobierno que se les considere ciudadanas por su contribución a la causa de la Independencia. Pasados algunos años, en el México revolucionario, las mujeres de nueva cuenta tomaron partido del movimiento como *adelitas* siguiendo a sus maridos de norte a sur, como fuerza revolucionaria, como enfermeras, espías, incluso asesoras de los principales líderes revolucionarios, sin dejar de lado su papel de trabajadoras domésticas en el campo de batalla.

En 1916 se comienza la lucha feminista por los derechos de las mujeres, en Yucatán se pugnaba a favor de relaciones más igualitarias y en contra de la

subordinación, la desigualdad y la discriminación (Tepichin. 2010), se establecía que era un error educar a la mujer para una sociedad que no existía, habituándola a que, como en la antigüedad, permanezca recluida en el hogar, el cual sólo abandona para asistir a los saraos y fiestas religiosas, pues la vida activa de la evolución exige su concurso en una mayoría de las actividades humanas (Primer Congreso Feminista, 1916 citado en INMUJERES. 2008). Posteriormente, en 1923, Felipe Carrillo Puerto envía a la Legislatura del Estado una iniciativa que concedía el voto a la mujer. En 1932, el Código Civil establece que las mujeres pueden trabajar sin permiso del marido y que el divorcio por adulterio es para ambas partes. Por su parte, el presidente Lázaro Cárdenas en 1937 presenta una iniciativa para que se reconociera la igualdad jurídica de la mujer y la posibilitara su participación política, sin embargo, la propuesta se rechazó. Años más tarde, en 1946 la Cámara de Diputados reforma en Artículo 115 constitucional y se establece que en las elecciones municipales participarían las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres, con el derecho de votar y ser elegidas. Consecutivamente, en el sexenio de Ruíz Cortines, se crea un Programa de Bienestar Social Rural en 1953, el cual es un buen ejemplo de las acciones gubernamentales a apoyar a mujeres en actividades alrededor de sus roles de madres y amas de casa, ya que se ofrecían jardines de niños, desayunadores familiares, cursos de corte, costura y confección, lo mismo se presentaba por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto Nacional de Protección Infantil (INPI), en los cuales se trabajaba por el bienestar de la niñez ((Tepichin. 2010) desde aquí se observa que la atención en las mujeres era como cuidadoras, madres y amas de casa. En el año de 1975 se celebraba la mencionada Conferencia Internacional de la Mujer y la lucha de las mujeres rendía frutos con la publicación en el Diario Oficial el Artículo 34 constitucional que dictaba: son ciudadanos de la República los varones y las mujeres que, teniendo la calidad de mexicanos, reúnan, además los siguientes requisitos, haber cumplido 18 años, siendo casado, o 21 sino lo son, y tener un modo honesto de vivir. Posteriormente, en los años sesenta se incrementa la matrícula de mujeres en las universidades, se hace notoria la participación femenina en el movimiento

estudiantil, el uso de la pastillas anticonceptiva, se defiende el derecho a la interrupción del embarazo, a la no violencia contra las mujeres, la protección a mujeres violadas, así mismo, en 1976, se reforma en segundo párrafo del Artículo 4° de la Constitución Mexicana, que eleva a rango constitucional la igualdad entre los hombres y las mujeres, así como la libertad de decidir sobre el número y espaciamiento de las hijas y los hijos

En la década de los ochenta, debido a la recesión económica característica de México, la acción pública integra a las mujeres al desarrollo aprovechando el potencial hasta entonces subutilizado y promueve la participación de las mismas en tareas del desarrollo del país mediante el trabajo voluntariado o remunerado, así, partiendo del pensamiento feminista liberal del Occidente, se busca la igualdad entre hombres y mujeres por medio de un acceso igualitario a la educación, al empleo y a beneficios materiales, sobretodo, de la tierra (Tepichin. 2010). En la década de los noventa en México adquiere presencia, aunque algo tardía comparada con la imagen internacional, la problemática de la concepción de género, así este término innovó la forma en la que se conceptualizaban las relaciones entre hombre y mujeres, sin embargo, muchas veces la acepción se alejaba del sentido original acuñado en las conferencias internacionales, y en México se percibía como cualquier asunto que tuviera que ver con las mujeres y sus derechos, muy alejado de las políticas públicas. Más adelante, en 1995, México adopta la estrategia acordada en la Conferencia Internacional de la Mujer, en donde se utiliza la estrategia de transversalización, la cual supone incorporar la perspectiva de género a las políticas públicas como una manera efectiva de extender una transformación del orden social de género hacia la familia, la vida cotidiana, el trabajo y el quehacer del Estado.

Uno de los grandes avances en derechos humanos fue la creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en junio de 1990, con el propósito de la protección y promoción de los derechos humanos, la CNDH es un organismo público-nacional que se ajusta a los estándares contenidos en los Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos denominados, *Principios de París*; entre

sus funciones se encuentra recibir quejas, conocer e investigar, a petición de parte o de oficio, presuntas violaciones a derechos humanos y formular recomendaciones y quejas ante las autoridades respectivas (Espinoza; Robledo y Negrín. 2011).

Años más tarde en el sexenio del presidente Fox, se crea el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en enero del 2001, en consonancia con los acuerdos internacionales respecto a adoptar la transversalización como estrategia principal (Tepichin. 2010), el propósito general de esta Instituto es promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de trato de géneros, así como el ejercicio pleno de todos los derechos de las mujeres y su participación económica y social del país (Espinoza y cols. 2011).

Finalmente, todas estas acciones han contribuido a una mejora en la calidad de vida y en la percepción de hombres y mujeres con libertades, capacidades y potencialidades, esto ha favorecido no sólo a mujeres sino contribuye a la inclusión de grupos minoritarios. Sin embargo, actualmente, hay mucho camino por recorrer en materia de derechos humanos, ya que surgen constantemente nuevas necesidades, cambios sociales, políticos y tecnológicos así como nuevas realidades que acompañan la creación de derechos humanos más satisfactorios. De igual forma, no se puede perder de vista que garantizar los derechos a los ciudadanos en áreas como el derecho al libre ejercicio de la religión, el derecho a la libre expresión, entre otros, implica colocarlos en una posición de capacidad para funcionar en estas áreas, es decir, tendrán realmente estos derechos solamente si existen medidas efectivas para hacer que la gente sea verdaderamente capaz de desarrollar el ejercicio político (Nussbaum. 2002) sino será como posibilitar con alas atadas.

## 2.1 Derechos de reproducción

Hablar de derechos reproductivos, supone hablar derechos sexuales los cuales se conjuntan con los conceptos de salud sexual y reproductiva, sin embargo, cada uno atiende percepciones diferentes. Primeramente los derechos reproductivos

hacen referencia a las decisiones y libertades que un sujeto debe gozar en orden a decidir sobre sus capacidades reproductivas, al abarcar una gama de derechos que van desde las decisiones acerca de la cantidad y espaciamiento de los hijos, el acceso a servicios adecuados ante situaciones de infertilidad, el acceso a anticonceptivos apropiados; hasta el derecho al aborto seguro, legal y accesible Ciriza. (2002) citado Bonaccorsi y Reybet. (2008). Estos se basan en el reconocimiento de la libertad reproductiva de las parejas y los individuos, también incluyen el derecho a gozar de una buena salud sexual y reproductiva (Juárez. 2009). Los derechos sexuales se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todo ser humano, donde cobra particular importancia la dimensión del placer sexual, posibilitan las decisiones libre y responsables sobre todo los aspectos de la sexualidad, libres de discriminación y violencia. Lo cual conlleva a tener salud sexual y reproductiva. Según la Organización Mundial de la Salud citado en Checa (2005) define esta última como el estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Ésta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad a su libre elección y el derecho y acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres gravidez y partos seguros y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener una criatura saludable. Por su parte, la salud sexual tiene como objeto el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Bases para la Acción de la CIPD, El Cairo. 1994 citado en Checa. 2005).

Es así que los seres humanos gozan de derechos reproductivos, los cuales garantizan una salud reproductiva para alcanzar una salud sexual satisfactoria. Los derechos que protegen el goce libre, pleno y responsable de la sexualidad, así

como todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, caben dentro de la conceptualización de derechos humanos y con las mismas características. Los derechos humanos que protegen los derechos reproductivos son, el derecho a la salud, a la vida, a la educación e información, a la privacidad, a decidir el número y espaciamiento de los hijos, a consentir al matrimonio y a la equidad dentro del mismo, a vivir sin discriminación y sin violencia.

Los derechos reproductivos, surgieron de la nueva y cambiante necesidad social, de nuevos parámetros, movilizaciones y acuerdos. Estos convenios comenzaron en el año de 1945 con la Declaración Universal de Derechos Humanos, más tarde con la creación de la Comisión sobre el Estado de la Mujer (CSW) entre 1949 y 1959 en la cual se abordó la convención de los derechos políticos, la nacionalidad de mujeres casadas y el consentimiento del matrimonio. En 1968 en la Primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos se reconoció el derecho de los padres a la planificación familiar, se convino en que padres y madres tienen el derecho humano básico a determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos. Esto se reafirmó en 1975 en México en la Primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, donde se reconoce que el derecho a la planificación familiar es esencial para alcanzar la igualdad de género. De igual manera en México pero en 1984 en la Conferencia Internacional en Población, se decide que a fin de que las mujeres participen plenamente en la vida de la sociedad, se compartan responsabilidades en la planificación y crianza de los hijos; también se convino que nunca debía promoverse el aborto como medio de planificación familiar, así se debía ayudar a las mujeres a evitar el aborto mediante un mayor acceso a los métodos de planificación familiar y quienes se veían obligadas a recurrir al aborto necesitaban un trato humanitario y un asesoramiento psicosocial (Vázquez y Caba. 2009)

Estos acuerdos fueron las bases para la construcción del concepto de derechos sexuales, es hasta 1994 y 1995 cuando surgen dos conferencias trascendentales en este tema. La primera, La Conferencia Internacional en Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, en donde hay un consenso de lo que se entiende por salud sexual y reproductiva y por los derechos de la misma índole. Redactando el

siguiente concepto: los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por el consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. De igual forma, se dio una política global actual de servicios, llamado "Paquete de salud reproductiva" que contiene planificación familiar, educación sexual, salud materna y protección a ITS. También se señala que los derechos reproductivos, son derechos que abarcan ciertos derechos humanos que están reconocidos tanto en el derecho interno como en tratados internacionales referentes a derechos humanos. Ello significa que el ejercicio de los derechos reproductivos, está vinculado al ejercicio de otros derechos tales como, a la integridad personal, al libre desarrollo y bienestar, a no ser discriminado, a la libertad así como al derecho a la salud (Campos. 2011).

La segunda conferencia relevante fue Beijing 1995, en la cual se reafirmó que todas las mujeres tienen control de todos los aspectos de su salud y particularmente de su fertilidad, básico para su empoderamiento. Se estipuló que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

Con esto, se observa una preocupación global por los derechos humanos, debido a la reestructuración social del papel de la mujer, en la cual se refleja la necesidad de salir del ámbito privado y hacerse presente en el campo laboral, lo cual favorecía al sistema productivo, de igual manera, con estas medidas se pretende deshacerse del estereotipo de género, el cual describe a la mujer como la

encargada de la crianza de los hijos manteniéndola en actividades del hogar. Entonces, en estas políticas es indiscutible la conjunción entre la equidad de género y los derechos reproductivos y sexuales.

Como ya se ha descrito, los derechos reproductivos tienen el mismo peso y características que los derechos humanos, es por ello, que los países cuyo interés es estar al pendiente de estas normas, las deben de considerar en su agenda pública, no es excepción México, en donde las principales causas de muerte de mujeres entre los 15 y 64 años son enfermedades relacionadas con el aparato reproductor agudizándose entre las mujeres de escasos recursos y con menos posibilidades de acceso a información y a servicios de salud adecuados (INMUJERES. 2008). Así, siguiendo con los protocolos de El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo de 1994, mejor conocida como El Cairo y la Plataforma de Acción de la V Conferencia de la Mujer o Beijing 5, el gobierno mexicano desde 1994 tiene el compromiso internacional de proveer a la población mexicana de la amplia gama de métodos anticonceptivos, impulsar medidas específicas de difusión y capacitar a las personas para que estos derechos sean una realidad. Es por ello, que en el mismo año, existe un cambio paradigmático en la Ley General de Población de 1974, para reacomodar las políticas públicas a una visión más integral de salud sexual y reproductiva. El gobierno mexicano tiene también el compromiso de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), particularmente el quinto objetivo de desarrollo, que es mejorar la salud materna, cuyo objetivo es lograr para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, teniendo como indicadores, primeramente, la tasa de uso de anticonceptivos, tasa de natalidad entre adolescentes, cobertura de atención prenatal, necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Algunos esfuerzos para alcanzar esto, se denotaron en 2004, cuando la Secretaría de Salud Federal incluyó en la norma de los servicios de planificación familiar, la pastilla de anticoncepción de emergencia, la cual se convirtió en objeto de una batalla política con los grupos ultraconservadores del país liderados por la jerarquía de la iglesia católica, no se debe olvidar que México es uno de los principales países católicos en el mundo (Cuevas y Román. 2011). Otro esfuerzo,

debido a que los mecanismos internacionales y regionales en materia de derechos humanos expresaban reiteradamente su preocupación por las consecuencias que tienen los abortos ilegales, o realizados en condiciones de riesgo, recomendaron a los Estados liberalizar las regulaciones de aborto, así garantizar el acceso al aborto en los supuestos establecidos en la Ley. Tanto el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) y el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos de Naciones Unidas, señalaron que la prohibición total del aborto viola los derechos humanos de las mujeres, y que éste debería estar permitido y ser accesible al menos en los casos de embarazos producto de una violación sexual, de malformaciones y cuando la vida de la mujer este en riesgo, estos mecanismos de derechos también han expresado la preocupación por la criminalización de las mujeres que son orilladas a recurrir a abortos clandestino (GIRE. 2013). Por ello, la despenalización del aborto se produce en México pero de manera estatal, es decir, cada estado adopta medidas para la realización del mismo, sólo hay uno que acepta su despenalización sin que se comprometa con algunas de las características anteriores, así el 26 de Abril del 2007 se despenaliza el aborto en el Distrito Federal hasta la semana doceava de gestación. Esta reforma sin precedentes en el país tuvo un largo camino desde 1931, fecha en la que se aprobó el Código Penal Federal para el Distrito Federal; uno de los antecedentes más importantes ocurrió en el año 2000 con la aprobación por parte de la Asamblea Legislativa de la iniciativa de la Jefa de Gobierno, Rosario Robles, para aumentar las causales legales de aborto y establece mecanismo claros para acceder al aborto por violación y por inseminación artificial no consentida. De estas reformas, es fundamental resaltar que no sólo se modificó la ley para despenalizar el aborto durante las doce primeras semanas, sino que también se establecieron las bases legales para la provisión de los servicios de salud para garantizarlo en condiciones seguras y con pleno respeto a los derechos de las mujeres (GIRE. 2013)

Actualmente, aunque los derechos reproductivos ya son reconocidos como tales, no son contemplados integralmente en todas sus dimensiones, pues sufren embates desde sectores conservadores y fundamentalistas, e incluso desde

esferas gubernamentales, a través de la censura (Juárez. 2009). En nuestro país hablamos de un doble discurso en este tema, ya que por un lado se pretenden seguir las indicaciones internacionales, se celebran acuerdos y parece estar en innovación constante en materia de derechos humanos, pero por otro, en la práctica, se encuentran con limitantes morales, ya que la concepción hacia estos derechos genera polémica y discusión por su proximidad a la esfera sexual. Por otro lado, este tipo de derechos tienen que ver con la justicia social, la democracia y la ciudadanía, considerando que la democracia es multidimensional, inicia dentro de los hogares y llega hasta las macro estructuras civiles y gubernamentales; la ciudadanía implica el ámbito privado, con el ejercicio de la propia autonomía, hasta las esferas públicas del poder, pues tanto la sexualidad como la reproducción son temas que corresponden a las esferas de los derechos, la ética y el ejercicio de la ciudadanía (Ortiz. 2004 citado en Juárez. 2009). Así en un ámbito más individual y personal, las mujeres necesitan aprender que es posible separar la sexualidad de la reproducción para un desarrollo pleno, se debe de tener conciencia del derecho que se tiene a la información y la educación sexual para así ejercer la sexualidad responsable, decidir por propia elección la maternidad, elegir libre e informadamente sobre la utilización de anticonceptivos y no sufrir violencia sexual (INMUJERES. 2008). Entonces no sólo se trata de obtener libertades y conocer derechos, se basa también en una concepción del cuerpo mismo, el derecho de tener control sobre el propio cuerpo y empoderarse para resistir la imposición de conductas no consentidas, el cuerpo es de cada uno no es del "otro" (persona o institución). Para ello, es necesario que otros no tengan poder sobre el cuerpo de la mujer y que ésta tenga suficiente conciencia para impedir imposiciones sobre él mismo, esto implica el reconocimiento de derechos humanos básicos, que puede ser interpretado como derechos a la vida, a la libertad, a la prohibición de la esclavitud o de los malos tratos y todas las formas de violencia. Los derechos reproductivos son los derechos de las mujeres a regular su sexualidad y capacidad reproductora, así como exigir que los hombres asuman responsabilidad por las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad (Bonaccorsi y col. 2008) y así construir un ámbito de equidad, en

donde se reconozcan los compromisos de cada uno en la elección o no de la maternidad.

Sin embargo, por lo general las personas, hombres y mujeres, no saben que existen estos derechos reproductivos, ya que no forman parte de la educación formal y a veces tampoco la informal, así hay un desconocimiento de cuáles son los tratados internacionales y nacionales, es decir, las leyes que los defienden. El desconocimiento de éstos provoca vulnerabilidad para que sean transgredidos, e impiden exigir su comportamiento y actuar cuando no son respetados o son violentados (Mesa y col. 2005 citado García. 2014).

## 2.2 Derecho a la información

La información responde a la necesidad del ser humano de expresarse y de querer saber lo que los demás han expresado; responde un requerimiento que en determinado momento se vuelve un derecho fundamental del hombre, pues, como hombre de libertad, se tiene el derecho de expresar, de informar y de ser informado, y tal prerrogativa natural deberá estar garantizada por el Estado y definida por la sociedad, la cual es definitiva en el proceso de generación y aprovechamiento de la información, ella es la que asigna a ésta valor y función (Quezada. 2001 citado en Soto. 2010). Este derecho incluye el recibir informaciones y opiniones y la posibilidad de negarse a recibirlas, así como a seleccionar positivamente o negativamente aquella información que le satisfaga más o menos plenamente. Independiente de que ésta sea funcional o no, todos los hombres tienen derecho a obtenerla completa y exacta procedente de todas las fuentes importantes con el fin de que puedan desempeñar el papel que les corresponde en la sociedad humana (López. 1984). De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2004), el derecho a la información tiene las siguientes características, es un derecho natural por radicar en la naturaleza sociable del hombre; es personal porque incide en el perfeccionamiento de la persona; no es un derecho absoluto, ya que es susceptible de limitaciones; es

público; es un derecho político en el sentido de que es un derecho que posibilita, y a la vez se funda en la participación política y en las funciones públicas.

Así el derecho a la información está basado en la cualidad innata del hombre y la mujer de expresarse pero también en su capacidad para hacer abstracciones del mundo exterior, analizarlas, aprender su significado y enunciarlas desde su perspectiva. De igual forma, la información dicta comportamientos, si se cree cierta se actuará de acuerdo a este estatuto, si se cree falsa, se desechará y se buscará una que proporcione estabilidad. Entonces supone cierto poder obtener información, primeramente porque por ella proceden acciones; segundo, si se obtiene información que se considera clara y veraz, se pensará que se tiene la verdad.

El derecho a la información es considerado tanto como un medio para el ejercicio de otros derechos, como un derecho mismo, ya que la información obtenida es una herramienta que permite ejercer con mayor amplitud o de forma integral otros derechos (Pulido. 2006) y por lo tanto la falta de respeto y garantía de estos, puede ocasionar una vulneración de derechos, por ejemplo, a la integridad personal, vida privada y familiar y a una vida libre de violencia y discriminación. El acceso a la información es una herramienta fundamental para la construcción de la ciudadanía en los sistemas democráticos, como parte esencial de este desarrollo es vivir plenamente en todas las esferas de la individualidad, es por ello que el derecho al acceso a la información es especialmente relevante en el ámbito de la salud y específicamente en el área de la sexualidad y la reproducción, ya que contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentales respecto a aspectos íntimos de su personalidad (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2011). En México se establecieron disposiciones internacionales para lograr esto, mediante la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la cual obliga a los Estados a asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres los mismos derechos, a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo de nacimiento y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos. Sin embargo, esto no siempre

se cumple, en México y América Latina, se enfrenta un acceso limitado a información sobre servicios de planificación familiar, problemas en el acceso a información básica, atención médica y social adecuada en materia reproductiva, así como la tergiversación en la información en la misma materia proporcionada por servidores públicos con fines disuasivos. Estos obstáculos son vividos particularmente en mujeres pobres, indígenas o zonas vulnerables con poco acceso a la educación (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2011).

Entonces ¿qué hacer con lo que parece una brecha entre el cumplimiento del derecho a la información y la acción de las mujeres para enfrentarla? Casa (2011) menciona que ya que todos tenemos derecho a poseer los recursos necesarios para informarnos y así llegar al conocimiento de las cosas y de los hechos, y que estos no son sólo los tecnológicos sino que el punto de partida, es en todo caso, lo más elemental, la educación permanente, la que es un proceso que dura toda la vida de las mujeres y de los hombres. Hay que recordar que a medida que la gente se educa adquiere mayores conocimientos y también más seguridad con respecto a su posición en la vida y a la defensa de sus derechos. En el caso de las mujeres corresponde a ellas posicionarse en el mundo y en la vida y para ello tendrán que entender su valor como seres humanos y mujeres, entonces, es necesaria una educación pero no necesariamente en un proceso escolarizado, supletorio o remedial, se piensa más bien en una enseñanza de vida, en un aprendizaje que permita a las mujeres superar su marginación de género, deberán ser ellas mismas las que decidan qué quieren aprender en función de qué problemas a resolver y también qué recursos emplearán.

### 2.3 Mujeres y salud en derechos humanos

En los últimos años se han hecho visibles datos significativos sobre las diferencias en la forma de enfermar, los servicios de salud y la forma de morir de hombres y mujeres, ya que años atrás se invisibilizaban estadísticas diferenciales según el sexo lo cual optimizaba a la poca comprensión acerca de las necesidades de salud para cada género. Es por ello que la reforma del sector salud significa uno

de los procesos de transformación sectorial más extendidos, como una forma de incrementar la equidad en la provisión de servicios y satisfacer las necesidades de la población, sin embargo, las inequidades de género han sido escasamente abordadas (Roses. 2004). Esto debido a la conceptualización errónea que se tiene de la salud diferenciando al género, ya que antes de la década de los 70, la salud de la mujer era vista desde una concepción basada en un modelo biomédico y centrada fundamentalmente en la salud reproductiva (Sánchez. 2003). Es hasta años recientes que se entiende que la salud de la mujer abarca enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar y problemas de salud de origen ocupacional y ambiental, dentro de esto la salud está condicionada a una amplia gama de escenarios, influidos por el estatus socioeconómico, el nivel educativo y la disponibilidad, el costo y la calidad de los servicios (Levine; Glassman y Schneidman. 2001).

Si se habla de salud en la mujer se concibe que ella vive más que el hombre, no obstante, hablando en términos de condiciones de salud, esto no implica en ninguna medida mejor salud o calidad de vida, al contrario, presenta mayor tasa de enfermedades crónicas y agudas, tienen dos veces más tasas de depresión y ansiedad que el hombre, la salud reproductiva y la sexualidad siguen siendo fuentes importantes de morbilidad; a nivel mundial, las condiciones de la maternidad dan cuenta que 3 de las 10 causas principales de muerte o enfermedad prematura son en edad reproductiva (Sánchez. 2003).

De igual forma las mujeres son actrices principales en promoción y el uso de los servicios de salud. De acuerdo con Roses (2004) son ellas quienes tienden a utilizar más los servicios preventivos mientras que los hombres recurren más a los de urgencias, las diferencias corresponden a la función reproductiva, es por ello que el financiamiento de dichos servicios es más costoso para las mujeres. Así mismo, las mujeres son las productoras de salud, es decir, son las principales gestoras de la salud familiar para todos los grupos de edad.

Si las mujeres representan vulnerabilidad y apoyo en cuestión salud ¿por qué tras años de movimientos feministas que impulsaron revisiones con enfoque de género a los modelos sanitarios vigentes se siguen presentando obstáculos que

entorpecen la salud femenina? De acuerdo con Levine y col. (2001) el desarrollo hacia este tipo de políticas representan una apertura ideológica que da lugar a nuevas reformas que se conciben como derechos, sin embargo, la salud no es ejercida como un derecho, ya que no todos pueden acceder a él ni a gozar de las mismas condiciones, ya que se ve condicionado a cuestiones económicas, de poder y de género. Una atención de salud con equidad implicaría que los recursos y servicios se asignen según la necesidad y el pago por estos se haga según la capacidad económica (Gómez. 2003).

En este sentido, es necesario ver la salud desde una perspectiva más amplia, más allá de las características biológicas y de poder, se debe avanzar a políticas que garanticen la atención de acuerdo a necesidades específicas. En México en miras de avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud, se crea el Programa de Acción Específico 2007-2012 el cual considera las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género, con la finalidad de reducir el impacto nocivo sobre la salud de las mujeres y los hombres (INMUJERES. 2012).

Como se ha observado el debate sobre la salud de la mujer está enfocado a que ella es parte de una etapa del proceso demográfico, la reproducción, sin embargo, esta visión puede superarse cuando se adopta un enfoque de derechos humanos de las mujeres, ya que el concepto de derechos humanos individuales se añade el respeto a la diversidad y la responsabilidad del Estado, que deberá diseñar políticas públicas de desarrollo centradas en el empoderamiento de las mujeres a partir de la información, y de una inversión mayor y más integrada, así como de un manejo transparente de los recursos para la salud (Espinosa. 2003).

#### 2.4 Políticas públicas Interrupción Legal del Embarazo

Las políticas públicas son los principales medios de intervención del Estado y de sus instituciones para abordar las necesidades y preocupaciones de la población, a través de un conjunto de medidas coordinadas por los poderes estatales que

permiten atender y resolver necesidades de manera democrática; el objetivo principal es la redistribución de recursos, sean estos materiales, humanos, técnicos o financieros (Ulloa. 2014). En México un fenómeno social demandante en nuestros días y preocupante por su impacto en la salud pública, es la práctica clandestina del aborto, la cual constituye un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna. Según datos de la Secretaría de Salud Federal, en 2010 el aborto significó 11% de las muertes maternas, estas muertes, enteramente prevenibles, se hubieran evitado con el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro. Aún cuando los abortos ilegales se realicen en condiciones seguras, las mujeres que se someten a un aborto clandestino se encuentran a ser sujetas de procesos penales cuya resolución puede constituir penas que van desde multas, tratamientos médicos o pérdida de la libertad; esto lo revela datos de los tribunales superiores de justicia, ya que en el período de 1 de Abril de 2007 al 31 de julio de 2012, en 19 entidades federativas existen 127 sentenciadas por el delito de aborto. Es por esto y por las demandas internacionales enfocadas a los derechos reproductivos de las mujeres y a la garantía de una plena protección de la dignidad de todas y cada una, México como principal contrayente, y tomando en cuenta que en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece como garantías individuales el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos para lograr el bienestar físico, mental y social de la mujer y contribuir así al pleno ejercicio de sus capacidades, decide despenalizar el aborto durante las primeras 12 semanas de gestación, publicándose en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en Abril del 2007. Dicha fue resultado de dos reformas legislativas previas, la primera ocurrió en el año 2000, al firmarse una iniciativa para legalizar el aborto en casos de malformación congénita o cuando el embarazo constituyera un riesgo para la vida de la mujer, y la segunda en 2003, cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó reformas al Código Penal, permitiendo a las mujeres acceder a servicios de aborto legal bajo una gama más amplia de causales de ley y modificó la Ley de Salud para el Distrito Federal (Díaz-Olavarrieta; Cravioto; Villalobos; Deeb-Sossa; García

y García. 2012). Con base en estos cambios, la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal (SSDF) aprobó y publicó los lineamientos para regular la prestación de servicios de aborto legal en instituciones públicas y privadas del Distrito Federal, los cuales estipulan que se ofrecerá la Interrupción Legal del Embarazo gratuitamente a mujeres residentes del D.F sin seguridad social, aquellas radicadas en otros estados, o en la ciudad capital y afiliada a algún esquema público de salud, accederán a la atención pagando una cuota de recuperación, excepto en tres clínicas designadas para provisión gratuita de servicio de aborto, así mismo, los menores de edad deberán ir acompañadas por alguno de los padres o tutor legal, y todas deberán firmar un formulario de consentimiento informado para recibir la atención, la SSDF debe contar permanentemente de persona no objetor de conciencia para proporcionar servicios, respetando la postura de los médicos objetadores. De acuerdo con la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012) existe evidencia científica de que la interrupción del embarazo en sus primeras semanas de gestación, disminuye la morbilidad y mortalidad de las mujeres embarazadas que lo solicitan o requieren, sobre todo si se realiza en condiciones adecuadas de higiene, infraestructura y por personal médico calificado.

En México el aborto es un tema de regulación local, es decir cada entidad federativa establece cuando el aborto es un delito o no, qué procedimientos debe seguir una mujer para solicitar la interrupción y cómo debe presentarse el servicio en las instituciones de salud, lo cual se refleja en el artículo 73 en donde habla que el aborto es un delito de competencia local, excepto en los casos que se aplique excepcionalmente el Código Penal Federal, es decir, se regula por la normatividad en materia penal y de salud de cada entidad (GIRE. 2013).

Sin duda, las políticas públicas abrieron una brecha hacia el cumplimiento con medidas internacionales en materia de derechos reproductivos de las mujeres, a su vez, tuvieron un impacto en el aspecto individual, ya que se permitió que la mujer decidiera sobre su rol maternal, esto ha escindido y modificado la estructura social, hablando económicamente, profesionalmente y políticamente con la presencia de mujeres en la toma de decisiones y no sólo instauradas en un rol

social; pero también se ha trastocado el propio concepto de mujer, con suerte ésta legalización puede permitir que se tomen decisiones llevadas por la responsabilidad con miras a un futuro libre de violencia, sin embargo, esto también ha permitido que se deje de procurar la salud sexual pensando que existe una solución eficaz. La Interrupción Legal del Embarazo, no debe conceptualizarse como una actitud permisiva a practicarlo cada vez que se necesite, ni implica justificarlo moralmente, sino observarla como una oportunidad de libre elección basada en algo tan fundamental como los son los derechos humanos.

### 3. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

“...Se trata de respeto a la decisión de la mujer, sin que se le vulnere, estereotipe y apegada a los derechos fundamentales de la misma...”

B. A. G. M

Antes de abordar la temática de aborto, es necesaria primeramente la definición de embarazo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO citada en Barzelatto y Faundes. (2007) es la etapa del proceso reproductivo durante la cual el cuerpo de la madre y el producto en desarrollo se interrelacionan, es decir, la fase iniciada con la implantación y terminada cuando se produce un aborto o un nacimiento. Ahora bien, un embarazo no deseado es definido como aquello que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse, son producto de relaciones sexuales no consensuadas, del fracaso de los métodos anticonceptivos o de la inexistencia de este (Langer. 2002).

Por su parte, la OMS citado en ANDAR (2012) define al aborto como la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, es decir antes de que pueda sobrevivir por sí mismo fuera del útero. La interrupción puede acontecer de dos maneras, espontánea o inducida. Un aborto espontáneo es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos, éste se relaciona con enfermedades maternas de tipo endocrinas, inmunológicas, infecciosas y malformaciones del aparato genital o disfunción placentaria (Bouquet de Durán. 2011). Por otra parte, el aborto inducido, es la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente (Comité de ética de la FIGO citado en Barzelatto y Faundes. 2007), siendo este el aborto llamado seguro, el que se practica por un profesional capacitado con los medios necesarios y en un ámbito médico adecuado implicando un riesgo extremadamente bajo para la mujer, en contraste con el aborto inseguro que es

conceptualizado como un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas condiciones.

El acceso al aborto legal y seguro es parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen derechos las mujeres, el acceso a éste se fundamenta en los derechos a la vida, la salud, incluida la salud reproductiva, la integridad física, la vida privada, la no discriminación y la autonomía reproductiva de las mujeres (GIRE. 2013). En México, el aborto inseguro e ilegal ha sido un problema de salud pública, es por ello que atendiendo la necesidad y el derecho de las mujeres a tener un aborto seguro, en nuestro país la despenalización del aborto cercioró, al menos en el Distrito Federal, el acceso a éste mediante el servicio médico de Interrupción Legal del Embarazo (I. L. E), de acuerdo con la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012) se define I. L. E como un procedimiento médico que se realiza hasta la décima segunda semana completa de gestación y hasta la vigésima semana completa de gestación de acuerdo con las excluyentes de responsabilidad penal. Ésta se ofrece en 16 Unidades Delegacionales del Instituto de las Mujeres del D. F, en los hospitales de la Secretaría del Distrito Federal y en instituciones privadas y civiles. La técnica utilizada podrá ser médica o quirúrgica dependiendo de las semanas de embarazo, el criterio del médico ginecobstetra y la institución a la cual se acuda.

Es de importancia considerar que la interrupción voluntaria del embarazo tiene un fuerte impacto en la sociedad, pero sobretodo en las mujeres, ya que la decisión repercute directamente en su cuerpo, su salud, sus derechos y su vida.

En todo aborto, la mujer debe pasar por un trabajo de parto, aunque en menor medida, en el cual el sangrado y el dolor físico serán protagonistas con todo lo que ello implica a nivel corporal y emocional. De acuerdo con Swanson, Connor y Jolley (2007) e Islas de González (2008) el aborto es un evento devastador, un hecho horroroso, independientemente de las circunstancias en que pueda producirse, ya que la madre debe parir a un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico, lo cual es un hecho extremadamente doloroso tanto

física como afectivamente. Celesia 2003; Mulens Ramos 2009 citados en Bouquet de Durán (2011) mencionan que el dolor se trata de la impresión desagradable, siempre subjetiva, que se convierte en experiencia emocional, así para valorar al dolor es necesario tener en cuenta la subjetividad del mismo como una expresión unidimensional que difiere de acuerdo al umbral de resistencia de cada persona.

Se observa que en las anteriores concepciones acerca del aborto, se toma en cuenta el momento en que la interrupción se ha decidido y llevado a cabo considerando las derivaciones de éste, sin embargo, considero que al aborto se le debe estudiar desde que se sabe que se está embarazada, los factores que juegan para decidir la interrupción, la manera de hacerlo y las posibles consecuencias físicas y psicológicas después de, para así percibirlo como un proceso, en el cual a partir de una secuencia de pasos se está dispuesto a lograr algún resultado específico, establecer un orden o eliminar algún tipo de problema. Durante este proceso se produce un estado temporal de desorganización, desequilibrio y vulnerabilidad, superando, en algunos casos, la capacidad de la persona en captarlo, por lo cual se habla de una crisis, conceptualizar al aborto como una crisis supone que a partir de un evento accidental e inesperado (crisis circunstancial) se tiene que enfrentar a una situación que implica peligro, un desajuste donde se tiene que decidir qué camino seguir para obtener resultados funcionales (Valladares de la Cruz. 2013), así mismo hay una incapacidad del individuo para manejar situaciones utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos, la resolución final depende de numerosos factores que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo y los recursos sociales (Slaikeu. 1996). Así hablar del aborto como una crisis supone un proceso, el cual inicia con un *desorden*, las reacciones iniciales en el impacto del suceso (que en este caso es saberse embarazada); la *intrusión* que incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso (factores que se consideran al

momento de decidir continuar con el embarazo o no); *translaboración* es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos e imágenes de la experiencia de crisis (cuando se ha decidido la interrupción) y por último la *terminación*, que es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo (culminación del proceso de interrupción y la terapia psicológica).

Para la correcta valoración de dicha crisis, se debe de apreciar el impacto del incidente en todas las cinco áreas de funcionamiento de una persona, comportamiento, sentimientos, salud corporal, relaciones interpersonales y cognición, así los cinco subsistemas CASIC, son ideales para interrelacionar dichos sistemas con la expectativa que los cambios en uno conduzcan al cambio de otros. De acuerdo con Slaikeu (1996) el perfil CASIC consiste en valorar el funcionamiento del paciente en varias áreas o subsistemas, como se muestra en la Tabla 1.1.

<b>Perfil básico de personalidad</b>	
<i>Modalidad/sistema</i>	<i>Variables/ subsistemas</i>
Conductual	Actividad patente. Al valorar el funcionamiento conductual de un paciente, se da atención a los excesos y carencia, antecedentes y consecuencia de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad. Ej. Patrones de trabajo, interacción, ejercicio, entre otros.
Afectiva	Rango completo de sentimientos que un individuo pueda tener acerca de cualquiera de estos comportamientos. Ej. Ira, alegría, depresión, entre otros.
Somática	Todas las emociones corporales que abarcan la sensibilidad al tacto, el sonido, la percepción, el gusto y la visión y los datos sobre el funcionamiento físico en general como dolores de cabeza, malestares estomacales.
Interpersonal	Datos sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre un paciente y su familia, amigos, vecinos y trabajadores y el papel que juega el paciente con estos.
Cognoscitiva	Imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, los recuerdos sobre el pasado y las aspiraciones para el futuro. Un rango completo de pensamientos y las autoaseveraciones que las personas hacen acerca de su comportamiento. Ej. Filosofía de vida, catastrofización, delirios, alucinaciones, hablarse así mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide, actitud general (positiva/ negativa) hacia la vida.

Tabla 1.1 Perfil básico de la personalidad. Slaikeu (1996)

Además de los sistemas anteriores se ha agregado el área sexual por ser tema relacionado con la sexualidad humana y que sin duda permiten un análisis más completo del individuo (Slaikeu. 1988 citado en Torres. 2014). Esta área tiene como variables la prostitución, disminución de la libido, dificultad para experimentar cualquier sentimiento sexual, anorgasmia, dolor, disgusto durante el coito, aversiones sexuales, disminución de iniciar el coito, variaciones en la frecuencia de las relaciones sexuales, ansiedad relacionada con el sexo, asco, entre otras.

### 3.1 Estadísticas

De acuerdo con GIRE (2012) de Abril al 31 de Enero del 2013, 94,200 mujeres han practicado una interrupción en su embarazo, analizando algunas cifras acerca de este procedimiento y de acuerdo con la Figura 1.1, el lugar de residencia de la mayoría es el Distrito Federal, en el nivel educativo prevalece la preparatoria, el estado civil es soltera, la religión que profesan suele ser católica, tienen ocupación en el hogar y estudiantes y finalmente el método comúnmente utilizado para la interrupción es el medicamento.

**CIFRAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL DF DE ABRIL DE 2007 AL 31 DE ENERO DE 2013**

Concepto	Cifras
Total de ILE realizadas en el DF después de la legalización del 24 de abril del 2007 al 31 de enero de 2013	94,200
Lugar de residencia	Distrito Federal (73.2%) Estado de México (23.5%) Otros estados y extranjeras (3.3%)
Nivel educativo de las mujeres que accedieron a la ILE	Primaria (8.8 %) Secundaria (32.4 %) Preparatoria (39.2 %) Superior (17.4 %) Técnico (0.6 %) Ninguna (1.8 %)
Estado civil de las mujeres que accedieron a la ILE	Soltera (45.5 %) Casada (26.3 %) Divorciada (4.1 %) Unión Libre (23.5%) Viuda (0.3 %) Sin dato (0.3%)
Religión de las mujeres que accedieron a la ILE	Católica (82.6 %) Cristiana (3.1 %) Otras (1.5 %) Ninguna (12.8 %)
Ocupación	Hogar (33.7 %) Estudiante (30.6 %) Empleada (27.3 %) Otra (0.8 %) Comerciante (5.3 %) Doméstica (2 %) Profesionista (0.1 %)
Método empleado para la ILE	Medicamento (67.4 %) AMEU (29.4 %) LUI (3.2 %)

Figura 1.1 Cifras sobre la interrupción legal del Embarazo en el D. F de Abril de 2007 al 31 de Enero de 2013. GIRE (2012).

Cifras que retoman las vistas y de acuerdo con GIRE (2014) de Abril de 2007 al 30 de Junio de 2014 las I. L. Es realizadas fueron 123, 642 y 7.060 a menores de edad. En la figura 1.2 se puede observar con detalle el perfil de las usuarias que han realizado Interrupción Legal del Embarazo.

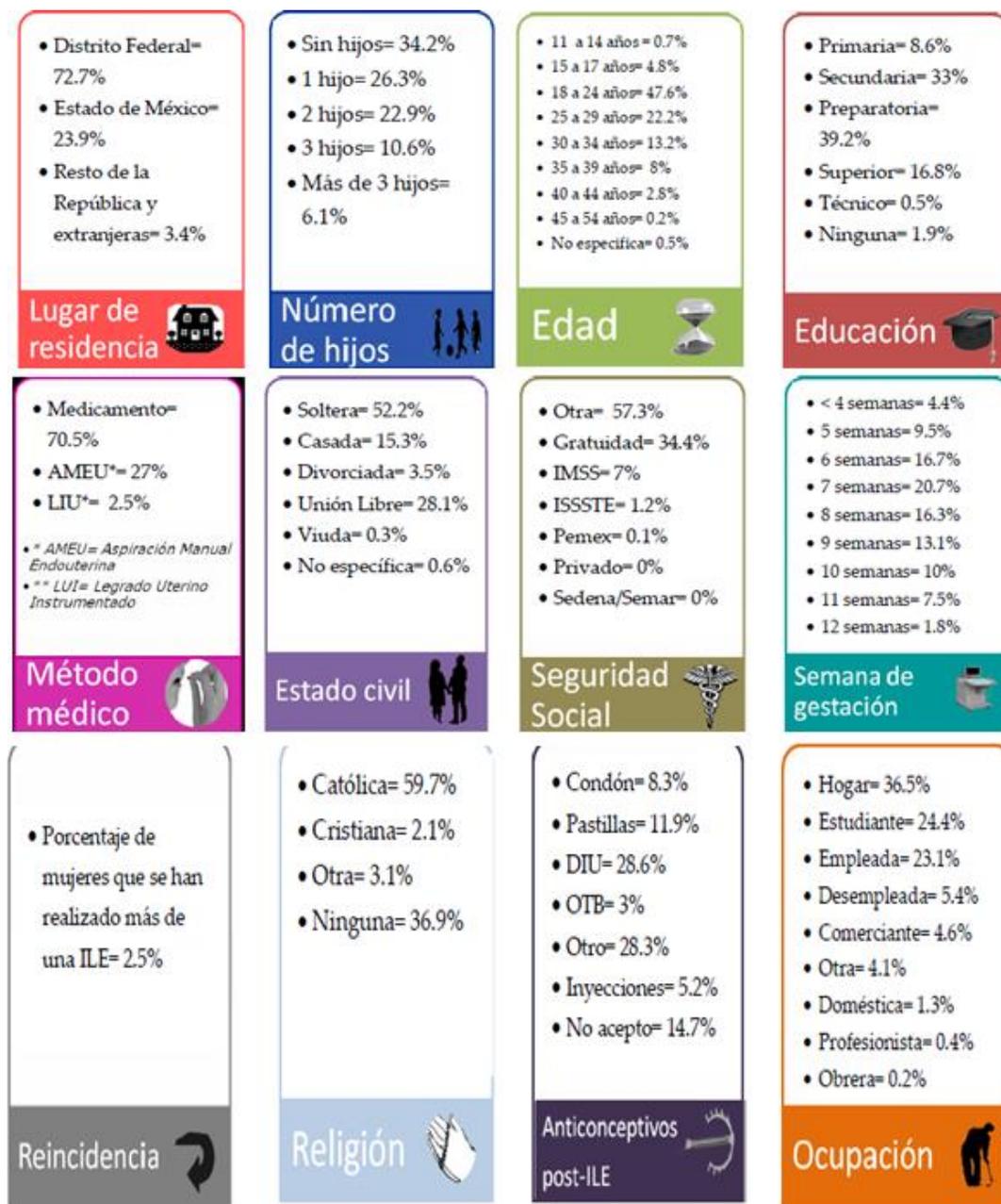


Figura 1.2. Perfil de las usuarias que han realizado Interrupción Legal del Embarazo en la ciudad de México Abril de 2007- 30 de Junio de 2014. GIRE (2014)

Como se puede observar el índice de I. L. Es va en aumento, se conservan en ambas estadísticas el lugar de residencia (D. F), el estado civil (soltera), religión (católica), ocupación (hogar seguido por estudiante) y los métodos para la interrupción (medicamento). Esta última estadística, nos revela la edad de las mujeres que ocurren con más frecuencia siendo de 18 a 24 años, seguido por 25 a 29 años y un dato relevante es la reincidencia al servicio siendo de 2.5%.

Estas estadísticas son de utilidad para dimensionar el procedimiento de interrumpir el embarazo, se podrían aventurar hipótesis acerca de lo que pasa con las mujeres que deciden acceder a este servicio, por ejemplo, se observa que las mujeres que acuden son jóvenes estudiantes, el incremento a las cifras puede reflejar no un rechazo a priori de la maternidad o la paternidad, sino de nuevos modos de ejercer mejor la crianza de los hijos en el marco de las circunstancias personales y de la pareja; también se habla, sino de una apropiación, sí de una información hacia los derechos reproductivos y la libre elección de la maternidad; de igual forma, se podría aventurar a pensar en un declinamiento a la utilización de métodos anticonceptivos y conceptualizar a I. L. E como una manera “sencilla” de acabar con el embarazo debido a los rangos bajos de edad y el índice de reincidencia el cual es bajo, sin embargo, podría estar en proceso una conceptualización de “escape” el servicio de interrupción del embarazo.

### 3.2 Aspecto legal

Cuando los servicios de aborto son inaccesibles para las mujeres que los necesitan o cuando las leyes de aborto son restrictivas, los Estados pueden ser responsables a nivel constitucional e internacional por las violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

En México cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito o no, qué procedimientos debe seguir una mujer para solicitar la interrupción legal del embarazo y cómo debe prestarse el servicio en las instituciones de salud. Con base en el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el aborto es un delito de competencia local, excepto en los casos en que se

aplique excepcionalmente el Código Penal Federal. El aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación sexual, es la única causal legal que existe en todo el país. A continuación se presentarán algunos Estados de la Republica en donde se muestra sus causales de Interrupción Legal del Embarazo iniciando con los Estados más “estrictos” en esta materia.

<b>EL ABORTO EN MÉXICO</b>	
<b>ENTIDADES</b>	<b>CAUSALES<sup>39</sup></b>
GUANAJUATO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO
QUERÉTARO	
AGUASCALIENTES	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE
DURANGO	
SINALOA	
SONORA	
CAMPECHE	
NUEVO LEÓN	VIOLACIÓN PELIGRO DE MUERTE GRAVE DAÑO A LA SALUD
CHIAPAS	VIOLACIÓN PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO
HIDALGO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO GRAVE DAÑO A LA SALUD ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
YUCATÁN	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO CAUSAS ECONÓMICAS GRAVES Y JUSTIFICADAS SIEMPRE QUE LA MUJER EMBARAZADA TENGA YA CUANDO MENOS TRES HIJOS
BAJA CALIFORNIA SUR COLIMA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
DISTRITO FEDERAL	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA VOLUNTAD DE LA MUJER HASTA LAS DOCE PRIMERAS SEMANAS DE GESTACIÓN

Figura 1.3 El aborto en México (GIRE. 2013).

La falta de acceso al aborto legal y seguro es una violación a los derechos reproductivos de las mujeres y tiene un impacto negativo en el ejercicio de sus derechos humanos, sus oportunidades de vida y su futuro (GIRE. 2013).

Al despenalizar el aborto en el D .F, la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal (SSDF) aprobó y publicó los lineamientos para regular la prestación de servicios de aborto legal en instituciones públicas y privadas del Distrito Federal. Dichos criterios, constituyen condiciones a las que están expuestas las mujeres que deciden terminar su embarazo. Someramente, expondré los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud para la interrupción legal del embarazo en el D. F que se encuentran en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012): primeramente se define Interrupción Legal de Embarazo como un procedimiento médico que se realiza hasta la décima segunda semana completa de gestación y hasta la vigésima semana completa de gestación de acuerdo con las excluyentes de responsabilidad penal. El procedimiento consta primeramente de brindar información al solicitante, así el personal de salud de los sectores público, social y privado, proporcionarán información objetiva, suficiente, oportuna y comprensible sobre los procedimientos que se utilizan, así como los riesgos y consecuencias, con el propósito de que tome de manera libre, responsable e informada la decisión de interrumpir su embarazo mediante un consentimiento informado, cuyo principio se basa en el derecho que tiene la persona a decidir libremente y con pleno respeto a su autonomía. Esta decisión implica la aceptación voluntaria de la persona, asumiendo junto con su médico la responsabilidad sobre dicha aceptación. En caso de no aceptar, la usuaria asume la responsabilidad, lo cual deberá ser respetado por el personal de salud. Ahora bien, los encargados de realizar la Interrupción del Embarazo deberán ser profesionales de la salud y proporcionarán un trato digno, respetarán la confidencialidad del caso y darán seguridad del procedimiento a realizar, en un marco de empatía servidor público-usuaria durante su estancia en la unidad de atención médica. De igual forma el médico cirujano, gineco-obstetra o cirujano general que sea objetor de conciencia, podrá abstenerse de realizar la Interrupción Legal del Embarazo, debiendo referir a la

mujer embarazada con un médico no objetor siempre y cuando no se trate de un caso que ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada. Finalmente, la técnica utilizada para realizar la Interrupción hasta la décima segunda semana de gestación, será mediante la administración de medicamentos preferentemente o quirúrgica, y se hará tomando en consideración las semanas de gestación del producto, el estado de salud de la usuaria y el criterio del médico cirujano. Las autoridades de la unidad médica, agilizarán los trámites administrativos necesarios para que el procedimiento se lleve a cabo lo más tempranamente posible, resolviendo la solicitud a la mujer embarazada de hasta doce semanas completas de gestación, en un máximo de cuarenta y ocho horas, lo anterior con el propósito de disminuir riesgos y daños a la salud materna que se incrementan conforme avanza la edad gestacional. Y los establecimientos donde se realiza este servicio son las unidades médicas del sector público, social o privado.

### 3.3 Aspecto médico

En América Latina existe un abanico bastante amplio de métodos abortivos, desde los tradicionales, que representan mayores riesgos, hasta los métodos más modernos que ofrecen una mayor seguridad, aunque ésta también dependa de las condiciones sanitarias bajo las cuales se efectúen y la capacitación profesional de quienes usan dichos métodos para practicar los abortos (Guillaume y Lerner. 2007).

Así, la elección de los métodos abortivos depende, del nivel socioeconómico de las mujeres, del que en muchas ocasiones deriva su nivel de instrucción, las mujeres más pobres y con menos escolaridad recurren a métodos riesgosos, como métodos tradicionales, y las otras de mayores recursos, a servicios de salud que ofrecen mayor seguridad (Espinoza y López. 2003)

La técnica utilizada para la I. L. E podrá ser médica o quirúrgica y se hará tomando en consideración las semanas de embarazo y según el criterio del médico(a) gineco-obstetra o del cirujano general.

La mortalidad por aborto es de aproximadamente 0.4 por cada 100.000 procedimientos y es menos peligroso que llevar el embarazo a término. Los factores de riesgo de tener complicaciones son la edad más elevada de la madre, la edad gestacional y las técnicas de aborto que no sean la aspiración o el raspado. Se debe de tomar en cuenta que el aborto inducido no está asociado a un mayor riesgo de esterilidad posterior (Burt y Hendrick. 2007).

Existen distintos métodos para realizar la interrupción, aquellos aconsejados hasta las doce semanas de gestación son:

\* Aborto por medicamentos

Este método se basa en tres tipos de medicamento: el metotrexate (comercializado con el nombre de Ledertrexate), la mifepristona (comercializado con el nombre de RU- 486) y el misoprostol (comercializado con el nombre de Cytotec), tales medicamentos pueden utilizarse solos o combinados, de igual forma, las condiciones para la prescripción y utilización de estos productos están estrechamente ligadas a la situación legal del aborto y la disponibilidad en cada país (Espinoza; Ellertson y García. 2002). En México en la gran mayoría de abortos, que consisten en administrar un fármaco prescrito hasta las 9 semanas de gestación, los medicamentos utilizados son mifepristona junto con misoprostol o solamente el misoprostol. No obstante, la utilización de este puede ser bajo supervisión médica o mediante la adquisición del mismo en farmacias o a través de vendedores informales. Por lo cual la libre venta de este y otros medicamentos contribuye a su utilización masiva, aunque en realidad estén prescritos para un fin distinto al de interrumpir la gestación (Guillaume y Lerner. 2007).

Cuando se administra este tipo de método no es necesario que la mujer se interne en el hospital.

De acuerdo con la página de internet Úsalo del D. F, el misoprostol no se puede usar cuando se tiene un embarazo de más de 9 semanas, cuando se tiene un embarazo fuera de la matriz confirmado por un ultrasonido, cuando existe una alergia a dicho medicamento y exista un trastorno de coagulación sanguínea. Sise

tiene un dispositivo intrauterino, se debe de retirar antes de empezar la medicación.

Los posibles efectos secundarios de la I. L .E con medicamentos son, sangrado vaginal con coágulos, los cuales disminuyen progresivamente, sin embargo, puede durar dos semanas con días adicionales de manchado y continuar hasta el siguiente periodo menstrual; dolor o cólicos los cuales se presentan en las primeras 24 horas de tomar las pastillas y puede ser mayor al experimentado en un mes normal; fiebre, vómito, diarrea y fiebre o escalofríos los cuales normalmente desaparecen el mismo día que se presentan.

La interrupción con éste método tiene un índice de éxito superior al 90%, no obstante, en caso de que el aborto fracase o de que haya quedado algún contenido en el útero, se debe realizar cirugía para evitar complicaciones (Burt y Hendrick. 2007).

#### \* Aborto quirúrgico

Este método es ideal para mujeres que tienen un embarazo de 9 a 12 semanas de gestación. De este método existen dos modalidades, por aspiración manual endouterina (ameu) o aspiración eléctrica endouterina (aeeu). La aspiración endouterina es una técnica segura, efectiva, rápida que no necesita hospitalización. Consiste en la aspiración por succión de los contenidos del útero, ésta se efectúa manualmente o bien con la ayuda de un aparato de vaciado (Burt y Hendrick. 2007).

Después de cualquier método, se debe plantear la posibilidad del control de natalidad.

#### \* Aborto por método artesanal

Tradicionalmente se han empleado diversos métodos para interrumpir el embarazo, de acuerdo con Guillaume y Lerner (2007) las mujeres conocen una amplia gama de procedimientos abortivos, que supuestamente funcionan como tales aunque su eficacia no haya sido comprobada, existen desde la utilización de plantas abortivas hasta la inserción de un catéter o una sonda de metal en el

útero. Este tipo de métodos se clasifican en cuatro grupos: los tradicionales-naturales, tradicionales-fabricados, tradicionales-físicos y los rezos y los traumas voluntarios. A continuación se ejemplifican:

- Tradicionales-naturales: Son los elaborados por plantas que suponen propiedades abortivas, algunos ejemplos son el zoapatle y la ruda. Así mismo tés hechos a base de especies como canela y orégano ocasionalmente mezclados con chocolate, e infusiones de zoapatle. Tomadas dos litros de la infusión en un periodo de dos horas.
- Tradicionales-fabricados. Son productos químicos manufacturados, como los son detergentes, agua de lejía o el cloro, productos ácidos como el limón, alcohol blanco, vino, vinagre y otros líquidos que contienen alcohol, utilizados como inyecciones por vía vaginal.
- Tradicionales-físicos: Inserción de objetos sólidos y puntiagudos en el útero como agujas de tejer, cucharas, catéteres, lápices, arillos, ganchos de ropa, varillas de sombrilla, entre otros.
- Rezos y los traumas voluntarios: se encuentran las plegarias, talismanes y amuletos.

Las consecuencias inmediatas y frecuentes del uso de estos métodos son los riesgos de malformaciones congénitas para el producto, se prosigue el embarazo, además de poner en peligro la salud y incluso la vida de éstas.

### 3.4 Proceso I. L. E

La información sobre I. L. E puede ser obtenida en las 16 Unidades Delegacionales del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se recibe orientación y consejería gratuita, bajo los siguientes criterios, la información que se proporcione será conducida de manera prudente y sólo será utilizada con fines médicos, no podrá hacerse del conocimiento de otras personas y tendrá que ser completa, verdadera, científica, clara, pero sobretodo, libre de mitos y juicios de cualquier índole, lo cual conlleva

que la persona que la proporcione no debe opinar ni emitir juicios de ningún tipo sin mezclar religión o creencias personales; tanto la atención como la consejería y los servicios médicos se llevarán a cabo en espacios y ambientes libres de cualquier intromisión; se debe recibir un trato justo, sin discriminación ni violencia, finalmente, la mujer puede decidir de manera informada y responsable sobre su cuerpo y la alternativa que se desee seguir, sin que exista manipulación.

Para acceder al procedimiento de Interrupción Legal del embarazo en el Distrito Federal se deben cumplir los siguientes criterios: no tener más de 12 semanas de gestación; el servicio es gratuito para las mujeres residentes de D. F siempre que cumplan los requisitos de gratuidad, las que no sean residentes o sean extranjeras pagarán una cuota de recuperación que se determinará por medio de un estudio socioeconómico; presentar una solicitud por escrito mediante el llenado del formato correspondiente; presentar una identificación oficial vigente, un comprobante de domicilio reciente; otorgar el consentimiento informado. Las mujeres menores de 18 años deberán acudir con su padre, madre o tutor.

De acuerdo con la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012) el procedimiento I. L. E consta primeramente de la firma del consentimiento informado para el servicio, debidamente requisitado, si se es menor de edad, firmará algún tutor o bien padre o madre, después se deberá de entregar el dictamen médico de tiempo de embarazo definido, las autoridades del hospital deberán resolver la solicitud de la interrupción en un lapso de 48 horas, finalmente se utilizará algún procedimiento médico dependiendo de las semanas y el hospital en el que se encuentre.

Al momento de solicitar el procedimiento de Interrupción se cuentan con los siguientes derechos:

- Un trato respetuoso, humano y sensible.
- Otorgamiento de información y del servicio de consejería sobre ILE.
- Información objetiva, veraz, suficiente y oportuna, acerca de los procedimientos ILE.
- Otorgar una fecha de realización del procedimiento que no rebase los cinco días después de la integración del expediente.

- Proporcionar, después de la realización de la ILE, consejería en materia de anticoncepción y planificación familiar.
- Atender la solicitud, aún si se cuenta con otro servicio o seguro de salud público o privado, o si proviene de otro estado de la República.

### 3.5 Aspecto psicológico

En algunas clínicas tanto gubernamentales como privadas se ofrece el servicio de asesoramiento o consejería, estas sesiones proporcionan la posibilidad de valorar las opciones disponibles, de evaluar de manera sistemática las complicaciones psicológicas, de ofrecer información sobre los procedimientos para interrumpir el embarazo y revisar las vías para prevenir futuros embarazos no deseados, éste también proporciona a las mujeres la oportunidad de expresar y asimilar sentimientos conectados con la relación en la que se produjo el embarazo y cuestiones relacionadas con el aborto, el asesoramiento reduce al máximo la ansiedad previa a la intervención y potencia la recuperación posterior (Burt y Hendrick. 2007).

Para mujeres y hombres el aborto es un hito en sus trayectorias personales con consecuencias sentidas en la vida sexual, afectiva, reproductiva y anticonceptiva, y también con huellas perdurables; pero ese hito marca las trayectorias de manera diferencial para las mujeres, en cuyo cuerpo es practicado, que para los varones, quienes son por definición participantes secundarios del proceso (Petracci; Pecheny; Mattioli y Capriati. 2012).

Diversas investigaciones mencionan que si el aborto espontáneo puede acarrear sentimientos de pérdida y reacciones de duelo, no es de extrañar que el aborto inducido, con las implicaciones emocionales añadidas (sentimientos de alivio, vergüenza y culpa) sea vivido como un acontecimiento de la vida adverso y generador de estrés (Gurpeghi y Jurado. 2009). Por su parte Leal (2009) menciona que la culpabilidad en el aborto provocado es intensa, destructiva y muy patógena, comparada con el aborto espontáneo, ya que en este el sentimiento es más liviano, más tolerable porque no está ligado a ningún acto reprobable, sino a

la responsabilidad. Este mismo autor hace alusión al síndrome Post-Aborto en el cual los síntomas más comunes son, sentimiento de tristeza, sensación de “vacío interior”, sentimiento de pérdida, pesadillas con contenido onírico sobre el aborto, fantasías y proyecciones sobre la vida del hijo que no nació, sin embargo, este síndrome como entidad psicopatológica diferenciada, no se contempla en las actuales clasificaciones Internacionales D.S.M. y C.I.E.

Actualmente estas concepciones dejan de ser vigentes, ahora la experiencia del aborto está mediada por su evaluación de la gestación, el aborto mismo y de lo que pesan en su vida, por la capacidad que ella percibe tener para enfrentarse a estos eventos y por la manera en que afronte los eventos subsecuentes a la terminación del embarazo, lo anterior está moldeado por las condiciones del ambiente de la mujer, sus recursos materiales, apoyo social, acompañamiento de la pareja, situación legal del aborto en el lugar donde vive, por sus características personales, actitudes, valores, experiencia previa a eventos estresores, antecedentes de trauma o violencia y factores neurobiológicos (Rondón. 2009).

### 3.5.1 Consecuencias psicológicas

La interrupción del embarazo no tiene consecuencias psicológicas negativas para las mujeres que toman la decisión por cuenta propia y sin presiones externas, si bien hay descripciones anecdóticas de depresiones graves e incluso de psicosis muchos años después del aborto, no resulta claro si las mismas mujeres no hubieran tenido las mismas u otras más graves, de no haber sufrido un aborto (Barzelatto y Faundes. 2007). Sin embargo, varios estudios sobre aborto inducido muestran que el mismo puede desencadenar trastornos psicopatológicos severos en mujeres que se someten a este procedimiento (Gómez, Zapata y García. 2005; Gurpegui y Jurado. 2009 citado en Bouquet de Durán. 2011), se hace principalmente referencia al Síndrome Postaborto, no obstante Barzelatto y Faundes (2007) mencionan que grupos opuestos al derecho de las mujeres al aborto han insistido en la existencia de éste, pero un cuidadoso análisis de los datos lleva a la conclusión de que ésta afección es más que un mito que una

realidad, se han observado consecuencias mucho más grandes entre las mujeres a quienes se les niega un aborto; de igual forma se hace referencia al Estrés Postraumático, el cual surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por si mismo malestar generalizado, este se caracteriza por estar desencadenado por la exposición a una o más experiencias traumáticas presentando el paciente un deterioro significativo del funcionamiento social, escolar o laboral y persona, es una intensa respuesta física y emocional en la que se recuerda el evento, puede durar semanas o meses después del trauma (CENETEC. 2011); y al Trastorno Adaptativo el cual se refiere a cuadros cuya característica esencial es una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos, los síntomas deben presentarse durante los primeros 3 meses siguientes al inicio del estresante y la respuesta consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica. Finalmente es necesario aclarar que la morbilidad psicológica causada por el aborto es generalmente transitoria (López. 2012).

Además de estas respuestas, después del procedimiento se pueden presentar ideas o pensamientos acerca de qué consecuencias podría atraer la interrupción, cómo será considerada socialmente, que relación tendrá ella con su cuerpo y si realmente era su decisión. Por ejemplo, se podrían presentar problemas familiares (la familia no acepte la decisión), de pareja (después de la interrupción se rompa el lazo afectivo), sexuales (miedo por tener un nuevo embarazo), corporales (rechazo hacia su cuerpo), ideas como la imposibilidad de gestar nuevamente, de ser considerada como "mala", entre otras. Esto concuerda si se considera el aborto como parte de una crisis en donde hay una desestabilización emocional que influye en los ámbitos laborales, académicos y personales.

Ahora bien, si se concibe que pueden existir consecuencias psicológicas se esperaría que la asistencia a un tratamiento psicológico fuera oportuno, sin embargo, de acuerdo con López (2012) la mujer que acude en busca de ayuda es

una muestra muy pequeña del total, sólo un porcentaje pequeño de mujeres, que han abortado, acuden al profesional en busca de ayuda por este motivo. Podría esto deberse a la tipificación como pecado o inmoral del aborto a nivel social, lo cual podría influir en la autoconcepción de la mujer, así como en sus expectativas hacia el futuro.

## 4. INSTITUCIONES QUE OFRECEN EL SERVICIO

“Las agrupaciones humanas tienen un propósito principal:  
conquistar el derecho que todo el mundo  
tiende a ser diferente, a ser especial, a sentir, a pensar  
y vivir cada uno a su manera”.  
Vasili Grossman

A continuación se presentarán diversas instituciones en las cuales se ofrece el servicio de Interrupción Legal del Embarazo.

### 4.1 Instituciones gubernamentales

En los trece hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se recibe orientación y consejería gratuita. De acuerdo con la página de internet de la Secretaría de Salud del Distrito Federal <http://www.salud.df.gob.mx> el servicio I. L. E, se encuentra en 7 delegaciones, las cuales son Azcapotzalco, Cuajimalpa, Gustavo A. Madero, Milpa Alta, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco. En cada uno de los anteriores se ofrece el servicio de interrupción del embarazo a mujeres embarazadas con periodo de gestación no mayor a doce semanas, que cuenten con una identificación oficial, comprobante de domicilio, si es menor de edad tendrá que ser acompañado de un adulto y comprobante de escuela, garantizando que el servicio se brinda inmediatamente con un proceso médico.

Estas instituciones se rigen por la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal (SSDF) la cual aprobó y publicó lineamientos para regular la prestación de servicios de aborto legal en instituciones públicas y privadas del Distrito Federal (Gaceta Oficial del Distrito Federal, Junio 2013). De acuerdo con la NOM-178-SSA1-1998, la cual garantiza que las unidades médicas del sector público, social o privado donde podrán realizarse procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo con técnica medicamentosa, deberán de efectuarse por parte de médicos especialistas gineco-obstetras, cirujanos generales o médicos cirujanos debidamente capacitados y adiestrados para realizar dichos procedimientos, y

cumplir con los requisitos establecidos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

A continuación se enlistan nombre de las instituciones de salud:

- Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo
- Hospital Materno Infantil Cuajimalpa
- Hospital General Ticomán
- Hospital Materno Infantil Cuautepec
- Hospital General Iztapalapa
- Clínica Comunitaria Santa Catarina
- Hospital General Milpa Alta
- Hospital Pediátrico Inguarán
- Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán
- Hospital Materno Infantil de Xochimilco
- Hospital Materno Infantil Tláhuac
- Hospital General Enrique Cabrera
- Hospital de Especialidades DR. Belisario Domínguez

El procedimiento que se lleva a cabo en estas instituciones es integral, es decir, no sólo se enfoca a la interrupción sino a un chequeo ginecológico y a control familiar. Primeramente el procedimiento comienza con la obtención de una ficha para la atención médica, las mujeres que quisieran realizarse la interrupción se deberán formar a las 7 a. m para conseguir un lugar para empezar el servicio, después de esto, se realiza una consejería con un psicólogo o trabajador social en la cual se abre expediente médico y se agenda cita para el ultrasonido este confirmará el tiempo de gestación, dependiendo las semanas se escogerá el método I. L. E, de la semana uno a la ocho procede un aborto por medicamentos y de la semana ocho a la doce por método quirúrgico. Posteriormente se realiza el estudio ginecológico Papanicolaou, muestras de sangre y una plática sobre métodos anticonceptivos con un psicólogo, ya que al final del proceso se tendrá que decidir qué método de control natal se usará. Finalmente se realiza la interrupción y

quince días después se practica un ultrasonido para verificar el correcto vaciado del útero.

#### 4.2 Instituciones privadas

Algunas instituciones privadas son:

- IPAS México: trabaja para aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer, en un marco de equidad, sus derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el embarazo elegido, y para reducir las muertes, las lesiones y el estigma relacionados con el aborto. Se busca contribuir con la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a través de incidencia en políticas y programas públicos. Además se capacita a los proveedores de los servicios de salud (médicos y enfermeras en el uso de las tecnologías autorizadas (ameu, misoprostol y mifepristona).
- NAISSET: es una organización no gubernamental mexicana, creada por mujeres para las mujeres, que apoya y ejerce el derecho a vivir una sexualidad de forma libre, informada y responsable. El propósito de ésta es que cualquier mujer de cualquier clase social pueda acceder a una alternativa médica confiable, que mejore su calidad de vida, en un ambiente donde no sea señalada, cuestionada o agredida por sus decisiones. Los métodos I. L. E es quirúrgico y por medicamento.
- PROFEM: es una institución ginecológica privada y clínica de aborto legal, actualmente con dos sucursales en el DF, en las cuales se ofrecen la I. L. E, por medio de método quirúrgico y con medicamentos.
- GINECEA Atención Integral a la mujer: es una clínica dedicada a la salud y atención integral de la mujer. Su objetivo es cuidar la salud de la mujer en todas las etapas de la vida y atenderla de una forma integral y con eficiencia. El servicio I. L. E se ofrece por método con medicamentos y quirúrgico.
- Unidades Médicas de la Mujer: Organización no gubernamental y privada de clínicas especialistas en la atención integral de la mujer en situación de

aborto, comprometidos a trabajar para mejorar la calidad de vida de las mujeres, especialmente en el área de la salud sexual y reproductiva. Acerca del servicio de Interrupción, se ofrece el procedimiento quirúrgico y con medicamentos.

- CISAR MUJER: Es una organización privada, sin fines de lucro que se encarga de promover la salud sexual y reproductiva de manera integral, con énfasis en la prevención y manejo integral del embarazo no deseado y sus consecuencias sociales, basándose en un trato respetuoso y humanizado para el tratamiento de I. L. E, realizando la anterior por medio de método quirúrgico y por medicamento.

#### 4.3 Instituciones civiles

Algunas instituciones civiles son:

- CIPA. Centro de Atención Integral a la Pareja, A. C. El Centro de Atención Integral a la Pareja, (con sus Clínicas Acompañame) es una organización de la sociedad civil, sin ánimo de lucro, que surge como una alternativa para la atención amigable y respetuosa de mujeres, parejas y familias con problemáticas relacionadas con su salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la atención del embarazo no deseado y el aborto legal (método quirúrgico y por medicamento).
- MARIE STOPES México: En 1999, Marie Stopes México A.C. se crea en Chiapas, con el fin de proveer servicios de salud sexual y reproductiva, respondiendo a las necesidades de mujeres y hombres en las poblaciones más necesitadas. Se especializa en Interrupción Legal del Embarazo con método quirúrgico y con medicamentos y se ofrece ayuda psicológica.
- MEXFAM: es una organización de la sociedad civil que promueve el desarrollo social y el bienestar de las personas a través del ejercicio libre e informado de sus derechos, particularmente sexuales y reproductivos, contribuyendo así a la disminución de las inequidades en los grupos vulnerables de la sociedad. Se ofrece el servicio I. L .E con la utilización de medicamento y quirúrgicamente.

## 5. POR EL DERECHO A DECIDIR

### 5.1 Método

Esta investigación es cualitativa el tipo de investigación utilizado se denomina estudio de casos.

Escenario: Cubículo No. 2 de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Población: Participaron 4 mujeres de 20 a 25 años las cuales se seleccionaron por un muestreo por conveniencia.

Técnica para recolección de datos: Se utilizó la entrevista dirigida

Materiales: Grabadora de audio, hojas y pluma.

Procedimiento:

- a) Las participantes acudieron al cubículo 2 de la Clínica Universitaria de Salud Integral.
- b) Se realizó la entrevista dirigida la cual tuvo una duración aprox. de una hora
- c) Se procesó y se analizaron los datos por medio de categorización y reducción de la misma.

## Caso 1

### Datos demográficos

Mujer de 24 años de edad actualmente no tiene una relación estable.

### Escolaridad

Licenciatura y especialidad.

### Religión

Católica.

### Lugar que ocupa entre hermanos

La más chica de un hermano.

### Clínica a la que asistió para realizar la I. L. E

Una clínica privada cerca de Ticomán.

## Análisis cualitativo

### Entrevista:

E. menciona tener 24 años, a los 20 años **estudiaba la universidad** se encontraba aproximadamente a la mitad de su carrera, tenía una relación de un año y medio en la cual **no se cuidaba con ningún método anticonceptivo**.

Su relación la describe como “ya no íbamos bien, tuvimos problemas en febrero pero regresamos y no me sentía a gusto, él me fue infiel y yo también pero sentía feo dejarlo”, por Junio o Julio menciona sentirse rara físicamente y se practica una prueba, ella no creyó en éste resultado y se realiza un estudio de sangre en una clínica para saber con mayor seguridad, la acompaña un amigo con el cual había tenido relaciones sexuales durante su noviazgo y por este motivo **no sabía quién podría ser el padre del hijo**. Al abrir los resultados se dio cuenta que era positivo, ella menciona “no sabía yo qué hacer, mi mundo se me vino abajo, no sabía qué hacer, **estaba yo muy chiquita, ni siquiera yo sabía de quién era y ese tipo qué me iba a dar o mi novio o yo, no sé**” Decide no decirle a su novio ni a su amigo, sin embargo, después de días ve a su novio y tiene una pelea con él y su salida fue enseñarle los resultados de la prueba la cual la tenía en la mochila porque **no la podía dejar en su casa**, ella indica “y me dijo ¿qué vamos a hacer?

Y le contesté, pues no lo vamos a tener, me preguntó ¿porqué? Pues porque no quiero, él me dijo pero sí podemos, y yo le dije no. **Él estaba iniciando la universidad y pensaba irse a Guadalajara a trabajar y le dije que yo no quería un hijo sin padre.** Sus padres sí tienen dinero, pero el hijo no iba ser de ellos ni va a ser de los míos, va a ser nuestro, y no tenemos nada que darle, **al menos yo no tenía nada que darle no estaba trabajando, y yo nunca me vi teniendo un hijo así sin nada, si yo quiero un hijo es para darle todo o al menos lo que más pudiera y sentí que no podía dárselo.** Y pues ya total lo convencí de no tenerlo, le dije, al fin de cuentas **es mi cuerpo y está en mi panza** no puedes hacer mucho para que no lo tenga, no estaba muy convencido pero no me importó empecé a buscar lugares”.

Menciona que fue **fácil la búsqueda de lugares en Internet**, buscaba la más cerca, barata y la que más le convencía, antes de hacer la cita en la clínica asiste al ginecólogo y ve un puntito chiquito, la doctora le da información de clínicas del seguro social lo cual ella opina “la doctora me dio una clínica de esas que vas y te formas bien temprano y es gratis, pero yo no estoy convencida, seguro como no voy a pagar así me lo van a hacer, no sé, no me sentí segura, aunque me cueste mucho yo quiero estar bien, por eso busqué una clínica particular”.

Asistió a una **clínica de la cual no se acuerda el nombre cerca de Ticomán.** Cuando llega a la clínica la acompaña su novio, el procedimiento fue el siguiente, le hicieron un ultrasonido y le mencionan que **llevaba 3 semanas**, le explican los métodos y le recomiendan por **medicamento**, le dan una pastilla y al otro día tendría que tomarse la siguiente, tendría vomito pero no tenía que vomitar, al momento de tomarla se presentaría sangrado y estaría arrojando el producto como su menstruación, si había complicaciones tendría que llamar y tenía cita en una semana para asegurar que no hubiera residuos, el costo fue de \$1500 de lo cual señala **“él pago la diferencia**, no sabía si tenía o no tenía, pero yo quería poner todo lo que tenía porque yo la había regado y pues era mi cuerpo y yo era la responsable, sentía que tenía que hacerlo”.

Cuando se toma la pastilla al día siguiente ella comenta **“me sentía mal desde antes**, desde un principio podía decir yo lo tengo, como hoy me pinto el cabello de

negro y mañana de rojo, lo pude haber dicho tan fácil, pero no pude me costó muchísimo trabajo, **desde antes que tomé mi decisión me dolió mucho**, el llegar a la clínica estaba llorando, saliendo de ahí estaba llorando, todo el día, toda la semana, todo el mes yo creo que me dio depresión, me sentí muy mal. Aparte en ese entonces era muy de ir a la iglesia, **yo sentía que le estaba faltando a Dios**, él me estaba dando algo y yo lo deseché y aparte me sentí mal estaba desechando una vida, aunque dicen que es una célula pero ya era una vida y era mío, me dolió mucho. Yo creo que hasta la fecha me sigue doliendo mucho, yo veo un niño chiquito como de cinco años con chinos me imagino que pudo a haber sido mío y me duele mucho pero pues ya ni modo. **Y no le conté casi a nadie**, sólo a muy pocas personas, tenía la necesidad de contarle, yo solita no iba a poder así que le conté sólo a mis amigos cercanos”. No tuvo ninguna complicación con el procedimiento.

*Acerca de sus padres* menciona que **no les comentó nada porque estarían en contra de no tenerlo**, ella señala “mi mamá diría ni modo estas embarazada, yo te voy a apoyar, te pones a trabajar, para mi mamá la vida es muy rosa y aparte es maestra de salud sexual y está muy en contra del aborto, mucho muy en contra, si yo le hubiera dicho no me hubiera dejado o me hubiera convencido de lo contrario. Mi papá se hubiera sacado de onda pero de igual manera me hubiera apoyado para que lo tuviera, sus palabras hubieran sido ya la cagaste ahora te chingas”.

Después del procedimiento ella indica “**me sentía en depresión**, ósea ya no quería ir a la escuela, no me quería ni parar, iba a la escuela llegaba y me dormía, todo el tiempo estaba dormida, lloraba mucho en mis clases, me salía y daba la vuelta, no quería estar en contacto con la gente ni hablar con nadie, veía a un niño y yo sentía muy feo. Esto no duró mucho como tres meses, no asistí al psicólogo, sí lo pensé pero soy muy desidiosa”.

*Acerca de su percepción sobre ella misma*, dice “nunca me vi embarazada a esa edad, aparte no soy muy niñera y ya estándolo sí sentí bonito. **Ósea no soy mala, pero no me siento bien de haberlo hecho**, siento que hice un daño a mí, a eso que estaba ahí, a mi relación, siento culpa, yo la regué, marcó mi vida lo voy a

recordar siempre. Me pongo a pensar cómo sería mi vida teniendo un hijo, si hubiera seguido con él, si ya no hubiera estudiado, no sé pienso muchas cosas”.

Después de seis meses no presenta señales de enfermedades físicas y **termina su relación, ya que él reprochaba la interrupción** aparte de otras situaciones.

En la *cuestión sexual* ella menciona “**después de eso se me fueron las ganas**, así como cuando te empachas y no quieres comer, ya no tenía ganas ni pasaba por mi cabeza, sentía que había sido la causa y lo que origino todo, estuve así como seis meses, después tuve otra pareja y ya no me pasaba igual”.

Ella piensa que en el proceso no se vulneró su decisión de interrumpir su embarazo, su novio la trató de convencer pero aún así no llegó a pensar lo contrario.

Cuando se le pregunta si hipotéticamente en este momento se encontrara embarazada ella comenta “lo tendría, mi pareja económicamente me apoyaría y yo podría trabajar”. En este momento de su relación no usa un método anticonceptivo.

Finalmente comenta que le gustaría tener un hijo en un futuro pero deben de existir dos condiciones, la primera es que se encuentre trabajando o tenga recursos, ya que piensa que si su pareja no está con ella, ella podría mantenerlo, y la segunda que su pareja se encuentre con ella, lo que indica que faltó cuando se encontró embarazada, de lo cual menciona “los factores principales para interrumpirlo fueron que no habían estas dos condiciones, también estaba estudiando y no quería dejar mis estudios, el dinero, mi edad aunque no estaba tan chica pero no era una edad para tenerlo siento que ahorita me falta madurez como para tener un hijo y a esa edad siento que estaba peor; y mi cuerpo, tengo una hernia en el estómago y un doctor me comentó que cuando tuviera un embarazo se iba agravar y tengo desgaste de cartílago y mi doctora dijo que el día que me embarace me tengo que cuidar muy bien y estar cien por ciento bien, entonces era complicarme el estómago, la espalda o rodillas entonces **también mi salud influyó un poco**. Pienso que **no voy a poder tener un hijo** después por dos cosas porque Dios me castiga o que ya no quiere y la otra a lo mejor afecté algo o no sé”.

## Caso 2

### Datos demográficos

Mujer de 25 años de edad actualmente tiene una relación estable.

### Escolaridad

Estudiante de licenciatura.

### Religión

Católica.

### Lugar que ocupa entre hermanos

La más grande de dos hermanas.

### Clínica a la que asistió para realizar la I. L. E

Mexfam.

## Análisis cualitativo

### Entrevista:

S. menciona que **no tuvo una educación sexual por parte de sus padres**, menciona “mis padres nunca me dijeron si te acuestas con este hombre vas a quedar embarazada” **no hubo información sexual**, su padre es cerrado y su madre es más tolerante “te habla un poco pero lo da más pena”. Menciona “a mí me faltó que me hablarás de sexualidad, que me dijeras los hombres son así, así y así”.

S. estaba **estudiando la Universidad** se encontraba en 7° semestre, **trabajaba en una empresa como becaria y atendiendo pacientes en la universidad**, tenía una relación de un año con un joven que conoció en la misma, ésta la describe como cercana al principio él era cariñoso pero con el tiempo la relación se empezó a ser lejana. Durante su noviazgo **no utilizaba ningún método anticonceptivo sólo era ocasional el uso del condón**.

En Abril 2014 **después de una relación sexual sin protección**, notó un mes después que no llegaba su menstruación y ella sentía raro su cuerpo, lo sentía como en su primer embarazo a los 21 años el cual tuvo un aborto espontaneo. Se realizó una prueba sanguínea y resultó positiva, ella comenta “**sentía que mi**

**mundo se desmoronaba, pensaba en la universidad, en qué iban a decir mis padres, mi trabajo, mi relación no es muy estable, todo esto pensaba en un segundo. Después que llegué a mi casa era llorar, llorar y llorar**". Ella decide interrumpirlo, tiempo después se lo comenta a su pareja y él no está de acuerdo pero **le comenta que es su cuerpo y que ella decide**, desde este momento su pareja se aleja, no se porta cariñoso y sólo le hablaba para saber si ella sabía en donde hacer la interrupción y cuánto sería. Le cuenta a su amiga acerca de su embarazo y que lo quiere interrumpir, ella le dice que la apoyará en todo lo que pase"

Ella empieza a buscar información en internet, se enfoca en una clínica que no esté tan cara y cerca de su hogar, encuentra la clínica de **Mexfam** el procedimiento que realizó fue el siguiente, acudió a una cita a la clínica en la cual le hicieron un ultrasonido para saber cuántas semanas tenía, ella tenía **4 a 6 semanas** y le explicaron los métodos para la interrupción, era candidata para hacerlo con medicamentos o **succionándolo**, ella decide el segundo, ya que no quería ver el procedimiento ni saber nada hasta que despertara.

En la clínica la citaron al siguiente día en la mañana con ropa cómoda, con un acompañante y toallas sanitarias. Al hacer esta cita se sentía muy nerviosa y le sudaban las manos, su amiga se comprometió a acompañarla y llevarle la ropa cómoda. La noche anterior del procedimiento comenta "yo lloraba y lloraba pero decía ya lo decidiste, ya hiciste la cita y ya vas a ir mañana". Para justificar la salida de casa temprano, excuso que iba a trabajar, ya que **su familia no se enteró y en palabras de ella "y nunca se enterará"**.

Cuando se dirigieron a la clínica su comportamiento era muy nervioso, le sudaban las manos, se puso algo pálida y observaba a las jóvenes que asistían a la clínica. Al momento del procedimiento menciona que el trato fue amable, las instalaciones eran limpias y la atendió un medico. En el mismo le aplicaron anestesia general, después del procedimiento se siente adormilada pero sin ningún dolor físico, al despertar la trasladan a una camilla y ella menciona "eso fue muy feo, todavía lo puedo ver, yo sentí como sacaban una gasa llena de sangre y empecé a pensar que seguro me habían dejado algo adentro, yo veía sangre y sangre, en ese

momento ingresó mi amiga y me ayudó a vestirme”. Las recomendaciones que le dieron en la clínica fueron que no cargará nada pesado y tratará de descansar si había alguna complicación tendría que llamar.

Le colocaron el DIU como método anticonceptivo. Después del procedimiento menciona **“como un mes sí me traume, era pensar en todo lo que había hecho, no había un solo día que no lo recordara, todo el procedimiento,** desde que me enteré hasta el final, todo lo vivía todos los días, pensaba que no podría tener hijos después. También pensé si yo se lo comparto a otra persona va a decir que **soy mala,** mejor yo solita me chingo porque yo solita me busque esa chingadera y yo solita tengo que resolver, agarre es postura y hasta ahorita sigo, el proceso me va a servir como experiencia para dárselas a otras personas que es muy difícil pero que no es imposible superarlo, **lo importante es la perspectiva que tenga la persona y que no importa lo que la sociedad diga.** Puedo decir que momentáneamente lo he superado, yo no quiero bebés hasta en cinco años porque **quiero tomar un proceso terapéutico, realizarme como profesionalista, volver a entrar a la onda de ser mamá porque todavía me siento culpable,** sí quiero ser mamá pero a la vez no, a la vez no porque quiero desarrollarme como profesionalista y no quiero que un bebé me frene, y a la vez sí y buscar una estabilidad pero sé que ya tengo algo más para mi hijo”.

Menciona que *sexualmente* después de este proceso **le costó intimar con su novio ya que pensaba que iba a quedar embarazada.**

### Caso 3

#### Datos demográficos

Mujer de 25 años de edad actualmente tiene una relación estable.

#### Escolaridad

Licenciatura.

#### Religión

Católica

#### Lugar que ocupa entre hermanos

La segunda de tres hermanos.

#### Clínica a la que asistió para realizar la I. L. E

Marie Stopes.

### Análisis cualitativo

#### Entrevista:

H. menciona que con su novio tiene una relación de dos años, cuando pasa “eso” tenía con él once o diez meses de novios, describe la relación como “es la persona indicada, es a la persona que amo y me ama y me lo ha demostrado con varias cosas”. Comenta que piensa que “ocurrió eso” en un viaje, menciona “**yo no me cuidó en relación con la sexualidad**, no me cuidaba hasta ese momento con ningún tipo de método, **ni con pastillas, nunca me han gustado, ni condón ni nada de esas cosas**, de cierta manera ahorita lo veo como descuido **porque tú piensas nunca te va a pasar** porque mes con mes nunca me pasaba nada, nunca me había dado un susto así”.

Cuando regresa del viaje nota que su menstruación no llegaba y experimenta una subida de peso, comenta “cada 28 días yo estoy menstruando y me pregunto ¿qué pasa?, y me empiezo a estresar y total el lunes a primera hora paso a comprar una prueba y me la hago, le comento a mi novio que no me bajaba y él me dijo que no pasaba nada, seguramente estaba muy nerviosa; ya no aguantaba la incertidumbre, quería hacerme la prueba para saber si sí pues ya y si no para estar tranquila. Compré una prueba, me la realicé en la oficina y resulta que era

positiva”. Acerca del resultado ella comenta “**pues estaba incrédula**, decía por favor, por favor Dios que no sea verdad, me volví católica, y cuando veo el resultado dije efectivamente es positivo, **fue una reacción de no sé qué hacer, pensamientos de todo tipo qué voy a hacer, lo voy a tener o no, le voy a decir a mi mamá, no le puedo decir a mi mamá, qué le voy a decir a mi novio, cómo le voy a explicar, qué va a pensar, lo va a querer tener o no, ósea una serie de cosas, estaba yo pensando**”. Le comenta a su novio y él dice “ha de ser psicológico, no pasa nada, tranquila, cálmate”.

Al otro día acude a un laboratorio a hacerse un examen de sangre y le dan el resultado en la noche, decide no preocuparse hasta que vea los resultados, cuando regresa de trabajar revisa los mismos y comenta “efectivamente era positivo, y ahora qué voy a hacer, entonces le dije a mi novio y me dijo no te preocupes, vamos a estar bien, no pasa nada, si chavitos de quince años pueden que tu y yo no podamos, y yo dije pues sí. Pero en ese momento dije, eso quiere decir que sí quiere, y entonces para mí eso fue como **y ahora qué hago, ósea entras en un estado de sí lo tengo o no lo tengo, qué va a pasar**, yo también estaba en ese momento metiéndome en unos tratamientos de belleza donde usaban radiofrecuencia, entonces eso también afecta porque estuve investigando, también **te pones a investigar** muchas cosas, entonces empecé a investigar y te llenas más de cosas porque efectivamente las radiofrecuencias afectan en el desarrollo del niño, unas cosas que te quedas pensando y dije yo también estoy en riesgo y pues tampoco quiero tener un hijo que este mal, que tenga algún padecimiento o algo que también le afecte porque **todo esto también es mi culpa, él no tiene la culpa de nada**”.

Al otro día una asistió con un doctor el cual le mencionó que había dos opciones seguir con el embarazo, cuidarse y alimentarse bien porque **era propensa a anemia** o interrumpirlo él le recomendaría un médico, hace un ultrasonido y **tenía 4 semanas**. A lo cual ella comenta “el médico me dio mucha confianza pero aún así para mí era no sé qué hacer, decía yo si lo tengo estoy viviendo con mi tía, **sería dejar de vivir con mi tía** porque tampoco le voy una carga que no les corresponde porque ni siquiera soy su hija y ni es mi casa **y decirle tu me lo vas**

**a cuidar porque yo trabajo o cuidarme en el embarazo**, mi tía es diabética y no les voy a dar una carga que no es de ella, y por ejemplo **si yo decidía dejar de trabajar sólo viviríamos con el sueldo de mi novio**, él vive con su mamá y su hermano y **significaba vivir con ellos en una casa que no es mía, una renta no nos alcanzaba**, aparte decía no quiero **dejar de trabajar porque pues no era una vida que yo le quisiera dar al hijo**, que quisiera tener en algún futuro, no dudo que tengas hijos pero no ahorita”.

En cuestión *académica* comenta “**no me había titulado** y fue un golpe porque tuve un año y no me había apurado en ese sentido y ahora con esto menos”.

Acerca de su *familia* expone “**para mi familia iba ser como la decepción, mi familia es muy católica** primero cómo es posible que haya perdido mi virginidad antes del matrimonio, te estás titulando y todo y ya saliste con tu chiste y otra que mi mamá en cuestiones de sexualidad nunca ha sido muy abierta, por eso no me atreví a decirle y menos si interrumpirlo iba a ser mi decisión, para ella iba a ser un balde de agua fría y si le digo no lo quiero tener no me iba a dejar, tan fácil o íbamos a terminar mal por las decisiones”.

Pasan unos días y ve a su novio, ella se empezaba a sentir mal tenía un dolor fuerte punzante entre la pierna y el ovario, pensaba que las radiofrecuencias estaban haciendo daño, van a comprar medicamento a la farmacia y ella le pregunta “bueno dime, quieres ser papá o no, él me contestó, pues ahorita no pero pues si ya está pues ya, entonces yo lo tomé como un pues ya que, y dije **esa no es la vida que yo quiero**, porque él quería comprarse su carro y su moto y ahora pensar no ahora ya no, ahora tenemos que pagar doctor, pañales y medicinas y todo, entonces tampoco quiero eso, y **tampoco obligarlo a él a hacer algo que no quiere**, él decía pues si los chicos de quince pueden porque nosotros no, pero tampoco es algo que querías y que haya anhelado y lo tomara con emoción, sino que fue chin pues estoy embarazada. Y para mí no fue la respuesta que esperaba, es más yo no quería que él quisiera porque yo ya había dicho no, definitivamente es algo que yo no quiero, yo lo estaba pensando todavía no sabía pero era más inclinado a un no. Con todos los problemas que ya había tenido de la anemia pensé, y si me muero que tal que le dejo un hijo a él solo qué va a pasar, **también**

**lo vi por mi salud**, al hijo lo iba a cuidar su mamá o mi mamá, yo no quería eso tampoco. Entonces cuando me dice eso dije él tampoco quiere pero su moral, de **él su familia es cristiana**, una vez me platicó acerca de una conocida que aborto y él lo desaprobaba, entonces pensaba **si le digo que yo no lo quiero me va a dejar**, vamos a terminar mal, me va a odiar o no sé, en ese momento yo le dije, es que no quiero ser mamá y no me dijo nada solo me dijo lo que tu decidas yo te voy a apoyar. De alguna manera fue un alivio para mí que me dijera, lo que tu decidas te voy a apoyar, significaba que si decía que sí o no él iba a estar conmigo, **pero también era un toma la decisión tu, era una parte de libertad de tomar una decisión que no me está juzgando pero también tómala tu sola**. Y entonces definitivamente digo, no quiero continuar con el embarazo”.

Decide a acudir con el doctor, le hizo estudios, sin embargo, es muy caro **ambos pagaban los estudios y los ultrasonidos**, cuando realizaron este último se dan cuenta que tenía quistes y que efectivamente había un saco gestacional que medía cinco milímetros, ella comenta “para mi verlo fue, ósea lo ves en un pantalla pero yo sabía que estaba dentro de mí, el doctor me dijo guarda silencio y me dice ese es su corazón, para mí fue muy fuerte, porque yo dije ya está vivo, en ese momento no sabía qué hacer, **yo me sentí la mujer más mala del mundo**, pues sí está vivo pero es una cosita, no sabía que pensar, y yo ya había tomado desde ese momento mi decisión, entonces dije si con esto me arrepiento, **no me veo ahorita con un hijo**, porque ni me he titulado, no tengo una casa, ni tengo nada y aparte no quiero una vida así, que al rato por estas presionando a mi novio terminemos mal y que al rato mi hijo tenga que ir a visitar a su papá o que no lo vea o que nos separemos, son muchas ideas en la cabeza de lo que puede pasar y no es la vida que yo quiero, ni para mí ni para él bebé, yo pensando en tres personas, porque mi familia ya estaba en segundo plano. El hecho de verlo ahí fue muy fuerte”.

Concluye la revisión y ella le pregunta que sí hay problema con las radiofrecuencias a lo cual menciona que no se puede saber hasta que crezca el producto pero eso significaba más de doce semanas. Le habla a su novio y le comenta lo que le habían dicho y que hay riesgo, él le contesta que todo estará

bien, de igual forma le menciona “definitivamente me van a dar el teléfono del doctor, porque sí ósea, no me atreví a decir interrumpir o abortar porque para mí era una palabra muy fuerte, lo es todavía, **para mí aborto era como patada**, es una palabra que está mal empleada, cuando te dicen aborto es como ¡ah mala onda!, es como si te estuvieran diciendo, ¡ah va a abortar! eso quiere decir que no quiere un bebé y el no quererlo no quiere decir que lo estés deseando sino que simplemente, no sé, **la gente no se pone a ver todas las cosas que implican**, para la gente es muy fácil decir, sí puedes, échale ganas, te apoyamos, cuando en realidad ¿tu lo vas a mantener?, ¿tú me lo vas a cuidar?, ¿tu va a hacer todo lo que yo tengo que hacer?, yo no lo veía por mí como pensar, ya me arruinó la vida, sino no puedo tenerlo en estas condiciones porque no es lo que yo quiero para él”. Expone que “aunque mucha gente no le parezca o no lo vea así, hay un cierto amor pues a él. Me sentía que el abortar es como muy egoísta, como decir pues sí te va a arruinar la vida, pero pues en realidad no lo es tanto porque te pones a pensar en toda la gente que te rodea, pensaba en mi novio sus planes y todas sus cosas y en el bebé qué vida iba a tener en este momento, a lo mejor en un futuro nos iba a ir bien pero ahorita **no estaba yo en condiciones de poder recibirlo**, hasta le decía yo cuando llegaba a mi casa, yo le decía, perdóname pero no te puedo recibir ahorita, me encantaría que llegaras en otro momento pero ahorita no; y entonces era una manera de disculparme con él”.

Cuando se comunica con el doctor, él le da un precio muy elevado a lo cual no podían acceder y empieza a buscar clínicas, comienza a conocer los métodos para la interrupción, pastillas y aspirado y decide que las pastillas no eran seguras. Acuden a la clínica llama **Marie Stopes** en la colonia Roma, el costo fue de cinco mil pesos los cuales **fueron pagados por ambos**, le dieron las indicaciones de ir en ayunas, en el camino menciona estar callada con el sentimiento a flor de piel, cuando llegan a la clínica menciona “había un grupo de personas entregando volantitos que en realidad eran **grupos próvida**, yo sé que están en contra pero esa gente no se imagina por todo lo que tu pasas, y te dan papelititos en donde te dan imágenes tan feas y tan crueles, que yo no lo puede ver y lo tire y te dicen, no estás sola, nosotros te apoyamos. Y qué fácil es poner una imagen así cuando tu

no lo estás viviendo, cuando yo no saben todo lo que pasé, **el sentirme la mujer más mala del mundo, y mucho tiempo me duró eso, el decir soy tan mala que fui capaz**; esa imágenes me causaron mucho repudio feo pero hacía mi misma también y como decir es bien fácil el nosotros te apoyamos, y **decir Dios me va a castigar**, no sé ponen a pensar, **uno no está ahí por gusto, a lo mejor sí por descuido pero no por gusto**. Para uno sí es un trauma quedarse con esa imágenes en la cabeza, no saben lo que pueden provocar en mí”.

Cuando entra a la clínica lloraba mucho, sin embargo, su novio le decía que sí estaba segura ya no llorara. La pasan a la consulta y confirman que medía cinco milímetros, hacen pruebas de coagulación.. Pasó el procedimiento, el cual consistió en la anestesia y la **aspiración**. Cuando toma consciencia de ella misma, se encontraba bien, con un pequeño sangrado, le dan su receta médica y le ofrecen un método anticonceptivo, ella escoge inyecciones.

Después del procedimiento trataba de no tocar el tema, sin embargo, no aguantaba las ganas de llorar, comenta “es como hice lo correcto no hice lo correcto, lo mismo que piensas cuando pasa lo mismo que piensas después, a lo mejor hubiera sido bueno que lo hubiéramos tenido, ya iba la contraparte, a lo mejor hubiéramos sido felices, no sé y empiezas otra vez a crearte cosas en la cabeza”. Deja a su novio que pase la tarde solo, ya que piensa que él también vivió un proceso de duelo.

Cuando H. se encuentra en su casa, no puede parar de llorar y pensaba si el procedimiento estaba bien hecho, **todo el tiempo lloraba y estaba preocupada**. Cuando habla con su novio después del procedimiento él le menciona que la decisión la habían tomado el doctor y ella, para él no era lo correcto, a lo que ella menciona “fue un golpe fuerte, para mí fue como, esa fue tu decisión yo no quería pero te respeto y pensé fue una resignación, me pego muchísimo. A partir de ahí **empecé a desarrollar una especie de dependencia** de su cariño y de su aprobación, **yo entré en depresión y tuve que asistir a terapia**. Yo pensaba que él si quería y yo lo interrumpí, y nos empezamos a distanciar emocionalmente, siempre pensaba, me va a dejar, se va ir, ya no me quiere, piensa que soy la mala, no me quiere ver, ya me odia, ya está pensando en dejarme. Y luego las

hormonas que me inyectaron me descontrolaron mucho, nunca me había puesto así, a tal grado que entre en depresión yo decía, **prefiero morirme haber tenido que tomar esa decisión, prefiero estar muerta que decidir si lo tengo o no, y me agredía**, me rasguñaba y me jalaba el cabello y me pegaba, y dije me estoy volviendo loca. Le insistía a mi novio que me dijera que me amaba, la relación lo resintió. **Entré en una crisis** y ya no me gustaba, ya no sé qué hacer. Tenía emociones al límite, si me enojaba me enojaba mucho y se me sentía triste lloraba mucho Fue cuando decidí asistir a terapia”.

*Sexualmente* comenta que se preguntaba **cómo se iba a recuperar si tenía miedo de volver a quedar embarazada.**

Acerca de su proceso terapéutico toma una terapia de medicina alternativa de la cual menciona “me ayudo mucho, porque yo traía una onda corporal, yo traía un **rechazo hacía mi misma por haber hecho lo he hice**, era pensar, no te mereces, y si no vuelvo a ser mamá por haberlo hecho, no merezco al novio que tengo, ni a mi familia”.

Meses después menciona que la terapia le funcionó mucho y regreso a tener una buena relación de pareja.

## Caso 4

### Datos demográficos

Mujer de 24 años de edad actualmente tiene una relación estable.

### Escolaridad

Licenciatura.

### Religión

Católica

### Lugar que ocupa entre hermanos

Hija única.

### Clínica a la que asistió para realizar la I. L. E

Profem

Hospital Balbuena

### Análisis cualitativo

#### Entrevista:

O. refiere que ha tenido dos abortos, en el primero ella tenía 18 años estaba **estudiando la carrera, apenas era mayor de edad**, ella menciona “aunque ya tenía tiempo con mi novio y tenía una relación estable, para nada estaba en mis planes tener hijos, apenas estaba estudiando, yo estoy muy consciente que para tener un hijo tienes que estar económicamente solvente y emocional y psicológicamente maduro para poder tener un hijo y yo en ese momento para nada me sentía bien con eso”.

Acerca de su familia comenta “no sabía cómo podía reaccionar mi familia porque a pesar de que había casos de embarazos, mi mamá me decía que si eso me pasaba ella me iba a apoyar siempre, que jamás me iba a correr ni a reprocharme, pero que eso **no iba a evitar que iba a estar decepcionada**, entonces era un peso, pero al final del cuentas lo importante era que **yo no quería**, no estaba preparada para tener hijos en ningún sentido, me sentía muy joven y realmente, a lo mejor mucho dicen que es una bendición, yo no puedo negar que un bebé sea algo bonito pero en ese momento para mi iba a arruinar mi vida porque **iba a frustrar todos los planes que tenía en ese momento**, los cuales eran seguir

estudiando, a lo mejor sí me aventaba a tenerlo pero **si el dinero no me alcanzaba tenía que dejar la escuela** a un lado, aparte la idea que tenía para cuando yo tuviera un hijo es poder estar económicamente estable para atenderlo el mayor tiempo posible, no trabajar en sus primeros años de vida, entonces no consideraba que era una buena idea.

Con su pareja supone que tenía el temor de que quisiera tener el hijo, “ya que él se avienta a tenerlo pero me estaba dejando la decisión en mi, y **también tenía miedo de decir que no y terminar por eso**, sin embargo decía, no me importa, no es que no me importe él, sino que es más importante lo que se puede trincar si en este momento lo tengo, y como ya sabía que era algo legal eso me ayudó para no sentirme tan presionada, ya tenía una opción”.

Se entera que estaba embarazada porque sentía que ya había pasado tiempo para su menstruación, le comentó a su novio que no era normal y decidió realizarse una prueba de embarazo, la cual salió positiva, ella refiere “**me sentía mal, triste y confundida porque no sabía en ese momento que hacer, obviamente estaba llorando** con él y él en todo momento mostro su apoyo y que iba a estar conmigo, eso me hizo sentir más tranquila, pero confundida porque no sabía realmente que quería, si sí quería tenerlo o no, pero al final siempre había ese algo de no quiero, y eso me fue llevando a seguir con la búsqueda de información. Cuando realmente decidí y le dije, no quiero, fue cuando buscamos opciones”. Empezaron a investigar clínicas, observó un letrero en el metro de la clínica llamada **Profem** clínica atendida únicamente por mujeres, hablaron para concertar una cita, asistieron y les explicaron los diferentes métodos para la Interrupción y el proceso, los cuales era aspiración y pastillas, el costo fue de 2500. Ahí le confirmaron su embarazo tenía **7 semanas**, no consideraba que las pastillas fueran eficaces y eligió la **aspiración**, solicitaron la cita.

Cuando llegaron a la clínica comenta “sí estaba nerviosa pero creo que él estaba más nervioso por la anestesia general, yo estaba contenta por eso porque pensaba, yo no voy a sentir nada, no voy a sentir dolor que yo estaba preocupada por eso. Aparte estaba tranquila”. El procedimiento fue el siguiente, se registró, pasó al quirófano y le realizaron la interrupción. Cuando despierta, se encuentra

en buen estado, no sentía ningún dolor, le retiran una gasa que tenía en la vagina y comienza a sangrar pero no demasiado, emocionalmente refiere “**me sentí bien tranquila**, a lo mejor se oye raro pero liberada como si ya se hubiera acabado el problema”. Le dan indicaciones acerca del sangrado abundante y la cita para el ultrasonido posterior.

Cuando sale de la clínica ella comenta, “me sentía bien, lo que pasa es que cuando me entero que estaba embarazada empecé a tener algunos síntomas, ya no podía retener comida, tenía ascos extremos casi no podía comer, por eso cuando salí de ahí me sentía bien en cuanto físicamente luego luego fui a comer y eso era la prueba de que ya había pasado, ya no tenía ninguna molestia”. Pasaron esos días, regresaron y el ultrasonido resultó bien, ahora tenía que escoger un método anticonceptivo, acerca de esto menciona “**antes de esto sí y no me cuidaba**, al inicio cuando empezamos sí era condón pero luego yo sé que sí fue parte irresponsabilidad de ambos porque utilizábamos el ritmo, obviamente esa vez que pasó se me adelantó mucho y pues falló. Yo sé ahora con el tiempo que es un mal método pero en ese momento se me hizo fácil y pues pasó”.

El método que eligió fue pastillas anticonceptivas, las cuales las estuvo utilizando algunos meses.

Después del procedimiento *sexualmente* comenta, “**no tuve ningún problema al contrario me sentía más responsable**, yo pensé que iba a tener problemas que iba a tener como cierto recelo o evitación, pero ya que pasó me sentí como liberada porque ya había una forma de cuidarnos ya sin miedo”.

La segunda interrupción O. tenía 22 años **había terminado de estudiar sólo se dedicaba a su negocio, tenía muy poco que había empezado la relación con su novio actual tenía dos meses**, ella deja de utilizar las pastillas cuando termina con su antiguo novio y utilizaban condón, ella comenta “esa vez el condón se salió y **tomé la pastilla del día siguiente, la utilicé y no recuerdo cuantos días pasaron y pensé que no había ningún problema si tenían relaciones sin protección**, y pasó un mes y no me bajaba, algo dentro de mí no estaba bien, pensaba ya pasó mucho tiempo y si sí, entonces le comenté a mi novio de ese miedo pero no tenía ganas de una prueba de embarazo y quería algo certero,

quería estar cien por ciento segura, y fuimos a un laboratorio para una prueba de sangre y a los diez quince minutos nos dieron la prueba y salió positiva. Pensaba ahora ya tengo una posición diferente, ya terminé ya tengo más claro lo que quiero, no del todo pero al menos ya nos se cortan ciertas cosas, puedo tenerlo; entonces igual me solté a llorar, él me decía que tranquila que íbamos a buscar una solución, que lo que yo quisiera, entonces realmente no sabía qué hacer, parte de mí decía, bueno pues ya no estoy tan chavita, pero otra parte de mí decía no todavía tengo muchas cosas que quiero hacer y **ni siquiera sé si quiero tener hijos** porque estoy en el planteamiento de si quiero o no tener hijos, y no quiero tenerlos sólo porque salió positivo, no se me hace justo, porque digo muchos pueden pensar que es injusto no darle la vida a un ser humano, pero también es injusto no traerlo a una situación estable mínimo, y pues igual le dije que no. Al momento de enterarme le conté de mi primer aborto, le dije que ya sabía qué hacer, estaba abierta a las posibilidades pero en el fondo sabía que no quería, así que decidimos que no y le dije la opción que tenía pero había subido el precio y el averiguó la opción de las **clínicas del sector salud**, que tenía la opción y **era totalmente gratis**. Yo no tenía idea ni confianza, porque no he tenido la mejor experiencia en salud pública en cualquier clínica pública pero nada perdemos con ver”.

Empezaron a investigar las **clínicas y asistieron a una cerca del metro Balbuena**, ahí los atendió una psicóloga la cual les preguntó que había pasado con su método anticonceptivo que los llevaba a pedir el servicio y los mandó al área de interrupción y les dieron una cita para el servicio.

El procedimiento consistió en dar una historial médico, la realización de un ultrasonido para rectificar las semanas de gestación, la asignación de método de interrupción, platica sobre métodos anticonceptivos y el porqué de la decisión, la realización de Papanicolaou, extracción de sangre y finalmente el procedimiento I. L.E. A ella le otorgaron el **método por pastillas**. En palabras de la entrevistada “fue un servicio muy completo”. Al siguiente día se tomó la siguiente pastilla y sangraba muy leve, se sentía muy tranquila aunque preocupada porque fue leve el sangrado y pensaba que el producto no había salido completo. Sin embargo, a la

cita siguiente, realizaron el ultrasonido y el procedimiento fue exitoso. Le colocaron el método anticonceptivo el cual fue el dispositivo intradérmico.

Después del procedimiento *sexualmente no tuvo problemas al intimar con su pareja*.

Finalmente ella comenta “ si quedará embarazada ahora, no lo tendría, porque **dentro de mis planes yo decidí no tener hijos**, tengo muchas otras cosas más que me interesan antes de ser madre prefiero mi carrera, prefiero viajar, estar con mi pareja, mi familia, y no estar metida en esta situación, creo que no podría cuidar a un hijo, siento que cometería los mismos patrones de mis padres y que yo quiero cambiarlos no estoy exenta de volverlo a hacer, yo no quiero dañar a ningún niño. Prefiero no tener, pero no me opero ni eso porque también el operarme corta todas las hormonas y toda la cuestión y voy adelantar la menopausia y no quiero”.

Al preguntar si sentía que tenía *consecuencias psicológicas negativas* después de interrumpir su embarazo, ella comenta “no nunca, al contrario **me sentía más responsable de haberlo hecho**, a disque hacerme cargo y que naciera, al menos no me sentía preparada, como los casos que he visto, yo respeto pero no se vale en algunas circunstancias como han venido al mundo y que es lo que están viviendo los niños, se me hacen más irresponsables ellos y más tontos que yo por no haberlo tenido. En todo momento me siento bien de haberlo hecho, lo que si me digo es que es irresponsable el porqué lo había hecho, yo siento que tome la mejor decisión, con esta segunda ocasión no me siento mal al contarle a alguien, **la primera vez si me sentía mal y avergonzada de haberlo hecho**, sin embargo, fue lo mejor que pude haber hecho porque he logrado muchas cosas que probablemente no hubieran pasado si hubiera tenido a ese hijo. No me siento mala mujer, puedo ser insensible ante lo que los demás sienten respecto a que una mujer debe de tener ese instinto materno”.

A continuación se presenta la Tabla 1.2 en la cual se observan características relevantes de las mujeres que fueron entrevistadas. Éste con la finalidad de analizar las condiciones sociales, psicológicas y legales que propician las entrevistadas a interrumpir su embarazo.

Caso	Meses de gestación	Clínica a la que asistió	Situación Familia	Relación con el padre	Motivos de Interrupción	Situación Actual
E.	3 semanas	Clínica privada Df	No comunicó nada acerca del aborto	Terminó la relación	<p>“Estaba muy chiquita, ni siquiera sabía de quien era”</p> <p>“Yo no quería un hijo sin padre”</p> <p>“No tenía nada que darle, no estaba trabajando”</p> <p>“No quería dejar mis estudios”</p> <p>“Me faltaba madurez como para tener un hijo”</p> <p>“Mi estado de salud también influyo”</p>	<p>Se encuentra en busca de empleo.</p> <p>Menciona que si se encontrara actualmente embarazada sí lo tendría.</p> <p>Tiene una nueva relación.</p> <p>No usa ningún tipo de método anticonceptivo.</p> <p>Sexualmente su deseo disminuyó.</p> <p>Considera que no podrá tener hijos.</p>
S.	4 a 6 semanas	Mexfam	No comunicó nada acerca del aborto	Terminó la relación	<p>“Estaba estudiando la universidad, también trabajaba y mi relación no era muy estable”</p> <p>“No sabía cómo reaccionarían mis padres”</p>	<p>Estudia la universidad.</p> <p>Tiene una nueva relación.</p> <p>Utiliza condón como método anticonceptivo.</p> <p>Menciona que si se encontrara actualmente embarazada sí lo tendría.</p> <p>Sexualmente su deseo disminuyó.</p> <p>Considera que no podrá tener hijos.</p>
H.	4 semanas	Marie Stopes	No comunicó nada acerca del aborto	Siguió la Relación	<p>“Era propensa a anemia”</p> <p>“Estaba realizándome radiofrecuencias”</p> <p>“Tendría que dejar de trabajar y mudarme a la casa de mi novio”</p> <p>“No me había titulado”</p> <p>“Para mi familia iba a ser la decepción”</p> <p>“No quiero tener un hijo sólo porque salió positivo”</p>	<p>Trabaja en una empresa.</p> <p>Considera que tiene una buena relación de pareja.</p> <p>Utiliza inyecciones como método anticonceptivo.</p> <p>Menciona que si se encontrara actualmente embarazada sí lo tendría.</p> <p>Sexualmente su deseo disminuyó por el miedo de quedar embarazada.</p> <p>Considera que no podrá tener hijos.</p>
O.	<p>Primer aborto: 7 sem.</p> <p>Segundo aborto: 4 Sem.</p>	<p>Primer aborto: Profem</p> <p>Segundo aborto: Hospital Balbuena</p>	No comunicó nada acerca del aborto en ambos casos	<p>Primer aborto: Terminó la relación.</p> <p>Segundo aborto: Siguió la relación.</p>	<p>Primer aborto: “Estudiaba la carrera”</p> <p>“Estaba muy chica”</p> <p>“No estaba en mis planes tener hijos”</p> <p>“No sabía cómo reaccionaría mi familia”</p> <p>“Iba a frustrar mis planes”</p> <p>“El dinero no alcanzaba”</p> <p>Segundo aborto: “Todavía tengo muchas cosas que hacer”</p> <p>“Ni siquiera sé si quiero tener hijos”</p>	<p>Se dedica a su negocio.</p> <p>Comenta tener una buena relación de pareja.</p> <p>Utiliza el dispositivo intradérmico como anticoncepción.</p> <p>Menciona que si se encontrara actualmente embarazada no lo tendría.</p> <p>Sexualmente no tuvo problemas con íntima con su pareja.</p> <p>Considera que no tendrá hijos.</p>

Tabla 1.2 Características relevantes de las participantes. González (2015).

Como se observa en la Tabla 1.2 hay factores que son comunes entre las participantes, primeramente los Meses de gestación no rebasan a las 7 semanas, esto podría deberse a que legamente no podrían interrumpir su embarazo después de 12 semanas, de igual forma podría ser un síntoma de la adquisición de información necesaria acerca del servicio de interrupción del embarazo y podría reflejar que las participantes consideraron el aborto como primera opción.

Hablando de las Clínicas en donde asistieron, todas las participantes optaron por acudir a clínicas privadas, sólo O. en su segundo aborto decidió asistir a un Hospital del sector salud, esto podría deberse a la falta de confianza que hay en el sector salud, algunas participantes mencionaban sentirse más cómodas, seguras y mejor atendidas en una clínica particular aunque el costo fuera elevado, sin embargo, en la experiencia de O. en el Hospital Balbuena la atención fue integral cubriendo aspectos que las clínicas privadas no ofrecen como es la realización de estudios ginecológicos y atención psicológica.

Acerca de la Situación familiar, todas las participantes no comunicaron nada acerca de su embarazo y por ende de la interrupción del mismo. En este rubro, las participantes mencionaban que si se enterará su familia podrían persuadir a completar el embarazo o existirían discusiones acerca de la decisión tomada. El factor predominante para excluir a la familia en este proceso es la concepción de las participantes acerca de la reacción de los padres, ya que consideran que ellos podrían cambiar el concepto que tienen de ellas mismas, por ejemplo, sentirse desilusionados o concebir el embarazo como un trunco y fracaso en sus vidas. De igual forma, consideran que habría discusiones acerca de la iniciación de la vida sexual y la no utilización de métodos anticonceptivos, siendo este un factor de interés, ya que ninguna de las participantes considera que haya recibido una educación sexual.

En el aspecto de la Relación con el padre o con la pareja, tres de las cuatro participantes terminaron la relación, en el caso de O. la terminó sólo en su primer aborto. Únicamente la participante E. menciona que la causa del mismo fueron reproches acerca de la interrupción, sin embargo, las demás participantes mencionan que su relación se debilitó durante y después de dicho proceso. Ellas

caracterizaban su relación como poco estable, emocionalmente se sentían alejadas y tenían muy poco tiempo en la misma. Factor importante para la decisión de la interrupción, ya que al no sentirse seguras en su relación no podían asegurar la misma a futuro si decidían terminar el embarazo. En el caso de la participante H. su relación continuó, ya que menciona sentirse muy segura de la misma, considera que podrían tener una familia a futuro. La participante O. en su segundo aborto continúa su relación, ya que considera que la interrupción no debilitó la misma, al contrario se sintió más responsable y decidida de su decisión de no tener hijos.

Con respecto a los Motivos de interrupción, se pueden observar cinco factores principales:

1. *Factor académico*, todas las participantes se encontraban estudiando, en proceso de finalizar formalmente sus estudios y laborando, ya que el rango de edad es de 18- 25 años.
2. *Factor familiar*, existe una controversia en cuál será el pensamiento y reacción de los padres ante el embarazo, esto predispone a interrumpirlo.
3. *Factor pareja*, no existe una seguridad en la pareja hacia el aspecto económico ni emocional.
4. *Factor salud*, la salud de las participantes se vería perjudicada por el embarazo.
5. *Factor personal*, las participantes no consideraban que podrían hacerse cargo, ya que suponen no tener los medios económicos ni de madurez para educar a un hijo.

Finalmente en Situación actual, todas las participantes se encuentran laborando o terminando sus estudios. Las participantes E. y S. tienen una nueva relación. Las participantes H. y O. consideran tener una buena relación de pareja. Acerca de la utilización de métodos anticonceptivos, sólo E. no utiliza ningún método, la participante S. usa condón, H. optó por inyecciones y O. se colocó el dispositivo intradérmico.

Un factor predominante en todas las participantes es, al cuestionarlas acerca de un nuevo embarazo y cuál sería su decisión si interrumpirlo o finalizar el mismo,

tres de cuatro mencionan que sí lo continuarían, sólo O. comenta que no lo tendría. De igual forma, otro elemento importante es el pensamiento de que no podrán tener hijos después del procedimiento de interrupción, siendo que en el mismo no tuvieron ninguna complicación médica.

Finalmente, en tres de cuatro participantes disminuyó el deseo sexual hacia su pareja, ya que consideraban que podrían quedar embarazadas. Sólo O. comenta sentirse más responsable y libre al mantener relaciones sexuales por la utilización del método anticonceptivo intradérmico.

## 6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con el Instituto Jalisciense de las Mujeres (2008) los estereotipos de género son creencias populares de las actividades, los roles, rasgos y atributos que caracterizan y distinguen entre hombres y mujeres, estos se mantienen por las instancias socializadoras como la familia, la iglesia, la escuela, las instituciones de salud. Esto se confirma con las entrevistas realizadas, ya que la familia y la religión son factores que predeterminan la concepción que tiene la mujer acerca de si misma y de la interrupción de su embarazo; la familia es un componente importante para decidir si se interrumpe el embarazo o se continúa, ya que dependiendo de la conceptualización que tenga la familia acerca de un embarazo no deseado y sus posibles consecuencias, la mujer actuará y decidirá si hace partícipe a su familia de la decisión. Mientras más cerrada sea la comunicación entre la familia de temas de sexualidad, será común que se oculté un aborto.

Hablando de estereotipos femeninos los cuales sobrevaloran las tareas reproductivas y de maternidad internalizando la reproducción como obligación biológica, visualizándola como algo natural, universal y propio de las mujeres que les otorga un valor como personas (Schwarz. 2008), las participantes consideran que la maternidad puede ser elegida, es decir, decidir tener hijos cuando perciban que tienen los recursos tanto psicológicos como económicos. En el caso de la participante O. ella decide no tener hijos en un futuro, ya que manifiesta que prefiere viajar, trabajar y disfrutar su pareja. Esta nueva construcción sociocultural de la maternidad se modifica hacia una concepción que permite enfrentarla no como un camino obligado o como una acción que está ya pautada, ampliando las visiones, la libertad de elección y fomentando la realización personal (Ehrenberg. 2000 citado en Molina. 2006).

La identificación hacia los roles maternos es consecuencia de una concepción típica de la maternidad, así las mujeres tradicionales tienden a reproducir los estereotipos más habituales de la maternidad, así como una visión idealizada de esta (Paterna y cols. 2004). Como se observa, la maternidad está en función de la idealización en los roles tradicionales que la han definido, esto choca con las

condiciones socioculturales reales que experimenta la mujer al saberse embarazada, es decir, cuando las condiciones sociales en las que se encuentra no cumplen con la idealización de la maternidad se enfrentan a la decisión de interrumpir o seguir con el embarazo confrontando la educación tradicional. Por ejemplo, en las participantes, antes de encontrarse con un embarazo, tenían una concepción de la maternidad en la cual se encontrarían con una pareja estable, en una situación económica sostenible, con un estado de salud óptimo, entre otras cosas, sin embargo, cuando se encuentran en cintas, ésta idealización choca con las condiciones reales. Así podría, concluir que una maternidad idealizada no contribuye a una posible maternidad elegida, al contrario, al no cumplir este rol y no tener las condiciones necesarias para llevarlo a cabo, podría frustrar y culpabilizar la decisión de interrumpirlo.

Por otra parte, al hablar de derechos reproductivos, los cuales garantizan una salud reproductiva para alcanzar una salud sexual satisfactoria (Checa. 2005), las participantes denotaron hacer válidos dichos derechos los cuales constan de la toma de decisiones y libertades al decidir sobre la cantidad y espaciamiento de los hijos, no obstante, carecieron de salud reproductiva y sexual, ya que todas las participantes mencionan no haber tenido educación sexual y no existía un uso de métodos anticonceptivos por lo cual su salud sexual se veía mermada por un posible embarazo no deseado. Lo cual se transforma después de la interrupción, para ilustrar, las participantes, excepto una, adquirieron métodos de anticoncepción, sin embargo, mencionaban una disminución de su deseo sexual al considerar que podían encontrarse embarazadas de nuevo, sólo una participante consideraba que se sentía con más libertad y responsable en sus relaciones sexuales.

Se puede observar que para tomar la decisión de interrumpir el embarazo, se debe de tener acceso a la información necesaria, en otras palabras, asentir al derecho a la información, lo cual fue el caso de las participantes, las cuales se encontraban informadas acerca de dónde asistir, los métodos para la interrupción, los precios, entre otros, los cuales fueron adquiridos principalmente por Internet.

Si bien, estos derechos son reconocidos como tales, se encuentran limitantes morales debido a la concepción hacia los mismos, lo cual genera discusión por su proximidad a la esfera sexual (Juarez. 2009) esto puede observarse en lo relatado por la participante H. al encontrarse un grupo llamado “pro-vida” a fuera de una clínica especializada en interrupción del embarazo, éste grupo entrega volantes con imágenes e información muy alejada de lo que es un proceso de aborto. H. comenta que se sintió vulnerada al recibir esta información. Esto se contrasta con lo que menciona Bonaccorsi y col. (2008) suponiendo que es necesario que otros no tengan poder sobre el cuerpo de la mujer y que ésta tenga suficiente consciencia para impedir oposiciones sobre el mismo. Ahora bien, ¿en un aborto la decisión es netamente tomada por la mujer o existen presiones externas? Por lo estudiado en las entrevistas, las participantes tomaron la decisión de interrumpir su embarazo por diversas circunstancias que influían a interrumpirlo, ejemplificando, la participante H. se encontraba en proceso de terminar sus estudios universitarios, trabajaba, tenía problemas de salud, no sabía cómo reaccionarían sus padres, estas fueron presiones externas para que decidiera la interrupción, por lo tanto, ella decidió llevada por situaciones que en ese momento no podía enfrentar.

Hablando del proceso de interrupción legal del embarazo todas las participantes accedieron a un aborto legal y seguro, siendo parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen acceso las mujeres (GIRE. 2013). De igual forma, acudieron a instituciones de salud, en su mayoría privadas, dentro del D. F. capacitadas en dicho procedimiento.

De acuerdo con las estadísticas que GIRE (2014) proporciona acerca de las usuarias que han realizado el proceso I. L. E se observa que hay similitud con las participantes, ya que el rango de edad de las mismas es de 18 a 25 años, lo cual en las cifras este rango tiene el 47.6% siendo el más alto, de igual forma el nivel educativo (superior), el estado civil (soltera), método de interrupción (succión) y la religión (católica) concuerdan con el mayor porcentaje. Acerca de anticoncepción post. I. L. E, la mayoría de las participantes cuentan con un método, a excepción de E.

Acerca de estas cifras, se podría decir que las mujeres que acuden al servicio I. L. E, son aquellas que se encuentran estudiando o laborando, siendo un factor de importancia para decidir abortar, ya que no desean dejar o sería complicado realizarlo estando en estado de gestación. Ahora bien, en las participantes hay una similitud al elegir como método de interrupción el médico o succión, en palabras de la participante S. “yo quería el método de succión porque yo no quería saber nada, yo sólo quería dormirme y despertar cuando todo acabara” una explicación para esto es lo citado por Bouquet de Durán (2011) y Swanson y cols. (2007) lo cuales mencionan que el sangrado y el dolor físico serán protagonistas en un aborto con todo lo que implica a nivel emocional y corporal, siendo el dolor una impresión desagradable. Así al elegir el método de succión se encontraban anestesiadas, siendo una posible fuga al dolor físico y emocional provocado por la Interrupción.

Otra característica que es común en todas las participantes es la religión, aunque algunas de ellas como O. y S. mencionaban ser católicas porque su familia lo es, otras como H. y E. fue de gran influencia para la decisión y concepción de su aborto. La participante E. mencionaba que le estaba faltando a Dios, él le estaba dando algo y ella lo rechazaba, de igual forma la participante H. manifestaba que sería la decepción de su familia (la cual supone muy católica) por perder su virginidad antes del matrimonio y encontrarse embarazada. De acuerdo con Faúndes (2013) el sector religioso implica una concepción ideológica de mujer-madre y mujer-esposa, cristalizados en las concepciones de la familia tradicional, así ésta se convierte en institución socializadora dictaminando comportamientos y creencias, es por ello que la identificación con esto es la consecuencia de una concepción típica del rol maternal.

Como se observa, hay diversas maneras de conceptualizar y vivir un aborto, en ésta investigación se hace referencia a visualizarlo como una crisis que empieza desde saberse embarazada hasta la culminación del proceso I. L. E. Así para la correcta valoración de la misma se utiliza el Perfil básico de personalidad CASIC. A continuación se presenta dicho perfil englobando las características de cada

participante en las diversas áreas conductual, afectiva, somática, interpersonal, cognoscitiva y sexual.

<b>Perfil básico de personalidad de las participantes</b>	
<i>Modalidad/sistema</i>	<i>VARIABLES/ subsistemas</i>
Conductual	Pensar cotidianamente en la interrupción y cómo sería si se hubiera tenido el producto. Dejar de comer, dormir. Aislarse. Llorar.
Afectiva	Tristeza, incertidumbre, depresión, alivio, tranquilidad, autoconcepción negativa, culpabilidad, dependencia emocional a la pareja.
Somática	Dolores de cabeza.
Interpersonal	Alejamiento con la familia y amigos, ruptura amorosa.
Cognoscitiva	Pensamientos irracionales como, <i>Radical/extremo</i> (se percibe como buena o mala en función de los resultados en su comportamiento), <i>Muy generalizado</i> (nunca podré tener hijos), <i>Muy negativo</i> (sólo se atiende a aspectos negativos de la interrupción), <i>Poco científico-confuso</i> (nunca podré tener hijos), Extremadamente exigente (percepción de la persona respecto a “deber o tener que” lograr sus objetivos personales y sociales antes de tener un hijo. Y expectativa de que deben seguir formas de pensar como en los padres), <i>Obsesivo</i> (Pensamiento repetitivo de cómo hubiera sido el producto).
Sexual	Disminución de deseo sexual.

Tabla 1.3. Perfil básico de personalidad de las participantes (González. 2015).

La Tabla 1.3 deja entrever que hay pensamientos, conductas y emociones diversas al practicar un aborto, sin embargo, se encuentra información que puede ser contrastante o parecer opuesta, por ejemplo en la categoría Afectiva, se observa incertidumbre y tranquilidad, esto podría explicarse, ya que la experiencia del aborto está mediada por la evaluación de la gestación, el aborto mismo y de lo que pasa en vida de la mujer (Rondón. 2009) es por ello que el testimonio de la participante O. puede ser diferente a los demás, ya que ella percibe su aborto como un alivio, una oportunidad para sentirse más responsable en su salud reproductiva y sexual, caso contrario al de la participante H. que en sus palabras “el aborto es como un patada”. Ahora bien, el aborto también está mediado por la capacidad de la mujer para enfrentarse a estos eventos y la manera en que los afronte subsecuentemente a la terminación del embarazo, todo esto moldeado por

las condiciones del ambiente de la mujer, sus recursos materiales, apoyo social, acompañamiento de su pareja, situación legal del aborto en el lugar donde vive y por sus características personales, actitudes, valores y experiencia previa a eventos estresantes (Rondón. 2009). Para ello la mujer debe estar decidida de la decisión que tomó, sin tener presiones externas (Barzelatto y Faundes. 2007) caso contrario de las mujeres entrevistadas, ya que ellas manifestaban tener factores que las llevaron a interrumpirlo, como su situación académica, económica, de pareja y de salud. Así mismo, tenían la concepción de estar “fallando, defraudando o decepcionando” a sus padres. Lo cual nos lleva a observar que ninguna participante contó con el apoyo de su familia, éste en el caso de la participante S. fue sustituido por una amiga. Hablando de la relación de pareja, las participantes, E. y S. no tuvieron un apoyo a excepción del económico, contrastando con H. Y O. que en todo el procedimiento tuvieron apoyo de su pareja lo cual, en palabras de O. “fue de gran alivio que él me dijera que me apoyaba, así podía tomar la decisión”. En relación con alguna experiencia previa de eventos estresantes, la participante S. tenía una experiencia de un aborto espontáneo, sin embargo, como lo menciona Gurpeghi y Jurado (2009) un aborto espontáneo puede acarrear sentimientos de pérdida y reacciones de duelo contrario a un aborto inducido el cual puede ser vivido como un acontecimiento en la vida adverso y generador de estrés. Por el contrario, la participante O. en la segunda interrupción se sentía segura del procedimiento a seguir y de la decisión, ya que ella tenía una evaluación diferente del aborto, ella consideraba que se sentía más responsable por interrumpirlo que criarlo en una situación poco conveniente para el producto. Como se observa, existen diversas concepciones de un aborto, por ejemplo, en las participantes, E. S. y H. mencionan haber experimentado mucha tristeza, depresión, culpabilidad, no tener “ganas” de ir a la escuela o trabajar y se aislaron, lo cual lo afirman los autores Leal (2009), Barzelatto y Faundes (2007) y Bouquet de Duran (2011), al indicar que la culpabilidad en el aborto provocado es intensa, de igual forma hay descripciones de depresiones graves y el desencadenamiento de trastornos psicopatológicos. Lo cual se observó en la participante H. la cual padeció depresión diagnosticada unos meses después de la interrupción, ella

menciona “prefería morirme que haber tenido que tomar esa decisión, es algo que recordaré siempre”. Siendo esta otra característica, de acuerdo con Petracci y cols. (2012) es una huella perdurable.

H. asistió a una terapia psicológica, siendo la única participante que llevo a cabo esto, afirmando lo dicho por López (2012) el cual menciona que una proporción muy pequeña del total acuden al profesional en busca de ayuda. Una explicación para esto, es lo dicho por la participante S. “yo no quiero que se entere nadie”, el aborto es considerado como reprobable socialmente, por lo tanto practicarlo no es aceptado y buscar ayuda significa trasladarlo al ámbito público.

En suma, se puede observar que la interrupción del embarazo es el ejercicio de un derecho reproductivo que conlleva una posible inestabilidad psicológica (no considerándolo necesariamente negativo), esto dependiendo cómo se viva, que redes de apoyo sociales y que recursos psicológicos se tengan, así mismo es un hito en la trayectoria personal con secuelas sentidas en la vida sexual, afectiva, reproductiva y anticonceptiva.

## 7. CONCLUSIONES

La Interrupción Legal del Embarazo es un fenómeno social que actualmente ha adquirido mayor relevancia al ser un tema que se comenta a diario en algún lugar de nuestra sociedad.

Aceptar que las mujeres y hombres tienen derecho a decidir sobre su cuerpo, ha llevado que se señale, estigmatice y rechace a aquellas mujeres que han realizado dicha práctica.

Resulta poco ilustrativo reducir el aborto en una lucha hacia el reconocimiento de derechos básicos de la mujer y no percibir que éste es un fenómeno mucho más amplio con connotaciones psicológicas, sociales y legales en la vida de las mujeres que lo han practicado.

Se puede deducir que las mujeres que optan por interrumpir su embarazo han obtenido una poca salud sexual y reproductiva, lo que es consecuente a un embarazo no deseado y a una confrontación entre su idealización de la maternidad y las condiciones socioculturales, económicas y de pareja que esta viviendo, causando en ellas una crisis.

De igual forma, se debe tener en cuenta que la realización de un interrupción desde la legalidad ha sido la principal meta de la despenalización del aborto, sin embargo, no sólo se debe enfocarse a si se tienen las instalaciones adecuadas, el material o el personal adecuado, sino el procedimiento después, qué hace la mujer después de haber vivido esto, qué métodos anticonceptivos puede adquirir, con qué recursos institucionales cuenta para valorarse psicológicamente, así las cifras de dicho procedimiento podrían disminuir.

Finalmente, acerca de las connotaciones psicológicas, se puede concluir que desde que la mujer se sabe embarazada hasta la culminación del proceso de interrupción, se encuentra en una crisis, la cual afecta todas las áreas de personalidad, por ende se ven modificados sus pensamientos, sus acciones, su relación con los demás y su desenvolvimiento sexual. Sus pensamientos se modifican a irracionales, es decir, se realizan interpretaciones o creencias que son ilógicas, poco empíricas y dificultan el logro de metas, así lo que la persona se

dice a sí mismo influye en la manera en la que se siente y se comporta (Valladares de la Cruz. 2013).

No obstante, tratar de generalizar esta información a todas las mujeres que viven un aborto, sería seguir considerando como válido un síndrome post-aborto. Las consecuencias psicológicas de una interrupción no pueden ser descritas como universales, negativas, catastróficas o invalidantes, no se niega la existencia de casos en los que la mujer haya llegado a algún desequilibrio psicológico, sin embargo, considerar al aborto como un suceso trágico sería un error. Así, es necesario que se entienda que la experiencia del aborto está mediada por la evaluación de la gestación, el aborto mismo y de lo que pasa por la vida de la mujer, así como la capacidad de la misma para enfrentarse a este evento y la manera en que los afronte subsecuentemente a la terminación de su embarazo, todo esto moldeado por las condiciones del ambiente de la mujer, sus recursos materiales, apoyo social, acompañamiento de su pareja, situación legal y por sus características personales.

Es por ello que en esta investigación se propone como terapia psicológica en casos de aborto:

- La Terapia racional emotivo-conductual (TREC): Tiene como objetivo ayudar al paciente a identificar sus pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazarlos por otros racionales o eficientes. Así la TREC modifica la forma de pensar de los pacientes, la forma en que interpretan su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que tienen sobre sí mismos, sobre otras personas y sobre el mundo en general. Identificando los acontecimientos activantes, las creencias y las consecuencias, por ejemplo:

<b>Acontecimiento</b>	<b>Creencia</b>	<b>Consecuencia</b>
He interrumpido mi embarazo	“Soy una mujer mala” “Prefiero estar muerta a haber tenido que tomar esa decisión”	Consecuencia emocional: depresión. Consecuencia conductual: falta al empleo.

- Empoderamiento: En conjunto con la TREC se propone iniciar un proceso de empoderamiento, para que la mujer tome la sobre su cuerpo y sobre la maternidad. Así ella puede expandir sus habilidades para tomar decisiones estratégicas para su vida. Cuando una mujer está empoderada adquiere tres tipos de poder, social, político y psicológico, el primero implica información, conocimientos, acceso a redes sociales y recursos financieros; el político habla de un acceso a los procesos democráticos de toma de decisiones, y finalmente, el psicológico es la toma de conciencia del poder individual y colectivo que tienen las mujeres, esto se alcanza mediante el autoestima personal y la recuperación de la dignidad como persona (Hevia y col. 2012).
- Grupo de desarrollo: Tomando de supuesto que la maternidad conlleva una importante experiencia que permite establecer vínculos con otras mujeres y percibir que constituyen un grupo homogéneo a partir de dicha vivencia, se sugiere la formación de un grupo de desarrollo, en el cual se pudiera percibir empatía y compartir la experiencia de la interrupción con otras mujeres, así se esperarían un cambio cognitivo acerca de su vivencia.

Finalmente se sugiere que para próximas investigaciones:

- Se enfoque a crear un perfil psicológico de la mujer que decide interrumpir su embarazo, así se conocerán a fondo aspectos psicológicos.
- Se indaguen las condiciones sociales y psicológicas de mujeres que han abortado desde la ilegalidad, de igual forma de diferentes estratos sociales y económicos.
- Se abra brecha en la investigación hacia la percepción y la vivencia del hombre en casos de un aborto.
- Se retome la creación de un grupo de desarrollo para el tratamiento psicológico de un aborto.

“Eva prefiere también parir pero después escoger donde ir, Eva se enfrenta al qué dirán, Eva cambió de señal...”

Silvio Rodríguez

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar. M de O, Y. P; Valdez, M. J. L; González-Arratia. N. I y González, E. S. (2013, julio-diciembre). Los Roles de Género de los hombres y mujeres en el México contemporáneo. **Enseñanza e investigación en psicología**. Vol. 18 (2) 207-224. Disponible en: [http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP\\_18\\_2/207.pdf](http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_18_2/207.pdf).
- .ANDAR (2012) ¿Qué es el aborto? En *Aborto en México* [on line]. Disponible en: [http://andar.org.mx/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=168](http://andar.org.mx/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=168).
- Barberá, H. E. y Cala, C. M. J. (2009, enero). Evolución de la perspectiva de género en psicología. **Revista Mexicana de Psicología**. Vol. 26 (1). 91-101. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3454.pdf>.
- Barzelatto. J y Faundes. A. (2007). El significado de las palabras. En: **El Drama del Aborto**. Santiago: LOM Ediciones. Pp. 33-48.
- Bonaccorsi. N y Reybet. C. (2008 julio-diciembre). Derechos sexuales y reproductivos: un debate público instalado por mujeres. **Limiar. Estudios Sociales y Humanísticos**. Vol. 6 (2). 52-64. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/745/74511194004.pdf>.
- Bouquet de Durán. R. I. (2011). Aborto espontáneo. **Liberabit. Revista de Psicología**. Vol. 18. 1. 53-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v18n1/a07v18n1>.
- Burt, K. V y Hendrick, C. V. (2007) Aborto provocado y pérdida del embarazo. En: **Manual clínico de salud mental de la mujer**. España: Grupo Ars. XXI. Pp. 104-113.
- Campos, C. M. (2011). La esterilización forzada una violación al derecho a la libertad, desde una perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y de género: casos de comunidades indígenas. Tesis de Licenciatura, México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptb2011/mayo/0669136/Index.html>.

- Casa, T. B. (2011). Información y derechos humanos de las mujeres en América Latina. En: Morales, C. E. (Eds.) *Derecho a la información, bien público y bien privado: acceso comunitario y acceso individual*. Pp. 15-29. México: UNAM.
- CENETEC (2011) Aspectos generales. En: **Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático**. México: Secretaría de Salud. Pp. 7-9
- Checa. S. (2005). Salud y derechos sexuales y reproductivos. **Revista Encrucijadas**. 39. 10-15 Disponible en: <http://www.uba.ar/encrucijadas/nuevo/pdf/encrucijadas39n3.pdf>
- CNDH. (2010) ¿Qué son los derechos humanos? [on line]. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/Que\\_Son\\_Derechos\\_Humanos](http://www.cndh.org.mx/Que_Son_Derechos_Humanos).
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011 noviembre). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos. **OAS. Cataloging in Publication Data**. Vol. 61. 1- 44. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2004). *Nuestros derechos*. México: CNDH.
- Consejo Nacional de Población (2000). Nociones y definiciones básicas de la perspectiva de género. En: **La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles**. México: CONAPO. Pp. 1-21.
- Cuevas, R. L y Román, M. S. (2011). Antecedentes En: **Experiencia de fiscalización de acceso, abasto y uso de métodos anticonceptivos. Análisis de la sociedad civil 2007-2010**. México: Hélice. Pp. 5-9.
- De González, M. I. O (2008) El aborto en México. La Jornada en línea. Disponible en: <http://ciencias.jornada.com.mx/foros/despenalizaborto/opinion/sexta-sesion/el-aborto-en-México>
- Derechos humanos de las mujeres: normativa, interpretaciones y jurisprudencia internacional (2006). México: Secretaría de Relaciones Exteriores: Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: UNIFEM: Suprema Corte de Justicia de la Nación.

- Díaz-Olavarrieta, C; Cravioto, M. V.; Villalobos, A.; Deeb-Sossa. N; García. S y García, G. S (2012). El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. **Rev Panam Salud Pública Vol. 32 (6) 399-402.** Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n6/a02v32n6.pdf>.
- Espinosa. G. (2003). Género, equidad y salud en el marco de los derechos humanos. En: López. P; Rico. B; Langer. A y Espinosa. G. (Eds.) *Género, política y salud*. Pp. 11-14. México: Grupo Forga S. A de C. V.
- Espinoza, C. P; Robledo, V. J. M. G y Negrín, M. A. (2011). Marco Normativo e Institucional en materia de Derechos Humanos. En: **Informe México: avances y desafíos en materia de derechos humanos**. México: Dirección General de Derechos Humanos y Democracia. Pp. 13-22.
- Espinoza. H y López. L. (2003) *Gaceta Médica de México. Suplemento I.* 139, 47-59.
- Espinoza. H; Ellertson. C y García. S. (2002). Medicamentos para la interrupción de la gestación: una revisión de la literatura y sus posibles implicaciones para México y América Latina. **Gaceta Médica de México. Vol. 138 (4).** Disponible en: [www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm](http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm)
- Faúndes, M. J. M. (2013). ¿Defensores de la vida? ¿De cuál vida? Un análisis genealógico de la noción de “vida” sostenida por la jerarquía católica contra el aborto. **Sexualidad, Salud y Sociedad.** 15. 10-36. Disponible en: [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org).
- Faúndes. A y Barzelatto. J (2007) *El drama del aborto*. Santiago: LOM Ediciones.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2012, junio) *Décima Séptima Época* No. 1377.
- García, A. Y. (2013). La inclusión de los feminismos y la perspectiva de género en el medio universitario: retos pendientes. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala.** Vol. 16 (2). 658-681. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/39976>.
- García, B. L. A. (2014). Una aproximación a los derechos sexuales y reproductivos en jóvenes: un análisis desde la perspectiva de género. Tesis de

- Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2014/abril/305270511/Index.html>.
- GIRE (2012) Cifras sobre la interrupción legal del Embarazo en el D. F de Abril de 2007 al 31 de Enero de 2013. Disponible en: [http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/estadisticas\\_sobre\\_ile](http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/estadisticas_sobre_ile)
- GIRE (2013) Perfil de las usuarias que han realizado Interrupción Legal del Embarazo en la ciudad de México Abril de 2007- 30 de Junio de 2014. Disponible en: <https://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto/cifras>
- GIRE (2013). Aborto Legal y Seguro. En: **Omisión e indiferencia. Derechos Reproductivos en México**. México: Impregraphic. Pp. 15-26.
- Gómez, G. E. (2003). Equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: López. P; Rico. B; Langer. A y Espinosa. G. (Eds.) *Género, política y salud*. Pp. 15-30. México: Grupo Forga S. A de C. V.
- González, M. B. A. (2015) Interrupción Legal del Embarazo. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guillaume. A y Lerner. S. (2007). La diversidad de los métodos abortivos. En: **El aborto en América Latina y el Caribe**. París-México.
- Gurpegui, M. y Jurado, D. (2009, septiembre-diciembre) Complicaciones psiquiátricas de aborto. **Cuadernos de Bioética. Vol. 20 (3)**. 381-392. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87512342006>
- Hevia, R. T; Peniche, C. L. (2012) ¿Qué es la perspectiva de género? En: *Elaboración de proyectos de desarrollo social con perspectiva de género*. (20-24). México: INMUJERES.
- INMUJERES (2007) El impacto de los estereotipos y los roles de género en México. En: *Boletín estadístico: El impacto de los estereotipos y los roles de género en México* [on line]. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/cendoc/documentos\\_download/100893.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/cendoc/documentos_download/100893.pdf).
- INMUJERES (2008) La perspectiva de género. En: **Guía metodológica para la sensibilización en Género**. México: IEPSA. Pp. 20-25.

- INMUJERES (2012) ¿Qué es la perspectiva de género? En: **Elaboración de proyectos de desarrollo social con perspectiva de género**. México: PROGRESO. Pp: 17-23.
- INMUJERES (2012). Género y desarrollo. En: **Género y Desarrollo II. Investigación para la igualdad sustantiva de México**. México: IEPISA. Pp. 30-40
- Instituto Jalisciense de las Mujeres (2008) Identidad. En: **Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de Sensibilización en Perspectiva de género**. México. Pp: 19-22.
- Islas de González, M. O. (2008 septiembre-diciembre) Evolución del aborto en México. **Boletín Mexicano de Derecho Comparado**. Vol. XLI. 123. 1313-1341. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/427/42712307.pdf>.
- Juárez, H. L. A. (2009). Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. **La Ventana**. 30. 148-180. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n30/v4n30a7.pdf>.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana Salud Pública* (3). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>.
- Leal, H. F (2009, septiembre-diciembre). Psicopatología del aborto espontáneo y trastornos tras las técnicas de reproducción asistida. **Cuadernos de Bioética**. Vol. XX (3) 393-403. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87512342007>.
- Levine, R; Glassman, A y Schneidman, M. (2001). *La salud de la mujer en América Latina y el Caribe*. Washington:IDB bookstore. Pp. 8-15.
- López, A. S. (1984). *El Derecho a la Información*. México: Porrúa. Pp. 153.
- López, M. N. (2012) ¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido? **Cuadernos de Bioética**. Vol XXII. 2. 565-584. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87524464011.pdf>.
- Maquieira, V. (2006). *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Ediciones Cátedra.

- Molina. M. E. (2006, noviembre). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. **Psyche. Vol. 15 (2) 93-103.** Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/967/96715209.pdf>.
- Nussbaum, C. M. (2002). Capacidades y derechos humanos. En: **Las mujeres y el desarrollo humano.** Barcelona: Empresa Editorial Herder S.A. Pp. 143-149
- OACDH (2014) ¿Qué son los derechos humanos? En: Sus derechos humanos [online]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/Whatare.aspx>.
- Paterna. C; Yago. C y Martínez. C. (2004). El sesgo lingüístico y los Estereotipos de Género: La Maternidad para las Mujeres no Madres. **Revista Interamericana de Psicología.** Vol. 38. (2). 241-252. Disponible en: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03826.pdf>.
- Petracci. M; Pecheny. M; Mattioli. M y Capriati. A. (2012) El aborto en las trayectorias de mujeres y varones en la ciudad de Buenos Aires. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad.** Vol. 12. 1. Pp. 164-197. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sexs/n12/08.pdf>
- Pulido, J. M. (2006). El acceso a la información y su conceptualización como derecho. En: **El Acceso a la Información es un Derecho Humano. Propuesta para un estándar de acceso a la información de organismos públicos de derechos humanos.** México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. Pp. 9-22.
- Robles, M. A. L. (2010) Salud y género. En: **La salud integral de la mujer. Un estudio exploratorio en la UNAM FES Iztacala.** México: Plaza y Valdés Editores. PP.: 13-26.
- Rocha-Sánchez. T. E y Díaz-Loving. R. (2005, junio) Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología.* 21, 42-49.
- Rondón. M. B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido.* Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX).

- Roses. M. (2004). Género y reforma del sector salud. En: **Género y globalización**. Chile: Aún creemos en los sueños. Pp. 39-44.
- Sánchez, L. M. P. (2003). Mujer y salud, familia, trabajo y sociedad. En: **Mujer y Salud**. España: Díaz de Santos S.A. Pp. 3-13.
- Schwarz. P. (2008). Viejas asechanzas de la maternidad en nuevos escenarios. Un estudio en mujeres jóvenes de clase media de la Ciudad de Buenos Aires. **Mora**. Vol. 14 (2). 101-113. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853001X2008000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853001X2008000200002&script=sci_arttext).
- Slaikeu, A. K. (1996). Técnica de la crisis. En: **Intervención en crisis Manual para práctica e investigación**. Editorial El Manual Moderno. S. A de C. V. Pp. 17-31.
- Soto, G. D. (2010). *Derecho a la información*. México: DCCS.
- Stern. C. (2007, enero-abril). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. **Estudios Sociológicos**. Vol. 25. (1). 105-129. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/598/59807304.pdf>.
- Swanson. K; Connor. S y Jolley. S. (2007). Context and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. **Research in nursing and health**. Vol. 30. 2-16. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20175/pdf>.
- Tepichin, V. A. M. (2010). Política pública, mujeres y género. En: **Los grandes problemas de México**. México. Pp. 25-39.
- Torres, R. T. I. (2014). Tratamiento Cognitivo Conductual en un caso de violación. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Disponible en:
- Torres, V. L. E; Salguero, V. A y Ortega, S. P. (1998). Análisis de los discursos en torno al aborto. **Psicología y Salud**. 79-83.
- Torres, V. L. E; Salguero, V. M. A y Ortega, S. P. (2001) Conceptos sobre maternidad y paternidad desde lo femenino y lo masculino. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 6, 73-81.

- Ulloa, P. C. (2014 mayo-agosto). Tensiones y conflictos en las políticas reguladoras de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en México (2000-2012): el problema de la incorporación del principio de equidad y del derecho a la igualdad de género. **Sociológica**. Vol. 29 (82) 125-150. Disponible en: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/8204.pdf>.
- Urbina, T. C. C; Villaseñor, B. S. J. (2005, noviembre) Los trastornos mentales y el embarazo. **Revista Digital Universitaria**. Vol. 6 (11). 2-6. Disponible en: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov\\_art108.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf)
- Valladares de la Cruz. P. (2013) Intervención en crisis. En: Valladares de la Cruz. P y Rentería, R. A. (Coord.) *Psicoterapia Cognitivo-Conductual Técnicas y procedimientos*. Pp. 239-275. México: FES Iztacala, UNAM.
- Vázquez. M. C y Caba. E. (2009). Derechos sexuales y reproductivos. En: **Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional. Guía metodológica**. Córdoba: Asociación Paz y Desarrollo. Pp. 27-31.