



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“EXPERIENCIAS DE MUJERES QUE INTERRUMPIERON SU EMBARAZO SIN  
ACOMPañAMIENTO”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**DIANA ARELY SOLANO RAMÍREZ**

DIRECTORA DE TESIS

**DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO**

REVISORA

**DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA**

SINODALES

**MTRA. MARIA ISABEL MARTÍNEZ TORRES**

**MTRA. PATRICIA PIÑONES VAZQUEZ**

**MTRA. PATRICIA DE BUEN RODRÍGUEZ**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser un espacio de investigación, docencia, enseñanza, aprendizaje y revolución. Gracias por permitirme desarrollarme profesional y personalmente.

A mi directora de tesis, Ana, eres una mujer increíble, gracias por tu paciencia y por compartir de tus saberes en las clases y en cada asesoría.

A mi revisora de tesis Dra Eva Esparza, por su atención, cordialidad y las asesorías dadas. Así como al sínodo: Mtra. Isabel, Mtra. Patricia Piñones y Mtra. Patricia de Buen; llenas de conocimientos, energía y amor por continuar la investigación. Para mí es un honor que me hayan acompañado en este proyecto y me dirigieran con sus buenas aportaciones.

A cada una de las informantes, por su confianza y compartir un poco de ellas mismas; por resistir a los mandatos y elegirse a sí y consigo, a otras mujeres; les festejo que con su valioso y valiente aporte colaboran en disminuir el estigma del aborto.

A mi familia, en especial a mis padres, hermanos y abuelo por su tiempo, apoyo y comprensión.

A Daniel, por sostenerme, por mostrarme fortalezas que tengo y reanimarme en momentos de flaqueza. Porque todo lo bonito es mutuo y por ser un ejemplo de que el respeto a la diferencia es fundamental en toda relación.

A amistades que, sin mencionarles, sé que se saben en este apartado.

A maestras/os que he encontrado en mi vida académica y han impactado en ella y en mi vida personal.

A todas aquellas que con rebeldía y amor luchan por una sociedad equitativa.

A las directoras de la Clínica Integral de la Mujer, Dra Basavilvazo y Dra Valdés Vargas por abrirme un espacio para esta investigación.

Me alegra haber compartido tiempo y espacio con ustedes en momentos de la vida porque sin duda sé que me quedo con recuerdos gratos que hacen que nos acompañemos aún en ausencias presentes. Gracias.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	4
<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>CAPÍTULO 1. PANORAMA HISTÓRICO, LEGAL Y MÉDICO EN TORNO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO</b>	8
<b>1.1 Panorama político-histórico en torno a la interrupción del embarazo</b>	8
1.1.1 <i>Reivindicaciones feministas</i>	11
1.1.2 <i>Derechos sexuales y reproductivos</i>	16
<b>1.2 Legalidad e ilegalidad en la interrupción del embarazo</b>	17
1.2.1 <i>Aspectos generales del embarazo en términos de embriología</i>	18
1.2.1 <i>Aborto</i>	20
1.2.1.1 <i>Tipos</i>	22
1.2.1.2 <i>Métodos</i>	23
1.2.2 <i>Interrupción Legal del Embarazo</i>	24
1.2.2.1 <i>Métodos</i>	26
1.2.2.2 <i>Estadísticas</i>	30
<b>CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOSOCIALES QUE IMPACTAN EN LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO</b>	33
<b>2.1 El aborto como problema de salud pública</b>	33
2.1.1 <i>Razones para decidir interrumpir el embarazo</i>	35
<b>2.2 Estigma</b>	37
<b>2.3 Modelo ecológico del estigma del aborto</b>	38
2.3.1 <i>Nivel individual</i>	39
2.3.2 <i>Nivel comunitario</i>	41
2.3.3 <i>Nivel institucional</i>	45

2.3.4 Nivel jurídico	46
2.3.5 Nivel cultural y de medios de comunicación	48
<b>CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS DE APOYO PARA DESESTIGMATIZAR EL ABORTO</b>	50
3.2 Acompañamiento y asociaciones como estrategia	55
3.3 Acciones para continuar la desestigmatización del aborto	58
<b>CAPÍTULO 4. MÉTODO</b>	62
4.1 Planteamiento del problema/ Pregunta de investigación	62
4.2 Hipótesis	63
4.3 Objetivos	63
4.4 Participantes	64
4.5 Escenario	65
4.6 Instrumento	65
4.7 Diseño de la investigación	66
4.8 Procedimiento	66
4.9 Consideraciones éticas	67
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS</b>	69
5.1 Perfil de las participantes	69
5.2 Análisis de categorías	71
<b>CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES</b>	119
<b>REFERENCIAS</b>	124
<b>ANEXOS</b>	137

## RESUMEN

El aborto voluntario ha existido desde hace años, siendo que cada cultura le ha dado un entendimiento distinto. En la Ciudad de México desde el 2007 se legalizó la interrupción del embarazo y se establecieron clínicas especializadas y gratuitas para brindar el servicio; sin embargo, existe el estigma del aborto que puede afectar a los involucrados, ya que hay pocas campañas que buscan disminuir o erradicar el estigma. La presente investigación tuvo como objetivo conocer la experiencia y significados de la vivencia de mujeres que interrumpieron su embarazo sin acompañamiento. Se partió del marco teórico del modelo ecológico del estigma del aborto y de forma transversal por la perspectiva de género. Se realizaron cinco entrevistas semi estructuradas a mujeres que interrumpieron al menos un embarazo. El análisis categorial dio como resultado 4 meta categorías y 15 categorías. Se encontró que las mujeres que tienen un embarazo no deseado, se cuestionan las ventajas y desventajas de continuar el embarazo; no solicitan apoyo a otras personas que no sean su pareja por temor a ser juzgadas y al desconocimiento de la existencia y función del acompañamiento. Finalmente, como consecuencias se encontró que hay mayor entendimiento a su vivencia si han recibido algún tipo de acompañamiento y están interesadas en apoyar a otras mujeres que buscan abortar. Se recomienda para futuras investigaciones un estudio longitudinal que profundice en el cambio de significados que las mujeres otorgan a su aborto así como aumentar la muestra; y abrir espacios al tema del aborto desde una perspectiva científica y feminista que ayude a desestigmatizar el mismo.

Palabras clave: Aborto, Estigma, Género, Modelo ecológico del estigma del aborto.

## INTRODUCCIÓN

En la Ciudad de México, en abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la reforma de ley que despenalizó el aborto hasta la doceava semana de gestación (Código penal para el Distrito Federal) siendo la única entidad federativa con este derecho<sup>1</sup>. A partir de esta fecha las mujeres de la ciudad de México y otros estados pueden recurrir a alguna de las trece clínicas de salud sexual y reproductivas para solicitar y obtener el servicio legal, seguro, confidencial y gratuito en caso de tener un embarazo y decidir no continuarlo.

A pesar de contar con la legalidad del aborto en la capital del país, continúan las luchas entre grupos conservadores y liberales para quitar o mantenerlo como un derecho. La razón para que esto suceda es la perspectiva que diversos actores de la sociedad tienen, destacando dos antagonicos: una postura conservadora y una de defensa de derechos.

Es por eso que, si bien lo jurídico es importante para acceder a este sin que haya una sanción por delito, las creencias sociales y/o religiosas también son importantes en el tema, ya que son generadoras de sanción social como castigo. Dado el estigma existente en torno a esta práctica, se decidió recurrir al modelo ecológico del estigma del aborto por plantear un engranaje que muestra la desigualdad social y consecuencias negativas en aquellas personas que defienden el aborto, ejemplo de ello es que sea una práctica común que se trata de ocultar.

Aunque las mismas personas y asociaciones que luchan por mantener la legalidad de este derecho también pueden estar trabajando en brindar acompañamiento que es el apoyo de distintos tipos a mujeres que buscan abortar y no cuentan con elementos suficientes para llevarlo a cabo en condiciones adecuadas, puede que no tengan las herramientas y recursos suficientes

---

<sup>1</sup> Desde septiembre de 2019, el estado de Oaxaca fue el segundo en legalizar el aborto.

para otorgarlo a más personas, por lo que cierto porcentaje de mujeres que recurren a esta práctica pueden vivir este proceso de forma complicada.

Por lo que el objetivo general fue conocer la experiencia y significados de la vivencia de mujeres que interrumpieron su embarazo sin acompañamiento. En vista del estigma que tiene el aborto, cabe mencionar que realizar investigaciones, pronunciamientos, campañas informativas, acompañamientos, entre otras acciones en defensa del mismo, colaboran para reducir el estigma y con ello promover la igualdad social.

La tesis se organiza de la siguiente manera. En el capítulo 1 se encuentra el Panorama histórico, legal y médico en torno a la interrupción del embarazo, en el que se diferencia el aborto de la interrupción legal del embarazo, cuyos términos se mencionan indiscriminadamente. En este mismo capítulo se exponen los métodos seguros e inseguros para abortar y las estadísticas del servicio de aborto gratuito del país.

En el capítulo 2 de Factores psicosociales que impactan en la interrupción del embarazo, se abarca el aspecto social del aborto, considerando mayormente el estigma asociado a este, desde los distintos niveles que propone el modelo ecológico del estigma del aborto. Además, se plantea el aborto como un problema de salud pública considerando las situaciones que dieron un embarazo no planeado.

El capítulo 3 de Estrategias de apoyo para desestigmatizar el aborto, se abarca la el Síndrome Post Aborto y otras investigaciones afines, además de la definición y características del acompañamiento, así como campañas y propuestas que se han hecho para desestigmatizar tal práctica.

El capítulo 4 muestra los elementos del método tales como la justificación y planteamiento del problema; hipótesis; los objetivos; el tipo de diseño de la investigación, el instrumento, escenario, perfil de la muestra, el procedimiento de la investigación y las consideraciones éticas.

El capítulo 5 trata los resultados, en este se presenta el perfil de las participantes y el análisis categórico. Por último, el capítulo 6 de conclusiones, muestra lo obtenido de la investigación, así como las limitaciones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO 1**

### **PANORAMA HISTÓRICO, LEGAL Y MÉDICO EN TORNO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**

#### **1.1 Panorama político-histórico en torno a la interrupción del embarazo**

Cada sociedad establece sus normas las cuales impactan en las decisiones de las personas y por tanto, en su estilo de vida. Así como las respectivas normas (proveniente de cualquier autoridad o mandato social) que serán modificadas de acuerdo a la vida cotidiana de la propia sociedad. Sin embargo, el conflicto existe cuando se presenta la incompatibilidad entre ambas partes.

Interrumpir el embarazo ha sido considerado como merecedor de castigo en distintas culturas. Así por ejemplo, en el código de Hamurabbi, los hititas castigaron el aborto con penas económicas o de muerte, similar sucedía con los asirios y babilónicos; mientras que en la literatura de la India lo consideraban como homicidio; por otro lado, en Esparta y Atenas se protegía el embarazo, sin embargo, el infanticidio se daba cuando consideraban indeseables a los ya nacidos (Trueba, 1978). Hipócrates, el médico de la Antigua Grecia rechazó el aborto y los anticonceptivos, mientras que Aristóteles sólo lo justificaba antes de que se dieran señales de vida (Trueba, 1978).

La complejidad del tema surge por la diversidad de principios tales como la laicidad, la libertad de conciencia, creencias religiosas, establecimiento de términos éticos de acuerdo al desarrollo embrionario y la intervención del estado en las decisiones de la intimidad o de privacidad de las ciudadanas. Con todas esas consideraciones, se encuentran dos grupos principales que defienden su respectiva postura.

Lemaitre (2016) establece que a partir de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y Desarrollo en 1994, también conocida como la Conferencia de El Cairo, surgió la discusión entre argumentos conservadores y propuestas feministas en los temas de sexualidad y reproducción. Han transcurrido poco más de dos décadas en las que el contenido que se debate ha evolucionado de ideas católicas permeadas con fe, a la elaboración de distintos argumentos razonados constitucionalmente. La autora ha identificado cuatro motivos principales que rechazan el aborto; aunque ya no se fundamentan en las escrituras de base teológica, su razonamiento sigue el enfoque constitucionalista católico que recae en la moral de la sexualidad.

- *El aborto promueve la igualdad de género, que perjudica a las mujeres*

Se parte de la existencia de la naturaleza femenina y masculina, la cual conlleva los roles tradicionales prescritos como naturales y virtuosos, provenientes de la voluntad de Dios. Si se cumple dicha naturaleza y sus respectivos roles, se tendrá la salvación; además que dar a luz es algo extraordinario que solo las mujeres pueden hacer y que las une con Dios. En caso de que la mujer aborte, romperá con la igualdad de los roles y estará obedeciendo el imperativo social de ser económicamente productivas y así su carga será mayúscula al criar y sostener a sus hijos; por lo que proponen que se mantengan los roles femeninos enfocados en la crianza y no en la productividad económica.

Además, proponen que el estado apoye y maneje un sentido de responsabilidad con respecto a la maternidad, de esta manera se llegará a la igualdad entre hombres y mujeres, puesto que

también impactará en las cargas económicas y sociales desde la premisa de que se trata de un derecho natural universal y de virtud (dar a luz); de no cumplirse, se estaría rechazando la igualdad inherente y la dignidad de los mismos roles virtuosos dados por el sexo.

- *La mujer sufre al abortar y no por la criminalización*

El sufrimiento desde la teología puede ser el resultado del pecado original, o bien, como acto que complace a Dios por destruir el apego mundano al placer, dinero y poder; por lo tanto, Dios provee el consuelo al acercar y liberar del pecado.

El estado apoyará en resolver el sufrimiento si apoya la maternidad.

- *El derecho a la vida inicia desde la concepción*

Al considerar el inicio de la vida desde la concepción, conceptualmente existe el homicidio de quien no ha nacido. A partir de la dificultad en establecer el proceso, hay países en los que se impide la anticoncepción de emergencia así como otros métodos que previenen el embarazo.

Redefinir vida humana, implica hacerlo con otros términos que se acomoden a sus bases teológicas de constitucionalismo católico.

- *La libertad de conciencia se extiende a todos los individuos e instituciones*

La separación Estado-Iglesia ha sido un proceso con lucha de intereses y perspectivas basados en la búsqueda de la razón desde principios considerados como objetivos, dados por la religiosidad o bien, la política.

Bajo el constitucionalismo católico, en el libro de Hechos de los Apóstoles, el versículo 5:29 dice: “Hay que obedecer a Dios antes que a los hombres”. Por ello se puede interpretar que en el ejercicio de su derecho al ámbito religioso con la respectiva libertad religiosa que toda persona goza, de acuerdo con el artículo 24 constitucional, se ha expandido al ámbito público lo cual

impacta en la objeción de conciencia.

Es por lo anterior que el aborto se trata de un tema y práctica deplorable para la comunidad que persigue el ideal católico. “La doctrina de la Iglesia aparece invariable sobre estos puntos y reprueba el aborto en cualquiera de sus formas” (Trueba, 1978, p.33). Es decir que no se contempla como problema social con factores a considerar sino desde la decisión personal merecedora de castigo a quien tenga relación con este.

La iglesia católica muestra vehemencia hacia esta práctica: “sin embargo la iglesia no persigue o alienta la santificación de la vida pública en todos los ámbitos de la vida social, sino principalmente en la moral sexual” (Lemaitre en Cooks, Dickens & Erdman, 2016, p.324). En otras palabras, a pesar de reprobarnos rotundamente el aborto, no demanda con insistencia la obediencia en otros aspectos.

En suma, el grupo conservador defiende sus argumentos aún permeados de orden moral con carácter religioso, encubiertos de razonamientos jurídicos que proponen invalidar el derecho estatal. Parte de tal debate se instala en la definición de la vida como esencia trascendental o existencia meramente material, en el orden social instaurado por la clasificación sexo-género, y por último, el orden y la relación Iglesia-Estado y sus respectivas creencias, obligaciones y derechos de cada uno.

### *1.1.1 Reivindicaciones feministas*

La historia del feminismo ilustra las demandas que se han tenido que llevar a cabo para contar con los derechos de los que eran vetados por el hecho de ser mujer, algunos de ellos han sido la participación en la vida pública y política, la igualdad de salario, el derecho a la educación, derecho al voto, derecho a decidir sobre su cuerpo y al aborto, entre otros. En este apartado se verá brevemente el recorrido político para defender el derecho de elegir sobre el propio cuerpo

respecto a la reproducción, viendo que el conflicto entre ideologías ha tenido distintas alianzas y avances.

A principios del siglo XXI, más de tres cuartas partes de la población del mundo, con democracias avanzadas, aceptaba el aborto por voluntad de la mujer por factores sociales, económicos y por motivos médicos. Aún así se encuentra que la decisión de las mujeres para realizarse un aborto legal es limitada puesto que se involucra el criterio “profesional” por parte de personal de la salud que con frecuencia persuaden para que el procedimiento no se lleve a cabo; incluso se busca la autorización de padres o pareja de la mujer (Lamas, 2003) desplazando la decisión de la mujer de su propio cuerpo.

Pese a lo anterior y demás actos que coartan la libertad de las mujeres, se ha fundado el feminismo, que pugna por el reconocimiento de la capacidad de decisión de las mujeres. El feminismo comenzó como un movimiento cultural e intelectual europeo con una historia relativamente corta, sin embargo se pueden encontrar señales que permiten conocer la lucha y resistencia de mujeres desde diversos esfuerzos para conseguir el goce de sus derechos.

De acuerdo a Cano (1996), en México a finales del siglo XIX, el término feminismo comenzó a circular en medios intelectuales con la intención de reivindicar la igualdad entre sexos respecto a la capacidad intelectual y los derechos educativos; se abogó por valorar atribuciones subjetivas femeninas pertenecientes a las mujeres; ya en menor medida se comenzó a luchar por tener participación dentro de la política.

En dicha época, las necesidades que requerían las mujeres se encontraban en el ámbito de la educación y en el rol de esposa y madre.

(...) El jurista historiador Genaro García, autor de *La desigualdad de la mujer* (1891) y de *La condición de la mujer* (1891). Para Genaro García, la subordinación de las mujeres en la sociedad era impuesta por el estado a través de la legislación; en su

opinión, el mayor atropello a los derechos individuales de las mujeres ocurría en el matrimonio. La mujer casada vivía una especie de esclavitud debido a que el Código Civil (1884) la dejaba incapacitada para efectuar actos de la vida civil por sí sola y sin autorización del marido. Con influencia del inglés John Stuart Mill, Genaro García se interesó por la educación femenina y fue un defensor radical de la igualdad jurídica entre los sexos. Precursor del feminismo igualitarista en el terreno teórico, García no se interesó por los aspectos prácticos y organizativos de la emancipación de las mujeres (Cano, 1996, p. 346-347).

Claramente el sistema social y político ha tenido como agentes, las leyes, la familia, la pareja sentimental y cuestiones morales y sociales, que han complicado a las mujeres contar con los derechos que como personas merecen.

De acuerdo con Weeks (1998), la organización de la sociedad y todo aquello que implica como lo es el terreno de la sexualidad, recae principalmente en cinco áreas: el parentesco y sistemas familiares; la organización económica y social; la reglamentación social; las intervenciones políticas; y, las culturas de oposición y resistencia. Así, las primeras cuatro se encargan de la regulación moral establecida, mientras que las culturas emergentes rompen con los paradigmas instaurados previamente. Al haber intereses distintos, el desequilibrio ocasiona luchas entre estos.

Aunque desde hace poco menos de un siglo el aborto ya se legislaba, existía desde la restricción. Fue en 1938, que el estado de Chiapas añadió a las condiciones para interrumpir el embarazo de forma legal, la propia decisión de la mujer para llevarlo a cabo; lo cual desencadenó pronta confrontación entre grupos Pro-vida y feministas, donde algunos partidos y asociaciones políticas prefirieron omitir su participación para evitar represalias, tal abstención fortaleció a los sectores conservadores (Belausteguigoitia, 1991).

Los intentos de abogar por la libertad de reproducción de las mujeres como derecho, continuaban aunque muchas veces sin conseguir avances. Como muestra, en 1979, la colaboración entre grupos feministas y algunos partidos políticos, presentaron el Proyecto de Ley de Maternidad Voluntaria a la Cámara de Diputados por el Grupo Parlamentario Comunista; sin embargo, ni siquiera se discutió (Cano, 1991).

Por su parte, el interés en la necesidad de reivindicar los derechos de las mujeres, se manifestó en la creación de grupos que incluyeron el aborto dentro de sus agendas, algunos de ellos fueron la Coalición de Mujeres Feministas, que conjunta todos los grupos feministas en torno a la lucha por la despenalización del aborto, contra la violencia a las mujeres y por la libertad sexual; estos son Mujeres en Acción Solidaria; el Movimiento Nacional de Mujeres; y, el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México (Lamas, 1992). Derivado del trabajo que desempeñaron, pese a tener el mismo objetivo, se presentaron obstáculos que aun así fueron resueltos; por ejemplo, la diferencia entre luchar por la despenalización del aborto que implica la constante inaccesibilidad, o bien, por la legalización para que fuera un servicio de salud pública.

Fue así que feministas comenzaron y continuaron los esfuerzos para lograr la equidad de género que permite a las mujeres apropiarse de sí.

Es indudable que la iglesia católica como Institución tiene un papel de mucho poder; por lo que el proceso político para llegar al derecho de la libertad reproductiva fue complicado debido a dificultades dadas por grupos con ideología pro vida. Cabe resaltar que el camino fue largo, constante y con altibajos, sin embargo, el esfuerzo de grupos feministas trajo como consecuencia, además de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), logros como la formación de organizaciones, la celebración del Día de la mujer, entre otros (Lamas, 2015).

Por otra parte, los avances científicos de anticoncepción continuaron hasta llegar a la invención de la píldora abortiva llamada RU-486, la cual llegó con beneficios, sin embargo, su aceptación

fue complicada aún más en sus inicios al representar la libertad reproductiva de las mujeres. Con el método de la pastilla, las mujeres se podrían provocar el desprendimiento embrionario sin prestar riesgos por verse en circunstancias desfavorables, por ejemplo en complicaciones debido a diversos factores como la alta demanda en servicios de salud, la falta de clínicas en zonas rurales, la objeción de conciencia del personal médico, los costos médicos, los riesgos al realizar el procedimiento ya avanzado en el proceso embrionario, la criminalización y agresiones por personas del grupo conservador o fundamentalista (Lamas, 2003) incluyendo a la pareja o familia si es el caso.

Por consiguiente, permitir la decisión a las mujeres sobre su reproducción, también lo hace en otros espacios y no las limita al rol de madre y ama de casa (Burin & Meler, 2000). En definitiva, para las mujeres ha sido complicado elegir en su reproducción, donde ciertas Instituciones y creencias morales ajenas, inmersas en el ámbito social y político, han sido quienes deciden e incluso imponen sobre su cuerpo y vida. A partir de la anticoncepción femenina se ha abierto el espectro de opciones para las mujeres.

Hoy día, en la Ciudad de México se permite interrumpir el embarazo a voluntad de la mujer sólo durante las primeras doce semanas de gestación (ver más en *1.2.2 Interrupción Legal del Embarazo*), por lo que se puede considerar como el logro que grupos feministas buscaron para compartir al resto de las mujeres en nuestro país, y respetar la elección que cada quien tiene sobre su cuerpo más allá de los juicios morales que limitan e imponen a terceras.

Como se vio, el proceso político para llegar al derecho de decidir sobre el cuerpo fue complicado, aún así, no significa que se mantenga asegurado. Los derechos son logros que deben ser resguardados y defendidos constantemente, pues como se ha visto, existen diversos grupos con intereses que obedecen a la moral, que tienen poder e influencia y dificultan que cada quien los tenga, más allá de gozarlos desde el privilegio.

### 1.1.2 *Derechos sexuales y reproductivos*

Como se vio anteriormente, el área de la sexualidad, aún tiene complicaciones por parte de los pocos partidos políticos que se han atrevido a considerar tal línea de trabajo (Mejía, 2003), quienes son un factor importante en la estructura de la sociedad para promover programas y legislaciones que se adecuen al beneficio de la población.

En 1979 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se hizo el llamado para poner atención en las violaciones de derechos humanos de las mujeres, como resultado de las diferencias de género que las han llevado a posiciones de desventaja y riesgo dentro de las esferas de la salud en general, la maternidad, violencias sexuales, desigualdad económica, entre otras (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido dos conceptos importantes:

- Salud Sexual “es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (OMS).
- Salud Reproductiva: “es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y sus funciones y proceso” (Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994, párrafo 7.2). De acuerdo con la OMS, además de la procreación y funcionamiento adecuado del cuerpo en todas las etapas de la vida, implica que la sexualidad se lleve en un ejercicio responsable, satisfactorio, seguro y con la libertad de elegir tener descendencia o no, por lo que esto supone que se pueda tener acceso a servicios de salud apropiados para tener un embarazo e hijo sanos, así como a

métodos de fertilidad seguros, eficaces y accesibles.

Particularmente, en México se cuenta con la Constitución General de la República que en su primer artículo contempla las garantías individuales y derechos humanos de quienes habitan en nuestro país. Mientras que en el artículo cuarto se encuentran contemplados los derechos de la igualdad ante la ley entre hombre y mujer; la libertad de decidir sobre el número de hijos que se planeen; y, la protección de salud, entre otros.

Sin embargo, tener una legislación que brinde el gozo de derechos, no implica que las personas se apropien de ellos y los reclamen (Mattioli & Straw, 2013). Es decir que asumirse como sujetos de derechos es relativo a cada persona donde su contexto también está involucrado.

## **1.2 Legalidad e ilegalidad en la interrupción del embarazo**

La imposibilidad de continuar con el embarazo se presenta desde dos razones básicamente. Se encuentra que por aspectos biológicos el producto no logra la viabilidad fetal en el cuerpo de la mujer; o bien que por razones socioculturales, personales, económicas, de salud u otras, se elija de manera deliberada terminar con la gestación. El presente apartado se enmarca a partir de la legislación actual, por lo que se especifica el término aborto y la ILE diferenciándose por la temporalidad y causales que cada práctica conlleva dependiendo de la legislación de cada estado de la República Mexicana.

Al mismo tiempo, es significativo conocer previamente el desarrollo embrionario que apoye el entendimiento de los términos que se revisarán más adelante puesto que se verán desde la perspectiva legal.

### *1.2.1 Aspectos generales del embarazo en términos de embriología*

La importancia de considerar los términos de embriología previo a la introducción al ámbito legal, radica en remarcar la salud de la mujer y el conocimiento científico para la comprensión de la misma, ya que a partir de ello es que se ha dado la justificación para lograr que las mujeres ejerciten sus derechos sin involucrar consideraciones morales.

Para empezar, hay que partir de lo que es el embarazo, el cual “comienza con la implantación del embrión en una mujer y termina en un nacimiento o un aborto” (Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2012, p.9); también hay que considerar que la etapa embrionaria comprende las ocho primeras semanas de gestación, la cual presenta numerosos cambios, aún más en los primeros días, por lo cual y siendo la naturaleza del tema principal se abordará un poco más. Sin embargo, se presentarán también los avances del producto gestante.

El comienzo del desarrollo surge con la célula llamada cigoto, la cual es resultado de la fertilización del ovocito por el espermatozoide (Arteaga & García, 2017). El cigoto experimenta divisiones mitóticas y morfogénesis para formar la mórula la cual tiene forma esférica y sus células son conocidas como blastómeros, en este conjunto se distinguen dos distintos linajes celulares: el trofoectodermo y la masa celular interna. Hasta este avance del desarrollo, hay sincronía con la proliferación y diferenciación de ciertos tipos celulares del útero, con la dirección de estrógenos ováricos y progesterona que le asignan un fenotipo receptivo al endometrio para alojar al blastocisto mediante la implantación que ocurre por la correcta interacción entre el blastocisto y el útero receptivo, que sólo puede efectuarse durante un breve periodo denominado “ventana de implantación” que se logra hasta la primer semana. En respuesta a la implantación, las células estromales circundantes experimentan una transformación (decidualización) para desencadenar la invasión trofoblástica y el crecimiento embrionario, que da inicio a la

placentación (Hernández-Valencia, Valencia-Ortega, Ríos-Castillo, Cruz-Cruz & Vélez-Sánchez, 2014).

Hasta el momento se ha especificado el desarrollo embrionario. Con la intención de facilitar el entendimiento de todo el proceso, se expondrá mediante una tabla la evolución del peso, medidas y principales cambios gestacionales del producto (Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019; Sadler, 2016; Moore, Persaud & Torchia, 2013) para conocer su evolución. (Ver Tabla 1. Evolución del peso, medidas y cambios gestacionales).

**Tabla 1**

*Evolución del peso, medidas y cambios gestacionales.*

Mes	Peso	Longitud	Desarrollo gestacional
2do	2 a 3 g	4 cm	Comienza a ser un feto. Se comienza a desarrollar la médula ósea, nervios y músculos. Se desarrollan los órganos internos del área abdominal. Se distinguen dedos de las manos y pies.
3ro	20 g	10 cm	Aparecen los huesos y se diferencian los órganos sexuales. Comienza la deglución. Aparecen uñas suaves. Aumentan ligeramente los movimientos.
4to	100 a 200 g	15 cm	El feto comienza a desarrollar vello fino para conservar el calor. Continúan los movimientos. Puede oír voces del exterior, hacer ligeros movimientos faciales.
5to	245 g	25 cm	El cerebro crece y permite la maduración de su sistema nervioso y con eso también sus sentidos. El crecimiento se acelera.
6to	640 g	30 cm	El feto tiene un rostro definido.
7mo	1200 g	40 cm	Maduran los pulmones y el esqueleto. Aumenta su volumen y presiona la vejiga materna. Los melanocitos se activan y pigmentan los ojos y la piel. Se va posicionando para el parto.
8vo	2500 g	45 cm	Los huesos de la cabeza son suaves y flexibles. El feto podría nacer prematuro con buena probabilidad de sobrevivir.

9no	3000 g	50 cm	Los órganos están listos para funcionar por su cuenta.
-----	--------	-------	--

Una vez que se conocen las principales características, se pueden dimensionar las medidas aproximadas que el feto desarrolla durante la gestación.

Por otro lado, cabe mencionar que sólo de 50% a 60% de todas las fecundaciones avanzan más allá de la semana 20 de gestación; la principal causa es por falla en la implantación con aproximadamente 75% de las pérdidas (Norwitz, Schust & Fisher, 2001, en Hernández-Valencia et al, 2014).

### 1.2.1 Aborto

Una vez que se tiene un bosquejo del desarrollo embrionario, a partir de este punto se enmarcará la diferencia desde las principales perspectivas de las que se hace la diferencia del término del embarazo. En este apartado se plantea el aborto, tipos y métodos desde lo médico y legal.

Desde el término médico, aborto se refiere a la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o bien, a la expulsión del producto con peso menor a 500 gramos (Secretaría de Salud, 2009, p. 9).

Algunas dificultades biológicas para continuar con el embarazo surgen por trastornos de implantación. Las complicaciones se presentan durante el proceso de implantación que pueden ocasionar la pérdida del embarazo o graves problemas durante la gestación y posterior a esta. Algunas son los siguientes (Arteaga & García, 2017): la implantación ectópica intrauterina surge cuando la implantación del blastocisto se realiza en otro sitio del útero y no en el fondo del útero como idealmente se espera. Mientras que la implantación ectópica extrauterina se logra fuera del útero, se pierde la gestación y pone en riesgo la vida de la madre; su frecuencia es de 1 por

cada 80-250 embarazos, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna durante el primer trimestre de embarazo.

Desde el ámbito legal, el aborto es una práctica que puede ser penalizada. De acuerdo al Código penal del Distrito Federal, en el capítulo V, artículo 144, el aborto es considerado como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación; teniendo excluyentes de responsabilidad penal. Se le considera como delito cuando este haya sido consumado después de dicha temporalidad. La mujer que voluntariamente tenga dicha práctica será sancionada con trabajo comunitario; mientras que, quien haga abortar a una mujer, su castigo será con prisión.

Respecto a los otros estados de nuestro país, cada uno ha establecido las restricciones y causales de exclusión de responsabilidad penal, en su respectivo Código Penal.

Por lo que se refiere a *aborto peligroso*, la OMS (2018) lo considera como la interrupción del embarazo por personas que carecen de la cualificación, información necesaria o que el entorno no cumple las normas médicas mínimas, o ambos casos; por lo que Granata et al. (2014) consideran importante incluir y esclarecer algunos aspectos de la definición teniendo en cuenta que fue dada en un contexto de complicaciones en el aborto inducido, ya que no se especifican las características de las personas prestadoras del servicio ni de las condiciones médicas adecuadas que mencionan. Su propuesta es añadir a la definición lo siguiente:

Las personas, preparación y condiciones médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto médico y quirúrgico y además dependen de la duración del embarazo. Lo que se considera “seguro” debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actual de la OMS (Granata et al. 2014, p.155).

De los aspectos propuestos es importante recalcar la importancia de circunstancias adecuadas para evitar complicaciones que varían dependiendo al tipo de embarazo y aborto que se lleva.

Respecto a la perspectiva del grupo pro-vida, el aborto es la muerte provocada de una persona cuando todavía se encuentra en el vientre de la madre antes de nacer; quienes se rigen por el catolicismo han definido al aborto como la muerte del feto mediante su destrucción, mientras depende del claustro materno o por su expulsión prematuramente provocada para que muera, tanto si es viable como si no (Vega Ponce, 1992). Como se puede entender, desde la perspectiva religiosa se considera el producto fetal como una vida que al expulsarse antes de nacer se incurre en un asesinato. En un principio se revisaron los razonamientos con enfoque constitucionalista católico (Lemaitre, 2016) donde la vida comienza desde la concepción; además, estos grupos que por lo regular tienen creencias católicas, consideran que (su) Dios es el único para decidir sobre ella.

Hasta el momento se ha hablado del aborto como práctica, sin embargo, como se logra ver, son las creencias (principalmente morales y religiosas) en torno a él, por lo que se le condena y a la vez se ignora el aspecto biológico que se explica a continuación.

#### *1.2.1.1 Tipos*

Se considera aborto precoz o temprano a la pérdida del embarazo desde la fertilización hasta la novena semana; mientras que el aborto tardío es de la décima semana en adelante. Aunque bien, el aborto se puede clasificar como espontáneo o inducido (Arteaga & García, 2017).

El aborto espontáneo es la pérdida del producto sin intervención externa antes de la viabilidad, durante el primer trimestre mayormente. Otro nombre con el que se le conoce es “falla precoz del embarazo”. Es la complicación más frecuente de cualquier gestación. La principal causa para

que esto suceda son distintas alteraciones genéticas del embrión, sin que afecte embarazos futuros (Carbajal & Ralph, 2017).

En embarazos reconocidos, su frecuencia es del 10 al 20% y se estima que alrededor del 30% de los embriones son abortados en las primeras dos semanas posfertilización, antes de que la gestación pueda ser clínicamente reconocida (Arteaga & García, 2017). Por su parte, la tasa global de aborto espontáneo en fase inicial ronda el 45% (Moore, Persaud & Torchia, 2017).

En cambio, el aborto inducido o provocado es aquel que se pretende llevar voluntariamente a término antes de la viabilidad fetal (Hoffman et al., 2014).

Como se alcanza a distinguir, las denominaciones varían según la temporalidad desde la fertilización; si ocurre de improviso o si se recurre a él y justamente esta decisión de llevarlo a cabo es la que hace la diferencia principal para dividir el temario.

#### 1.2.1.2 Métodos

En general, el término *aborto*, se refiere a la práctica de culminar con la gestación del producto fetal, fuera del marco legal; a continuación se expondrán algunos métodos utilizados para lograr tal objetivo en caso de ser aborto inducido. Es importante recalcar que se hablarán de los abortos peligrosos que ponen en riesgo la vida de la mujer al carecer de cuidados y condiciones sanitarias adecuadas, por lo que las complicaciones pueden derivar en infecciones, dolor crónico, infertilidad y hasta la muerte (Burns, Lovich, Maxwell & Shapiro, 2012).

- La introducción de objetos filosos como palos, alambres, tubos de plástico en vagina o matriz, causan desgarres e infección además de sangrado peligroso.
- Colocar hierbas o plantas en la vagina y matriz puede quemar o irritar mucho la piel aunado al riesgo de alguna infección.
- Untar cloro, cenizas, jabón entre otras sustancias corrosivas en la vulva y vagina, así

como beberlas puede desencadenar quemaduras, intoxicación e infecciones.

- Exponerse a caídas o golpes en el abdomen puede causar heridas y hemorragias internas que pueden no terminar en aborto.
- Ingerir cantidades grandes de medicamentos vía oral o vaginal quizá no provoque el aborto pero sí riesgo de muerte.

Los métodos y técnicas abortivas pueden ser llevadas a cabo por personal no calificado y en condiciones de insalubridad; van desde personas conocidas como *yerberos*; personal farmacéutico; parteros; personal médico desde la clandestinidad; e incluso la misma mujer o personas allegadas a ella.

El riesgo de realizar un aborto peligroso radica en la falta de cuidado a la anatomía y fisiología del cuerpo de la mujer gestante. La insuficiente consideración del desarrollo del embarazo en cuanto al progreso y a la localización del mismo, son factor importante para propiciar la muerte de la mujer. Al contrario de hacerlo en un espacio con condiciones sanitarias adecuadas, personal médico preparado, así como instrumentos para la elaboración de pruebas y análisis, y la interrupción de la gestación.

### *1.2.2 Interrupción Legal del Embarazo*

En la Ciudad de México, el 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la reforma de ley que despenaliza el aborto hasta la doceava semana de gestación. Cabe recalcar que cada estado de la República Mexicana cuenta con sus respectivas circunstancias bajo las que es permitida la ILE, mejor conocidas como causales legales del aborto. Sin embargo,

la Ciudad de México es el único<sup>2</sup> lugar donde se permite a voluntad de la mujer gestante, concluir el desarrollo embrionario o fetal únicamente durante las primeras doce semanas de gestación.

Dentro de las distintas alcaldías de la Ciudad de México se encuentran 13 clínicas de Salud Sexual y Reproductiva que brindan el servicio de ILE, de manera legal, segura, confidencial y gratuita a toda mujer que acuda por la atención; estas se pueden localizar en la página de internet de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Por lo que se refiere a nivel estatal, existen siete causales legales en México. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (2015) presenta una revisión de los códigos penales de las entidades federativas en la que se recabó el marco normativo de las mismas; así por ejemplo, el aborto producto de una violación sexual puede llevarse a cabo en diez estados de la República durante el primer trimestre, mientras que en las veintidós entidades faltantes no hay presión de plazo para interrumpir. Las demás causales como aborto imprudencial se permite en treinta entidades; por peligro de muerte de la mujer, en veinticinco entidades; por malformaciones del producto en catorce entidades; por graves daños a la salud de la mujer se permite en trece entidades; por inseminación forzada en once entidades; causas económicas o tener al menos tres hijos en una entidad; y, finalmente, se recalca que sólo en la capital del país se permite a voluntad de la mujer dentro de las doce primeras semanas.

Entiéndase que las distintas causales son establecidas por el gobierno de cada estado, lo cual refleja la desigualdad social y las consideraciones de la oligarquía política por sobre el cuerpo y derecho de las mujeres. Prueba de ello, son las estadísticas que elabora la Secretaría de Salud respecto a las ILE realizadas, las cuales muestran un número elevado de mujeres en la CDMX, siendo que no todas son residentes de esta ciudad; es decir que muchas de ellas se ven

---

<sup>2</sup> Hasta el 25 de septiembre de 2019 cuando en Oaxaca se aprobó la reforma al código penal del estado para permitir la Interrupción legal del embarazo antes de las doce semanas de gestación.

vulneradas al no tener la posibilidad económica para recurrir a éste, en su ciudad, o bien, por la criminalización que su región maneja, la cual prefieren evitar por lo que se ha visto que implica.

#### *1.2.2.1 Métodos*

La elección del método para interrumpir el embarazo es importante ya sea médico o quirúrgico, por lo cual, se deben contemplar elementos de la anamnesis para identificar la existencia de contraindicaciones y así asegurar que el procedimiento tenga el mínimo riesgo posible y preserve la vida de la mujer.

Las áreas a explorar son los datos personales y de algún contacto; las razones por las cuales se solicita el servicio en cuanto a conocer las circunstancias del embarazo, los síntomas, complicaciones tales como sangrados u otros; los antecedentes obstétricos que incluyen detalles de embarazos previos y sus resultados; los antecedentes ginecológicos que van desde la fecha de la última menstruación y el patrón del ciclo menstrual, patologías, anomalías y cirugías; antecedentes del uso de anticonceptivos; antecedentes médicos y quirúrgicos tales como hipertensión, convulsiones, trastornos de coagulación, cardiopatías, diabetes, anemia, patología psiquiátrica, etc.; uso de medicamentos y/o drogas y alergias; antecedentes sociales que compliquen su situación para poder brindar atención necesaria e incluso una canalización a otros servicios, sin que ello sea una barrera para la atención (OMS, 2014).

Sumado a lo anterior, existen otros estudios de laboratorio que pueden ser necesarios para realizar el procedimiento adecuado (OMS, 2014):

- Prueba de embarazo para confirmar el estado de gestación
- Diagnóstico ecográfico para confirmar la fecha y ubicación del embarazo.
- Examen de hemoglobina (Hb) o hematocrito si se sospecha de anemia

- Pruebas de Rhesus (Rh), donde se disponga de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativas
- Prueba de VIH /asesoramiento
- Despistaje de ITS (habitualmente se realiza durante el examen de pelvis)
- Tamizaje de cáncer cervical (realizado durante el examen de pelvis).
- Otras pruebas de laboratorio según el examen médico (pruebas de funcionalidad renal o hepática, etc).

La importancia de considerar el estado de la salud de la mujer se debe continuar en todo momento pues es una de las motivaciones para y que defiende la ILE.

Por consiguiente, en la Ciudad de México los métodos para interrumpir el embarazo también son seguros. Para esta práctica legal, se utilizan tres procedimientos: por medicamento, por legrado y mediante aspiración manual endouterina. A continuación, se explica cómo funcionan y sus condiciones de uso.

Medicamento. Se manejan dos de ellos.

- Misoprostol

Es un análogo sintético de la prostaglandina (PGE1). Presenta eficacia farmacológica en la prevención de úlceras asociadas al tratamiento crónico con AINES (Leza Cerro et al., 2009). Sin embargo, en dosis más grandes tiene el efecto de inducir contracciones uterinas en el músculo y cuello uterino.

Varias organizaciones, tales como la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras, avalan su uso y establecen claramente

sus indicaciones y formas de uso de dicho fármaco.

Existen cinco formas de administración (Tisné, 2013) las cuales se han demostrado eficaces según su uso para distintos ámbitos gineco obstétricos:

- Mediante la vía oral la absorción es rápida y eficiente, alcanzando la biodisponibilidad de hasta 88%. La concentración más alta llega entre los 12 y 60 minutos después de la toma, mientras la más baja es hasta los 120 minutos. La vida media es de 20 a 40 minutos.
  - La vía vaginal tiene biodisponibilidad tres veces mayor que por vía oral; a su vez, la absorción se favorece al humedecer el medicamento, por lo que los niveles séricos se alcanzan por esta vía de los 60 a 120 minutos, mientras que su concentración mínima es a las 4 horas después.
  - Por medio de la administración sublingual, la absorción es rápida y aumenta el tono uterino a los 10 minutos.
  - La introducción por vía rectal cumple con absorción efectiva, su concentración la logra de los 20 a 40 minutos y la mínima a las 4 horas.
  - Finalmente, por la vía bucal hay menores niveles plasmáticos que por otras vías; su nivel sérico se alcanza a los 60 minutos.
- Mifepristona

Este medicamento es también conocido como RU486. Su acción terapéutica consiste en ser antiprogestágeno, es decir, que impide que la hormona progesterona desarrolle sus acciones fisiológicas, las cuales tienen como objetivo posibilitar la implantación del embrión en la pared del útero.

En caso de que el embrión ya esté implantado, aumentan las contracciones del músculo uterino y facilita la dilatación del cérvix lo cual dará como resultado la expulsión de lo que el embrión lleve en desarrollo (Espinoza, Ellertson, García, Schiavon, & Langer, 2002).

Es importante recalcar que ninguno de los dos medicamentos mencionados anteriormente interrumpen el embarazo ectópico. Así, la ausencia de sangrado puede indicar que se trata de un embarazo de esta clasificación, o bien, que el embarazo intrauterino no se abortó; aunque el sangrado después de la medicación puede presentarse por la decidua, es decir, por parte del endometrio en función (OMS, 2014).

La OMS (2012) establece que, de no contar con la mifepristona, el procedimiento se puede realizar eficazmente ingiriendo adecuadamente solo el misoprostol.

### Métodos quirúrgicos

Dentro de esta forma de detener la gestación, se encuentran dos métodos utilizados en la ILE, que se utilizan sólo dentro de espacios hospitalarios condicionados para ello:

- Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Para realizar el procedimiento de AMEU hay varios instrumentos, aunque generalmente se utiliza la jeringa de 50 centímetros cúbicos con abertura ancha para aspirar el contenido de la matriz, por su parte, la cánula de las cuales se encuentran de diferentes medidas que van de 5 a 12 milímetros dependerá del tamaño de la matriz por lo avanzado del embarazo (Klein, Miller, & Thompson, 2013). La succión es mediante una cánula que se introduce por el orificio vaginal haciendo movimientos de rotación de dentro hacia afuera, evitando tener contacto con las paredes del útero. Se recomienda el consumo de medicamentos que estimulen las contracciones uterinas para disminuir el sangrado (Pagés & Martell, 1999).

Las ventajas que presenta este método es la rapidez, menor morbilidad, menor incidencia en lesiones de cérvix, perforaciones y sangrado mínimo (Bandano, 2004).

- Legrado Uterino Instrumentado

Para realizar un legrado se requiere de anestesia y especuloscopia para observar si hay lesiones macroscópicas en vagina o cérvix y se continúa con la realización de la histerometría. Es importante conocer si el cuello uterino está dilatado o no; en caso de no estarlo se coloca un dilatador higroscópico que lo haga paulatinamente, o bien, mediante la prostaglandina. Si el cuello del útero ya está dilatado se evacúa mediante cánulas en movimiento de rotación. Es importante que al término de legrado se verifique la hemostasia y antisepsia final (Bandano, 2004).

#### *1.2.2.2 Estadísticas*

De acuerdo con el Gobierno de la Ciudad de México (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2018) desde la fecha que se despenalizó el aborto en la Ciudad de México, del 24 de Abril de 2007 al 31 de Mayo de 2019 se han reportado 212,196 usuarias atendidas en servicios de ILE, siendo la Ciudad de México la Entidad que más cuenta con ellos alcanzando 147,935 mujeres atendidas, es decir, un 69.71% del total. Mientras que en el Estado de México han habido 56,091 que representa el 26.4%. El resto de las Entidades Federativas tienen cifras menores; más que Campeche con 16 (0.007%) y menos que Puebla con 1,314 (0.61%).

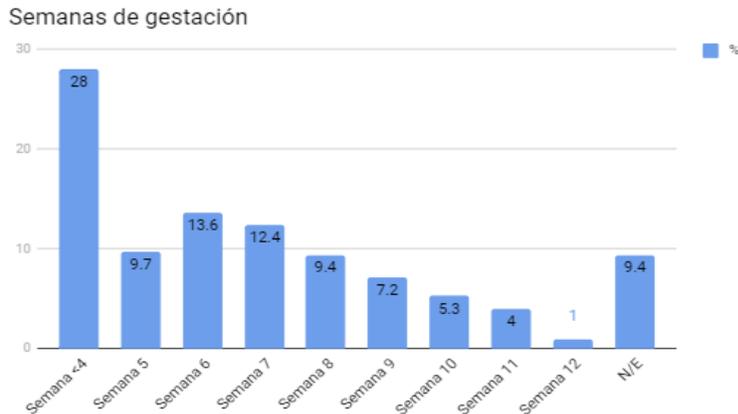
Respecto al grupo etario, el 46% lo conformó el grupo que va de 18 a 24 años. Acerca de las principales ocupaciones, el Hogar representa el mayor índice con 34.8%, le continúa ser Estudiante con 25.1% y ser Empleada alcanza 24.2%. Respecto al estado civil, la mitad se reportan solteras, el 28% en unión libre y el 12% en matrimonio.

Por su parte, de los tres procedimientos para realizar la ILE, mediante medicamento se atendieron 147,673 casos, por medio de la AMEU fueron 42,338 casos y con Legrado Uterino Instrumentado 3,042 casos. Es importante reiterar que el procedimiento que se utilice es acorde al tiempo de gestación de la mujer, es decir, cuán avanzado vaya el embarazo, recalcando la condición de brindar el servicio dentro de las primeras doce semanas. A continuación, se

presenta una tabla que ilustra el porcentaje de las semanas en las que los casos fueron realizados:

**Tabla 2**

*Semanas de gestación al realizar la ILE*



Fuente: Secretaría de salud. Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo. Estadísticas de Abril 2007 – 20 de Julio 2018\*

Como se observa en la Tabla 2, las interrupciones del embarazo van disminuyendo considerablemente conforme pasan las semanas, lo cual muestra una atención temprana por parte de las mujeres tanto a su estado de gestación como en su toma de decisión.

Sin embargo, otro registro importante de mencionar es la *cifra negra*, que alude al número desconocido de abortos no registrados (Secretaria de Salud, 2016). Es decir, los abortos inseguros, aquellos que se realizan desde la clandestinidad o en situaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer, o bien que se realizan en condiciones seguras pero manteniendo la privacidad.

Finalmente, partiendo de la cifra del 69.7% de mujeres que han recurrido a la ILE desde que se legalizó en Abril de 2007 al 31 de Mayo de 2019 en la Ciudad de México, y considerando las

causales restrictivas en el resto del país, se puede comprender mediante el número tan elevado de usuarias atendidas en la capital, que los derechos humanos no están presentes en las mismas condiciones en el resto de las entidades federativas del país. Es así que, como ya se mencionó, el acceso a la ILE se vuelve un tema de justicia social ya que el estatus socioeconómico y el lugar de residencia imposibilitan o dificultan a las mujeres mantener su salud y seguridad, por las leyes restrictivas de su comunidad, las cuales son basadas en la moral e incluso la religión. Aquí es donde la diferencia entre la ILE y el aborto (inducido) tienen un alto impacto en los aspectos ya mencionados, que a su vez son estos los que exponen ambas prácticas fundadas desde las distintas creencias vistas hasta ahora desde lo legal y lo médico.

En el siguiente capítulo se abordará el conjunto de componentes estructurados y distribuidos en todo el sistema social, los cuales logran impactar el discurso del aborto y a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo de forma legal o no. Como se verá, las complicaciones dentro de los procesos psicosociales conllevan una gran influencia que desemboca en la conjetura del síndrome post-aborto. Comprender la complejidad de interrumpir el embarazo de forma voluntaria puede permitir esclarecer entre creencias construidas socialmente para mantener un orden patriarcal y argumentos en pro de la salud y equidad para la mujer.

## **CAPÍTULO 2**

### **FACTORES PSICOSOCIALES QUE IMPACTAN EN LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**

#### **2.1 El aborto como problema de salud pública**

En el año 2015, en México se registraron 659 decesos de mujeres a causa del aborto, la cual fue la quinta causa de muerte materna. Silvia Solís, activista de la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos, considera que, al hacer reformas a los códigos penales de estados de la República Mexicana, que buscan proteger la vida desde la concepción-fecundación, criminalizan a mujeres incluso en situaciones de aborto espontáneo (Villela, 2016). Es entonces que al haber un castigo por abortar, se busquen más opciones para terminar con el embarazo aunque se ponga en riesgo su vida tratando de evitar la sanción legal, sin olvidar a la sanción pública.

Por otra parte, la educación sexual en muchos países aún no tiene la relevancia que se merece, por lo que algunas personas no saben cómo evitar un embarazo. Algunos de los motivos de no acercarse a instituciones que les pudieran brindar asesoría es por vergüenza para solicitar servicio de anticoncepción o porque son costosos; y son las adolescentes sexualmente activas quienes los utilizan menos que las mujeres mayores (OMS, 2014).

El Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (s/f) realizó una investigación en 2015 y 2016 en diez estados de la República Mexicana para diagnosticar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios públicos de salud sexual y reproductiva donde se hallaron varias inconsistencias respecto a los derechos sexuales y reproductivos al haber dificultades en la obtención de métodos anticonceptivos teniendo desabasto y mala calidad en el servicio, obteniendo como resultado que Puebla y Veracruz sean los estados con peor prevención del embarazo adolescente. En general, el servicio de planificación familiar que se ofrece en el país es de muy mala calidad y con gran desabasto de métodos anticonceptivos (Castillo, 2017). Así se puede dar cuenta que los recursos públicos no están siendo destinados adecuadamente para garantizar la libertad sexual.

Mientras tanto, el conocimiento de los métodos anticonceptivos no garantiza su uso. De acuerdo con Díaz-Loving (Olguín, 2017) a nivel individual, la ineficiencia de los métodos anticonceptivos en jóvenes universitarios es parte de no saber utilizar los métodos, a pesar de conocer acerca de infecciones de transmisión sexual (ITS); se necesita competencia y capacidad para crear conductas favorables desde un trabajo colaborativo con padres y profesores.

Es el condón para hombre o para mujer, el único método que previene un embarazo e ITS. Sin embargo, su eficacia depende de la colocación adecuada que impida el contacto mediante fluidos.

Cabe señalar que el condón para hombre es el más conocido y utilizado en adolescentes (Sánchez, Dávila, Ponce, 2015; Díaz-Loving, 2017) la investigación en torno al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos se ha centrado en población joven.

No obstante, no existe la suficiente difusión de información para acceder al servicio de aborto y conocer su calidad para evitar complicaciones a raíz de abortos inseguros (Cockrill, Upadhyay, Turan & Greene, 2013).

Respecto a la objeción de conciencia que surge cuando asistentes de la salud se niegan a prestar su servicio por motivo de sus creencias religiosas o morales, es importante mencionar que no se debe priorizar las creencias sobre el derecho a la salud y derechos reproductivos; sin embargo, la falta de regulación en la objeción puede llegar a obstruir el proceso de los derechos (Ortíz, 2018).

Aparte del campo de la salud pública, existen otros factores problemáticos en torno al aborto que complican el proceso y que lo mantienen como un problema de salud pública. A continuación, se exponen los motivos que lleva a mujeres a tomar la decisión de impedir el embarazo por condiciones desfavorables para vivir su maternidad.

### *2.1.1 Razones para decidir interrumpir el embarazo*

Dejando de lado la clasificación de Hoffman et al. (2014), en la que existen las dos variables para detener el embarazo, que son los indicados o terapéuticos y los voluntarios; se ahondará en los motivos desde el trasfondo social, emocional, económico y/o de salud que intervenga en la decisión deliberada de las mujeres que se someten al procedimiento del aborto.

Desde el ámbito sociocultural se exige que la maternidad aparente naturalidad y a su vez se note esmero, escrupulosidad, cuidado, interés y satisfacción pese a cualquier circunstancia.

Para comenzar, hay que plantear que los embarazos deseados y planeados no necesariamente suceden conjunta ni consecuentemente al otro. El embarazo no planeado, se da cuando “no se considera poseer las condiciones materiales ni emocionales, la falta de recursos, la inestabilidad de la relación de pareja, el proyecto de vida” (Erviti, 2005, p.340) que son aspectos relevantes para decidir terminar el embarazo. Mientras que el deseo implica independencia a tales factores.

De acuerdo con Lagarde (2005) la mujer que decide abortar se apropia de su cuerpo e identidad y por tanto, sale del dominio natural. La autora expone cuatro trasfondos que motivan a las

mujeres a interrumpir el embarazo. Estos son por rehusarse a prestarse a otros; evitar el rol tradicional; para ejercer poder; o para evitar la maternidad.

Decisivamente, dentro de tales trasfondos, se encuentra que las relaciones personales tienen gran relevancia, a la vez que las mujeres son agentes principales de la decisión. Sin embargo, es el cuarto trasfondo el que parte de la justificación para que mujeres tomen la decisión de terminar con el embarazo al considerar requisitos no cubiertos y por tanto, necesarios con el propósito de mantener y gozar su maternidad.

Otros motivos que llevan a mujeres de todo el mundo a tomar tal elección son (Sedwick, 2018; Aldaz, 2014; Flores Pérez & Amuchástegui Herrera, 2012):

- Inestabilidad económica
- Violencias en la relación de la pareja
- Por influencia de la pareja o de la familia
- Agotamiento debido a la crianza de otros/as hijos/as
- Alteraciones genéticas del producto
- Desajuste del método anticonceptivo
- Uso inconsistente de métodos anticonceptivos
- Embarazo no planeado
- Violación
- Embarazo con quien no se desea compartir la maternidad
- Riesgos en la vida de la mujer
- No desear ni querer el embarazo o ser madre
- Incompatibilidad para continuar con proyectos

Son diversas las circunstancias para decidir frenar el embarazo y puede bastar sólo una o más de estas para recurrir a éste.

Además, dichos datos brindan información de elementos que muchas mujeres viven y que a partir de este tema se puede visualizar prevalencias para trabajar sobre la prevención. Es importante que sea un trabajo estratégico, ya que en caso de sólo fomentar la anticoncepción se ignorarían los factores estructurales tales como las violencias o falta de recursos y oportunidades, que a su vez influyen en el resto de las circunstancias. Como es el caso de mujeres que viven violencias en su relación de pareja quien les impide utilizar algún método que proteja de embarazos no deseados o mujeres en comunidades rurales de escasos recursos que por costumbre comunitaria se tengan familia con numerosa descendencia sin que así lo decidan ellas mismas, entre otras situaciones.

En definitiva, lo anterior se puede analizar desde las categorías que propone Lagarde (2005), la condición que es el conjunto de circunstancias y características que define a la mujer como ser genérico, constituida por todas las relaciones y participación en las que están inmersas; mientras que la categoría situación se refiere a las particularidades de todas las mujeres, a partir de sus condiciones reales de vida. Por lo tanto, interrumpir el embarazo e incluso prevenirlo si no se desea, es un tema que debe ser tratado considerando las generalidades y particularidades de las mujeres.

## **2.2 Estigma**

Una vez expuestos los motivos por los que se realizan voluntariamente los abortos, es necesario hablar de la respuesta a tal práctica, la cual continúa en debate entre las dos posturas expuestas en el capítulo anterior. Ante ambas posturas, se entiende que estar a favor del aborto no condiciona las razones ni la situación de la mujer; mientras que, quienes se posicionan a favor de la vida predominan continuar el embarazo pese a las condiciones y deseos de la mujer gestante.

Ahora, cada comunidad tiene una variedad de significados sociales con cierta relevancia cada

uno y ello dependerá del límite de la norma establecida previamente que puede ser modificada de acuerdo a las experiencias de la sociedad; aunque puede parecer sencillo, existe un proceso complejo para lograr el establecimiento de cada significado social y su respectiva valoración (Bolaños, 1993).

Lo anterior también implica la ruptura del orden esperado. En caso de que algún integrante de la sociedad muestre un comportamiento fuera de la norma, se le diferencia del grupo, se le segrega y hasta excluye. Sin embargo, al no existir un proceso estigmatizante único, no se puede predecir la reacción del sujeto; incluso podría ser que se acepte y apropie el rol asignado, y alcance la adaptación e identificación del mismo (Bolaños, 1993).

Por su parte, Goffman (2015) conceptúa al estigma cuando la particularidad de una persona la reduce a un atributo negativo únicamente, así, se convierte en alguien menospreciado a quien se le desacredita o descalifica. Enfatizar los atributos indeseables con los que se diferencia el grupo, forma categorías que denota que el estigma se construye a partir de la desigualdad social.

De acuerdo con Link & Phelan (2001) el estigma tiene cinco componentes, los cuales son la *etiqueta*, que distingue y evidencia del resto; el *estereotipo*, que resalta las características indeseables; la *separación*, que se refiere al alejamiento de la persona, quien pasará por la *pérdida de estatus social* y la *discriminación*, lo cual la expone a un trato con desventaja.

En resumen, el estigma es un constructo social que surge desde la diferencia, por ejemplo, una característica específica, atributo personal o enfermedad; o bien la desobediencia o subversión a lo ya establecido que será desaprobado por la sociedad y se rechazará notoriamente el atributo y por lo tanto, a la persona, remarcando un trato diferenciado.

### **2.3 Modelo ecológico del estigma del aborto**

Una vez entendido el proceso de estigmatización, se puede partir del estigma del aborto como lo

moralmente incorrecto, que se presenta cuando a aquella persona involucrada en este, se le asignan atributos o connotaciones negativas.

De acuerdo con Cockrill, et al. (2013) se pueden encontrar dos manifestaciones del estigma del aborto: 1) el silencio personal y cultural en torno al aborto y 2) la discriminación y connotaciones negativas del aborto que complican el acceso a la información y la confianza para investigar; asimismo se identifica que esto impide recibir servicios adecuados lo cual es discriminatorio; por lo tanto, el estigma del aborto es la discriminación por parte de cualquier persona que esté involucrada con el aborto desde sentimientos, actitudes o reacciones negativas, así como la intimidación a mujeres que han abortado o buscan hacerlo, el hostigamiento al personal que atiende los casos, retener fondos públicos o no brindar el apoyo a organizaciones que realizan abortos.

Dentro de las más afectadas en este proceso social son las mujeres que interrumpen su embarazo voluntariamente, e incluso aquellas a quienes les sucedió de forma espontánea (Villa, Collado & Andrade, 2017).

Quienes ejercen el estigma lo hacen por medio de comentarios, actitudes y comportamientos despectivos; pueden ser tanto personas en la cotidianidad como instituciones, gobiernos e iglesias por medio de leyes y regulaciones (Kumar, 2009; O'Donnell, 2011 en Villa et al., 2017). Por ello, a continuación, se presenta el Modelo ecológico del estigma del aborto, tal marco conceptual fue elaborado en Italia en el año 2013, por expertos de diversas disciplinas (Hessini, 2014), el modelo integra cinco niveles entrelazados para comprender las distintas formas en que el estigma se manifiesta según su contexto interrelacional y geográfico.

### *2.3.1 Nivel individual*

De acuerdo con la recopilación de investigaciones de la Red Internacional por la Reducción de

la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto (2016), este nivel está basado principalmente en dos factores, por una parte está el secreto y aislamiento en el que se decide mantener quien se relacione con el aborto (mujeres que han abortado, personas que trabajan en algo relacionado y proveedores de ayuda); mientras que por el otro lado, la culpa y la vergüenza surge como resultado, principalmente bajo contextos religiosos.

Se evita hablar de la experiencia del aborto que vivido por temor a ser juzgadas (Izugbara, Otsola & Ezech, 2009; Kebede, Hilden & Middel-thon, 2012; Tagoe-Darko, 2013; Astbury-Ward, 2015; Cockrill & Nack, 2013; Weitz & Cockrill, 2010, citados en Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto, 2016). El estigma puede afectar la disposición de una mujer a revelar sus intenciones o experiencias de aborto a padres, amigos o profesionales de la salud.

Las consecuencias psicológicas que puede presentar la mujer, son proporcionales al estigma que tenga; es decir que, aquellas que manifiestan sentimientos de culpa y vergüenza, consideraban previamente las posibles consecuencias sociales como rechazo o acoso (Shellenberg et al. 2011).

Así que, mantener en secreto un aborto implica suprimir pensamientos y no revelar emociones desencadenadas. Por su parte, se encuentra que suprimir los pensamientos se asocia con experimentar pensamientos más intrusivos, que a su vez, conduce al aumento de angustia psicológica. Por el contrario, la revelación emocional mitigó la asociación entre pensamientos intrusivos y la angustia. También, la divulgación pudo disminuir la angustia por los pensamientos intrusivos (Major & Gramzow, 1999).

Respecto a la culpa, se comprende que es parte del estigma interno donde el aspecto religioso manifiesta un castigo dado desde el juicio de Dios, encontrarse con el niño abortado o alguna tragedia en forma de enfermedad o desdicha (Shellenberg, et al. 2011). Es entonces que mujeres

con creencias religiosas más arraigadas presentan un nivel alto de estigma, por lo que consideran mayor percepción de la condena comunitaria y manifiestan un alto auto juicio (Cockrill, Upadhyay, Turan, & Greene, 2013).

Queda decir que tales procesos vividos a nivel personal refieren que las mujeres no se pertenecen a sí mismas al ser diversas las razones que intervienen en su decisión, tales como el tratar de mantener el orden de las normas sociales, el miedo a defraudar a otras personas, engañar sobre su pureza o ser consideradas malas o la dificultad en relacionar el erotismo con la maternidad (Lagarde, 2005).

En cambio, mujeres más jóvenes, con mayor nivel educativo, valoración de proyectos personales, independencia económica y planificación de su maternidad hasta cumplir las condiciones que consideran adecuadas, describen su experiencia de aborto mediante el uso de lenguaje científico, conocimiento de sus derechos y menos nociones religiosas (Amuchástegui, Flores & Aldaz, 2015).

Por lo tanto, el posicionamiento de las mujeres respecto a su vivencia del aborto varía según su condición social y de vida, que incluye si ya son madres, estado civil, nivel educativo, situación económica, si están en relaciones de subordinación, entre otras, lo que influirá en su toma de postura desde el feminismo y con lenguaje científico o del discurso hegemónico de género y/o moral católica (Amuchástegui, Flores & Aldaz, 2015).

### *2.3.2 Nivel comunitario*

Este nivel se refiere mayormente a la sanción social que la comunidad lleva a cabo contra mujeres que recurren al aborto, por ejemplo, mediante adjetivos calificativos negativos (Levandowski et al., 2012). Aún así, este nivel es todavía más complejo al ser la intersección de los niveles posteriores y el más próximo al nivel anterior en el que recae el estigma.

La relación entre la comunidad y la ilegalidad del aborto promueve un mayor esfuerzo por llevarlo a cabo desde la clandestinidad y de mantenerlo en secreto, lo que evitará la divulgación y por lo tanto, el rechazo y acoso por parte de la sociedad, que en caso de ser una comunidad pequeña es más fácil que se conozca (Shellenberg et al., 2011). Pero ¿por qué sucede eso? Justamente, al haber un castigo ya sea auto infringido, social o legislativo, se busca la opción de terminar con el embarazo de forma discreta aunque sea desde la práctica de riesgo. Es así que la connotación social y la preocupación por lo que la comunidad puede pensar de la mujer que abortó, es mayor que los riesgos de la práctica (Álvarez Vázquez & Avich, 2012; Cockrill et al. 2013).

Esto conlleva al rechazo social a quien se relacione con la práctica del aborto desde la legalidad o condiciones de sanidad. Aunque el ejercicio del aborto está estigmatizado, se encuentra que hay quienes lo apoyan bajo ciertas condiciones de violencia, es decir, sólo si la mujer fue violada o vive en extrema pobreza, pero se oponen si es dado por la actividad sexual femenina sin fines reproductivos, considerando conducta irresponsable el incurrir a la libertad sexual con legítima experiencia del placer (Amuchástegui, Flores & Aldaz, 2015).

Así por ejemplo, la Iglesia como institución influyente expresa que “No se debe separar del ejercicio del sexo la posibilidad de la procreación de una nueva vida, por tanto sólo han de usar el sexo quienes estén en capacidad física, psicológica y jurídica de responsabilizarse de la vida” (Vega Ponce, 1992, p.95). Es decir que condiciona el disfrute de la sexualidad que por derecho tienen las personas y se presenta bajo el disfraz de responsabilidad, siendo que el Estado está obligado a impartir educación sexual y permitir el goce de ésta, ya que el coito no se restringe a la procreación.

A su vez, la Iglesia contribuye al estigma mediante un discurso directo, ejemplo de ello es el documento de Orientación Pastoral, elaborado por los Obispos de la Arquidiócesis de México sobre el aborto, en el que señalan que “La sociedad debe buscar los medios propios para impedir

y castigar el aborto” (Vega Ponce, 1992, p.95). Este llamado de apoyo a su congregación para sancionar el aborto, deja a la libre elección la forma en que se lleve a cabo, sin restricción de causar algún daño a quien lo cometa. Mientras, las mujeres que forman parte del grupo, interiorizan que tal práctica es merecedora de castigo y por tanto, de llevarlo a cabo, eligen mantenerlo en silencio por temor al rechazo y castigo de la comunidad.

Continuando con el hecho de que la religión tiene relevancia en el sistema de creencias de las personas, se encuentra en la Biblia, versión Reina-Valera (1995), Nuevo Testamento, en el libro de Tito, capítulo 2, versículo 4 y 5, “Que enseñen a las mujeres jóvenes a amar a sus maridos y a sus hijos, a ser prudentes, castas, cuidadosas de su casa, buenas, sujetas a sus maridos, para que la palabra de Dios no sea blasfemada”. De esta manera se puede entender que la fiel obediencia a la doctrina, por parte de la mujer debe mostrarse por medio de compromiso, amor, entrega y servicio incondicional a su pareja e hijos, entretanto, la determinación de sí misma ni siquiera es mencionada.

Mientras que, de lado del área social, un aspecto muy relevante de la mujer, es la maternidad, la cual se aprecia como un estado de perfección, en el que la mujer se entrega totalmente, ya que es inherente a su sexo debido a sus características femeninas consideradas propias de la mujer, que además complementa al varón y viceversa (Alva López, 2007).

Bajo la misma línea, Alva López (2007) considera que en las relaciones interpersonales se guarda un espectro, en el que los hombres con los que se tiene alguna relación pierden la confianza, estima e interés en formalizar la relación, o caso contrario, puede haber hostilidad y/o desprecio. Mientras que con los hijos la relación se puede deteriorar al grado de perder autoridad, respeto, confianza y comunicación.

Ahora bien, es innegable que la maternidad involucra procesos biofisiológicos, aun así no se determina que sea un hecho natural, ya que las mujeres están inscritas en el sistema social, lo

que conduce al debate naturaleza-cultura que por años ha diferenciado entre hombres y mujeres por supuestas características biológicas (Sánchez Rivera, 2016) que refieren elementos contruidos a partir de la cultura.

Por tanto, otra parte importante de este nivel son los mandatos de género y maternidad que cada cultura tiene, los cuales, como lo señala su nombre, dictan los cánones esperados para todas las mujeres.

El mandato cultural de la maternidad no se cuestiona ni es controversial, sólo reivindica el derecho a decidir la maternidad en el momento oportuno (Amuchástegui, Flores & Aldaz, 2015). Se arraigan fuertemente los estatutos sociales, a pesar de transgredirlos, el camino es un proceso paulatino que va reconstruyendo lo ya establecido.

De lo anterior, Simone de Beauvoir, en *El segundo sexo* (1949) ya afirmaba que no se nace mujer, sino que se construye; a su vez, explica la condición de opresión que vive al ser parte de la historia escrita por el hombre junto con sus intereses y por lo tanto, ella sin ser agente activa de esta. Es entonces que la diferencia entre hombres y mujeres es construida y no por tener base biológica; siendo así que la maternidad no se reduce a un deber como resultado por el sexo.

Es así como la transgresión a las normas sociales establecidas va entretejiendo el rechazo social a mujeres que abortaron y su consecuencia es el aislamiento o bien, que las mujeres lo mantengan en secreto con sus respectivas secuelas; por lo que la mujer se condena a sí misma, derivado de sus creencias religiosas y/o normas sociales, así como la sociedad lo hace.

En conclusión, se puede notar la divergencia entre el discurso conservador que incluye el aspecto religioso y moral, y por el lado contrario está lo referente a los derechos y a lucha feminista.

### *2.3.3 Nivel institucional*

Este nivel se refiere a las barreras que algunas instituciones ponen para dificultar o imposibilitar dar un servicio de calidad para interrumpir el embarazo. Se abarca desde la capacitación de personal, políticas y procedimientos que obstaculizan el proceso (Inroads, 2016).

En general, existe una relación entre inequidad de género, racial, socioeconómica y política que viven las mujeres con respecto a la falta de acceso de información y servicios de salud sexual y reproductiva, de la cual, las adolescentes son las más excluidas del sistema por la edad, el género y estatus socioeconómico (Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, 2005). Por otra parte, también hay limitaciones en temas como planificación familiar, métodos anticonceptivos, solicitud de información y servicios (se ahondará en ellos en el apartado de salud pública) entre otros fundamentales para vivir una sexualidad libre, plena y responsable.

También es importante considerar las condiciones estructurales del sistema de salud del país, tales como la deficiente administración que incluye la infraestructura deteriorada, sobresaturación de usuarios, desabasto de material, poco personal médico y bajo presupuesto; así como las circunstancias individuales del equipo médico, como lo es la rígida contratación y otras situaciones que influyen en cómo otorgan su servicio (Rodríguez & Aguilera, 2017; Sesia, 2017). Es entonces que el compromiso del Estado por garantizar los derechos humanos y el bienestar de sus habitantes no se está cumpliendo, ya que no brinda la atención requerida y además contribuye a que la interrupción del embarazo continúe siendo una práctica de riesgo en espacios con tales deficiencias, sin mencionar que por ende, tampoco satisface los aspectos que le preceden, como lo es la educación sexual, por lo que su falta es parte importante para vulnerar los derechos de la ciudadanía.

Mientras tanto, el personal de salud, también es parte fundamental en la intervención del embarazo, no obstante, una parte de ellos son agentes con actitudes y comportamientos

estigmatizantes, ya que pueden fungir como facilitadores en el proceso u obstaculizarlo. De 1,085 ginecoobstetras mexicanos encuestados se encontró que el 77% identificó correctamente el aborto legal con base a los señalamientos de cada entidad; el 17% señaló que nunca es legal y 5.7% opinó que siempre es legal. El 67% mencionó que las instituciones públicas deberían contar con infraestructura y personal médico capacitado para practicar el aborto legal. El 72% contestó que atendería o denunciaría a la mujer que se practicó un aborto fuera de la ley. El 28% restante mostró actitudes negativas, desde informar a la pareja o a los padres (18%), regañar a la mujer (2%) o denunciarla a las autoridades (8%) (Montoya-Romero, Schiavon, Troncoso, Díaz Olavarrieta & Karver, 2015).

Además, un factor más es el estigma por parte de colegas que laboran en otros servicios de salud, por familiares y grupos conservadores al relacionarse en tal área; continuando con el estudio anterior el 39% opinó que el gremio médico discrimina a quienes practican abortos; 28% reconoce que estigmatizan a sus colegas y 27% que se sentirían estigmatizados en caso de practicar abortos (Villa et al., 2017; Montoya-Romero et al., 2015). Trabajar en tales condiciones complica brindar servicio de calidad, lo cual sigue repercutiendo y perpetuando la estigmatización de la interrupción del embarazo.

Por su parte, la Iglesia como institución, utiliza la excomuni<sup>3</sup> a quien pida el aborto, lo lleve a cabo y/o colabore de alguna manera para producirlo; su objetivo es disuadir a sus fieles de apoyarlo de cualquier forma (Vega Ponce, 1992).

#### *2.3.4 Nivel jurídico*

El estigma puede contribuir a la permanencia de las leyes restrictivas sobre el aborto. Existe una relación bidireccional entre la estigmatización y el porqué las sociedades lo penalizan. Es decir

---

<sup>3</sup> Excluir de la comunión con la Iglesia.

que, el derecho penal es un agente que facilita la estigmatización, pues de no acatar la ley, se cohíbe a quien ha incurrido en dicha práctica (Cook, 2016 en Cook et al., 2016).

Son las leyes restrictivas las que propician que adolescentes acudan a clínicas ilegales (Ortega, 2010) por lo tanto, corren más riesgo. Sin embargo, la edad no limita a tal peligro, ya que el estigma del aborto también se perpetúa por sistemas de acceso desigual al poder y recursos lo cual impacta negativamente a mujeres en vulnerabilidad.

En las mujeres el derecho a decidir está limitado. La autodeterminación y la capacidad de decidir y hacer están limitadas en la dimensión de la maternidad por el mandato sociocultural de género y religioso, por lo que el ámbito legislativo tiene un papel fundamental en cuanto a las legislaciones que responden a presiones culturales y sociales cuestionables, cuyas consecuencias impactan en la población desde los servicios que se proporcionan. Sin embargo, las leyes no aseguran el acceso a los servicios de salud reproductiva y a la interrupción legal del embarazo; por eso es que se deben atacar más barreras que permitan ejercer los Derechos (Cabria en Checa, 2006) tales como:

- Sensibilizar y capacitar a profesionales de la salud
- El desconocimiento de los derechos, en especial mujeres quienes no los exigen
- Escasez de recursos en Centros de Salud
- Aún con la ilegalidad del aborto, es posible acceder a éste mediante métodos inseguros y peligrosos
- Y, el derecho consuetudinario en el que la misma sociedad condena moralmente a quienes abortan pero la eximen si lo hace de manera clandestina. Las vergüenzas sociales pueden ser “resueltas” por quienes cuentan con los recursos económicos.

De esta manera se podría contar con la participación política y profesional de sectores involucrados.

Como se ha visto, legalizar el aborto no es suficiente. En México hay mucho por trabajar, lo cual tendría que ser de forma paralela y con grandes esfuerzos para que todas las instancias gubernamentales correspondientes puedan promover el cambio y se permita el libre ejercicio de la sexualidad. Limitar el trabajo a un campo de acción no propicia el aprendizaje ni la sana convivencia, es por ello que la legislación debe impactar en otros niveles siendo considerados previamente. Debe ser un trabajo articulado entre todos los ámbitos que tengan responsabilidad en la sexualidad de las personas.

#### *2.3.5 Nivel cultural y de medios de comunicación*

Este nivel cuenta con poca investigación al respecto. Aun así, su influencia es muy relevante para perpetuar el estigma del aborto desde medios de comunicación o de entretenimiento.

Por poner un ejemplo, existen materiales audiovisuales que han generado polémica, estos son tanto a favor como en contra del aborto. El caso del video *El Grito Silencioso* [“The Silent Scream”] de 1984, es una película educativa antiaborto que fue promocionada con tintes sádicos por lo que se entiende como asesinato. No obstante, otros medios también promueven la idea del acceso al aborto.

Como se puede constatar, cada nivel tiene relación con el resto, de manera que al modificar lo suficiente algún punto, éste podrá reformar parte de otras áreas. Es fundamental tener presente que cada sociedad va reformando sus normas sociales, leyes e incluso estigmas, por lo que la lucha por legalizar el aborto debe ser constante y no fiarse de los avances.

Finalmente, se hizo énfasis en el estigma del aborto, pues su modelo será utilizado para el análisis de esta investigación, sin embargo, conviene reiterar que pese al actual debate entre la

postura feminista y la conservadora, el conocimiento, las actitudes y posicionamiento frente al aborto continúa en cambio. Parte de esto se debe a las estrategias realizadas para desestigmatizar e inclusive prevenirlo.

## **CAPÍTULO 3**

### **ESTRATEGIAS DE APOYO PARA DESESTIGMATIZAR EL ABORTO**

En este capítulo se exponen las consecuencias que tanto grupos conservadores como liberales tienen acerca de la interrupción del embarazo, así como las acciones que se toman para hacerle frente desde el acompañamiento que no solo busca apoyar mediante la facilitación del procedimiento a la mujer que aborta, sino a tomar la decisión que mejor considere, a darle sentido a la misma, a alentar la expresión emocional, entre otras.

#### **3.1 Consecuencias del aborto**

Primeramente, por parte del grupo conservador que busca evitar y prohibir la práctica del aborto, se ha propuesto el Síndrome Post Aborto (SPA) como el

Desorden de estrés post-traumático que comprende un conjunto de síntomas fisiológicos, psicológicos y espirituales desencadenados tras la realización de un aborto. El proceso de elegir abortar, experimentar su procedimiento y vivir con la amargura, el dolor y el arrepentimiento, es ciertamente su origen, su fuente (Capo, 2014, p.175).

Dada la definición, se puede encontrar que el origen de los síntomas surgen por el aborto vivido desde la culpa, es decir, de reconocer que se transgredió una regla que no se debió haber

quebrantado. Por lo tanto, previamente el aborto ya se consideraba un mandato y al cometerse, los sentimientos y creencias desencadenan la sintomatología.

De acuerdo con Capo (2014) el dolor de someterse a un aborto trae consecuencias físicas como lo es la muerte, el cáncer de mama, hígado, ovarios y cervical, perforación de útero, desgarros cervicales, afección inflamatoria pélvica, endometritis, recién nacidos discapacitados en embarazos posteriores y peor estado de salud en general. Aunque solo algunas secuelas son dadas por mala práctica en el aborto.

Los síntomas que han propuesto del SPA como respuesta natural ante un acontecimiento estresante tal como la interrupción del embarazo a modo voluntario o espontáneo, está acompañado de depresión, ansiedad, sentimiento de culpa, sueños reiterados y persistentes relacionados con el aborto, abuso de drogas, e incluso intentos de suicidio (Gómez Lavín, 2018). Otros síntomas pueden ser rabia; culpa y vergüenza; aislamiento; dificultad para tomar decisiones; evitación y sufrimiento a situaciones o personas que le recuerden el aborto, por ejemplo tener la menstruación, ruidos y olores, el acercamiento a oficinas de salud, el personal médico y procedimientos médicos; problemas en el sueño, sexuales y en sus relaciones; se presenta sensibilidad a fobias pre-existentes; trastornos de la alimentación, obsesión con ecografías de fetos y comparación de embarazos o niños ajenos con su vivencia que producen sentimientos de tristeza y envidia; considerar la infertilidad como castigo; y, temor y aprensión cuando se está embarazada de nuevo (Capo, 2014).

Además, se han planteado etapas que organizan la sintomatología sin que se presente un orden secuencial en éstas, así que se pueden repetir u omitir; el tiempo y la intensidad es diferente en cada mujer dadas sus diferencias individuales (Capo, 2014).

Etapas 1: Paralización y apatía, además de negación al no considerar que sea por el aborto.

Etapa 2: Los sentimientos comienzan a aparecer y se evitan situaciones que le recuerden su aborto.

Etapa 3: La mujer es totalmente consciente de lo que vivió. Se halla perturbada y obsesionada, al grado de castigarse a sí misma mirando ecografías e imaginando cómo sería su vida si hubiera continuado con el embarazo, además de tener tristeza, vergüenza y abandonar lo que le era placentero.

Etapa 4: Comienza a experimentar rabia en situaciones relacionadas con el embarazo de alguien, lo cual se va agravando y difícilmente controla su temperamento.

Etapa 5: Hay rabia y comportamientos destructivos o bien, desesperanza y deseos de morir para reunirse con su bebé.

Etapa 6: Se comienza la resolución. La mujer se percata que el aborto fue el detonante de su sentir, comienza a buscar ayuda y siente esperanza.

Etapa 7: Al recibir ayuda, se suele trabajar el perdón a ella, a personas implicadas y al bebé. Así mismo, trata de olvidar lo vivido aunque pueden seguir presentes los síntomas, por ejemplo, la ansiedad.

Etapa 8: Los síntomas han disminuido en gran parte o desaparecido y comienza a sentir paz, al ir desapareciendo las penas, la culpa y la depresión.

Etapa 9: Ha otorgado el perdón y es capaz de escuchar y discutir temas de aborto sin enfurecerse.

A modo general, el SPA está vinculado con sentimiento de culpa y arrepentimiento por cometer un acto considerado anteriormente como indebido, provocando gran variedad de síntomas que desaparecerán en medida que se acepte el proceso de aborto vivido.

No obstante, existen diversas investigaciones que han explorado distintos aspectos del aborto, que demuestran que no se puede afirmar que exista el SPA, pero sí que, tras el aborto, en muchas mujeres se pueden presentar un aumento de problemas psicológicos especialmente si han padecido abortos repetidos, mientras que otras manifiestan alivio (Aznar & Cerdá, 2014).

Así por ejemplo, se sabe que la tasa de incidencia de contacto psiquiátrico fue similar antes y después de un aborto durante el primer trimestre, lo cual no respalda la hipótesis de que existe un mayor riesgo de trastornos mentales después de un aborto inducido durante el primer trimestre (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Lideegaard & Mortesen, et al., 2011). Tampoco se presentaron hallazgos 5 y 6 años después de un aborto (Ditzhuijzen, Have, de Graaf, Nijnatten & Vollebergh, 2018).

Aunque hay mayor probabilidad que mujeres que tuvieron algún aborto utilicen antidepresivos en comparación con las que no han tenido abortos, un mayor uso de ellos no es atribuible al aborto, sino a los factores de riesgo para la depresión; por lo tanto, no es la práctica abortiva la causante de trastornos mentales (Steinberg et al., 2018).

Mientras tanto, los factores que se han encontrado asociados con efectos adversos sobre la salud mental posterior al aborto, son tener antecedentes de problemas de salud mental o un historial de abuso infantil, negligencia, violencia sexual a manos de su pareja íntima (Biggs, 2018); factores sociodemográficos, como el estrato social al que pertenecen las mujeres, su historia sexual y reproductiva, nivel educativo; aspectos psicosociales como el grado de apropiación que han hecho de los procesos reproductivos, la calidad de sus relaciones de pareja, la participación y apoyo de su compañero en el proceso y el soporte que recibieron por parte de los proveedores de salud.

Es así como se va perfilando a mujeres que viven en condiciones sociales de vulnerabilidad, en la cual, la falta de perspectiva de derechos y la desinformación de lo que sucede en su cuerpo

durante el proceso, las reinserta a la misma en tema del aborto. La hipótesis que propone Lafaurie et al. (2005) se basa en que mujeres que viven con escasos recursos económicos, por lo regular poseen menos instrucción, no tienen información acerca de los procesos reproductivos que suceden en su cuerpo y no gozan de servicios adecuados, lo que puede limitar su grado de preparación para hacer frente al proceso de aborto con medicamentos.

Por otro lado, no se han encontrado efectos adversos en la salud mental de las mujeres tras un aborto en etapas posteriores al primer trimestre del embarazo (Biggs, 2018); o en menores de edad (Leppälahti, Heikinheimo, Kalliala, Santalahti & Gissler, 2016). Tampoco se encontró que fuera un factor estadísticamente significativo para predecir la ansiedad, el estado de ánimo, el control de los impulsos, los trastornos de la alimentación o ideación suicida (Steinberg, McCulloch & Adler, 2014). Sin embargo, sí se encontró cambios en la disfunción sexual en mujeres jóvenes con mejoría leve, frente a mujeres mayores (Limoncin et al., 2017).

Definitivamente las consecuencias psicológicas para la mujer son proporcionales al estigma que tenga. Shellenberg et al. (2011) encontró que quienes contemplaban posibles consecuencias sociales como rechazo o acoso, previo a su aborto, manifestaron sentimientos de culpa, vergüenza y autojuicio.

Por su parte, mujeres que abortaron por tener un embarazo no deseado cambiaron su percepción del aborto, después de considerar que sólo era aceptable bajo circunstancias que no reflejaran irresponsabilidad por parte de la mujer (Sorhaindo et al., 2014).

Otro hallazgo es que a pesar de que el aborto sea legal en muchos países y el estigma sigue latente, hay interés por parte de las mujeres para hablar de su experiencia, encontrándose que en algunos casos solo lo han compartido con su pareja (Sedwick, 2018).

Siguiendo las condiciones ya mencionadas, mantener en secreto un aborto implica suprimir pensamientos y no revelar emociones relacionadas; a su vez, suprimir los pensamientos se

asocia con experimentar pensamientos más intrusivos, lo cuales conducen al aumento de angustia psicológica. Por el contrario, la revelación emocional mitiga la asociación entre pensamientos intrusivos y angustia. Mientras que la divulgación pudo disminuir la angustia por los pensamientos intrusivos, en mujeres que abortaron (Major & Gramzow, 1999).

Por último, tener la impresión de que una puede elegir su procedimiento preferido para interrumpir su embarazo es importante para reducir el estrés relacionado con el procedimiento y garantizar una alta satisfacción con la atención (Heath, J., Mitchell, N. & Fletcher, J., 2019). Bajo esta premisa, se puede entender que la decisión de la mujer, resultado de las condiciones necesarias para ella, fomenta que la experiencia sea tomada más sencillamente.

En conclusión, el estigma del aborto es un problema estructural, cuyos elementos están entramados y afianzados, de manera que de fomentar el cambio, las consecuencias pueden ser riesgosas. Sin embargo, han existido quienes tienen tal interés, y la respuesta del grupo conservador ha sido financiar el SPA, que como se vio anteriormente, no cumple con la consistencia necesaria para ser validado, ya que están inherentes las creencias sociales y religiosas que son precisamente las que lo respaldan, sin embargo, no se considera la apropiación de los derechos y conocimiento respecto al tema de las mujeres que viven un aborto. Aún así, enfrentar una situación considerada inmoral, aunque es legal (en algunos territorios) puede crear conflicto en quien lo vive, es por eso que no sólo se ha estudiado el estigma en torno al aborto, sino que existen también estrategias para mitigar las consecuencias y generar un cambio en el paradigma, tales como las asociaciones que brindan acompañamiento.

### **3.2 Acompañamiento y asociaciones como estrategia**

El acompañamiento es considerado como la asistencia que se brinda a la mujer (principalmente) durante su proceso de aborto, a través de apoyo emocional, médico, físico, logístico y de orientación legal. Se habla de acompañamiento informal cuando es dado por una amistad o

familiar, o bien, de uno formal cuando es por parte de alguien con conocimientos y habilidades necesarias (Barcklow D'Amica & Reyes Sánchez, 2010; Cockrill et al., 2013).

Cada mujer que se enfrenta al proceso de aborto tiene particularidades como su época, su entorno y su historia personal (Kuras de Mauer & Resinsky, 2005). Cada circunstancia influye en su toma de decisión, creencias y emociones, lo que puede facilitar o dificultar el proceso.

Durante ésta situación, hay mujeres que cuentan con redes sociales de apoyo que son todas las personas, organizaciones y recursos sociales de su entorno personal, de modo que brindando cuidado, valoración, confianza, entre otras, se mantenga en relaciones interpersonales de cuidado, lo que contribuye a su capacidad de sanar emocionalmente y anime a ejercer con plenitud sus decisiones y derechos (Ortíz, 2010).

Aún así, el proceso no es sencillo, se hace frente al sistema de creencias que se tiene hasta entonces, se comienza a distinguir lo impuesto, es decir, las normas establecidas por la cultura. Afrontar ese conocimiento implica desarticular discursos y reflexionar acerca del control de la vida propia. Sin embargo, mujeres que han pasado por el proceso con acompañamiento afirman que detonar tales conflictos, impulsa el auto conocimiento y se afirman a pesar de ser por un motivo complicado (Ortíz, 2016). De manera que se pueden equilibrar o establecer propias convicciones y vivir con libertad y autonomía al romper estatutos de la sociedad.

El apoyo es el factor principal para procesar la vivencia; y el acompañamiento post aborto se recomienda bajo diversas situaciones que lo requieren, por ejemplo no estar segura de que haya sido una decisión adecuada, tener la necesidad de expresar sus emociones y preocupaciones respecto a lo religioso o espiritual, para obtener más información y para revisar el significado e implicaciones para su futuro (Ortíz, 2010).

Del mismo modo, la evidencia de la organización Acompañamiento Después de un Aborto Seguro (ADAS), muestra que la reflexión post aborto facilita hablar con naturalidad de su

vivencia, mostrando que muchas mujeres evalúan sus creencias y metas por primera vez, obteniendo más seguridad en sí mismas. De manera que se cuestionan los significados del embarazo y el aborto, e impacta el estigma con el que vivían (Ortíz, 2010). También el resultado en algunas mujeres al decidir interrumpir su embarazo en sus circunstancias, es considerarlo como un ejemplo de dar prioridad a su salud y bienestar (Sorhaindo et al., 2014).

Brindar acompañamiento refleja que la experiencia de tener un aborto requiere de atención y apoyo, más aún si se tiene bajo condiciones de vulnerabilidad que implica la existencia del estigma.

La existencia de asociaciones civiles que brindan ayuda a mujeres principalmente, hace notar la necesidad de apoyo social, pese a la complicitad que mantiene el tema.

Una organización internacional no gubernamental es Ipas México, que ha desarrollado estrategias comunitarias para reducir el estigma hacia mujeres que deciden interrumpir su embarazo. Su acercamiento ha sido mediante actividades de sensibilización y capacitación a padres de familia, docentes y alumnos; mujeres en comunidades; y personal de servicios de salud (Villa et al., 2017; Ipas, 1998-2018). Esta Organización es de carácter internacional y trabaja para asegurar servicios seguros a mujeres que requieran atención por aborto.

Existen otras asociaciones y organizaciones sin fines de lucro que prestan su servicio desde distintas vías, ya sea presencial, telefónica y electrónica (Ver Anexo 1) de forma gratuita o no, que brinda la atención principalmente a la mujer.

Por ejemplo, FOCOS, es una plataforma digital nombrada de ese modo por incluir íconos con forma de bombillas encendidas ilustrando un mapa de la República Mexicana en aquellos estados donde la mujer que decidió interrumpir su embarazo encendió su foco y compartió su experiencia, invitando a otras mujeres a encender el suyo y dejar su testimonio en alguno de los

cinco formatos con los que cuenta; su objetivo es visibilizar la práctica del aborto inducido en México y su recurrencia.

También existen otras clínicas particulares que brindan acompañamiento médico y/o psicológico antes, durante y después de la interrupción del embarazo. La importancia de la función de las diversas organizaciones es apoyar a las mujeres a tomar su propia decisión en libertad con base en la información sin que se le persuada.

A su vez, existe material en línea para brindar acompañamiento, elaborado por organizaciones que luchan por mantener la interrupción legal del embarazo así como el aborto en condiciones seguras (Börjesson, Pedersen & Villa Torres, 2015; Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA, 2011; Ortíz, 2010).

Por último, respecto a los testimonios de mujeres que recibieron acompañamiento manifiestan comprensión y empatía con su proceso. Por exponer un caso de la recopilación de Sedwick (2018) “Durante el aborto estuve sola, pero conté con la ayuda de otras mujeres en línea. Eso fue muy importante para mí y me hizo sentir acompañada”. Por tanto, el hecho de poder compartir la vivencia con alguien más, denota buenos resultados en cuanto al aspecto emocional, ya que practicarse un aborto sin compañía (física) no implica que no se pueda contar con apoyo a la distancia que brinde lo anteriormente mencionado para que tal experiencia sea integrada y no deje secuelas por los preceptos tradicionales acerca de la sexualidad y género de la mujer.

### **3.3 Acciones para continuar la desestigmatización del aborto**

Es fundamental conocer los propósitos a trabajar para continuar estableciendo y organizando estrategias que permitan lograr reducir el estigma del aborto. Cockrill et al. (2013) consideran que una barrera primaria en tema del aborto es el estigma, el cual puede variar con el tiempo, por ejemplo, el medicamento misoprostol promovió el cambio de actitud en muchas usuarias,

aunque no en todo el personal sanitario (Lamas, 2014) mostrando así que existen acciones que puede cambiar la actitud frente a la práctica del aborto.

Definitivamente discutir el tema promueve visualizarlo y darle atención. Las capacitaciones que distintas organizaciones brindan, además de incrementar el número de acompañantes y aumentar la red de acompañamiento, apoyando a ejercer el derecho al aborto, contribuyen al conocimiento y confianza entre acompañantes y a reducir el estigma, como lo es el trabajo del Centro las Libres (Reyes et al., s/f) quienes trabajan y desarrollan proyectos que persiguen la línea del reconocimiento de los derechos de las mujeres que están orientados al aborto principalmente.

A pesar de los esfuerzos ya hechos, existen estrategias recomendadas por autores con interés en el tema, la oportunidad de llevarlas a cabo se mantiene, pues como se ha notado, el estigma del aborto es complejo, pues está anidado a creencias, normas sociales y religiosas de hombres y mujeres.

Por su parte, Cabria (en Checa, 2006) estima distintos elementos para abordar el tema, como lo es la escasez de recursos, el desconocimiento de derechos y la necesaria sensibilización y capacitación de profesionales de la salud.

Al respecto, Juárez, Singh, Maddow-Zimet & Wulf (2013) centran sus recomendaciones en los servicios de anticoncepción, atención postaborto, consejería y la provisión de abortos legales.

Ahora bien, para promover un cambio en calidad de equidad de género y libertad de derechos; lo que proponen Norris et al., (2011) es normalizar el tema del aborto desde el discurso público haciendo notar lo usual de su práctica y conocer experiencias vividas a partir del estigma; también considera la exploración de los motivos por los que el personal de salud puede defenderse mediante la objeción de conciencia, para mantener y fortalecer las iniciativas de capacitación e integrar el cuidado del aborto en la medicina académica.

En cuanto a Lafaurie et al. (2005) consideran reconocer el aborto inducido en condiciones de ilegalidad como una problemática de gran magnitud. Cuya búsqueda de alternativas de solución son:

- Incluir la perspectiva de género y de derechos en el enfoque de la salud sexual y reproductiva; así como visualizar y trabajar en la salud de la mujer de acuerdo a su complejidad y con su relación con el orden cultural y social.
- Continuar con la investigación cualitativa en torno al papel de proveedores y otros actores sociales involucrados en el proceso de aborto con medicamentos; la experiencia de las mujeres y la incidencia de los factores socioeconómicos, de edad y maternidad previa; en el dolor como objeto de estudio; y, en las concepciones y prácticas tradicionales de la región.
- La construcción de estrategias de formación y capacitación a proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva.
- Diseñar estrategias destinadas al empoderamiento de las mujeres más jóvenes y de escasos recursos socioeconómicos, para el ejercicio de su salud sexual y reproductiva.

Queda por decir que trabajar en tales estrategias permitirá que la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como sus derechos sean garantizados desde la libertad y autonomía.

En conclusión, el interés de grupos feministas y de quienes interceden por los derechos de las mujeres, ha logrado avances, primeramente el brindar condiciones salubres para interrumpir el embarazo y hacer legal el servicio, también, la investigación del tema ha permitido ahondar en la información, postular iniciativas, analizar el problema estructural que el aborto presenta y brindar capacitaciones a personal médico y jóvenes que den apoyo a mujeres que pasan por esta situación. Aún así, es importante considerar una mayor difusión de la misma información acerca

de los derechos, la ILE, los procedimientos y del acompañamiento que distintas organizaciones brindan.

Con lo que respecta a la presente investigación, estudios similares han tratado el secretismo y las consecuencias de mantenerlo así, lo que se busca es explorar las vivencias de mujeres que se enfrentaron sin algún tipo de apoyo (médico, psicológico, logístico) que puede ser en secreto, es decir, las similitudes que comparten al carecer de sostén de alguna red de apoyo.

## CAPÍTULO 4

### MÉTODO

#### 4.1 Planteamiento del problema/ Pregunta de investigación

Existe cantidad considerable de investigaciones en torno al aborto, sin embargo, respecto a la vivencia de mujeres, se encuentra que no ha sido suficiente legalizar la interrupción del embarazo desde hace poco más de diez años para que sea una práctica vivida desde el derecho y la elección de la mujer por ser quien presta su cuerpo y vida para la crianza, tema vinculado con la maternidad, la cual está muy arraigada a la supuesta *naturaleza* de la mujer.

Respecto a la despenalización del aborto de 2007 a 2018, únicamente en la Ciudad de México, se han reportado 135, 990 usuarias atendidas para brindarles la ILE, esta cantidad representa el 70.4% del servicio de todo el país (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2018). Siendo un número tan elevado de mujeres atendidas por ésta prestación en contextos permeados por el estigma, surge el interés por conocer acerca de las experiencias que mujeres han tenido sin que hayan sido apoyadas por las distintas redes que pueden otorgar ayuda adecuada.

Conocer las experiencias y significados de las mujeres que interrumpieron su embarazo sin tener el acompañamiento de personas cercanas a ellas o de quienes brindan la atención, puede abrir

a la reflexión de qué factores continúan perpetuando el estigma del aborto, así como las consecuencias que de haber, se tendrían que añadir al listado de propuestas a trabajar. Además de considerar la interrogante de si el Estado tiene la función de brindar acompañamiento para mitigar consecuencias desfavorables promovidas por distintos factores sociales e institucionales que deberían garantizar el bienestar de la población mexicana.

Se parte del Modelo ecológico del estigma del aborto atravesado por la perspectiva de género, para analizar las experiencias de las participantes. El interés en abordarlos desde este acercamiento es debido a la comprensión global de la práctica, además de sumar a la investigación ya elaborada desde tal eje.

Por último, las implicaciones que la presente investigación puede tener, es un abordaje distinto de las asociaciones no gubernamentales que brindan acompañamiento; mientras que el estado puede ver las necesidades de las mujeres como parte de la salud pública. Las mayores beneficiarias son las mujeres cuya situación no sea favorable si es que requiere de practicarse un aborto y las medidas precautorias llegan a ellas.

La pregunta de investigación que se planteó para realizar este estudio fue:

¿Cuál es la experiencia de mujeres que interrumpieron su embarazo sin algún tipo de apoyo?

## **4.2 Hipótesis**

Las mujeres que cuentan con apoyo psicoemocional integran más fácilmente su experiencia de aborto.

## **4.3 Objetivos**

El objetivo general del presente estudio fue conocer la experiencia y significados de la vivencia de mujeres que interrumpieron su embarazo sin acompañamiento.

Los objetivos específicos que se desprendieron del anterior fueron:

- Conocer la experiencia y significados otorgados por mujeres que interrumpieron su embarazo sin acompañamiento.
- Indagar qué situaciones facilitaron u obstaculizaron su toma de decisión respecto a la interrupción del embarazo
- Determinar qué les impidió solicitar acompañamiento
- Explorar las consecuencias de la experiencia, en caso de tenerlas
- Elaborar un directorio de asociaciones que brindan acompañamiento a mujeres que deciden interrumpir su embarazo

#### **4.4 Participantes**

El perfil para considerar la experiencia de las participantes es ser mujer mayor de edad que haya interrumpido al menos un embarazo del cual consideren que no contaron con acompañamiento<sup>4</sup> de algún tipo, sin importar hace cuánto tiempo sucedió ni el método que se utilizó para llevarlo a cabo<sup>5</sup>; y que acepten el consentimiento informado donde indica que su participación será confidencial, anónima y audio grabada, con opción a desistir en el momento que decidan.

Por el contrario, los criterios de exclusión son mujeres que no hayan interrumpido su gestación voluntariamente y/o quieran hablar de la experiencia de otra mujer y/o que tenga alguna dificultad en el habla. Mientras, los criterios de eliminación para no considerar la participación serán que la

---

<sup>4</sup> El acompañamiento se considera como el apoyo que ofrece una persona ya sea emocional, físico y logístico a la mujer durante su experiencia de aborto (Barcklow y Reyes, 2010).

<sup>5</sup> Mediante la ILE o algún método de riesgo.

participante declare no querer continuar con la entrevista, o bien, que no acepten el consentimiento informado<sup>6</sup>.

Debido a la naturaleza del estudio, no se busca limitar el perfil de las informantes, por lo que los demás determinantes sociales se obtuvieron a partir de la ficha sociodemográfica (Ver Anexo 3).

#### **4.5 Escenario**

Una de las entrevistas se llevó a cabo en el cubículo del área de Psicología de la Clínica Integral de la Mujer, ubicada en la Ciudad de México. Las cuatro restantes, se realizaron mediante una videollamada, ya que la residencia y horarios de las informantes les complicó asistir a la Clínica.

#### **4.6 Instrumento**

Los datos se recolectaron mediante una entrevista semiestructurada individual; como instrumento se tuvo el guión de entrevista semiestructurada, ya que por su naturaleza flexible y libre, el protagonista puede informar todo aquello a lo que esté dispuesto en respuesta a la escucha receptiva del investigador, estimulación de expresión y su técnica de entrevista, de modo que se develan categorías de interés que permiten identificar y clasificar el problema y las reacciones y entendimiento de el/la protagonista (Bautista, 2011).

El número de entrevistas se determinó por el criterio de saturación teórica, lo cual implica que la búsqueda se detiene hasta no obtener nuevos elementos a lo ya conseguido, estableciendo un mínimo de tres participantes y un máximo de ocho (Krueger & Casey, 2008; Kvale, 2014).

Los tópicos del guión de la entrevista surgieron de acuerdo con los objetivos específicos de esta investigación, por lo que primeramente se buscó conocer las condiciones en las que se dió el embarazo y su interrupción. Para conocer qué facilitó y obstaculizó su toma de decisión se indagó

---

<sup>6</sup> Incluyendo ser audio grabadas.

en su dinámica familiar, reconocimientos de sus derechos y decisiones, además de explorar el alcance del estigma en su experiencia. Al ser la premisa principal no haber contado con acompañamiento, se buscó conocer qué les impidió acercarse a redes de apoyo. Finalmente, para conocer cómo han integrado su experiencia a su historia de vida se les cuestionó acerca de los cambios que creen les haya producido su vivencia, y un mensaje para sí mismas y otras mujeres que también hayan abortado (Ver Anexo 2).

Como segundo instrumento se utilizó la hoja de datos sociodemográficos en el que se solicitan datos como su edad, lugar de nacimiento y de residencia, estado civil, religión, escolaridad, ocupación actual, número de hijos y número de interrupciones de embarazo (Anexo 3).

Finalmente, el tercer instrumento fue el consentimiento informado en el que se les invita a participar en la presente investigación informando puntos clave y solicitando la firma de la informante y entrevistadora (Anexo 5).

#### **4.7 Diseño de la investigación**

Investigación cualitativa de corte transversal. El análisis bajo el que se lleva la recolección de datos es con base al Modelo ecológico del estigma del aborto transversalizando la perspectiva de género.

#### **4.8 Procedimiento**

El desarrollo de la investigación se realizó en cuatro fases. La *primer fase* fue de difusión, que se hizo mediante un cartel en formato físico y digital invitando a participar a mujeres que en algún momento de su vida hayan interrumpido su embarazo de forma voluntaria. En el cartel se exponen los criterios de participación, un correo electrónico de contacto para mayores informes y/o solicitar la entrevista, la duración aproximada de la entrevista y la fecha de inicio en que se realizaron (Ver Anexo 4).

En la *segunda fase* se estableció una cita. Inició con la solicitud de información vía electrónica por parte de mujeres que consideraron cumplir el perfil y aceptaron participar, se les pidió elegir la fecha y horario que más les convenía para realizar la entrevista en la Clínica Integral de la Mujer, o bien, para realizarla por videollamada. El contacto fue únicamente por medio electrónico.

En la *tercer fase* se realizó la entrevista. A la llegada de la participante al área de psicología de la Clínica, se dio la presentación de la entrevistadora-informante y se proporcionó el consentimiento informado para su lectura y firma (Ver Anexo 5). Posteriormente se procedió a entrar al cubículo destinado donde se le dio a responder la hoja de ficha de datos sociodemográficos y se comenzó la entrevista, la cual se realizó en tres etapas: se comenzó por explicar el propósito de la investigación, consideración de lo que es la interrupción del embarazo y se mostró el dispositivo para grabar el audio de la sesión; se continuó con el desarrollo de las preguntas y por último, se reiteró el agradecimiento a su participación y de ser necesario se brindó contención emocional. Para las participantes que se entrevistó vía electrónica, la fase mantuvo el orden, teniendo previo a la videollamada el consentimiento y la ficha de datos sociodemográficos respondidos.

Por último, el análisis de las entrevistas fue de contenido categorial. En primera instancia se realizó la transcripción y lectura de las entrevistas remarcando fragmentos textuales para la creación de códigos, que posteriormente se vacían en conjunto para reclasificar e interpretar el material y abrir categorías de forma ordenada y mutuamente excluyentes (Rojas, 2008), incluyendo las categorías temáticas emergentes las cuales se agruparon en sus respectivas meta categorías.

#### **4.9 Consideraciones éticas**

Las principales consideraciones éticas que conlleva la presente investigación es la confidencialidad de los testimonios que las informantes compartieron, es por ello que se les

brindó en primera instancia el consentimiento informado en el que se explicita los objetivos del estudio y que de creerlo conveniente podían parar la entrevista en el momento que ellas decidieran por cualquier motivo que llegaran a tener sin comprometer su integridad. Otro interés en que lo leyeran previo a la entrevista, fue remarcar el perfil de no haber contado con acompañamiento de familia, pareja, amistades, asociaciones civiles u otra red de apoyo, apelando a la subjetividad de lo que implica recibir el apoyo para cada persona.

Asimismo, se les reiteró que sus datos sociodemográficos se solicitaron para fines estadísticos.

Respecto a los nombres con los que se les presenta en la tesis, se les dio a elegir su nombre verdadero o algún pseudónimo con la finalidad de permitir la apropiación y defensa de su experiencia; aún así, no se esclarecerá el/los casos de quienes hayan elegido su propio nombre.

En ninguna participación hubo la necesidad de brindar contención emocional, ya que al compartir su experiencia no desencadenó crisis alguna, aún así, se rememoraron acontecimientos que fueron declarados como intentos de olvidar lo sucedido y manifestación de llanto, de emociones tales como la tristeza y enojo, entre distintos sentimientos, por lo que se brindó validación emocional.

Por último, la interacción entre informante e investigadora culmina en solucionar alguna inquietud de las participantes y ofrecer el directorio para atención psicológica si lo creen requerir. Además, se comprometió a enviarles el archivo en digital del estudio una vez finalizado y aprobado, en atención y agradecimiento a su participación.

## **CAPÍTULO 5**

### **RESULTADOS**

#### **5.1 Perfil de las participantes**

Para conocer las experiencias de mujeres que interrumpieron su embarazo en diferentes contextos, la difusión del cartel se hizo en la Clínica Integral de la Mujer y por medio electrónico. Se obtuvieron cinco informantes que permitieron se diera a conocer su experiencia; de las cinco entrevistadas, dos de ellas se dieron de manera presencial y las tres restantes por medio de una videollamada, ya que dos de ellas residen en otro estado de la República y los horarios de la tercer participante le dificultaron asistir a la Clínica.

Dos de ellas residen en la Ciudad de México; una en La Paz, Baja California; una en Querétaro; y una en el Estado de México (ver tabla 3).

La edad actual de las mujeres que participaron en la investigación va de los 23 a los 30 años, mientras que la edad en la que interrumpieron su embarazo fue de los 15 a los 27 años.

Su escolaridad llega a nivel licenciatura en cuatro de ellas y una a maestría.

Respecto al número de interrupciones de embarazo que han tenido, cuatro de ellas reportan uno y una, 5, en este último se aseguran 3 abortos, ya que como se verá más adelante, por su historia de vida, ingiere “medicamentos” sin comprobar el embarazo para evitar ciertos sentimientos.

Ninguna tenía descendencia al momento de hacer la entrevista, sin embargo, dos aplazan la maternidad, dos han decidido no tenerla y una más no sabe qué decidir aún.

Es importante señalar que el motivo principal de las informantes para abortar fue a voluntad, aunque bien está atravesado por factores externos e intrínsecos formaron parte de la decisión.

**Tabla 3**

*Datos sociodemográficos de las informantes.*

Informante	Nombre	Edad	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Edo civil	Religión	Escolaridad	Ocupación actual	Número de hijos	Interrupciones de embarazo	Edad en la que interrumpe
1	Aidéé	24	CDMX	CDMX	Soltera	Ninguna	Licenciatura	Desempleada	0	1	20
2	Elizabeth	29	CDMX	La Paz, BCS.	Unión libre	Creyente	Maestría	Auditoría	0	1	27
3	Luz	30	CDMX	CDMX	Soltera	Ninguna	Licenciatura	Servidor público	0	1	24
4	Mariana	28	Querétaro	Querétaro	Soltera	Ninguna	Licenciatura	Psicóloga social	0	1	21
5	Fanni	23	CDMX	Edo de México	Soltera	Ninguna	Licenciatura	Estudiante	0	5	15, 15, 22, 22, 23

## **5.2 Análisis de categorías**

Se obtuvieron 4 meta categorías, de las cuales se desprenden 15 categorías (Anexo 6). A continuación, se presenta la interpretación basada en las experiencias de las informantes a partir del marco teórico elegido para su análisis.

El análisis fue llevado a cabo de forma manual, el orden de las categorías y meta categorías fue en función de los objetivos específicos, añadiendo las categorías emergentes al rubro más cercano a ellas.

La primer meta categoría incluye una breve descripción de su situación al saber su estado de embarazo, así como el proceso que tuvieron para abortar. Esto incluyó las categorías de los motivos para llevarlo a cabo, además emergió el tema del vínculo de pareja del que se desprendió el uso de los métodos anticonceptivos.

### **1) Confirmando e interrumpiendo el embarazo**

- a) El aborto como condición y situación de las participantes
- b) Razones para abortar
- c) Aspectos generales en el uso del método anticonceptivo

De la segunda meta categoría que incluye los factores que intervinieron en su toma de decisión se abarcó el posicionamiento previo y las creencias y actitudes frente a el, siendo la diferencia entre ambas categorías que la primera conlleva la postura tradicional o liberal frente al aborto de las que se habla en el primer capítulo; mientras que la segunda incluye los comentarios a nivel social que impactaron en ellas en algún momento de su vida.

A pesar del conocimiento estigmatizado que tenían, se encontró también la falta de conocimientos; lo cual se relaciona con su cuarta categoría que fue la asistencia en los servicios de salud, donde reconocieron malestar o bienestar dado por el trato del personal médico, aunque

refirieron desconocer de los protocolos de atención. Por último, surgió la categoría de las creencias acerca de la maternidad ya que las informantes contaban con ideas tradicionales de dicho rol con el que mostraban reservas.

## **2) Aspectos que influyeron en la decisión**

- a) Posicionamiento previo
- b) Creencias y actitudes en torno al aborto
- c) Falta de información
- d) Asistencia en los servicios de salud
- e) Creencias de la maternidad

En la tercer meta categoría se encuentra el análisis de su experiencia de aborto sin el apoyo que les hubiera gustado tener, ésta incluye las razones por las que no se acercaron a redes de apoyo, así como las condiciones en que les hubiera gustado recibir el acompañamiento.

## **3) Vivir un aborto sin acompañamiento**

- a) Ocultando lo que se siente: el por qué no se acercaron a alguien
- b) El acompañamiento ideal: lo que les hubiera gustado
- c) Suponiendo redes de apoyo
- d) Desconocimiento de asociaciones que brindan apoyo

La última meta categoría incluye la exploración de las consecuencias que las informantes consideran que su experiencia les dejó, su cambio de postura frente al aborto y la integración de su experiencia considerando el acompañamiento que se tuvo.

## **4) Desenlace de la experiencia**

- a) Postura frente al aborto
- b) Considerando los efectos
- c) Integración de la experiencia

A continuación se presentan las categorías con las narrativas de las informantes seguidas por la discusión en el mismo apartado.

### **1) Confirmando e interrumpiendo el embarazo**

Cuatro informantes interrumpieron el embarazo en la Ciudad de México, acudiendo a una clínica especializada, mientras que una participante se dirigió al consultorio de una ginecóloga particular en el Estado de México. Aunque todas realizaron un procedimiento seguro bajo revisión médica<sup>7</sup>, reportaron que esa experiencia no fue sencilla de sobrellevar por diversos motivos tales como lo económico, no contar con el apoyo esperado, el impacto emocional, entre otros que se expondrán más adelante.

La presente meta categoría incluye las particularidades de cada caso, un entendimiento general a la situación de cada una de ellas, las razones para decidir abortar y como categoría emergente se presenta la práctica del uso de métodos anticonceptivos.

#### ***a) El aborto como condición y situación de las participantes***

Dentro de este apartado se expondrán las circunstancias que atravesaban las participantes cuando tuvieron el embarazo y al momento del aborto. Si bien el perfil de las informantes es similar respecto a residir en zona urbana y al grado de estudios, es importante contextualizar acerca de las particularidades que enmarca su experiencia de aborto.

#### **❖ Aidée**

A sus 20 años vivía en la alcaldía Xochimilco, Ciudad de México; estudiaba una licenciatura y mantenía un noviazgo. Ella comenzó a sentir náuseas, por lo que decidió confirmarlo

---

<sup>7</sup> La informante Fanni acudió solo una vez a una clínica para interrumpir el embarazo.

realizándose una prueba de embarazo fuera de su localidad en compañía de su novio. Al ver el resultado positivo de la prueba, la reacción de ambos fue de sorpresa.

Ella comprobó su embarazo a las cuatro semanas y fue a la séptima en la que acudió a la clínica; durante ese plazo de tiempo ella trataba de conseguir dinero, situación que otras informantes también pasaron, razón que puede explicar las estadísticas que muestra la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, es decir que a pesar de la temprana detección del embarazo, reunir la cantidad monetaria necesaria y tomar la decisión son factores que aplazan el tiempo, otra razón es que al momento de realizar el ultrasonido y ver el desarrollo embrionario se puede elegir no abortar. Cuando atendieron a Aidée vio *“como un renacuajo”* y eso la impactó aún más porque entró sola; le entregaron el medicamento, preguntó los síntomas y le respondieron que serían *“cólicos pequeños”* por lo que pensó en un dolor leve o moderado y decidió tomar las pastillas en una mañana cuando se dirigía a clases. Los cólicos comenzaron y supo que era normal pero los síntomas se agravaron por vómito, sangrado y diarrea. Estuvo en el baño por más de una hora y al sentirse peor le llamó por teléfono a su pareja quien le preguntó para qué había ido a la escuela y ella contestó que no creyó que le fuera a doler tanto. Poco tiempo después llegó y fueron a casa de él en taxi.

Ambos estuvieron en una recámara en silencio. Mientras su novio le ponía fomentos para la fiebre e intentaba sobar su espalda, ella lloraba y se sentía culpable al ver y sentir coágulos pequeños que aumentaban su tamaño; a la vez pensaba *“perdóname yo no quería tirarte al excusado”*, ella comenta que *“le hablaba a algo que no estaba vivo ni existía”* y se sentía mal emocionalmente. Si bien no reporta haber sido religiosa, su entorno era tradicional y temía la reacción de sus padres principalmente, aspecto que fomenta tal discurso (Shellenberg et al. 2011; Cockrill, Upadhyay, Turan, & Greene, 2013).

Después de seis horas de constantes dolores, su papá la esperaba para regresar juntos a casa. Cuando llegó con él aún tenía un poco de fiebre y trató de actuar normal, “*de hecho nadie se dio cuenta que había pasado y así fue, así terminó todo*”. De la literatura se puede ver que su situación enmarca que el secreto y aislamiento fomenta la culpa y vergüenza (Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto, 2016).

Su experiencia muestra el cuidado de su pareja aun estando en silencio. Incluir su historia es debido a que el apoyo después fue inconsecuente, pues hubo problemas como el distanciamiento, disminución de salidas, evitar el tema o mostrar pesar al hacerlo e incomodar a ambos y salir con otras personas para distraerse. Si bien el aborto fue en compañía, el trato posterior la hizo sentir sola, criterio que la informante consideró para participar.

#### ❖ Elizabeth

A sus 27 años residía en la Ciudad de México, se encontraba recién desempleada, pero con buena cantidad de liquidación de su anterior empleo; y tenía una relación de noviazgo que venía de “*una situación complicada*”. Ella decidió realizarse una prueba de sangre pues sentía extrañeza en su cuerpo, tenía ausencia de menstruación y sospechaba de un embarazo. Al ver junto con su pareja el resultado positivo, aventó la hoja y repitió “*no, no, no, no*”; mientras él trataba de ayudar a tranquilizarla, ella pensaba en su situación laboral, económica y la posible reacción de sus papás.

En ambos casos, la pareja de las informantes fueron la primer persona a la que le comentaron la sospecha de embarazo y su respuesta fue de alegría e interés por continuar el embarazo, sin embargo, en las informantes no fue así.

Por su parte Elizabeth, quien a las dos semanas acudió a una clínica a su segunda cita tras cancelar la primera y realizar las pruebas correspondientes, le dieron a elegir el método, así que decidió el medicamento. Tomó su primera dosis en la clínica y “*como si nada*”, ya en su casa a

la mitad de la madrugada tomó su siguiente dosis para volver a su cama a intentar dormir, pero lo logró intermitentemente pues los dolores en su vientre fueron intensos.

Probablemente fueron los síntomas los que le evitaban conciliar el sueño, aunque puede también haber sido por pensamientos relacionados al aborto pues “*volvía a la escena donde mi cuñado me decía ‘tú puedes serás una gran mamá’ y luego despertaba y seguían los dolores*”, cabe mencionar que durante seis años que tuvo puesto el implante subdérmico no tuvo cólicos.

Elizabeth interrumpió el embarazo a poco de haberlo confirmado y guardó reposo absoluto, por lo que al tercer día se había recuperado, sin embargo se queda en ella la incertidumbre de la veracidad del suceso, ya que como se ahondará más adelante (ver categoría *Creencias y actitudes en torno al aborto*) tenía en conocimiento que el aborto se vive en ciertas condiciones y su vivencia no concordó, probablemente esto resultó en una disonancia cognoscitiva; considerar tales creencias previas pueden impactar y predisponer la vivencia de un aborto.

#### ❖ Luz

Ella tenía 24 años y estaba terminando la licenciatura, un día notó un retraso menstrual (de catorce días) y un leve manchado de color naranja, aunque algunas veces le había sucedido de forma similar, decidió realizarse dos pruebas de embarazo caseras. Su reacción de sorpresa e incredulidad fue acompañada de resignación por parte de su pareja quien además le preguntó qué quería hacer puesto que era su cuerpo.

De las experiencias aquí mostradas, este es el único caso en el que la pareja reconoce el cuerpo de la mujer como propiedad de ella misma, por tanto le plantea que la elección de continuar o no el embarazo depende totalmente de ella, sin que eso refleje deslindarse de la responsabilidad paterna.

Ella tuvo la libertad de tomar la decisión con apoyo de su pareja y sin condiciones de por medio ya que él corrió con los gastos del procedimiento y la trasladó al consultorio particular de la ginecóloga a quien fue canalizada por la psicóloga que la atendía en ese entonces. Su consultorio estaba en el Estado de México y Luz reporta que *“fue muy clandestino el asunto, me recibió, me hizo el ultrasonido vaginal. Me preguntó si quería ver y dije que sí porque no creía por esto del sangrado (de implantación), fue para hacerme a la idea y sí vi algo”*.

Su pareja se quedó fuera del consultorio y posteriormente fueron a conseguir los medicamentos. Ella refiere no haber tenido algún inconveniente con que su pareja no entrara a la consulta, sino hasta después cuando ella tenía los cólicos y el sangrado abundante. Su comunicación se limitó a solo hablar de los síntomas por vía telefónica *“pero más allá de eso no”*. Su experiencia fue vivida a distancia de las personas cercanas a ella y en ausencia de su pareja, más adelante se verá que el tipo de acompañamiento que él le brindó no fue suficiente para sentirse apoyada.

#### ❖ Mariana

A sus 21 años estudiaba la licenciatura en Querétaro, tenía un noviazgo con un joven de su edad que residía en el Estado de México. Ella reporta que había tenido retrasos menstruales anteriormente, sin embargo, los síntomas que tuvo le informaban que no se trataba de un retraso ovulatorio<sup>8</sup>, por lo que decidió acudir a una clínica para hacerse una prueba de sangre y confirmar si era por embarazo. Es importante mencionar que Mariana, tenía retrasos menstruales y no menstruación irregular.

Ahora bien, acerca de los exámenes para comprobar un embarazo, se tiene que conocer que posterior a la implantación del óvulo fecundado, entre otros cambios se produce la hormona gonadotropina coriónica humana (GCH). Esta hormona ingresa al torrente sanguíneo y a la orina;

---

<sup>8</sup> Es el desequilibrio dado en niveles hormonales, provocados por estrés, pérdida de peso o algunas enfermedades que aplazan el ciclo menstrual por días.

durante el inicio del embarazo su concentración aumenta rápidamente ya que se va duplicando. Por ello, si la prueba de embarazo casera se hace a pocos días de la implantación será más difícil detectar la GCH, además que algunas pruebas caseras (de orina) son más sensibles que otras, motivo por el que decidió acudir a un laboratorio de análisis clínicos.

Por otro lado, Mariana vio los resultados antes de estar con su novio como habían acordado. Cuando los volvió a ver con él, tras la interrogante de si el embarazo era de él, ella expresó “*no lo quiero tener*”, a lo que le respondió que no le podía prohibir no querer tenerlo ya que era su cuerpo, así que la apoyaría y le daría la mitad del dinero. Y así sucedió, sin embargo cuando él se enojaba la amenazaba con no ayudarle económicamente; y otras ocasiones él fantaseaba y le preguntaba si podía imaginar que tuvieran a su hijo. Ella reconoce constantes estas alternancias.

Pasó cerca de un mes y regresó a la casa de su novio en el Estado de México para acudir al día siguiente a la clínica particular. Cuando se transportaban en el metro, él le dijo “*nada más te digo que cuando esto acabe terminamos y no te quiero volver a ver en mi vida*” a pesar de no esperar ese comentario, ella continuaba ensimismada en su situación. Ya en la clínica se hicieron los estudios correspondientes y eligió el método por medicamentos, tomó su primer dosis y se llevó la que se tendría que tomar horas después. Llegaron a su casa y tras una plática con la mamá de su pareja en la que intentó convencerla para continuar el embarazo, Mariana tomó la siguiente dosis. Ella y él se quedaron en su habitación, aún así él hizo caso omiso a su presencia.

Me recosté y todo el proceso lo viví sola en su cama porque se puso a limpiar su habitación, no se acercó en ningún momento a ver cómo estaba [...] como si fuera un día cualquiera. Incluso recuerdo que se salió algunas veces, yo en esos momentos varias veces me salí al baño, entre los calambres, entre que sentía los bajones de sangre que tenía que cambiarme las toallas, volví a vomitar, se me soltó el estómago, fue un proceso

de verdad muy fuerte, podía sentir como salían de mí pedazos de algo, yo me imagino que era como la sangre coagulada, no sé qué habrá sido pero algo era; pero creo que lo más fuerte de todo esto era saber que estaba yo tirada en una cama con el sujeto que decía amarme, que decía cuidarme, que decía querer estar conmigo, limpiando la casa y sin importarle yo ni mi dolor. (Mariana)

Ignorarla fue una violencia más a las muchas que él cometió hacia ella y que reconoce como tal, aún así, ella decidió continuar con su interrupción del embarazo.

#### ❖ Fanni

Ella a los 15 años de edad, vivía en una colonia popular de la Ciudad de México y recién ingresaba al bachillerato, menciona que su pareja “*era como muy estable, entonces no hubo la precaución*” de utilizar algún método anticonceptivo y confirmó su primer embarazo con una prueba casera.

No solo fue la prueba de embarazo que bajo ciertas circunstancias puede tener poca efectividad como se mencionaba anteriormente, sino que también se puso en riesgo por métodos inseguros al intentar abortar bebiendo té y golpeando su abdomen. Su situación ilustra los pocos privilegios, tales como la información de autocuidado sexual, no solo para prevenir embarazo, sino también en cuanto a prevención de ITS, además del acceso a servicios de interrupción de embarazo o el acceso a información verídica que como adolescente hay menos probabilidad de incurrir (OMS, 2014). Aún así, ella destaca que lo complicado de su experiencia fue verse en tal situación que desequilibró su sistema de creencias.

Ella investigó por internet supuestas pastillas para abortar y estaba sola en su vivienda cuando las consumió.

Era tarde, tomé las pastillas, me quedé dormida y cuando desperté ya había sangrado; realmente no hubo dolores, no hubo reacciones, pero ya que lo recuerdo no hubo la salida del producto inmediatamente; vino el sangrado pero pasó un mes o más para que saliera. Estaba en el baño, algo bajó y era una bolita de carne, unos 5 centímetros. En ese momento me asusté pero lo tiré en la taza del baño y lo dejé pasar. (Fanni)

Sobresale conocer que la forma en que comparte cómo vivió esa experiencia, haya sido de gran riesgo para ella puesto que la expulsión del producto no se dio sino hasta un mes después, lo cual indica que el aborto no había sido llevado adecuadamente y más bien se trató de un aborto espontáneo porque la función del medicamento se realiza a horas de haberse ingerido.

A los pocos meses, ella volvió a tener un embarazo con otra pareja; y menciona que el impacto ya no fue tan intenso como en el primero pues había “*analizado*” los prejuicios anteriormente.

Ella tomó el mismo medicamento pero notó que no hubo efecto así que acudió a una clínica particular en compañía de su pareja. Fue la reacción de él que la hizo sentir rechazada pues esperaba su apoyo y sostén tras confesarle que había vivido una circunstancia similar e “*impactante*”.

La respuesta de su pareja fue evasiva, ya que sin prohibir continuar el embarazo de forma coercitiva, influyó al señalarle la dificultad de la edad y sus restricciones para que interrumpiera el embarazo. Su respuesta produjo el fracaso en su esperanza de verse apoyada e incluso alentada a ser madre. Por lo tanto, su decisión fue basada en lo que su pareja indirectamente le solicitó.

Respecto a los cinco abortos que ella reporta haber tenido, no confirmó previamente su estado de embarazo en las dos últimas tomas de medicamento.

Ahora bien, aunque las participantes coinciden en signos y síntomas difíciles de soportar, mencionan que el poco apoyo y acercamiento de su pareja fue lo más doloroso e hiriente de su experiencia.

Las participantes tienen en común negar la condición de la maternidad al menos en ese momento de su vida y bajo las circunstancias en las que estaban; las semejanzas entre sí, son el rango de edad, residir en zona urbana y el grado de escolaridad, no obstante, la situación de cada una es distinta por la reacción de la pareja, la posibilidad económica para costear el servicio, el sistema de creencias en torno al aborto, entre otras.

Acudir a un servicio para comprobar el embarazo, implica la posibilidad de poder costear y acceder al mismo. Sin embargo, vivir en una sociedad en la que existe el estigma del aborto, que una mujer joven (visiblemente) en posibilidad de estar embarazada, puede conllevar respuestas de rechazo, ya que la maternidad se representa de forma idealizada, tal como se verá en un apartado más adelante.

En el caso de los métodos de laboratorio que confirman el embarazo mediante el nivel de GCH tienen mayor efectividad aunque el costo y accesibilidad para disponer de ellos no se le facilita a todas las mujeres. Este último privilegio es el que menciona Mariana cuando reconoce que no es sencillo para la mujer joven solicitar estos servicios por el estigma que existe.

También es necesario señalar la cotidianidad de cada mujer. En el caso de Mariana y Aidée, quienes no contaron a su familia lo sucedido, a las pocas horas del aborto regresaron a sus actividades del día a día a pesar del dolor y sangrado sobreponiendo así su esfuerzo ante los síntomas, Mariana piensa al respecto *“era más mi necesidad de querer sentir que no había pasado nada”* (Ver categoría *Considerando los efectos*). Si bien el supuesto principal de la tesis es no haber contado con el apoyo en la experiencia del aborto, se muestra que el secretismo está cercano sin que necesariamente estén ligados.

Como se logra ver en los testimonios, los síntomas tienen una elevada intensidad en quienes tienen mayor tiempo de gestación. Ahora, si bien el dolor es subjetivo, se recomienda mantener reposo absoluto durante al menos 2 días además de los cuidados y revisiones para constatar que no hay mayor riesgo, sin embargo, solo dos de ellas lo mantuvo hasta sentirse mejor, cabe mencionar que sus circunstancias lo permitieron, mientras que el resto de las informantes trató de sobreponerse al aborto volviendo a sus actividades cotidianas.

### ***b) Razones para abortar***

Desde el ámbito legal existen diversas causales que permiten la ILE y varía de acuerdo al estado de la República, recalcando que sólo en la Ciudad de México se permite a voluntad de la mujer. En esta categoría se presentan los motivos por los que decidieron abortar, si bien la mayoría de ellos fueron llevados a cabo en completa voluntad de las participantes, detrás se encuentran diversos motivantes tales como considerar que su pareja no desempeñará un buen rol como pareja y/o papá, a la vez que reconocen la dificultad de poder separarse de él con un hijo/a de por medio; reconocer que no tienen la posibilidad de ofrecer estabilidad económica y condiciones dignas para su crianza; desilusión al pensar en su vida proyectada a futuro; considerar la reacción de sus padres; la influencia de la respuesta de su pareja; y, rechazar la maternidad desde los síntomas hasta la responsabilidad que implica cuidar a otro ser humano. Algunas de estas razones se han expuesto anteriormente (Sedwick, 2018; Aldaz, 2014; Flores Pérez & Amuchástegui Herrera, 2012) y cabe mencionar que los motivantes son influidos de acuerdo a la estructura de cada sociedad. A continuación se presentan las categorías señaladas.

Cuatro de las informantes comunicaron que reflexionaron sobre su estabilidad económica y que al no contar con esta tomaron la decisión.

[...] entré en esa angustia de qué voy a hacer, no tengo trabajo, no tengo nada... (suspiro).  
(Elizabeth)

[...] igual saber que no tenía mucho que ofrecer en ese momento. (Luz)

Yo sabía que cuando tenga un hijo quiero brindarle con mi propio dinero, [...] y sabía que no lo podía hacer, tanto por (pareja) como por mí, así que dije ¿para qué? mejor lo termino; pensaba que era malo pero yo no estaba en las posibilidades de traer a un bebé y darle buenas condiciones y eso para mí era peor por no estar en condiciones dignas. (Aidée)

No tenía estabilidad emocional, no tenía nada que ofrecer y fue muy frustrante saberlo. (Fanni)

Como se alcanza a notar, el último párrafo incluye la estabilidad emocional, aspecto importante para hacer frente a la maternidad que no solo implica cambios físicos y parir a un ser humano, creencia que la informante Fanni mantiene con firmeza: “*no me parece justo que alguien tenga que pagar por los errores de alguien más o por el capricho o sentimiento de soledad*” refiriéndose al descendiente.

Otra razón que las motivó a decidir abortar, fue pensar en la reacción de sus papás, además de considerar las expectativas que tenían frente a ellas. Cabe mencionar que cuando vivieron tal experiencia aún residían en la misma casa con su madre o ambos padres.

Lo primero que pensé fue de “mis papás me van a matar” y dije no, no quiero. (Elizabeth)

Era algo que no se hablaba, por mi cabeza pasaba que había decepcionado a mis papás y que se acababa el futuro y no quería eso. [...] tomé la decisión con base a lo que los demás pudieran decir, a lo que mis papás pensarían de mí y no lo que yo quería, porque yo en realidad sí quería ser mamá, pero fue más el miedo. (Fanni)

[...] igual está el rollo con mi mamá porque ella tiene hasta la secundaria de escolaridad y que yo estuviera en la licenciatura también era un logro de ella que me pudo brindar

todo lo que ella no pudo y siempre deseó; este peso y deuda que yo tenía con ella.

(Mariana)

Suponer la reacción de los padres muestra un fuerte impacto para ellas, aunado a esto es el sentimiento de defraudarles (Lagarde, 2005) al declarar que estaban embarazadas.

El embarazo y la maternidad marcan etapas de la vida al conllevar cambios, por ello se espera estar en buenas condiciones para poder afrontarlos. En algunas familias, se puede pensar como fracaso tener un embarazo no deseado ni planeado en circunstancias adversas y cuando aún no se cuenta con estabilidad en el ámbito académico, laboral, de pareja, vivienda u otros. Sobre esto se ahondará en una categoría posterior. (ver Representación de la maternidad)

Continuar el embarazo cuando se tiene temor a la reacción de los padres implica dar la noticia o esperar a que se muestre en el cuerpo; abortar puede mantenerse en secreto al ocultar toda prueba y evitar su reacción y sentir defraudarles; cada acto lleva consecuencias emocionales.

Otro argumento fue rechazar la visualización de su vida a futuro en caso de continuar el embarazo y tener un hijo/a. El desagrado se da por las posibles circunstancias a futuro lo cual era incompatible con su plan de vida, por ejemplo rehusarse a continuar con esa pareja, vivir en otra localidad, desempeñarse en algo que no era de su agrado o abandonar sus proyectos.

él tenía la idea de formar una familia, de que estuviéramos juntos pero yo no lo amaba, yo no me veía en un futuro con él. (Fanni)

[...] tal vez mis papás me hubieran apoyado en eso, pero yo quería una familia bien y a lo mejor su papá no iba a poder estar y explicar o medio estar, no creo que él se hubiera quedado conmigo, no creo que hubiera sido una familia como yo la quiero, no me veo así.

(Luz)

[...] ni siquiera vivíamos en la misma ciudad y ahora si quisiéramos formar la familia implicaría que él se viene a Querétaro o yo me voy para allá que es lo que más se estipula [...] y pues yo tenía que dejar mi carrera y en mis planes nunca estuvo eso. (Mariana)

Traté de proyectar mi vida y era terminar viviendo en [...] lo que él me ofrece era vivir ahí, ser mamá todo el tiempo; él era de poner negocios en línea, entonces era estar todo el día ahí, y me asusta. (Elizabeth)

Yo había decidido terminar con el aborto porque sentía que no había disfrutado, mis papás son muy aprehensivos [...] y yo quería hacer muchas cosas en la universidad, ya tenía planeada mi vida. (Aidéé)

Es así que rehusarse a la proyección de vida a futuro o confrontarla con el plan de vida, es un factor más para decidir abortar. Es importante reconocer la auto afirmación que presentaron.

Otro motivo más para tomar tal decisión es considerar distintos aspectos de pareja. Los que mencionan las informantes son respecto a no querer estar con él, no amarlo, desconfiar de su capacidad de juicio y para evitar que en caso de separarse se continúe una convivencia forzada.

[...] yo no me quiero ver atada a una persona y yo sabía que no lo quería tener en mi vida [...] igual y el hijo o hija no iba a implicar que me quedara con él pero sí un lazo para el resto de mi vida. (Mariana)

[...] la posibilidad de casarme todavía no estaba en mi cabeza y no quería tener como... si en algún momento de la vida nos llegamos a llevar mal pues íbamos a tener todo el tiempo a un hijo ahí que no nos iba a dejar separar. (Aidéé)

[...] no quiero, no me veo con él, [...] no iba a ser la persona que me va a apoyar en todo momento. Sí, va a estar contigo, no te va a dejar sola pero o sea tener que estar cargando

con tu hijo y con él dije no. [...] cuando me doy cuenta que no conozco nada de él dije no, no quiero y lloramos. (Elizabeth)

[...] era la primer pareja con la que estaba, era mi primer relación formal. (Luz)

[...] no lo amaba, yo no me veía en un futuro con él. (Fanni)

Valorar la relación que se había mantenido hasta el momento y cómo se podría tener a futuro es un factor determinante para decidir continuar o no el embarazo. Incluso consideran la posibilidad de separación. De acuerdo con el INEGI<sup>9</sup>, la cantidad de divorcios ha ido en aumento, por lo que estadísticamente ésta forma de vincularse podría suceder y es lo que evitan de cierta forma.

En definitiva, este factor es muy importante para considerar también la paternidad que ellos podrían ejercer, así como la posible convivencia familiar.

Por otra parte, se encontró que un motivante más para interrumpir el embarazo es rechazar la maternidad. La negativa va desde resistir los síntomas a evitar el cuidado de otro ser humano.

Yo le dije que no quería tenerlo porque no me sentí preparada (...) estaba muy joven.  
(Luz)

[...] cada momento que me sentía mal, hinchada, reafirmaba más ese no, y decía no lo voy a hacer y no seré mamá por obligación y lo noté cuando aventé la hoja (prueba positiva de embarazo). [...] El tiempo en el que tuve el embarazo fue de sentirme mal, como con antojos, fumé mucho como nunca, me sentía cansada, hinchada, fue que dije no quiero nada de esto [...] no me veo con un hijo, no me veo siendo responsable de un ser humano. (Elizabeth)

---

<sup>9</sup> INEGI. Población, Hogares y Vivienda/Nupcialidad/Divorcios/ Divorcios registrados por entidad federativa y tipo de trámite, 2013.

[...] yo no quería ser madre, no era un deseo, no me veo con los procesos físicos que implica, subir de peso, cosas estomacales, sintiendo una panza enorme, no me veo y no lo deseo que es lo más importante [...] (Mariana)

Prestar el cuerpo para la gestación de un ser humano no es sencillo, hay cambios corporales y algunos son irreversibles, implica un gasto de energía distinto y algunas padecen los síntomas, sólo por mencionar aspectos físicos. Mariana se posiciona desde el derecho a elegir, así que opina *“la maternidad será deseada o no será porque si no la deseas todo esto lo vas a vivir como un castigo”* e indica como sanción continuar el embarazo aunque no se quiera.

Es así que el cuerpo se vuelve un espacio de resistencia a la maternidad como mandato de género. A la vez que se consolida que un embarazo se puede terminar a voluntad de no querer continuarlo y no bajo causales presentadas por terceras personas.

Por último, la razón que dos participantes reportaron como un motivante más para elegir no continuar el embarazo fue la respuesta de su pareja.

[...] me dijo “es que estamos muy chavos” y me llenó de mucha frustración porque le dije que le había confiado lo doloroso que había sido el primer proceso y no esperaba que me rechazara. (Fanni) [2do aborto]

Me molestó mucho que quisiera chantajearme, que me dijera “si lo abortas vamos a poder estar bien, vamos a ser felices y en algunos años vamos a poder darles estabilidad” y tenía razón, nuevamente no había los medios. [...] La mayor motivación fue no sentir el apoyo, no fue que yo deseara interrumpirlo porque yo sí quería sacarlo adelante pero fue la crisis de no saber qué hacer, de no saber a dónde moverme y el miedo... miedo a no recibir el apoyo de las parejas. (Fanni) [3er aborto]

[...] voltea y me dice “sí, sí estás embarazada”, él se recuesta a lado mío y después como de 5-10 minutos de silencio dice “¿y cómo sé si es mío?” [...] este hombre me dejó en claro que el calvario nunca iba a terminar que inclusive con una prueba de ADN iba a seguir dudando de la paternidad de ese niño o niña, dije esto no puede ser. (Mariana)

Además de la imposibilidad de ofrecer buenas condiciones, Fanni identifica como chantaje la respuesta de su pareja. Ella (a sus 15 y 20 años) esperaba contar con el apoyo de sus parejas para continuar el embarazo pero no lo obtuvo de ninguno, tampoco de su papá, a quien se acercó para compartirle la situación esperando su ayuda, a cambio él le respondió indirectamente que abortar era la mejor solución. Sin apoyo de alguien decidió no continuar los embarazos a pesar de no querer hacerlo porque “*desde muy niña había deseado pertenecer a una familia*” elección que posteriormente le traería consecuencias acordes a la incongruencia de sus creencias y su acto.

En resumen, las informantes decidieron abortar por al menos tres razones, algunas de estas eran circunstancias provenientes de ellas mismas, mientras que otras fueron bajo influencia del exterior, por ejemplo el nulo apoyo o apoyo inconstante de la pareja; lo económico; o preferir no compartir la maternidad en ese momento de su vida con ese compañero de relación.

### c) ***Aspectos generales en el uso del método anticonceptivo***

Esta categoría presenta las dificultades que se dieron con los métodos anticonceptivos que provocaron el embarazo. Aunque no se ahondó en este aspecto, se encuentra desinformación y ciertas creencias en torno a estos. Con la finalidad de conocer las razones por las que el método fue inconsistente, mal aplicado u omitido, este apartado muestra el trasfondo.

Una vecina le preguntó su opinión de las que se embarazan muy jóvenes [...] mi mamá dijo que era una estupidez habiendo tantos métodos anticonceptivos para cuidarse sucediera [...] están estas ideas de les pasa por calenturientas, por irresponsables, por

abrir las piernas y es un prejuicio muy grande, la idea de por qué no te cuidaste si hay tantas cosas, etc. Ahora entiendo que las mujeres no nos cuidamos por muchas otras cosas que no solo tienen que ver con irresponsabilidad. (Mariana)

En lo que se refiere a los métodos anticonceptivos que existen, se pueden catalogar como naturales, de barrera, químicos u hormonales y definitivos o quirúrgicos. Aunque en su mayoría el rango de efectividad es alto también hay rango de falla.

*no lo podía creer porque yo en ese momento sentía que era muy regular, teníamos algún concepto y las cuentas no daban. ¿Ustedes usaban el método del ritmo?: Ajam, el de los días, de antes y atrás. (Luz)*

*yo acababa de quitarme el implante, no había decidido qué método iba a ocupar, ya no quería hormonas (...) no llevaba cuentas porque todavía mi ciclo no se regularizaba, 6 años no reglé. (Elizabeth)*

*Después empecé a cuidarme, en esa clínica me dieron un poco de asesoría y pasaron muchos años, como 5 años, entonces usé un DIU durante esos 5 años, me lo quito y vuelvo a embarazarme. (Fanni)*

El problema radica en el desconocimiento del funcionamiento de los métodos de anticoncepción (Olguín, 2017; OMS, 2014). El “ritmo” es un método natural que consiste en evitar las relaciones sexuales los días más fértiles del ciclo menstrual. Su riesgo radica en que los espermatozoides pueden alojarse en el útero de la mujer, manteniéndose en buenas condiciones y producir la fecundación. Los siguientes casos involucran métodos hormonales, los cuales dejan de tener efecto cuando no están en el cuerpo pese a la demora de la regulación hormonal.

No obstante, es importante mencionar que hay factores que dificultan o imposibilitan utilizarlos por el estigma proveniente de terceros, por ejemplo tratar de ocultar su uso y con ello su vida sexual activa o bien, por coacción de la pareja.

Yo usaba pastillas anticonceptivas, pero como era mi única pareja sexual, no usaba condón. Una vez fui de viaje y no llevé las pastillas para que no las vieran mis papás, como dejé de tomarlas se me olvidaba después. Fue por mi tontería de no tomarlas adecuadamente, sí tenía método pero mal empleado. (Aideé)

Mi pareja en ese entonces, muy sutilmente me llegaba a decir que el que yo usara métodos anticonceptivos era como que yo tuviera luz verde para meterme con quien quisiera porque así no podría salir embarazada Para él era de si estás usando pastillas u otro método significa que hay más posibilidades de engañarlo y eso fue algo que creo se me instauró mucho, me llegó tan a fondo que llegó el momento en que dije “es que no quiero hacerlo enojar, no quiero tener problemas con él” y simplemente no lo hacía. Cuando yo lo conocí usaba la inyección, pero después cuando me vi envuelta en esta relación fue que lo dejé de hacer. (Mariana)

El caso de Aideé ilustra la intención de ocultar el uso de un método y así evitar mostrar la vida sexual activa que mantenía, guardando una imagen de mujer tradicional (Lagarde, 2005) cuya vida sexual no es mostrada abiertamente.

En cuanto a lo vivido por Mariana, se muestra el tema de la violencia sexual, ya que su pareja le prohibía utilizar un método para evitar el embarazo por sospechar que podría serle infiel. Por medio de la manipulación ella dejó de utilizar las inyecciones para evitar reproches de su novio. Esa relación terminó y ella reconoce como violencia el poder que él tenía frente a ella; hoy día ella sabe que él podía desconocer si utilizaba hormonas inyectables pero temía su reacción. Un aspecto que influye en el empleo de los métodos es el amor romántico desde el cual se considera

que es un amor ideal en el que no hay necesidad de utilizar condón u otro método anticonceptivo (Herrera, 2012).

Respecto a la prevención del embarazo no se ha incluido a los hombres tanto como se responsabiliza a las mujeres. Las parejas de las informantes tuvieron cierta omisión en proponer o utilizar un anticonceptivo. Esto puede deberse a ideas del amor romántico que están ligadas con el género.

¿Te protegías en ese entonces?: No, no me protegía, en ese momento, mi pareja era como muy estable, entonces no hubo la precaución. (Fanni)

él nunca usó un condón estando conmigo, jamás quiso hacerlo, jamás lo propuso, jamás dijo “de esta manera nos cuidamos” (Mariana).

traté de recordar que esa vez no habíamos ocupado condón, fuimos a una fiesta y me dije es tu responsabilidad, tienes que seguir lo que has dicho, tienes que asumir las consecuencias de tus actos. (Elizabeth)

Hasta el momento, las informantes tenían más de 20 años y cursaban un nivel educativo alto, aunque esto no implique llevar educación sexual, sí se podría indicar de cierto modo la facilidad en acceder a información documentada o servicios médicos, aunque estos últimos pueden traer deficiencias (Amuchástegui, Flores & Aldaz, 2015; Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, s/f).

(En la clínica donde hizo el procedimiento de aborto) te dizque dan una orientación de los anticonceptivos pero está super chafa. ¿por qué piensas eso?: solo te decían están los condones, está esto, pero no te decían cómo funcionan o qué efectos tenían o qué probabilidades tenían, nada, solo te decían están estos métodos, elige el que tú quieras,

pero no sabes cuál es el mejor para ti, por eso empecé a ir con una ginecóloga y se volvió mi ginecóloga de cabecera. (Aideé)

Para concluir, queda la contradicción entre el estigma de tener un embarazo no deseado y que no exista suficiente educación sexual ni lugares en los que la población en general pueda acercarse para adquirir información y atención adecuada del tema. Además de que la prevención del embarazo sigue recayendo en la mujer a quien se dirigen muchos de los métodos anticonceptivos. Las relaciones sexuales son sostenidas por parejas con compromiso de por medio, donde el hombre parece no involucrarse en la prevención del embarazo o ITS, por lo que su participación puede ser nula, insuficiente o de prohibición en el cuidado.

Es importante comprender que el desconocimiento o creencias basadas en información equivocada, involucra a todos los grupos etarios que pueden contribuir al estigma del aborto por considerarlo como una decisión deliberada sin el cuidado que los métodos anticonceptivos ofrecen con su respectivo rango de ineficacia, o bien, por el desconocimiento del uso adecuado de los mismos. Definitivamente, conocer de los métodos no equivale a tener la aptitud de emplearlos, aún usándolos adecuadamente existe baja probabilidad de embarazo.

## **2) Aspectos que influyeron en la decisión**

Es primordial distinguir esta meta categoría de las razones para decidir interrumpir el embarazo, en este apartado se enfoca a partir del Modelo ecológico del estigma del aborto, el cual rige la presente investigación. El interés en abordar las categorías de forma separada es señalarlos y elaborar la relación entre ellos mismos, ya que forman parte del sistema e impactan entre sí.

En esta categoría se abordan las nociones previas que las informantes tenían al abortar, creencias dadas por el medio, trato dado por el sistema de salud y la omisión de para hablar del tema. Por último, como categoría emergente se expone creencias de la maternidad.

### **a) Posicionamiento previo**

Cada informante tenía una opinión al respecto del aborto antes de llevarlo a cabo. No plantearon hacerlo de forma voluntaria en ejercicio de su derecho y/o a razón de un plan de acción en caso un embarazo no planeado.

Únicamente una participante refiere que el aborto era *lo peor del mundo*; en otro apartado más adelante se expone si esa creencia se mantiene o cambia. Cabe mencionar que ella valora a su familia como “bien tradicional”, aspecto que puede tener gran peso en su juicio.

Por otro lado se encuentran quienes valoran la interrupción del embarazo como un método para evitar situaciones que ponen en riesgo a la mujer gestante, para evitar violencia entre los progenitores o por dificultad en brindar condiciones dignas.

yo la posición que tenía no era completamente cerrada, sin embargo sí decía “si algún día me llega a pasar tengo que hacerme responsable de mis actos”. Yo estaba a favor si venía mal, alguna enfermedad, riesgo para la madre, violaciones, pero si te falla el método sí hacerte responsable. [...] vi una publicidad que me provocó escozor que era de Marie Stopes, decía “todo el mundo está en contra hasta que le pasa”, me enojé, sí me provocó sentimientos muy raros. [...] yo pensaba que era algo muy traumático, muy feo, muy difícil.  
(Elizabeth)

Siempre he pensado que si no estás preparada para traer hijos al mundo, mejor no lo hagas, no creo que un ser humano o alguien merezca sufrir por el egoísmo de otros. Creo que los hijos se han usado para chantajear o manipular entre los padres [...] entonces siempre he estado de acuerdo con la interrupción. (Fanni)

Pues pensaba que estaba mal el aborto. (Aideé)

El posicionamiento a favor del aborto considera circunstancias y limitaciones de la mujer que no dependen únicamente de ella. Al estar de acuerdo con la interrupción del embarazo teniendo en cuenta inconvenientes (y su propia negativa) comunica el interés por mantener un buen trato.

Al contrario, estar en entornos que no permiten abortar, orilla a llevar a cabo un procedimiento que pone en riesgo a la mujer (Burns, Lovich, Maxwell & Shapiro, 2012; OMS, 2014; Secretaria de Salud, 2016) lo cual se guarda en la memoria individual, incluso colectiva.

siempre estuve a favor en todas las condiciones, sólo me preocupaban los casos que me decía mi mamá [...] tantas cosas que veía con ella y me contaba las dificultades, me traumó mucho con eso. (Luz)

Conocer que existen casos de aborto que amenazan la vida de mujeres provenientes de situaciones de pocos o escasos recursos (sociales, económicos, culturales) muestra el riesgo que viven a causa de la desigualdad social.

Aunado a ella se encuentran las creencias estigmatizadas adquiridas desde las relaciones inmediatas que tiene la mujer, entendiéndose por éstas la familia, pareja, amistades, entre otras, las cuales pueden transmitir la práctica desde el tabú, ejemplo de ello es la mamá de una informante que al vivir un aborto espontáneo “no habla de su experiencia y no sale del no sé”, indicando incomodidad y secretismo, que influye en las consideraciones que se tiene del aborto.

### ***b) Creencias y actitudes en torno al aborto***

Creencia es un concepto muy amplio y contribuido, sin embargo, se abarca en sentido que “son ideas ya asumidas por la sociedad y con las que el sujeto en su desarrollo se encuentra y adopta como interpretación de la realidad” (Díez Patricio, 2016, 130). Estas mismas se defienden como válidas. Mientras que otra aportación es que las creencias surgen de la interacción del contexto cultural, teniendo factores que intervienen en ellas como las diferencias individuales (Balleza,

González & Rosas 1994, citados en Vega, 2014). Por ende, las creencias provienen del entorno en el que se desenvuelva la persona.

Por otro lado se encuentran las actitudes, que de acuerdo con Allport (1935) son “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones”. también se les considera como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto (Rodríguez, 1991). En resumen, las actitudes a diferencia de las creencias, son fenómenos con carga afectiva.

Una vez entendida la diferencia entre ambos conceptos, se puede partir que las creencias y actitudes en torno al aborto son influenciadas por el medio (Vega Ponce, 1992; Inroads, 2016). Como muestra se encuentran comentarios directos que evidencian creencias relativas a un daño emocional, afectivo y de resignación a no poder gestar o llevar a cabo la maternidad a futuro.

Sentí feo cuando decían “ay ‘J’ que bien que lo tuviste, es muy feo abortarlo”, que se hubiera “arrepentido si lo hubieras sufrido”, “estarías deprimida” o “te hubieras quedado sin ser mamá”. (Aideé)

“Es que si te pasa una vez nunca se supera” me dice, “vives con remordimiento”. (Elizabeth)

Esto que había leído de que se arrepienten, la depresión y se sienten terriblemente con ella y van a quedar marcadas [...]. (Mariana)

Creo que me topé más con providas que desde la secundaria te enseñan que sale la manita y que destrozan el feto parte por parte y estar rascando hasta sacar todo y yo pensaba que era así. (Elizabeth)

Estas creencias y actitudes hacen reconocer al aborto como una práctica indebida que por tanto debería mantenerse en secreto (Cockrill, Upadhyay, Turan, & Greene, 2013; Izugbara, Otsola & Ezeh, 2009; Kebede, Hilden & Middel-thon, 2012; Tagoe-Darko, 2013; Astbury-Ward, 2015; Cockrill & Nack, 2013; Weitz & Cockrill, 2010, citados en Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto, 2016) lo cual perpetúa la información errónea, ya que no se da oportunidad a hablar del tema por tener creencias limitantes arraigadas. La interrupción de Elizabeth, fue a las dos semanas de gestación, por tanto, el desarrollo fetal aún no estaba tan avanzado como el de otras informantes, ella menciona que *“mientras más rápido actúes, menos doloroso y traumante tendría que ser”*. De hecho ella presentó una disonancia cognoscitiva ya que tenía creencias distintas a cómo fue su experiencia, ella esperaba fuera aún más doloroso, al respecto comenta: *“fue como de ¿pasó o no pasó? y sé que pasó porque me hicieron un ultrasonido”*, por lo que la pudo haber predispuesto y de ahí la incertidumbre que mantiene.

Algunas creencias se instalan en el marco de la religión, lo cual implica un castigo. En el caso de dos informantes, refirieron que la represalia (Shellenberg, et al. 2011) sería la probabilidad en no poder tener descendencia más adelante por haber intervenido en esa ocasión.

[...] las complicaciones después me hacían pensar que esa fue mi oportunidad de tener un bebé y que el destino me decía ahora ya no lo vas a tener. (Luz)

[...] y muy en el fondo sentía que Dios me había dado la oportunidad, yo lo había desechado, lo había rechazado [...]. (Fanni)

Por parte del medio comunitario nivel más cercano a ellas, algunas informantes hablaron acerca de la postura de su madre, la cual podría tolerar el aborto, no así si era su hija quien lo practicaba, por lo que la cercanía afectiva en este vínculo muestra más resistencia y adhesión al estigma.

pese a que mi mamá hoy día y en ese entonces apoyaba el aborto [...] yo sentía que no podía y que no puedo incluso decirle que yo lo hice porque hablando de experiencias personales es muy distinta tu postura cuando es algo ajeno. (Mariana)

Mi mamá como que sí está a favor pero en mis hijas no, jaja, algo así, con alguien ajeno a su familia lo tolera. Yo sé que si se hubiera enterado no me hubiera dejado hacerlo, me lo hubiera impedido, es algo que no sé si algún día le pueda decir [...] porque no creo que lo vea bien, va a ser fuerte para ella porque ella lo vivió y estaría en contra. (Luz)

Definitivamente el apoyo de la madre suele ser uno de los más deseados por las mujeres que interrumpen su embarazo (ver categoría El acompañamiento ideal). No obstante, conocer o intuir que la madre reprobaría que lo hayan llevado a cabo, hace que tengan aún más recelo de contar su experiencia. Así, se abre un espacio a investigar y trabajar las creencias del aborto desde el rol de madre para generar un cambio que promueva el buentrato y confianza.

Como se ve en esta categoría, la mayoría de las creencias están basadas en el dogma de la religión que conlleva castigo a pesar de sofisticar el discurso (Lemaitre, 2016).

Sin embargo, mediante estrategias como la psicoeducación o difusión de información científica, las creencias se pueden modificar ya que se aprenden y cambian por medio de la interacción, dentro del contexto (Myers, 2005; Worchel et al., 2002).

### ***c) Falta de información***

Existen diferentes fuentes y niveles de información presentada de forma científica o sesgada. La responsabilidad de hablar de uno de los derechos de la mujer es del estado, mientras que de cada ciudadano y ciudadana es permitir la información sin falsear.

Una creencias popular es que hablar de algún tema promueve su práctica; no obstante, que un tema se oculte no significa que no exista aunque puede ser un intento para ser erradicado.

Las cinco informantes declararon que en algún punto de su vida, no contaban con información al respecto del aborto, Elizabeth refiere “*no había buscado información, no me había pasado, a nadie cercana tampoco*”. El secretismo fomenta no hablar de estos procesos abiertamente, por lo que se perpetúa y se surge el estigma del aborto (Cockrill, et al., 2013). Solo en ocasiones en las que se informa debidamente a las mujeres o de ellas parte el interés por conocer más del tema llegan a información verdadera es que se rompe el estigma, lo menciona Mariana diciendo “*después por curiosidad vi que no era tan caro*”.

La desinformación abarca desde el lugar en donde se puede pedir información, su costo, hasta el proceso fisiológico.

Es que pensaba sí estoy a favor, nunca estuve en contra pero aah, era más la falta de información. (Elizabeth)

[...] estoy pensando que hago lo correcto pero ojalá mi cuerpo reaccione bien que no se complique. (Luz)

Mi mamá hasta hace poco me decía [...] “bueno, es que en cuánto le va a salir un aborto, es carísimo” que no se qué, le dije a ver, ¿cuánto crees que cuesta? y me dijo pues como arriba de los \$20,000, le digo, “jaja, mamá estás totalmente equivocada, hay clínicas en las que te cuesta desde \$2,500, \$3,000, \$5,000 y va aumentando e incluso es gratuito en las clínicas de la CDMX”, mi mamá se impresionó [...] si ella tiene ese desconocimiento, no me quiero ni imaginar la población en grueso. (Mariana)

me preocupaba [...] la práctica de donde lo haces o cómo llegas al hospital y dices quiero hacer eso. (Luz)

Recuerdo que en ese momento no tenía la confianza de hablarlo con mi mamá porque era un tema tabú (tenía 15 años) era simplemente algo de lo que no se hablaba y pues no sabía ni qué [...]. (Fanni)

La falta de información, ocultación o manipulación limita el derecho a decidir sobre el cuerpo (Amuchástegui, Flores & Aldaz, 2015) lo cual puede complicar más el proceso con sesgos y estrés o indecisión que complique el tiempo límite para interrumpir el embarazo

#### **d) Asistencia en los servicios de salud**

La atención en los servicios de salud que recibieron las participantes fue variado. Únicamente una de ellas dijo abiertamente que su experiencia en la organización internacional no gubernamental fue apropiada, ella menciona que fue “*esta pequeña isla de salvación, fue un lugar donde me sentí segura, apoyada, inspirada por todos ellos*”.

Aunado a esto, es común escuchar que la población en general tiene preferencia por el sector privado de la atención médica (Zurita & Ramírez, 2003) y precisamente las cinco informantes acudieron a este tipo de atención por lo ya mencionado.

De la clínica de hecho también por eso busqué privadas, pensé que sería mejor, porque había visto comentarios en internet (Aideé)

tenía también este estigma al sistema de salud pública que dije prefiero 1,000 veces pagar para que la atención sea un poco más privada y especializada, pero no tenía mayor información. (Mariana)

Como se mencionó, la CDMX cuenta con trece clínicas especializadas en salud sexual y reproductiva que realizan la ILE de forma legal, segura, confidencial y gratuita; sin embargo, ninguna de ellas recurrió a alguna de ellas y las razones son por el desconocimiento de su existencia y/o funcionamiento, además de querer mantenerlo íntimo.

A pesar de haber recurrido al servicio privado, dos de ellas consideran que no tuvieron una buena atención por parte del personal, esto debido a comentarios que las incomodaron y disgustaron por considerarlos inadecuados al servicio que brindan, *“como de te estoy vendiendo un producto, vas, vienes y te vas”*. Es la carencia de tacto, es decir de la habilidad o cuidado al tratar asuntos complicados para otras personas, que dan comentarios como *“pues ahí está tu bebé”* y cause molestia en las mujeres que reciben la atención.

[...] ya iba con el dinero y decidida, bueno ni tan decidida porque también traía muchas dudas, entonces llegué, les comenté y les dije que tenía estas dudas y agarraban y me decían *“ah pues sí pero si ya vienes, pues ya”*, y yo de bueno. (Aideé)

después me mandó unos anticonceptivos y yo le dije *“no quiero meterme hormonas porque sé que son como delicadas”* y me dijo *“ah, ¿no te quieres cuidar?”* le dije *“no es eso, pero hay otros métodos no?”*. No me gustó ese comentario de no te quieres cuidar, *¿qué quieres que te vuelva a pasar?* y de una mujer [...] creo que le faltó tacto. (Luz)

En el caso de Aidee quien aún no estaba totalmente segura de su decisión, la persuasión para realizarse el procedimiento hizo que cediera, aunado al precio elevado y tiempo de gestación que tenía. A diferencia de Luz, ella acudió a la cita de revisión posterior al procedimiento, sin embargo, su médica le prescribió anticonceptivos hormonales. En ambos casos se ignoró a la mujer como sujeta de derecho al no pedir su palabra ante una decisión sobre su cuerpo.

De las participantes anteriormente mencionadas, posteriormente una de ellas encontró una ginecóloga de su agrado con quien aún se mantiene en atención, mientras que Luz tuvo complicaciones para encontrar a alguien con quien sintiera confianza y respeto, acerca de su proceso ella dice *“fui vagando, no me acomodé con ginecologas mujeres, porque vas y te preguntan tus antecedentes, hay quienes te ven con ojos críticos, otras más imparciales, pero no creo que tengan tanto tacto porque te opinaban, eso sí me incomodó”*.

Es así como el estigma del aborto alcanza a profesionales de la salud que se relacionan con tal tema (Inroads, 2016). Sin embargo, el personal médico no es el único pertinente, desde la psicoterapia también es necesario conocer del tema para brindar atención adecuada.

Yo creo que no lo externaba tanto, además ella (psicoterapeuta) no era de quedarse en el drama, era de lo que sigue, su método es así. No sé, no me dio la confianza de contarle.

(Luz)

Para finalizar esta categoría, es importante recordar que la objeción de conciencia tiene que ser respetada y no debe impedir que se brinde la atención solicitada.

Como se ha visto, el tema del aborto es transdisciplinario, por tanto el personal de salud requiere conocerlo como derecho de la mujer para brindar un servicio de buena calidad, resolviendo dudas sin entrometerse en su decisión *“porque luego sales regañada, y es un derecho y la persona (personal de salud) es solo un facilitador, no quien decide”*.

#### **e) Creencias de la maternidad**

A nivel social se puede apuntar a los mandatos de género que presumen a la mujer mediante categorías de cuidado, delicadeza, afecto, ternura, entre otros adjetivos; a su vez, se puede hablar de la maternidad la cual no se ha distinguido por estar en reflexión y decisión libre (Sánchez Rivera, 2016) lo cual muestra a la mujer limitada por este rol, desde lo comunitario.

Dentro de las razones para decidir abortar se encuentran las creencias de la maternidad. Una de las opiniones acerca de este rol es que estabiliza la vida de la mujer e incluso la relación de pareja.

Hablé con mi cuñado [...] Él también se puso feliz, me dijo “que bueno, que tener un hijo es la experiencia más maravillosa para una persona y es lo que necesitas porque te veo muy perdida”. (Elizabeth)

(tras conflictos) *me empezó a recalcar que “hubiéramos tenido una familia, un hijo” y me hacía comentarios disimulados.* (Aideé)

No obstante, parecen tener mayor peso aquellas creencias personales provenientes de su historia de vida; estas reflejan una imagen que a futuro limita la vida de la mujer al sujetarlas al ámbito doméstico.

Por lo que respecta a la maternidad, tema amplio y vinculado con el aborto, se consideran implícitas las condiciones restrictivas que ocasiona a quienes cumplen ese rol y desde terceros se le piensa como un hecho favorecedor a la vida en general de la mujer.

La razón de incluir este apartado tras surgir en *Razones para abortar* es para mostrar el desacato a mandatos de género que en la mayoría de las informantes se dio. Como se ha visto, las creencias culturales tienen mucha relevancia en la toma de decisión a nivel individual, sin embargo, las mujeres que compartieron su experiencia privilegiaron su elección desobedeciendo al precepto de cumplir con la maternidad; esto con apoyo de clínicas que brindan la ILE las cuales fueron establecidas posterior a la lucha feminista (Lamas, 1992).

### **3) Vivir un aborto sin acompañamiento**

La presente meta categoría incluye aquellos aspectos que comunican los motivos de no haber contado con acompañamiento formal ni informal, tema central de la tesis. Es importante reiterar que la invitación a participar en el presente estudio fue a mujeres que hayan interrumpido al menos un embarazo y considerar que no tuvieron algún tipo de apoyo, por ende, se dejó a libertad tal condición.

Las categorías que conforman esta sección son los motivos por los que no solicitaron apoyo, el tipo de acompañamiento que les hubiera gustado tener, la suposición de redes de apoyo con las que pudieron contar y el desconocimiento de asociaciones que brindan acompañamiento.

**a) Ocultando lo que se siente: el por qué no se acercaron a alguien**

Tratar de ocultar un embarazo no planeado y considerar el aborto es complicado y agotador mentalmente ya que están inmersos distintos sentimientos y creencias los cuales tratan de esconder, limitando su comportamiento; en algunos casos incluso se reprime el deseo de hablar.

me acuerdo mucho de una chica que ya tenía una hija se acercó y me dijo “¿qué tienes, estás bien? te noto extraña”, pues yo estaba apartada de todo. Recuerdo esa sensación de quererle decir todo, soltarme a contarle pero una vez más pudo más mi prejuicio de “no, qué van a decir de mí, qué van a pesar de mí”, así que me callé. (Mariana)

Pues es que ya no quería hablar del tema, pensaba que el tiempo lo iba a curar todo. No quería hablar ni que me escucharan llorar, fue hasta lo de (hermana) cuando todo volvió de repente, de ahí en fuera no quería que se enteraran ni que me preguntaran (Aidee)

[...] no confiaba en las personas, no sentía que alguien podía entenderme [...] no sentí que a alguien le pudiera importar, era como de “cállate mejor”, no creí que alguien quisiera ayudarme [...]

Fue difícil no hablarlo [...] no lloré, sola sí pero con alguien no. (Luz)

En el caso de una de ellas, la autoridad de su madre y desaprobación del aborto si lo realizara su hija, la lleva a suponer que se lo hubiera impedido, limitando su libertad de decisión.

Ninguna de las informantes se acercó a una red de apoyo que consideran pudieron haberles brindado el apoyo adecuado. La razón por la que no acudieron con alguna persona fue por la excesiva preocupación al no saber cómo actuar y para evitar ser juzgadas, aunado al estigma que reconocen por el cual podrían haber sido señaladas e incluso ver obstaculizado el proceso para llevar a cabo el aborto. Lo cual coincide con lo encontrado en investigaciones realizadas (Álvarez Vázquez & Avich, 2012; Cockrill et al. 2013; Levandowski et al., 2012) las cuales

muestran que los saberes comunitarios influyen en la mujer de modo que se produce la culpa y el secretismo que perpetúa el estigma del aborto a nivel comunitario.

Me puse a tomar y le dije (hermana) oye pasó esto, no le dije “decidí abortar” porque no podría, no sé su postura pero me iba a decir que qué hice, solo le dije que la cosa se había complicado, que “me puse mal”, ellos no preguntaron y yo no tuve que hablar más.  
(Elizabeth)

pues porque yo sabía que no le podía contar a mis papás, decirles “quiero abortar” porque me iban a criticar (Aidee)

Yo tenía ya esos valores que mi mamá decía sobre el embarazo y dije “no, no puedo decirle y no quiero decirle” [...] me sentía muy culpable por haberme quedado embarazada; me sentía como si me fueran a señalar demasiado, como si me fueran a juzgar (Mariana)

Fue algo que no tuve la confianza de hablar jamás con nadie, obviamente por el miedo a la ‘juzga’, incluso con mi pareja fue un tema que no volvió a tocarse. (Fanni)

Por parte de las personas que reprueban el aborto habría un trato distinto hacia la mujer que interrumpe su embarazo pues la impresión que se tuviera de ella se guarda en la memoria y de acuerdo a las creencias que se tengan de tal práctica será la forma en que se dirigirá a ella<sup>10</sup> (Hastie & Kumar, 1979; Goffman, 2015; Link & Phelan, 2001). En contraste, no es común que se parta desde inferencias (teorías de la atribución<sup>11</sup>) para considerar la situación que impulsó a

---

<sup>10</sup> El modelo de la memoria propuesto por Srull y Wyer (1989) se forma la impresión de alguien y se guarda en la memoria para uso posterior, es decir que los juicios que se hacen acerca de una persona suceden tras recordar la representación que se tiene prevalentemente. A partir de ella se da el trato congruente con el sistema de creencias que se tengan. Además es importante mencionar que se suelen recordar los actos irreverentes con mayor facilidad, frente a las consistencias o datos irrelevantes (Hastie & Kumar, 1979).

<sup>11</sup> Las teorías de la atribución proponen que se elaboran inferencias de los hechos para encontrarles sentido a su existencia.

la mujer a interrumpir su embarazo. Finalmente, las creencias estigmatizadas del aborto, no serían sencillas de eliminar sin conocer las razones que hay detrás y sabiendo que es un derecho.

Al mismo tiempo es pertinente validar la incertidumbre que implica hablar de la situación del aborto ya que el medio puede desconocer cómo responder con apoyo. En el caso de Mariana se sabe que además de su pareja, también le contó a una de sus amigas quien le prometió ayudarla a conseguir dinero, sin que eso se intentara siquiera, la informante le confesó sentirse sola y angustiada a lo que su amistad le respondió *“déjame asimilar lo que está pasando”*, tal contestación la desconcertó y se situó como la principal afectada. Ella informa que hoy día reconoce que no se sintió respaldada por alguien, sin embargo dice entender que *“cada persona vive los procesos diferente”*. Entonces, el acompañamiento no solo involucra a profesionales de la salud o a la mujer como solicitante de acompañamiento, sino a toda la comunidad para al menos no fomentar más estigma.

Respecto a sus parejas, quienes tuvieron diversas respuestas antes, durante y después del aborto se puede observar que bajo la perspectiva de género existe campo para trabajar en la expresión y manejo de emociones.

Como se vio, es el temor a ser juzgadas lo que impide a las mujeres hablar de su situación (Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto; 2016 y ante grandes secretos, la revelación como descarga favorecería a aminorar la angustia (Lagarde, 2005). Siendo que no todas ellas tenían las condiciones favorables para hablar de su aborto, al mantenerlo en secreto se dieron pensamientos intrusivos (Major & Gramzow, 1999).

***b) El acompañamiento ideal: lo que les hubiera gustado***

Posterior a la experiencia que las informantes tuvieron de su interrupción de embarazo, el apoyo con el que les hubiera gustado contar era por parte de su pareja y familia principalmente.

Sin embargo, cada situación de las informantes es distinta y tal preferencia también, aún así el tipo de acompañamiento esperado que tienen en común es ser de tipo emocional.

Por parte de su pareja, el apoyo esperado es desde una posición que respeta su decisión, estando presentes física y emocionalmente, es decir, sin tratar de convencer discretamente cualquier elección evitando la coacción; así mismo, refieren importante la comunicación entre ambos la cual abarca compartir su sentir y estar al pendiente del proceso.

Mientras que de parte de la familia se esperaría atención, cuidados, escucha, disposición y respeto a su decisión. A pesar de la inclinación por esta forma de acompañamiento, una de las participantes comparte que la respuesta que esperaba de su hermana era alentando continuar el embarazo y apoyo para decirle juntas a sus papás ya que ella les temía, además de no estar segura de su elección, por lo que tal alianza hubiera permitido afrontar la reacción de sus padres al sentirse respaldada.

De mi pareja que me dijera cómo te sientes y que él compartiera cómo se sentía, sí era mi cuerpo pero era nuestro hijo, él ya tenía y supongo que él sabía limitarse se ha de sentir de cierto modo [...] de mi mamá que estuviera conmigo mas con el conocimiento que ella tiene, de cómo te sientes, como vas, tómate esto, acuéstate no pasa nada, platicar conmigo de su experiencia, ella no habla de su experiencia de aborto y no sale del no sé. A lo mejor las dos pudimos haber sanado de algún modo aunque fueran experiencias distintas. Mi papá que me hubiera dicho es duro, es difícil pero es lo que tú quieres está bien, es tu decisión, no estigmatizando. Mi hermana que es pro aborto que me dijera sí es difícil, pero aquí estamos, que necesitas, sin juzgar, sin opinar. (Luz)

Esperaba, que me dijera es tu cuerpo, tú decide, porque me decía yo te apoyo en lo que decidas, pero me decía que lo tuviera, entonces no sentía que fuera coherente. De mis otros amigos, sabía que si yo lo tenía me iban a decir ya te quedaste pero no me iban a juzgar. En realidad creo que no esperaba nada, más que de mi hermana y de mi pareja (Aidée)

Parece ser que el tipo de apoyo esperado está orientado a la decisión por la que están mayormente inclinadas manteniendo ellas mismas la decisión final, además señalan la preferencia de que provenga de personas con quienes tienen un vínculo más cercano.

### **c) *Suponiendo redes de apoyo***

Se indagó la posibilidad de haber contado con el apoyo de alguien a lo que las informantes pensaron que pudo ser posible tener el acompañamiento de alguna amistad. Es importante mencionar que esta pregunta pareció ser inesperada para ellas de forma que era la primera vez que se lo plantearon, aunado a ello se tiene que diferenciar que si bien algunas no contemplaron otras redes de apoyo [ver categoría El acompañamiento ideal: lo que les hubiera gustado] porque su experiencia estuvo cargada de mucha preocupación y temor a ser juzgadas, se les dificultó considerar a alguien.

A mi amiga de toda la vida de la prepa, en ese entonces, como a los dos meses me invitó a una reunión [...] ella lo detectó, me preguntó y solo le dije “estoy bien”, como que se sintió y me dijo “no puedo creer que no me hayas dicho”. Creo que sí me pude haber quedado con ella, creo que me daba pena o es que sentí que la cagué mucho y no me acerqué [...] creo que ella no me hubiera juzgado pero no sé porqué no me acerqué, creo que estaba muy apenada, sacada de onda. (Luz)

Creo ahora que si yo hubiera hablado con otras personas, otros amigos, amigas, muy probablemente yo hubiera tenido su apoyo [...] (Mariana)

Le hablé a dos amigas, no para contarles pero sí por lo menos las invité a mi casa y no pudieron ir. Mis papás no sé, no somos familia unida de platicar [...] no veía más gente y no sabía a quién acercarme. En ese momento pues no pudieron y tampoco les dije, tal vez si les hubiera dicho pero no lo sé, hubiera sido otra reacción tal vez, no lo sé. (Elizabeth)

[...] tal vez si hubiera pedido apoyo lo hubiera tenido pero pues no lo hice por miedo a que me dijeran que no, a que me juzgaran. (Fanni)

Como se ha podido ver, la limitante de quien interrumpe su embarazo para acercarse y hablar de su situación con alguien es por miedo a ser juzgada. Fue hasta la entrevista que consideraron probable el apoyo por parte de alguien de haberlo pedido. No obstante hay una diferencia en el estado emocional durante la entrevista y cuando estaban en esa situación, siendo el estigma y el estrés factores que dificultaron valorar redes de apoyo.

#### ***d) Desconocimiento de asociaciones que brindan apoyo***

En categorías anteriores se expone la posibilidad de que personas cercanas a las informantes les pudieron haber brindado apoyo de haberlo pedido, sin embargo, puede ser posible que ante tal situación no se tenga una respuesta de apoyo debido al estigma, por tanto, surjan juicios u opiniones que puedan afectar a la mujer. Es por ello que se han creado asociaciones cuyo objetivo es brindar acompañamiento a mujeres que pasan por un aborto (principalmente voluntario). Sin embargo, se encontró que las participantes desconocían tales asociaciones.

A pesar de ello, tres informantes tuvieron mayor acercamiento al tema del aborto y de cierta forma consideraban que “este tema era como debajo de la tierra, algo muy oculto y algo que no se

hablaba”. Sin embargo, su interés aumentó y se arraigó al defender el aborto como un derecho, aspecto dado en otras mujeres que abortaron (Sorhaindo et al., 2014).

Por otro lado, se puede hablar de la desatención que se da en el ámbito psicológico que aunado a un tema estigmatizado es complicado solicitar atención. Por ejemplo, Elizabeth, dudaba de su experiencia, al respecto menciona: “no sé si haya necesitado atención o apoyo porque es como si no hubiera pasado”.

Ahora bien, en el caso de las asociaciones, la mayoría de estas son civiles y formadas en su mayoría por mujeres interesadas en el tema, incluso hay redes de mujeres que dan su apoyo tras vivir un aborto (Reyes et al., s/f).

Por consiguiente se recomienda que el acompañamiento se incorpore a la salud pública como apoyo para procesar la vivencia (Ortíz, 2010) y disminuir secuelas psicoemocionales dadas por un discurso de intereses morales y religiosos (Cohen; 2006).

En suma, esta meta categoría muestra que vivir un aborto sin acompañamiento está permeado por el estigma que implica no hablar pues se espera recibir maltrato, aunque al pensarlo con más claridad identifican que hay personas cercanas a quienes pudieron haber recurrido para recibir apoyo de haberlo pedido. Bajo la misma línea es importante mencionar que el acompañamiento esperado es aquel que respeta su decisión y promueve la disposición, presencia y escucha sin juzgar, principalmente por parte de sus vínculos más cercanos.

#### **4) Desenlace de la experiencia**

Esta cuarta meta categoría trata los aspectos posteriores a la interrupción del embarazo. Las tres categorías que se presentan son su actual postura frente al aborto; las consecuencias emocionales, sociales y del ámbito profesional o escolar, así como el intento de reprimir su experiencia y su posterior aceptación; finalmente se analiza la integración de su experiencia

mediante lo que se dirían a ellas mismas y a otras mujeres que pasan por circunstancias de aborto.

**a) *Postura frente al aborto***

Algunas de las informantes apoyaban el aborto previo a su experiencia, posteriormente se encontró que consideran al aborto una práctica con la que están de acuerdo bajo cualquier circunstancia (Sorhaindo et al., 2014) que permite tomar la decisión de continuar o no con el embarazo y por tanto no es un proceso que se mantenga obligatoriamente cualquiera que hayan sido las circunstancias del embarazo.

De acuerdo con las informantes se encuentra que haber abortado sí tuvo consecuencias en su vida. Sin embargo, una limitante es que este estudio transversal exploró únicamente su vivencia de aborto y no otros sucesos que pudieron influir para dicha meta categoría.

Del desenlace de su experiencia se encontró que aquellas que tenían más claras las razones para interrumpir el embarazo, darle sentido al aborto, además de haber contado con algún acompañamiento formal o informal, pueden hablar de su experiencia con mayor aceptación, señalando su libertad y permiso de expresión emocional y no presentan sentimientos de culpa ni vergüenza. Al reflexionar su vivencia han reivindicado su vida y desestigmatizado por completo el aborto. Mientras que quienes no tenían la seguridad de abortar y no contaron con apoyo psicoemocional muestran dificultad para identificar consecuencias positivas; al contrario, presentaron tener conductas de riesgo, aislamiento, sentimiento de culpa, poco manejo de las emociones viviendo mayormente el enojo y la tristeza. Del mismo modo, cabe mencionar que algunas de las informantes, tras abortar tuvieron culpa (Shellenberg, et al. 2011; Lemaitre, 2016) y que como señala Shellenberg, et al. (2011) las consecuencias son proporcionales al estigma que se tenga previamente. Y como se ve, con el apoyo de terceras personas para integrar la experiencia a su vida se han aminorado los efectos negativos.

Pues sigo opinando que si no te sientes lista para seguirlo [el embarazo] mejor no lo hagas, y al contrario, si es lo que quieres hazlo. (Fanni)

no creo que sea lo mejor del mundo, es una decisión fuerte que te da las posibilidades de seguir con los proyectos que tienes a largo o corto plazo porque por muchas veces hemos visto que un método anticonceptivo falle o por violación, [...] si no hay posibilidades de darles vida digna y de calidad, creo que deberías pensar en tenerlo o no (Aidee)

me metí más al tema y estoy a favor, no me hice así super activista pero estoy a favor, ya no en cualquier caso específico, porque es como de eres un tibio, eres de “sí pero” y así no estás a favor; fue como de cambiar la idea de la maternidad [...] (Elizabeth)

Vivir una interrupción del embarazo implica un ejercicio de toma de decisión, de balance y ajuste de creencias, la valoración de redes de apoyo y por ser una vivencia inusual las emociones y demás procesos psicológicos se muestran agudos.

#### ***b) Considerando los efectos***

Cada informante llevó a la reflexión las consecuencias derivadas de su aborto. Tal como se presentó su caso al comenzar el presente capítulo, es esta categoría se muestran los efectos que cada una de ellas cree que se desencadenó por su experiencia; en este punto es importante mencionar que la complejidad de señalar la continuación del proceso tiene que ser contemplando los demás aspectos mencionados anteriormente para evitar caer en el reduccionismo. Así mismo derivado de las condiciones que vivieron se puede analizar si tales factores propiciaron alguna inconveniencia en su salud mental (Biggs, 2018).

Luz hizo diplomados y obtuvo un ascenso en su trabajo “por estar de matada”, comenta que era pesado aún así se quedaba más tiempo, incluso por distracción. Su relación de pareja terminó y sospecha que de continuar el embarazo muy probablemente se hubieran separado. En contraste,

crea que su esfera familiar se habría fortalecido por tener un hijo/a.

En la relación familiar de Elizabeth, tienen mayor comprensión con su hermana quien tampoco tiene descendencia, a la vez que admira la paternidad que ejercen sus hermanos. Cree que en caso de tener descendencia sus padres se habrían acercado más a ella, ya que “les está costando mucho entender(la)” al ver que desafía cánones de mujer, como casarse y ser madre.

Además, emigrar a otro estado por una oferta de trabajo es una más de las acciones transgresoras a su sistema familiar, decisión que le ha sido complicada de mantener por las condiciones geográficas del lugar. Su cambio de residencia fue en parte por estrategia para sobrellevar lo sucedido, aunque lo asume como “huir, huir, huir” porque cree que al rechazar el embarazo requiere hacer otros proyectos. Es así que al intentar negar el hecho la culpa se aminora: *“entonces es que digo ‘si no pasó, no existió, no tendría porque hacerme cargo o responsable de que tengo que construir algo más’”*.

Los intentos de olvidar el aborto se dieron en todas las informantes al evitar emociones y pensamientos relacionadas con el aborto, así como la intención de querer que todo sucediera rápido “para olvidarlo” o “hacer que no pasó”, sin embargo, lo que ayudó a dos de ellas para llegar a la aceptación del suceso fue un comentario del ámbito espiritual y el apoyo de otras mujeres.

Respecto a Mariana, realizarse el aborto en las condiciones en las que estuvo fue “el parteaguas” para cambiar varios aspectos de su vida, por ejemplo terminar con su noviazgo, mejorar la convivencia con su mamá y amigos, mejorar su desempeño escolar e incluso colocarse un método anticonceptivo sin mantener una relación para así evitar vivir este proceso de nuevo. Además, comenzar a hablar de su experiencia fue a partir de tener espacios de acompañamiento mutuo, en los que encontró “personas con postura críticas”, no obstante ella decide a quien contarla; ella refiere sentir alivio, por una parte tomó y llevó a cabo su decisión y por otra, el

acompañamiento que recibió y dio posteriormente son motivos para que su angustia haya disminuido (Major & Gramzow, 1999). Cabe mencionar que su reivindicación fue sorpresiva para las personas cercanas que desconocen el trasfondo de esta.

Por su parte, dos informantes tuvieron secuelas más severas en el área emocional y relacional. En Aidee prevaleció principalmente la tristeza y en menor medida el enojo; se alejó de amistades e intereses; y su desempeño académico disminuyó al evitar materias que abordan el tema del aborto e infantes. Al ver las consecuencias ella no supo cómo remediarlo “[...] me encerré, mucho; al final de la carrera me arrepentí pero ya no había vuelta atrás”.

Respecto al ámbito familiar considera que no hubo algún cambio. Ella cuenta que su hermana no volvió a tocar el tema; y que en alguna ocasión su mamá encontró un recibo de una de las clínicas de interrupción del embarazo, pero no indagó más. Fue hasta que acudió a psicoterapia de la cual refiere que le ayudó un poco.

En cuanto a Fanni, desde el primer aborto se dieron consecuencias tales como la culpa, soledad y tristeza, aunque otras secuelas más dañinas se dieron a partir del tercero, ya que se acentuó la tristeza, el sentimiento de culpa, depresión, alcoholismo, drogadicción y relaciones sexuales sin protección.

Las siguientes veces no quise ni enterarme si estaba embarazada, veía ausencia de menstruación y me tomaba las pastillas porque de esa manera me sentía menos culpable porque pues no sabía si era y hubo descontrol terrible hormonal, emocional y todo eso.  
(Fanni)

Al momento de la entrevista admitió que nunca había hablado de todo lo anterior con alguien; ella ha acudido a grupos de Alcohólicos Anónimos donde encontró ayuda para hablar de su experiencia y de su sentir, no obstante también encontró personas que la juzgaron.

Además, durante la entrevista pareció encontrar la razón de sus consecuencias, las cuales según ella, funcionan como “*un deseo de autodestrucción*”, un modo de castigo por haber hecho algo malo, ya que no merecía ser feliz, por lo que permitió que la lastimaran tanto y así sentirse menos mal. Continúa diciendo que para su sobrevivencia llegó a la indolencia. Por último, refiere que su resistencia actual de no querer hijos se debe al dolor que vive y no porque no lo desee.

Como se ha visto, cada historia es única, pues se proviene de situaciones que hace ser distinta cada experiencia, por tanto, su desenlace también lo es. Aún así, otro aspecto en común que tuvieron fue “la marca” que es el registro de un acontecimiento inolvidable para sí misma, es la *marca* de un antes y un después en su historia de vida al interrumpir un embarazo.

yo sí soy pro pero en mi caso no lo volvería a hacer, es muy difícil, cuando vas al médico te preguntan, es algo que tienes que decir y es algo que olvidas, yo ya no me acordaba, es algo que ahí está hasta para tu expediente clínico, forma parte de tu vida, y creo que te deja una huella y no me gustaría repetirlo, no podría porque es algo muy traumático, algo difícil, algo que te marca. (Luz)

Nunca he entendido a las personas que están en contra del aborto porque dicen que tu vida queda marcada por siempre... y bueno, sí queda marcada mi vida por siempre, pero no de una manera negativa como ellos dicen [...] no dudo que haya mujeres que lo sientan, no lo pongo en duda, pero yo jamás pasé por algo así, al contrario, eso me motivó a cambiar radicalmente mi vida. [...] sí puedo decir que quedé marcada pero no por esas cosas que dicen. (Mariana)

Si bien es importante para su expediente clínico, este aspecto está cargado de emociones, recuerdos y creencias, demostrando que es un evento que atraviesa muchos fenómenos psicológicos de la mujer, independientemente de la orientación a la que se dirija, por ejemplo, Mariana lo condujo al cambio productivo y Fanni hacia la “autodestrucción” dada como crisis por

el cambio.

De acuerdo con distintas investigaciones se ha encontrado que no hay consecuencias físicas (Capo, 2014) ni emocionales (Gómez Lavín, 2018) de llevar el aborto en condiciones adecuadas. Además, las mismas señalan que la situación de vulnerabilidad de la mujer tiene relevancia en las posibles consecuencias tras abortar sin atribuir directamente algún efecto (Aznar & Cerdá, 2014; Ditzhuijzen et al., 2018; Munk-Olsen et al., 2011).

A su vez, desmitificar el SPA puede reducir las consecuencias negativas dadas por creencias ya que se limita el tema del aborto al ignorar el estigma dado por elementos sociales e individuales que ocasionan las secuelas.

Ahora bien, aunque las informantes se encuentran en una condición social más o menos estable, no fue así cuando realizaron su aborto, ya que sus circunstancias no les permitió costearlo fácilmente a cuatro de ellas, desconocían o evitaron acudir a clínicas del gobierno y no tuvieron un acompañamiento especializado (Amuchástegui, Flores & Aldaz, 2015) por lo que el nivel de integración de la experiencia y manera de afrontarlo no fue fácil de sobrellevar.

### ***c) Integración de la experiencia***

Finalmente en ésta última categoría se relaciona su experiencia con los recursos que tienen al momento de la entrevista, para conocer el nivel de aceptación que dan a su experiencia se hizo la pregunta “Si tuvieras la oportunidad de decirte algo a ti misma en ese entonces, ¿qué te dirías?”. Así mismo, se indagó en lo que le dirían a otra mujer que considere interrumpir el embarazo para conocer lo anterior de forma menos directa, además de incluir el aborto a su opinión.

Los comentarios a sí misma tuvieron dos vertientes, una de ellas lo comparten Fanni, Aidee y Elizabeth, quienes no sabrían qué decirse convincentemente a sí mismas.

no lo sé, que pues todavía puedo hacer muchas cosas que tenía planeadas, creo que me diría que le hiciera caso a lo que yo siento y no a lo que dicen los demás, y ya, no diría otra cosa. [Aidee]

Son muchos sentimientos encontrados (suspiro) es que sí lo más, no sé, no encuentro la palabra, tal vez lo más acertado en ese momento es un mantra que me repito es un “todo va a estar bien, esto no va a ser para siempre, vas a estar bien más adelante” aunque no sea cierto, jaja pero en el momento se necesita un poco de esperanza [...] lo que más necesitaba en ese momento era tener la fortaleza de decir nadie me va a mover [...] lo que menos necesitaba en ese momento era algo salido desde el corazón o las entrañas, creo que necesitaba algo más racional, algo más frío, por eso no me atrevería a decirte algo, no sé. [Elizabeth]

[...] no me veo en una trascendencia porque sigo culpándome, porque sigo queriendo castigarme. [...] El día de hoy sí me arrepiento de haberlo hecho, definitivamente no me diría que fue una decisión correcta. [...] Yo no hubiera tenido problema con cambiar pañales, con hacer mi vida con alguien y me arrepentí mucho, porque al final desde muy niña había deseado pertenecer a una familia. [Fanni]

Con base en estas narrativas, aunque tuvieron distintos motivos que las llevó a decidir abortar, comparten la indecisión en su proceso.

Por otro lado se encuentran Mariana y Luz a quienes les fue más fácil tomar la decisión pues tenían otros elementos y circunstancias distintas que les permitieron hacer un balance decisional más inmediato. Su mensaje a sí misma está orientado a señalarse libertad y permiso de expresión emocional y sustraer sentimientos de culpa y vergüenza, así como desestigmatizar el aborto

Me animaría a decir lo que siento, que no es fácil pero es lo correcto, [...]. No tener miedo, llorar lo que tengas que llorar, no hablarlo en el momento te arrastra más tiempo y hace pensar más cosas, creo que si en el momento lo sueltas bien te ahorras muchos años y malos pensamientos, creo que el acompañamiento sí es muy importante y saber a quién acercarse porque no cualquiera te puede dar eso. (Luz)

Lo principal sería decirme que no tenga miedo que “no estás sola, no es el fin y no es algo malo, sobre todo, no es algo que esté mal, no es algo por lo que tengas que sentirte avergonzada”. Y tal vez si yo hubiera escuchado eso en su momento, tal vez aunque lo viví sola hubiera sido aún más distinto, saber que no tenía porque sentirme avergonzada por haber llegado a ese punto. (Mariana)

La diferencia entre ambos grupos de respuestas está en la identificación y expresión emocional.

No obstante, todas las informantes mostraron interés en apoyar y respetar a otras mujeres que buscan abortar bajo cualquier circunstancia a su voluntad (Sorhaindo et al., 2014) ya sea con información, escucha y consejos. Por lo que su mensaje a otras mujeres en situación de interrumpir su embarazo sería en relación con:

- Ser firme con su decisión y con ello evitar el “hubiera”
- Permitir la expresión emocional para no sentir culpa ni vergüenza, ya que eso no define quién eres
- Interés en apoyar a otras mujeres (Reyes et al., s/f; Sorhaindo et al., 2014) en situación de aborto
- Todo motivo para decidir abortar es válido

A partir de esta pregunta, las informantes recomiendan a otras mujeres ser firmes en su decisión

sin permitir que alguien les intente hacer cambiar de opinión. En cuanto a su expresión emocional se valida que se sientan tristes y lloren, además normalizan que alguna llegara a sentir alivio; ante esto, las cinco informantes tuvieron en común el interés por brindar acompañamiento a otras mujeres. Por último, mencionan que cualquier razón para decidir abortar es válida y es innecesario justificarse con terceras personas.

## **CAPÍTULO 6**

### **CONCLUSIONES**

El objetivo del presente estudio fue conocer la experiencia y significados que las mujeres otorgan a su vivencia de interrupción del embarazo sin acompañamiento. Se partió del modelo ecológico del estigma del aborto, encontrando elementos de sus cinco estructuras que están vinculados con su experiencia.

El criterio principal de la investigación fue no haber contado con algún tipo de apoyo en la experiencia del aborto, de lo cual se encontró que la mayoría de las mujeres que participaron al compartir su experiencia contaron con algún tipo de apoyo de tipo económico, presencial o logístico. Sin embargo, es el acompañamiento psicoemocional que ninguna tuvo y con el que les hubiera gustado contar, aspecto que las incitó a participar en esta investigación; mostrando así la relevancia que tiene este tipo de apoyo para las mujeres que viven este proceso.

Los elementos que de acuerdo con las informantes el acompañamiento adecuado es aquel que respeta su decisión; hay presencia física y emocional escuchando sin juzgar; libre y respetuosa expresión emocional mutua; y atención al proceso fisiológico principalmente por parte de sus vínculos más cercanos, tales como su pareja, madre y otros integrantes de su familia.

En primer lugar, la situación de las informantes son variadas por lo que cada una de las experiencias son distintas tal como se puede ver en el capítulo de los resultados, por lo que su experiencia y significado es particular.

Las situaciones que facilitaron su toma de decisión fue el posicionamiento previo y considerar las razones por las que no querían tener descendencia en ese momento de su vida. Mientras que lo que dificultó su vivencia fue no contar con la información suficiente respecto a todo lo relacionado con este, identificando el tema como *tabú*, además de no contar fácilmente con el recurso económico necesario.

Respecto a la razón por la que no solicitaron acompañamiento o acudieron con sus redes de apoyo fue debido a la excesiva preocupación del momento y por temor a ser juzgadas, argumento válido dentro de un sistema que estigmatiza el aborto y a quien lo apoya.

En cuanto a la asistencia en los servicios de salud en general se encontró la preferencia por la atención privada para tener más “discreción y evitar malos tratos” obteniendo matices debido a la diversidad de experiencias. Algunas refirieron un buen servicio y otras identificaron actitudes negativas y de poco tacto por parte del personal.

Se encontró que el entorno es relevante en las creencias y actitudes de las mujeres, sin embargo, no implica que estigmaticen el aborto. Por su parte, la experiencia que tuvieron ha sido aceptada en mayor o menor medida según la convicción con la que tomaron la decisión de interrumpir su embarazo considerando sus circunstancias, además de contar con algún tipo de acompañamiento; por el contrario se obtuvo que las mujeres tuvieron efectos desfavorables fueron aquellas que tenían creencias estigmatizantes mayormente arraigadas y no contaron con algún tipo de acompañamiento. Independientemente de esto, las cinco informantes indicaron su interés por apoyar a otras mujeres que requieran abortar.

Asimismo, en todas las informantes se dieron intentos de olvidar el aborto mediante la evitación de pensamientos y temas relacionados con el aborto, embarazo e infantes, así como la intención de querer que todo sucediera rápido “para olvidarlo” o “hacer que no pasó”. Sin embargo, lo que ayudó a dos de ellas para llegar a la aceptación del suceso fue un comentario del ámbito espiritual y el apoyo de otras mujeres respectivamente. Otro aspecto que presentaron las participantes es hablar de una “marca” inolvidable refiriéndose a tal experiencia, aspecto relevante para su historial médico y parte de su historia de vida, sin considerarlo de forma estigmatizante.

Aunque interrumpir legalmente el embarazo (en la Ciudad de México) provee de atención especializada y gratuita, no garantiza que las mujeres recurran a este derecho en plenitud, ya que como se plantea en el Modelo Ecológico del Estigma del Aborto, hay obstáculos que influyen en dicha práctica. Si bien anular su calidad como delito es un avance considerable, el castigo social promueve el estigma, el cual fomenta repercusiones negativas a nivel individual y por tanto la desigualdad social.

Es por eso que esta investigación busca continuar con la visibilización del tema mediante estrategias como la psicoeducación o difusión de información científica del proceso fisiológico, las medidas de prevención para llevar a cabo un aborto seguro, acerca del de servicios gubernamental y de asociaciones que brindan acompañamiento, mediante espacios educativos para erradicar el estigma del aborto conociendo otras experiencias y así evitar el secretismo y por tanto el malestar, además de informar el aborto como un derecho y señalar que no basta con informar de métodos anticonceptivos, también evitar su estigmatización para un buen uso que no dependa solo de las mujeres.

Es así que tales alcances junto con la ILE son temas de justicia social ya que el estatus socioeconómico y el lugar de residencia imposibilitan o dificultan a las mujeres mantener su salud y seguridad, por lo que la legalización debería ser homologada en todo el país. Siendo que

incorporar el acompañamiento a la salud pública puede ayudar a que las mujeres que han abortado integren fácilmente su experiencia y reduzcan secuelas psicoemocionales dadas por mitos.

También es importante observar que los servicios de salud de distintas áreas tengan capacitaciones adecuadas para brindar un servicio respetuoso y de calidad.

No obstante, las **limitaciones** de esta tesis es la muestra pequeña y las proximidades de su perfil, es decir su edad, lugar de residencia, grado de estudios, creencias religiosas, haber tenido un aborto y el conocimiento de sus derechos. Se sugiere para futuras investigaciones se lleve a cabo un estudio de corte longitudinal que permita conocer la experiencia de mujeres que interrumpen su embarazo de forma voluntaria en diferentes momentos de su vida.

Por su parte, las **nuevas interrogantes** son trabajar el estigma del aborto en los distintos niveles del modelo ecológico del estigma del aborto; la importancia en las incidencias públicas para reducir el estigma; brindar capacitación desde una perspectiva de género a personal de salud para sensibilizar estos casos, además de otros grupos comunitarios como grupos de ayuda mutua; así como información y habilidades para brindar acompañamiento.

Por último, la razón que me motivó a desarrollar este tema fue saber que desconocía buena parte de esta práctica y junto conmigo, más personas de ambos sexos, distintas edades, nivel socioeconómico y educativo e incluso de ambos posicionamientos frente al aborto. Fue Lurel, ahora Doctora en Psicología quien con pasión y sororidad me ayudó a adentrarme en este tópico, que tras conocerlo más, por sincronía, mujeres que habían vivido un aborto me contaban su experiencia y se abrió aún más mi panorama de todo lo que abarca este tema.

Respecto a las entrevistas que realicé a las informantes, traté de mantener al margen mi sentir; sin embargo, sus historias me llevaron a la reflexión de las interacciones; de los vínculos; de las violencias; de la legalidad en las entidades federativas y lo que eso representa; de la condición

que se vive como mujer en México; de la forma en que llevamos nuestra sexualidad a cualquier edad, en cualquier sexo, unas veces placenteras y otras con adversidad. Así pues, me despertó una inquietud al imaginar cómo responderían las personas cercanas a mí si tuviera un aborto, al desconocerlo me propuse ser una figura de apoyo para quienes pasen por esta situación. En cuanto a mi sentir considero que fue la compasión lo que más me acompañó al hacer el análisis de sus experiencias, también, me encontré con alegría por algunos pasajes de las mujeres que compartieron su historia, y sin duda, por su participación en este trabajo, por la valentía de contar su historia bajo la razón que las animó a hacerlo.

Por ello, como psicóloga y promotora de la salud sexual, sus historias me ayudaron a ver más aspectos involucrados con el aborto, los cuales requieren ser trabajados, haciendo énfasis en su desestigmatización y educación sexual para utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos y evitar los embarazos no deseados para no tener que vivir un aborto, pero en caso de tenerlo, sea en acompañamiento afectivo.

## Referencias

- Aldaz Vélez, E. (2014). *El aborto en mujeres católicas: experiencias y significados* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Allport, G. (1935). Attitudes. En Murchison (ed.), *Handbook of social psychology*. Worcester: Clark University Press.
- Alva López, M. C. (2007). *Y después del aborto ¿Qué?*. México: Trillas.
- Álvarez Vázquez, L. & Avich, N. (2012). El aborto en adolescentes en un contexto legal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 45-53.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-4662012000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662012000100005&lng=es)
- Amuchástegui, A., Flores, E. & Aldaz, E. (2015). Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, V (41), 153-195.
- Arteaga, M. & García, P. (2017). *Embriología humana y biología del desarrollo*. Editorial Médica Panamericana.
- Aznar, J. & Cerdá, G. (2014) Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioethica*, 20(2), 189-195.
- Badano, R. (2004). Hemorragias genitales anormales por patología del embarazo. En A. Cura, J. Cura & M. Cura. (Comps.), *Emergencias en ginecología*. (111-117). JMA Editores.
- Barcklow, E. L. & Sánchez, R. J. (2010). *Young women and their experiences with abortion: A guide for activist*. DECIDIR, Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual.

- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Manual Moderno.
- Belausteguigoitia, M. (1991). El aborto en México. *Debate Feminista*, 3, 76-81.  
[http://www.debatefeminista.cieq.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/003\\_06.pdf](http://www.debatefeminista.cieq.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/003_06.pdf)
- Biggs, A. (2018). *Estudio Turnaway: El impacto sobre la salud mental. El impacto de obtener o de ser negada un aborto deseado sobre la salud mental de la mujer*. Advancing new standards in reproductive health.
- Bolaños, M. (1993). *Estigmatización y alienación*. Los Andes.
- Börjesson, E., Pedersen, K. & Villa Torres, L. (2015). *Jóvenes por el aborto seguro: guía de capacitación para profesionales de la salud en formación*. Ipas.  
<https://ipas.azureedge.net/files/YTGFHPS15-JovenesPorElAbortoSeguro.pdf>
- Burin, M. & Meler, I. (2000). Género. Una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina en M. Burin, & I. Meler (Ed.), *Varones: Género y subjetividad masculina*. (pp. 21-70). Paidós.
- Burns, A., Lovich, R., Maxwell, J., Shapiro, K. (2012). *Where women have no doctor*. Hesperian Health Guides.
- Cabria, A. (2006). El aborto en la esfera internacional actual: entre liberalizaciones y mordanzas. En S. Checa. (Comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad* (Pp. 159-186). Paidós.
- Cano, G. (1991). Una perspectiva del aborto en los años treinta: la propuesta marxista. *Debate Feminista*, 2, 371-381.

[http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/002\\_32.pdf](http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/002_32.pdf)

Cano, G. (1996). Más de un siglo de feminismo en México. *Debate Feminista*, 14, 345-360.  
[http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/014\\_25.pdf](http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/014_25.pdf)

Capo, M. C. (2014). *¡Decide por la vida! Previniendo el aborto en adolescentes*. CCS.

Carbajal, J. & Ralph, C. (2017). *Manual Obstetricia y Ginecología*. Pontificia Universidad católica de Chile.

Castillo, Andrea. (29 octubre de 2017). Prevención del embarazo adolescente en Puebla y Veracruz: los peores resultados. *Abortar México*. <http://abortar-mexico.mx/2017/10/29/prevencion-del-embarazo-adolescente-en-puebla-y-veracruz/>

Cockrill, K., Herold, S., Upadhyay, U., Baum, S., Blanchard, K. & Grossman, D. (13 de septiembre de 2013). *Addressing abortion stigma through service delivery*. <https://ibisreproductivehealth.org/sites/default/files/files/publications/Addressing%20abortion%20stigma%20through%20service%20delivery.pdf>

Cockrill, K., Upadhyay, U., Turan, J. & Greene F. D. (2013). The stigma of having an abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 79-88.

Cohen, S. (2006). Abortion and Mental Health: Myths and Realities. *Guttmacher Policy Review*. Summer 2006, 9(3). <https://www.guttmacher.org/gpr/2006/08/abortion-and-mental-health-myths-and-realities>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2017). *Derechos sexuales y reproductivos: un*

asunto de derechos humanos. <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/car-Derechos-sexuales-reproductivos.pdf>

Cook, R. (2016). Significados estigmatizados del derecho penal sobre el aborto en R. Cook, B. Dickens, & J. Erdman. (Comps.). *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias*. (Pp. 438-468). Fondo de Cultura Económica.

Díaz-Loving, R. [UNAM Global]. (2017, Noviembre 22). *Conducta y salud sexual - UNAM Global* [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=OIP8Kflj7ZQ>

Díez Patricio, A. (2016). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(131), 17.

Ditzhuijzen, J., Have, M., de Graaf, R., Nijnatten, C. & Vollebergh, W. (2018). Incidencia a largo plazo y recurrencia de trastornos mentales comunes después del aborto. Un estudio prospectivo de cohorte holandés. *Revista de investigación psiquiátrica*, 102, 132-135. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.001>

Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Espinoza, H., Ellertson, C., García, S., Schiavon, R. & Langer, A. (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*. 138(4), 347-356.

Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. (2012). *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. FIGO.

- Flores Pérez, E. & Amuchástegui Herrera, A. (2012). Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales público del Distrito Federal. *Revista Género y Salud*, 10(1), 21-30.
- Focos 1821. (Enero de 2019). Enciende tu voz. Apaga el silencio en torno al aborto. <https://www.focos.org.mx/focos/>
- Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA. (5 de diciembre de 2011). *¿Qué tengo que hacer para acompañar a una mujer durante un aborto con medicamentos?*. <http://fondomariarb.blogspot.com/2011/12/que-tengo-que-hacer-para-acompanar-na.html>
- Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Desarrollo del bebé en cada mes del embarazo*. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/infografias/desarrollo-bebé>
- Goffman, E. (2015). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Gómez Lavín, C. (2018). *Consecuencias psicopatológicas del aborto. Síndrome post-aborto*. One of us. <https://oneofus.eu/es/2018/03/consecuencias-psicopatologicas-del-aborto-sindrome-post-aborto/>
- Granata, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H. B., Johnson, B., Gülmezoglu, A. M. & Temmerman, M. (2014). Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 92(3), 155.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2015). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. [Archivo PDF] <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>

- Heath, J., Mitchell, N. & Fletcher, J. (2019). Una comparación de los procedimientos de terminación de embarazo: elección del paciente, impacto emocional y satisfacción con la atención. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 19, 42-49.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.12.002>
- Hernández-Valencia, M., Valencia-Ortega, J., Ríos-Castillo, B., Cruz-Cruz, P. & Vélez-Sánchez, D. (2014). Elementos de la implantación y placentación, aspectos clínicos y moleculares. Tópicos de interés. Reproducción. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción*. 6.7(2), 102-116. <http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2014/mr142f.pdf>
- Herrera, C. (2012). *El amor romántico perjudica seriamente la igualdad*.
- Hessini, L. (2014). A learning agenda for abortion stigma: recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting. *Women & health*, 54(7), 617–621. [Archivo PDF]  
<https://pdfs.semanticscholar.org/3871/d3523a947220f0ce643e537e14d8d1eab9c8.pdf>
- Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, K. & Cunningham, F. (2014). *Williams Ginecología*. Mc Graw Hill.
- Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. (s/f). *Hallazgos generales del monitoreo de servicios públicos de salud sexual y reproductiva por parte de jóvenes y mujeres indígenas*.  
<http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes/assets/files/Hallazgos%20generales.pdf>
- Ipas. (1998-2018). *Qué hacemos*. <http://www.ipas.org/es-MX/What-We-Do.aspx>
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I. & Wulf, D. (Noviembre 2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*. Instituto Guttmacher.  
<https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-planeado-y-aborto-inducido-en-mexico-causas-y-consecuencias>

- Klein, S., Miller, S., & Thompson, F. (2013). *Un libro para parteras. Atención del embarazo, el parto y la salud de la mujer*. [Archivo PDF] [http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es\\_midw\\_2013/es\\_midw\\_2013\\_fmb.pdf](http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_midw_2013/es_midw_2013_fmb.pdf)
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2008). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage.
- Kuras de Mauer, & Resinsky, S. (2005). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Letra Viva.
- Kvale, S. (2014). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Morata.
- Lafaurie, M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D., Chávez, S., Maria, G., Martínez, I., Mora, M. & Ortiz, O. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. Population Council, Gynuity Health Projects.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo XXI Editores; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (1992). El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto. *Política y Cultura*, (1), 9-22. [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/267/26700102.pdf>
- Lamas, M. (2003). Aborto, derecha y religión en el siglo XXI. *Debate feminista*, 27, 139-164. <http://www.jstor.org/stable/42624746>
- Lamas, M. (2014). Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud Pública de México*, 56(1), 56-62. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342014000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342014000100008&lng=es&tlng=es)
- Lamas, M. (2015). *El largo camino hacia la ILE*. Programa Universitario de Estudios de Género.
- Lemaitre, J. (2016). El sexo, las mujeres y el inicio de la vida humana en el constitucionalismo

- católico. En R. Cook, B. Dickens, & J. Erdman. (Comps.), *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias*. Pp. 306-331. Fondo de Cultura Económica.
- Leppälahti, S., Heikinheimo, O., Kalliala, I., Santalahti, P. & Gissler, M. (2016). ¿El aborto en menores de edad se asocia con resultados adversos en la adultez temprana? Un estudio longitudinal de cohortes de nacimiento de hasta 25 años. *Reproducción Humana*, 31(9), 2142–2149. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew178>
- Levandowski, B. A., Kalilani-Phiri, L., Kachale, F., Awah, P., Kangaude, G. y Mhango, C. (2012). Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S167–S171. doi: 10.1016/S0020-7292(12)60017-4.
- Leza Cerro, J. C., Lizasoain, I., Lorenzo Fernández; P., Moreno González, A., Moro Sánchez, M. A. y Portolés Pérez, A. (2017). *Farmacología básica y clínica*. Médica Panamericana
- Libro segundo, Título primero, Capítulo V. Código penal para el Distrito Federal, Ciudad de México, 16 de junio de 2016.
- Limoncin, E., D'Alfonso, A., Corallino, C., Cofini, V., Febbo, G., Ciocca, G., Mollaioli, D., Patacchiola, F., Jannini, E. & Carta, G. (2017). El efecto de la terminación voluntaria del embarazo en el bienestar sexual y emocional femenino en diferentes grupos de edad. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(4), 310-316. DOI: 10.1080 / 0167482X.2017.1285901
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Major, B. & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 735-745. doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.735

Mattioli, M. & Straw, C. (2013). Entre el discurso legal y las opiniones de las mujeres: reflexiones sobre la apropiación subjetiva de derechos sexuales y reproductivos. *Revista Pilquen*, 16(2). [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-31232013000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-31232013000200002&lng=es&tlng=es).

Mejía, M. C. (2003). Sexualidad y derechos sexuales: el discurso de la Iglesia católica. *Debate Feminista*, 27, 45-56. [http://www.debatefeminista.cieq.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/027\\_03.pdf](http://www.debatefeminista.cieq.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/027_03.pdf)

Moore, K., Persaud, T. & Torchia, M. (2017). *Antes de nacer. Fundamentos de embriología y anomalías congénitas*. Editorial Médica Panamericana.

Moore, K; Persaud, T. & Torchia, M. (2013). *Embriología Clínica*. 9° ed. Elsevier.

Montoya-Romero, J., Schiavon, R, Troncoso, E., Díaz Olavarrieta, C., & Karver, T. (2015). Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras. *Ginecol Obstet Mex*. 83, 23-31.

Munk-Olsen, T., Laursen, T., Pedersen, C., Lidegaard, O. & Mortesen, P. (2011). Aborto inducido durante el primer trimestre y riesgo de trastorno mental. *New England Journal of Medicine*; 364, Pp. 332-339. DOI: 10.1056 / NEJMoa0905882  
Mejía, M. C. (2003). Sexualidad y derechos sexuales: el discurso de la Iglesia católica. *Debate Feminista*, 27, 45-56. [http://www.debatefeminista.cieq.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/027\\_03.pdf](http://www.debatefeminista.cieq.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/027_03.pdf)

Myers, D. G. (2005). *Psicología social*. McGraw Hill.

Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (12 de febrero de 2011). Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Health Issues*, 21(3), S49-S54. doi:10.1016/j.whi.2011.02.010

- Olgún, M. (30 de noviembre de 2017). Rechazo de jóvenes al uso de preservativos. *Gaceta Digital UNAM*. <http://www.gaceta.unam.mx/20171130/rechazo-de-jovenes-al-uso-de-preservativos/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s/f). *Temas de salud: Salud reproductiva*. [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
- OMS. (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. OMS.
- OMS. (s/f) OMS. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/)
- OMS. (19 de febrero de 2018). *Prevención del aborto peligroso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- Ortega, E. (05 de noviembre de 2010). Secuelas Psicológicas tras la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Adolescentes. *ENE, Revista de Enfermería* 5(1), 25-32.
- Ortiz Millán, G. (2018). Aborto y objeción de conciencia. En M. J. Medina Arellano & P. Capdevielle. (Comps.), *Bioética laica. Vida, muerte, género, reproducción y familia* (265-284). Instituto de Investigaciones Jurídicas. <https://goo.gl/ZNfqY5>
- Ortiz, O. (2010). *Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto*. <http://www.rimaweb.com.ar/wp-content/uploads/2014/04/guia-acompanamiento-aborto-final.pdf>
- Ortiz, O. (Enero 2016). ADAS: experiencia emocional de las mujeres que buscaron apoyo después de una interrupción legal del embarazo en el DF. *Revista Con la A*, (43), 1-4. <http://conlaa.com/adas-experiencia-emocional-de-las-mujeres-buscaron-apoyo-despues-de-una-interrupcion-legal-del-embarazo-en-el-df/>

- Pagés, G. & Martell, A. (1999). Intervenciones menores. En J. Aller, & G. Pagés G. (Comps.), *Obstetricia moderna*. (Pp. 524-537). Mc Graw Hill.
- Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. (2005). *Reporte de desarrollo humano*.  
Hoechstetter.
- Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto.  
(2016). *El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa*.  
Inroads.
- Reyes, Y., Keefe-Oates, B., Garnsey, C., Wollum, A. & Baum, S. (s/f). *Entendiendo el desarrollo y uso de las redes de acompañamiento para el aborto en Estados de México con restricciones legales: un estudio longitudinal*. Las Libres.
- Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. Trillas.
- Rodríguez, P. & Aguilera, L. (2017). Violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2(2), 56-74.
- Rojas, L. (2008). *Elementos conceptuales y metodológicos de la investigación cualitativa*. UCR.
- Sadler, Thomas. (2016). *Embriología Médica*. 13° ed. Wolters Kluwer.
- Sánchez, M. C., Dávila, R., Ponce, E. R. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 35-38.
- Sánchez Rivera, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-953. <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>
- Secretaría de Salud. (2009). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente*. CENETEC.

Secretaría de Salud. (mayo-agosto 2016). El aborto como problema de salud pública en Tlaxcala.

*Género y salud en cifras*, 14(2), 27-37.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2018). *Interrupción legal del embarazo (ILE)*.

*Estadísticas Abril 2007 - 30 de Enero de 2018*. [Archivo PDF]

<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo->

[Estadisticas-2007-2017-30-de-enero-2018.pdf](http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-)

Sedgwick, J. (11 de julio de 2018). 'No podía decirle a nadie': mujeres cuentan sus historias de

aborto. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2018/07/11/aborto-prohibicion->

[despenalizacion-embarazo/](https://www.nytimes.com/es/2018/07/11/aborto-prohibicion-)

Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N. (2011).

Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study.

*Global Public Health*, 6(1), 111-125. DOI: 10.1080/17441692.2011.594072

Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C. y García,

S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in

Mexico. *Women & health*, 54(7), 622–640.

Steinberg, J., Laursen, T., Adler, N., Gasse, C., Agerbo, E. & Munk-Olsen, T. (2018). Examen de

la Asociación de Prescripciones de Antidepresivos con Primer Aborto y Primer Parto.

*JAMA Psychiatry*; 75(8). 828-834. doi: 10.1001 / jamapsychiatry.2018.0849

Steinberg, J. R., McCulloch, C., & Adler, N. E. (2014). Aborto y salud mental: hallazgos de la

Encuesta-Replicación de Comorbilidad Nacional. *Obstetricia y ginecología*, 123 (2), 263-

270.

Tisné, L. (2013). Misoprostol en ginecología y obstetricia. *Obstetricia y ginecología*, 8(3),165-168.

Trueba Olivares, E. (1978). *El aborto*. México: Jus.

United Nations Population Information Network (POPIN) UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs, with support from the UN Population Fund (UNFPA). (5 a 13 de septiembre de 1994). "El rumbo hacia una realidad mejor". En Dr. Mahran (Presidencia), Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, llevado a cabo en El Cairo, Egipto.

Vega, J. E. (2014). *Creencias religiosas y científicas en diferentes niveles socioeconómicos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].

Vega Ponce, A. (1992). *Madre ¿Cuento contigo?*. MiNos.

Villa, L., Collado, M. E., y Andrade, L. (2017). *Estigma*. Ipas.

Villela, G. (28 de septiembre de 2016). Aborto, quinta causa de muerte materna durante 2015. *Comunicación e Información de la Mujer, AC*. <http://www.cimacnoticias.com.mx/noticia/aborto-quinta-causa-de-muerte-materna-durante-2015>

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós.

Worchel, S. et al. (2002). *Psicología social*. Thompson.

Zurita, B. & Ramírez, T. (2003). Desempeño del sector privado de la salud en México y Opinión pública sobre el sistema de salud en el 2000. En J. Frenk. *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción (153-172)*. México: Fundación mexicana para la salud.

## ANEXOS

Anexo 1. Asociaciones que brindan acompañamiento durante el proceso de aborto en México:

### - **Acompañamiento Después de un Aborto Seguro ADAS**

Espacio seguro y confidencial para hablar de la experiencia del aborto mediante una intervención que maneja elementos de la psicoterapia narrativa, psicoanálisis, feminismo y teorías de género; se busca que la mujer pueda dilucidar la situación que vivió respecto a su embarazo-aborto aunado a las condiciones a las que se enfrentó. Se brinda acompañamiento a mujeres de todo el país de forma presencial o virtual brindando de 10 a 12 sesiones (Ortiz, O., 2016).

Se agenda cita al 52 60 18 24.

### - **Asociación para el desarrollo integral de personas Violadas ADIVAC**

Brinda atención especializada a quienes hayan vivido algún tipo de violencia sexual desde las disciplinas psicológica, médica y jurídica. Además, cuenta con refugios para personas violadas o abusadas sexualmente, dando apoyo a través de la protección.

Teléfonos: 5682 7969, 5547 8639.

### - **Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (andar)**

Alianza de cinco organizaciones (Católicas por el Derecho a Decidir - CDD, Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia - Equidad, Grupo de Información en Reproducción Elegida - GIRE, Ipas México, y Population Council, México) y personas de sectores de salud, derecho y educación, con el objetivo de fortalecer el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Brindan acompañamiento durante y después del aborto, vía telefónica si es mediante medicamento y presencial si es por el método de aspiración uterina.

### - **Católicas por el Derecho a Decidir**

Organización sin fines de lucro creada por creyentes desde una perspectiva católica, ética, feminista y laica que defienden los derechos, principalmente los sexuales y reproductivos de mujeres y jóvenes.

De varias estrategias, de las cinco áreas con las que cuentan, el acompañamiento a mujeres que solicitan el servicio de aborto es una de ellas.

Teléfono: 01 55 55 54 57 48 || [contacto@catolicasmexico.org](mailto:contacto@catolicasmexico.org)

- **Centro de Atención Integral a la Pareja, A. C.**

Asociación civil sin ánimo de lucro, con alta responsabilidad social y compromiso por el avance en la igualdad y consolidación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en México.

Ofrecen servicios relacionados con la salud sexual y salud reproductiva, desde el área médica y psicológica.

Tiene un programa de costos diferenciados que permite atender a mujeres de escasos recursos y de otros Estados de la República Mexicana.

El proceso de atención comienza con la consulta médica en la que se realiza la historia clínica, evaluación médica y diagnóstico para las alternativas de atención. Posteriormente se da la orientación psicológica en la que se toma la decisión. En caso de solicitar la interrupción del embarazo se siguen los protocolos correspondientes y finalmente se da brinda el acompañamiento emocional durante este último periodo. Si así lo solicita la consultante, se brinda post-atención.

Teléfono: 01 800 RESPETA (7377382) - línea nacional gratuita

- **CIPA**

Calzada de la Viga No 377, Col. Asturias. Delegación Cuauhtémoc. C. p. 06850, Ciudad de México.

Teléfonos: 5740 4178; 57413488

- **Clínica Acompañame**

Calzada de Miramontes No 2342, Col. Avante, Delegación Coyoacán, C. P. 04460, Ciudad de México.

Teléfonos: 5678 1579; 5678 2504

- **Fondo de Aborto para la Justicia Social María**

Surge en mayo de 2009 a partir de la legalización del aborto hasta la semana 12 en la Ciudad de México. Brinda apoyo financiero, emocional y logístico a mujeres que no cuentan con los

recursos suficientes para acceder a servicios de aborto legal en la Ciudad, reconociendo y apoyando el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo.

Teléfonos: 01 800 832 73 11 y 52 43 50 5

<https://www.fondomaria.org/paginas/que-es-fondo-maria>

- **Fundación Naiset**

Organización no gubernamental mexicana que apoya a las mujeres a vivir su sexualidad de forma libre, informada y responsable. Tienen experiencia en el tema de ILE y otros de salud sexual y reproductiva. Ofrecen servicios médicos, de información y comunicación y vinculación legal.

Teléfono: (01-55) 53 36 0520 || [fundacion.mktg@gmail.com](mailto:fundacion.mktg@gmail.com)

- **ILETEL**

Se brinda orientación e información sobre la ILE antes y después de este.

Tels: 57 40 80 17, 51 32 09 00 ext. 1575

- **Línea Pro Ayuda a la Mujer: Origen**

Brinda atención psicológica en crisis y da seguimiento a los casos.

Tel. 01 800 015 16 17

- **Morras Help Morras**

Red de mujeres que únicamente brindan acompañamiento a mujeres que enfrentan un embarazo no deseado.

Teléfonos: 55 66 65 76 54, 55 66 65 43 00 o por medio de [necesitoabortar@gmail.com](mailto:necesitoabortar@gmail.com)

- **Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México DDSER**

Es una red ciudadana integrada por mujeres activistas comprometidas por defender los Derechos Sexuales y Reproductivos a nivel de políticas públicas e individual. Trabaja en doce Estados del país.

Teléfono: 01 800 800 8821 o por medio de [@ddeserCDMX](mailto:@ddeserCDMX).

- **SAPTEL**

Es un servicio de salud mental y Medicina a Distancia, atendido por psicólogos capacitados que proporcionan orientación y apoyo psicológico, consejo terapéutico e intervención en crisis emocional a toda la República Mexicana de forma gratuita.

Tel. 52 59 81 21

- **Safe2choose**

Organización internacional sin ánimo de lucro, que trabaja en línea, no tiene sucursales ni clínica.

[info@safe2choose.org](mailto:info@safe2choose.org) y [safe2choose.org](http://safe2choose.org)

- **Women of waves o Mujeres sobre las Olas**

Organización no lucrativa que defiende los derechos humanos de las mujeres, cuya misión es prevenir embarazos no deseados y abortos insalubres en todo el mundo en un barco.

- **Women Help Women**

Colaboración de grupos feministas, personas y organizaciones activistas, especializadas en salud reproductiva (consejeras capacitadas en salud reproductiva, equipo médico, asesores científicos/as, etc.) de diferentes países que trabajan mediante plataformas y redes. Proporcionan medicamentos para realizar la interrupción del embarazo y anticonceptivos como condones, píldoras o anticonceptivos de emergencia, además de facilitar el acceso a información confiable y actualizada.

El servicio en línea comienza haciendo preguntas pertinentes para conocer la salud de la mujer y saber si el aborto con medicamentos es un método seguro. Se solicita una contribución de 75 euros (1, 723.00 pesos mexicanos) para apoyar el servicio y a activistas. El pedido llega en 4 a 10 días o hasta cuatro semanas; el acompañamiento en línea es independiente y continuo.

También se brinda atención independientemente de la compra del medicamento.

[info@womenhelp.org](mailto:info@womenhelp.org) // [atencion@laslibres.org.mx](mailto:atencion@laslibres.org.mx) // [laslibres@hotmail.com](mailto:laslibres@hotmail.com)

**Plataforma FOCOS**

En su página de internet se pueden encontrar testimonios en diferentes formatos (audio, imagen, exvoto, carta o video) donde mujeres de toda la República Mexicana cuentan su experiencia.

<https://www.focos.org.mx/focos/>

Anexo 2.

**Guía de entrevista**

<b>Objetivo</b>	<b>Categorías a explorar/ eje temático</b>	<b>Pregunta</b>
Conocer la experiencia y significados otorgados por mujeres que interrumpieron su embarazo sin acompañamiento	Condiciones en las que se dio el embarazo, situaciones para interrumpir, qué representaba tener ese embarazo.	¿Quisieras contarme cómo fue el proceso de interrumpir tu embarazo? ¿Recuerdas cómo era tu situación cuando supiste que estabas embarazada? ¿Qué implicaba tomar esa decisión?
Indagar qué situaciones facilitaron u obstaculizaron su toma de decisión respecto a la interrupción del embarazo	Percepción de dinámica familiar. Conocimiento de sus derechos. Reconocimiento de sí como sujeta de derecho. Reconocimiento de sus decisiones. Identificar estigma como obstáculo.	¿Qué crees que te facilitó o dificultó tomar la decisión de interrumpir tu embarazo? Antes de interrumpir tu embarazo, ¿cómo considerabas esta práctica? o ¿qué significaba para ti ésta práctica?
Determinar qué les impidió solicitar acompañamiento	Conocimiento de redes de apoyo Creencias obstaculizantes, limitantes o fortalecedoras	¿Había alguna otra persona cercana que crees te pudo haber apoyado? (a respuesta afirmativa) ¿por qué no te acercaste? ¿Conocías o sabías acerca de asociaciones que te pueden apoyar con distintos tipos de atención?
Explorar las consecuencias de la experiencia, en caso de tenerlas	Secuelas en creencias, pensamientos, etc. Afirmación o interpretación de las consecuencias. Integración de la experiencia. Identificación del estigma	¿Crees que haber interrumpido tu embarazo cambió tu vida en algún o varios ámbitos? Pregunta final: Si tuvieras la oportunidad de decirte algo a ti misma cuando pasaste por eso, ¿qué te dirías?

Anexo 3.

### Hoja de datos sociodemográficos

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Estado civil:

Soltera

Unión libre

Separada

Casada

Divorciada

Viuda

Otro:

Religión:

Escolaridad:

Ocupación actual:

Número de hijos:

Número de interrupción(es) de embarazo:

CLÍNICA INTEGRAL  
DE LA  
MUJER

**¿Interrumpiste tu embarazo y no recibiste apoyo?**

**¿Te gustaría compartir tu experiencia?**



Si eres mayor de edad, decidiste interrumpir uno o más embarazos por cualquier motivo y **no tuviste algún tipo de apoyo**, te queremos escuchar. No importa hace cuanto tiempo sucedió o el método que hayas utilizado, tu experiencia será totalmente confidencial.

Comunícate al correo: [quierohablar918@gmail.com](mailto:quierohablar918@gmail.com)  
para pedir informes o establecer una cita.

A partir del 20 de febrero de 2019

Entrevista individual de 1 hr aprox. || Confidencial || Gratuito

*Alguien te escuchará sin juzgarte*

Ferrocarril Hidalgo y Congreso de la Unión, Gustavo A. Madero, Cd. de México. Cerca del metro Martín Carrera.

## Anexo 5. Consentimiento informado

### **Consentimiento informado para participar en una entrevista de investigación**

Se le invita a participar en una investigación por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México. Antes de decidir si participa o no, es conveniente que conozca los siguientes apartados; siéntase con la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En esta ocasión estamos desarrollando un proyecto específico enfocado a mujeres que interrumpieron su embarazo sin el acompañamiento de familia, pareja, amistades, asociaciones civiles u otra red de apoyo. El objetivo principal es conocer cómo fue su experiencia frente a esta situación. Para ello pediremos su colaboración proporcionándonos algunos datos sociodemográficos, además de una entrevista individual que será grabada en audio si es que así lo permite.

Es importante mencionar que toda la información que nos proporcione será confidencial y sus datos personales no aparecerán en ningún documento. Su participación en esta investigación no representa ningún riesgo para usted y podrá desistir en cualquier momento si así lo decide.

Además del objetivo ya señalado, se pretende que la entrevista sea un espacio en donde se permita la libre expresión de sus ideas y emociones y que su testimonio sirva para la generación de políticas públicas a partir de las experiencias de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

Después de haber leído los objetivos generales, si usted acepta participar, por favor firme abajo.

Yo \_\_\_\_\_, una vez leído este documento, acepto participar en la entrevista de investigación, sólo bajo los términos señalados.

Fecha y firma: \_\_\_\_\_.

Nombre, firma y fecha de la persona que obtiene el consentimiento informado y resguardará los datos de la participante: \_\_\_\_\_.

## **Anexo 6.** Listado de meta categorías y categorías

### **1) Confirmando e interrumpiendo el embarazo**

- d) *El aborto como condición y situación de las participantes*
- e) *Razones para abortar*
- f) *Aspectos generales en el uso del método anticonceptivo*

### **2) Aspectos que influyeron en la decisión**

- f) *Posicionamiento previo*
- g) *Creencias y actitudes en torno al aborto*
- h) *Falta de información*
- i) *Asistencia en los servicios de salud*
- j) *Creencias de la maternidad*

### **3) Vivir un aborto sin acompañamiento**

- e) *Ocultando lo que se siente: el por qué no se acercaron a alguien*
- f) *El acompañamiento ideal: lo que les hubiera gustado*
- g) *Suponiendo redes de apoyo*
- h) *Desconocimiento de asociaciones que brindan apoyo*

### **4) Desenlace de la experiencia**

- d) *Postura frente al aborto*
- e) *Considerando los efectos*
- f) *Integración de la experiencia*