

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO
DESDE LA EXPERIENCIA DE LAS MUJERES:
APORTACIONES INTERDISCIPLINARIAS

COLECCIÓN DIVERSIDAD FEMINISTA

Comité editorial del CEIICH

María Eugenia Alvarado Rodríguez
Carlos Arturo Flores Villela
Marina Garone Gravier
Lev Orlando Jardón Barbolla
Elke Koppen Prubmann
Octavio Reymundo Miramontes Vidal
María Elena Olivera Córdova
Mauricio Sánchez Menchero
María del Consuelo Yerena Capistrán

Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias

Lurel Cedeño Peña
Olivia Tena Guerrero
(Coordinadoras)



Universidad Nacional Autónoma de México

Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades
México, 2020

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas

Nombres: Cedeño Peña, Lurel, editor | Tena, Olivia, editor.

Título: Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: aportaciones interdisciplinarias / Lurel Cedeño Peña, Olivia Tena Guerrero (coordinadoras).

Descripción: Primera edición | México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2020. | Serie: Colección diversidad feminista.

Identificadores: LIBRUNAM 2082616 | ISBN 978-607-02-9582-9 (colección) | ISBN: 978-607-30-3249-0

Temas: Aborto | Derechos reproductivos | Derechos de la mujer.

Clasificación: LCC HQ767.156 2020 | DDC 363.46—dc23

Primera edición: 2020

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades
Torre II de Humanidades, 4º piso, Circuito Escolar,
Ciudad Universitaria, Coyoacán 04510, Ciudad de México, México
www.ceiich.unam.mx

Cuidado de la edición: Clara E. Castillo Alvarez

Diseño de portada: Amanali Cornejo Vázquez

ISBN de la colección: 978-607-02-9582-9

ISBN del volumen: 978-607-30-3249-0

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Impreso y hecho en México / *Printed in Mexico*

Índice

Introducción.....	9
<i>Lurel Cedeño y Olivia Tena</i>	

PRIMERA PARTE

Aborto legal y derecho a la salud.....	27
<i>Lucía Melgar, Susana Lerner y Agnès Guillaume</i>	

El aborto como práctica de control social y el cuerpo como territorio de resistencia.....	49
<i>Emanuela Borzacchiello</i>	

SEGUNDA PARTE

La legalización del aborto voluntario en Uruguay: nuevas interrogantes a partir de las experiencias de las mujeres.....	65
<i>Alejandra López Gómez, Martín Couto Gómez y Lilián Abracinskas</i>	

8 Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres

Estigma y aborto: experiencias de mujeres y personal
de salud en los servicios de ILE en la Ciudad de México . . . 95
Ma. Elena Collado Miranda y Jazmín Mora-Ríos

Estigma y empoderamiento en los itinerarios abortivos
de mujeres mexicanas. 129
Lurel Cedeño Peña y Olivia Tena Guerrero

TERCERA PARTE

La decisión de abortar en el segundo trimestre
de embarazo. 179
Nayla Luz Vacarezza y Ruth Zurbriggen

ADAS, un camino para renovar la fortaleza emocional
después de un aborto voluntario 215
Olivia Ortíz Ramírez

Autoras 253

Introducción

Lurel Cedeño Peña
Olivia Tena Guerrero

La región de América Latina y el Caribe es una de las que cuenta con las leyes más restrictivas sobre aborto a nivel mundial y, en esta zona, de acuerdo con las estimaciones del último reporte del Instituto Guttmacher (2018), 32% de los embarazos terminaron en aborto, pero sólo uno de cada cuatro fue seguro. En años recientes se observan algunos avances, tanto en el marco legal (en Uruguay, Chile y la Ciudad de México) como en la despenalización social, en sinergia con el acompañamiento o socorrismo y la utilización de medicamentos para el aborto seguro.

Paralelamente a dichos avances, sin embargo, se han agudizado algunas reacciones de grupos conservadores que, derivado de pactos patriarcales de ciertos sectores políticos y religiosos, han obstaculizado el reconocimiento al derecho a decidir de las mujeres, argumentando en contra de los estudios de género, fomentando la objeción de conciencia y la violencia institucional, así como el acoso a organizaciones feministas y a mujeres que acceden a la interrupción legal del embarazo.

El sistema político y legal de la mayor parte de los países latinoamericanos ha sido negligente y omiso al respecto, considerando la evidencia internacional que señala, de forma contundente y a partir de datos proporcionados por países que

han despenalizado el aborto que, cuando éste se legaliza, se observa una reducción de la mortalidad materna por esta causa; que cuando la intervención se realiza antes de las 12 semanas, el aborto es 13 veces más seguro que el propio parto y que el síndrome postaborto no cuenta con evidencia científica que lo sustente. También se observan incumplimientos a las recomendaciones de diferentes instancias y mecanismos de protección de derechos humanos y de las mujeres, siendo responsables, por tanto, de casos de feminicidios institucionales debidos a abortos obligadamente clandestinos.

Todo lo anterior nos precisa, desde la academia y desde los movimientos feministas, a reforzar una mirada crítica integral al marco legal y a los sistemas de salud en la región latinoamericana, así como a sus implicaciones en el bienestar de las mujeres ante la experiencia del aborto, primer eslabón del cual partió la elaboración del libro que aquí presentamos.

Adicionalmente, reconocemos la importancia de continuar documentando: 1) Las condiciones que, en algunos países de Latinoamérica han hecho posible la despenalización social y/o legal de la interrupción del embarazo, entre otras, el trabajo histórico de organizaciones y movimientos feministas. 2) El enorme valor de las redes de acompañamiento feministas que ponen en práctica la sororidad ante el embate conservador de organizaciones e instituciones. 3) Las estrategias para reducir el estigma y normalizar la experiencia.

Las luchas feministas por la despenalización del aborto, planteadas en tanto derechos de las mujeres a decidir en torno al propio cuerpo, han generado un cúmulo de argumentos y reflexiones que, en coyunturas como en la Ciudad de México en 2007, dieron lugar a intensos debates, articulaciones y negociaciones, que lograron incidir en la política respecto del aborto, logrando la despenalización de la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación en esta ciudad, lo que fue acompañado de importantes reglamentaciones en el sistema de

salud para garantizar el ejercicio de este derecho de forma segura y gratuita. Para muchas mujeres, haber estado en contacto con este debate aportó argumentos a favor de la maternidad voluntaria y del derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo, además de generarles una impronta como titulares de derechos y una resignificación sobre la práctica del aborto (Cedeño, 2019, en proceso).

A partir de estos hallazgos, pensamos que una forma fundamental de resistencia frente a los avances aún insuficientes en la región y ante los riesgos de retrocesos en el reconocimiento y ejercicio de nuestros derechos en torno al aborto, es mantener vigente el debate y la argumentación basada en evidencia, así como en experiencias de las propias mujeres, lo cual constituyó un segundo eslabón en la articulación de este libro.

En México, el debate previo al cambio legal tuvo otro impacto al romper el silencio sobre el aborto en el espacio público. Sin embargo, de las experiencias de aborto de las mujeres poco se habló, siendo que, como afirma Sian Beynon-Jones (2017), uno de los elementos que contribuye a su silencio es la escasez de esta clase de narrativas. Las experiencias de las mujeres en torno del aborto, elemento fundamental en el análisis del tema y centro de nuestro interés teórico y político, fue el tercer eslabón en la construcción de este volumen, enfatizando en la dimensión ética y política, así como en el conocimiento situado, tal como se aborda en la epistemología y la investigación feministas.

Cuando conocemos estas experiencias nos damos cuenta de: 1) que no existe una forma única para narrar un aborto e incluso que, en una misma narración pueden coexistir diferentes discursos o presentarse tensiones entre éstos, además de que lo que narramos está en constante transformación; 2) la importancia de visibilizar las tensiones entre diferentes discursos desde la propia subjetividad y experiencia de las mujeres, y 3) que narrar puede ser un ejercicio de memoria política, de dejar registro de una experiencia que busca ser borrada.

Visibilizar estas experiencias de interrupción del embarazo abona a la despenalización social del aborto y a disminuir el estigma en el país que aún son tareas pendientes a pesar de la despenalización legal del aborto en la Ciudad de México y del desarrollo de una conciencia de derechos en algunas mujeres. Este estigma social aún se expresa en algunos trabajadores sanitarios y en algunas actitudes de ciudadanos, que, tanto en México como en Latinoamérica, suelen tener posiciones conservadoras con respecto al aborto voluntario, cobijados por enseñanzas dogmáticas del catolicismo (Lamas, 2012).

Con base en lo anterior, el estigma social hacia el aborto y hacia las mujeres que abortan constituyó un cuarto eslabón de este proyecto editorial. Partimos del supuesto de que este estigma tiene sus bases en el mandato de la maternidad obligatoria y en un estigma más amplio en torno a la sexualidad femenina que vale la pena documentar, ya que son generadores de silencios, miedos, culpas y ansiedad en las mujeres y, en este sentido, constituyen un obstáculo para su bienestar físico y emocional (véase Cedeño, 2019 en proceso). Esto, a su vez, es la base de la falsa creencia de que la práctica del aborto en sí misma se relaciona con problemas de salud emocional en las mujeres.

El estigma hacia el aborto, por otro lado, ha sido fuente de retrocesos legales. Resulta paradójico que, en México, después de la ratificación de la constitucionalidad de la ley que despenalizaba la interrupción del aborto hasta las 12 semanas y, cuando se esperaban avances legislativos en otros estados, se aprobaron reformas a las constituciones locales para proteger la vida desde el momento de la “concepción” en 20 entidades federativas a partir de 2008.

Si bien estas reformas no anulan las causales legales reconocidas en los códigos penales de los estados, sí han contribuido a crear confusión en el personal de servicios de salud y de procuración de justicia, influyendo en la criminalización y persecución hacia las mujeres que viven un aborto electivo e incluso espontáneo, siendo sujetas a procesos penales, cárcel, multas o

tratamiento psicológico.¹ Ante este contexto mexicano en el que las condiciones para interrumpir un embarazo han cambiado, si lo comparamos con las que existían hace 11 años, se torna imprescindible contribuir al debate y a la investigación sobre el aborto y/o la interrupción del embarazo.

Los eslabones que planteamos como ejes de este libro constituyen elementos de discusión teórica centrales a lo largo de una investigación doctoral que tuvo como objetivo analizar desde una perspectiva feminista las experiencias de interrupción del embarazo a partir de dos ejes: el empoderamiento y el estigma en el contexto actual mexicano (Cedeño, 2019 en proceso). Esta investigación nos llevó a tener diferentes intercambios y debates con personas expertas en el tema desde la reflexión feminista y, uno de estos escenarios fue el Foro “Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: aportaciones interdisciplinarias”, llevado a cabo en octubre de 2016.

En este foro participarían originalmente especialistas y activistas mexicanas pero, en el camino, se fue enriqueciendo con la posibilidad de contar con la presencia de la experiencia uruguaya con la participación de Alejandra López y, más tarde, se amplió hacia la experiencia argentina tras la invitación hecha a Nayla Luz Vacarezza para participar en la construcción de este volumen. De esta manera, impulsamos a través de este proyecto editorial una mirada interdisciplinaria que privilegia la experiencia de las mujeres en torno a la interrupción del embarazo y que da cuenta de los cambios y tensiones en las prácticas y significados en la Ciudad de México, Argentina y Uruguay.

¹ De acuerdo con una investigación realizada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), de 1992 a 2007 se presentaron 1000 causas penales y averiguaciones previas de mujeres denunciadas cuando buscaron atención médica posterior al aborto. En contraste, a partir de las ya mencionadas reformas constitucionales se han identificado 4246 procesos penales por el delito de aborto reportados en Procuradurías o Fiscalías de enero de 2007 a diciembre de 2016 (GIRE, 2018).

Este libro consta de siete capítulos y está organizado en tres secciones: la primera aborda el análisis de los discursos sobre aborto; la segunda, las experiencias de mujeres que han interrumpido un embarazo en contextos legales en Uruguay y México y, la tercera, incluye experiencias novedosas de sistematización de acompañamiento, una con énfasis en el postaborto en México y otra sobre el aborto en el segundo trimestre en Argentina.

En la primera sección presentamos los siguientes trabajos: “Aborto legal y derecho a la salud”, escrito por Lucía Melgar, Susana Lerner y Agnès Guillaume, así como “El aborto como práctica de control social y el cuerpo como territorio de resistencia”, de Emanuela Borzacchiello. Dichos artículos aportan importantes elementos en la construcción del discurso sobre el derecho al aborto: 1) como parte del derecho a la salud, y 2) desde lo visual y lo textual. Estos dos textos son indispensables para analizar la manipulación del concepto de vida y salud que los grupos conservadores han utilizado para restringir los derechos de las mujeres.

El primer capítulo, de Melgar, Lerner y Guillaume, se centra en el derecho a la salud de las mujeres como argumento necesario para la legitimación de la despenalización del aborto, tomando como base los argumentos vertidos en el debate de 2008 en la Suprema Corte de Justicia de la Nación a raíz de las controversias constitucionales contra la despenalización del aborto en el Distrito Federal. Las autoras contrastan y presentan un análisis crítico de los argumentos y discursos de quienes reconocen el acceso al aborto seguro y legal como parte del derecho a la salud y de quienes lo niegan, es decir, los grupos conservadores o antiderechos, que omiten el derecho a la salud de las mujeres al mismo tiempo que exaltan los supuestos derechos del cigoto-embrión; que consideran la salud desde una visión neoliberal como un asunto privado y manipulan el derecho a la objeción de conciencia del personal de salud, limitando, por tanto, el derecho a la salud y, promoviendo la violación del secreto profesional y la intimidad de las usuarias.

Las autoras resaltan que, a pesar del reconocimiento del derecho a la salud en la Constitución mexicana y, aunque el marco legal contempla diversas causales para la interrupción del embarazo, “persisten prácticas que muestran un gran desprecio por el derecho a la salud de las mujeres” como es el caso de Martha Patricia Martínez, presentado ante la SCJN. Por ello, Melgar *et al.*, proponen retomar la definición de salud de Jadad (2012) y ampliar las definiciones de salud reproductiva y salud pública, incorporando componentes sociales desde un marco de derechos.

Este texto, por otro lado, expone lo paradójico del discurso conservador, al que no le importa la vida, la salud y las miles de mujeres muertas a causa del aborto inseguro, pero sí “la salud mental de las mujeres”, al difundir la falacia del síndrome postaborto, basado en estudios sesgados y que parten de una conceptualización de las mujeres que deciden abortar, como delinquentes, tuteladas y pecadoras. Las autoras dejan en claro que los grupos antiderechos reducen a las mujeres a objetos sin reconocimiento de sus derechos, mientras que, basados en dogmas, consideran que el cigoto-embrión es una vida plena e incluso una persona.

Este capítulo concluye con dos reflexiones necesarias en el contexto actual: 1) la importancia de preservar la laicidad en el Estado, la educación y leyes; 2) la obligación del Estado de garantizar el aborto legal y seguro, la educación sexual laica y científica y los métodos anticonceptivos modernos, así como una política educativa y de salud que busque disminuir las brechas sociales y de género, y 3) la relevancia de destacar la experiencia de las mujeres en su diversidad.

En el segundo capítulo, Borzacchiello reflexiona sobre la vigencia del aborto como un tema de la agenda feminista al analizar la construcción del discurso desde lo visual y lo textual. Ubica el discurso visual del aborto a partir del surgimiento de la ecografía con la cual se dio un giro de lo táctil a lo visual en la experiencia del embarazo de modo que, en muchos casos, la posibilidad de

ver el feto o embrión favorece que sea representado como un bebé y como una persona. Lo riesgoso de este giro — señala la autora — es que, si sólo se considera persona lo que es visible para nosotros, ¿qué pasa con las personas desaparecidas?

De esta forma, Borzacchiello tiende un lazo entre la violencia y el aborto y propone analizar las estrategias de control y expropiación del cuerpo de las mujeres a partir de la manipulación del lugar más íntimo —el vientre— y de situarlo como lugar del crimen. Aunado a esto, la autora también nos alerta sobre el desplazamiento semántico y la manipulación del concepto de vida que vacía su contenido.

Desde el discurso textual del aborto, a pesar del bombardeo mediático, Emanuela Borzacchiello afirma que aún son muy pocas las mujeres que narran públicamente sus experiencias de aborto, lo cual implica ciertos riesgos, como la desaparición del recuerdo y la muy peligrosa activación de significados diferentes en torno a dichas experiencias. La autora profundiza en una hipótesis sobre la causa de este silencio en términos de “la relación entre las prácticas contemporáneas de control que instauran las dinámicas laborales globales y las formas contemporáneas de estigmatización que sufren las mujeres que abortan”. En esta hipótesis, un nuevo tipo de capital toma vital importancia, el “capital de reputación”, así como la facilidad del control social a través de las redes sociales y un doble discurso utilizado por los grupos conservadores sobre las mujeres que abortan, posicionándolas como asesinas o víctimas, vinculando este segundo término con las condiciones de precariedad y usando de forma perversa el discurso feminista.

A manera de conclusión Emanuela, en un sentido similar al expuesto por Melgar *et al.*, propone: 1) Una lectura crítica del sistema de relaciones en el que estamos insertas, donde la violencia masculina tiene múltiples facetas; 2) la importancia del cuidado de los cuerpos como un asunto público y de responsabilidad colectiva, y 3) analizar el proceso de transformación de las pala-

bras para detectar el control sobre nuestros cuerpos y retomar el sentido de palabras clave: vida y aborto.

En la segunda parte del libro se incluyen tres capítulos que analizan diferentes experiencias relacionadas con el aborto legal a voluntad de las mujeres bajo cualquier circunstancia en dos países latinoamericanos, Uruguay y México, mismos que han avanzado significativamente en el reconocimiento al derecho a decidir de las mujeres, si bien México de manera parcial, a través de la ley aprobada en 2007 que aplica exclusivamente en la Ciudad de México, mientras que en Uruguay, la ley aplica desde el año 2012 en todo el país.

En el primer capítulo de esta sección, “La legalización del aborto voluntario en Uruguay. Nuevas interrogantes a partir de las experiencias de las mujeres”, Alejandra López Gómez, Martín Couto Gómez y Lilián Abracinskas enfatizan los escenarios que obstaculizan la implementación de la ley en ese país, particularmente, en la ciudad de Montevideo y su área metropolitana, a partir de la experiencia de mujeres que accedieron a los servicios públicos de salud.

Con un objetivo similar, pero resaltando el estigma y la discriminación experimentada y percibida respectivamente por mujeres usuarias de los servicios de aborto y por quienes los brindan, tanto en instituciones de salud pública como privada en la Ciudad de México, María Elena Collado Miranda y Jazmín Mora-Ríos presentan el segundo texto de esta sección, “Estigma y aborto: percepciones de mujeres y personal de salud en los servicios de ILE en la Ciudad de México”.

Por su parte, y en esta misma línea temática, Lurel Cedeño y Olivia Tena se centran también en el estigma como una de las barreras que enfrentan las mujeres en la Ciudad de México para acceder a la interrupción legal del embarazo, pero incorporan el empoderamiento –individual y colectivo– de las mujeres, como un proceso posible de suscitarse a lo largo de las trayectorias abortivas. Aunque en el estudio de Collado y Mora no se

tiene al empoderamiento de las mujeres como un eje de análisis explícito, en ambos capítulos que abordan el caso mexicano se evidenciaron algunas estrategias utilizadas por éstas para hacer frente al estigma, lo que les permitió defender su postura ante el aborto y exigir el ejercicio de su derecho a decidir libremente cuándo y cuántos hijos tener.

La lectura de estos tres capítulos permite identificar barreras comunes para el acceso al aborto en contextos de legalidad, aun bajo diferentes reglamentaciones, considerando que en Uruguay – a diferencia de la Ciudad de México – es forzoso que las mujeres acudan por lo menos a dos consultas médicas previas al aborto y se imponen cinco días posteriores de reflexión obligatoria, lo cual puede considerarse una de las barreras más relevantes. Entre los obstáculos comunes en estos tres estudios resaltamos lo que respecta a la objeción de conciencia, el estigma y la discriminación en sus múltiples niveles; la escasa información y difusión de los servicios y la vigencia de mitos. Un obstáculo adicional en México es la presencia de grupos conservadores que buscan disuadir a las mujeres de su decisión.

Con respecto a las personas proveedoras de servicios de aborto en México, el capítulo de Collado y Mora-Ríos muestra que éstas tenían conciencia del estigma social y revelaron las críticas, descalificación, discriminación e incluso acciones violentas por parte de colegas de trabajo, amistades y familia, de las que han sido objeto por dedicarse a este tipo de trabajo, también estigmatizado.

Este capítulo muestra diversos relatos de profesionales de la salud, en los que hicieron alusión a dilemas relacionados con su práctica, particularmente en lo que tiene que ver con su adaptación inicial, con la atención a mujeres adolescentes, reincidentes, en condiciones de vulnerabilidad acumulada o fuera del plazo legal. En pocos casos expresaron actitudes paternalistas y actitudes negativas hacia las mujeres que abortan que evidencien una interiorización del estigma. Hacer frente al estigma social

como personal de salud, responde —concluyen las autoras—, a un proceso y a recursos como el reconocimiento a la importancia de su labor, el trabajo colaborativo con otros profesionales de la salud y el compromiso con la atención a las mujeres al conocer sus historias y recibir sus muestras de agradecimiento.

Estos tres capítulos contribuyen a analizar “cómo operan los procesos de (des)penalización social y el estigma asociado al aborto en contextos de legalidad” (López, Couto y Abracinskas) y cómo esto incide en las experiencias de aborto de las mujeres. Si bien, como se señala en los tres textos, la despenalización contribuye a disminuir el estigma, “el cambio legal *per se* no asegura cambios sociales en la construcción de nuevos significantes sobre aborto” (López, Couto y Abracinskas); por ello, es de vital importancia contar con alianzas en distintos sectores y seguir estudiando las tensiones y coexistencias entre lo legal, ilegal y legítimo en contextos similares al mexicano y uruguayo, considerando que en el primero la interrupción voluntaria del embarazo sólo está permitida en un estado y en los 31 estados restantes está penalizada y que, en el segundo, “la ley se basa en una concepción de la maternidad como valor tradicional al proteger y considera al aborto como un recurso que debe evitarse”, como señalan López, Couto y Abracinskas.

En la tercera parte del libro se presentan dos capítulos que tienen como elemento común la incorporación del acompañamiento a las mujeres, en el primer caso a lo largo de su trayectoria hacia el acceso al aborto en el texto de Nayla Luz Vacarezza y Ruth Zurbriggen y, en el segundo caso, en el acompañamiento postaborto con el capítulo de Olivia Ortíz.

En el texto de Vacarezza y Zurbriggen, “La decisión de abortar en el segundo trimestre del embarazo”, las autoras se enfocan —de manera novedosa— en el aborto durante este periodo y en un contexto de ilegalidad como es el argentino. A partir del análisis de entrevistas en profundidad presentan resultados de una investigación más amplia, donde analizan las circunstancias

específicas y motivos que rodean la decisión de algunas mujeres argentinas de interrumpir un embarazo en el segundo trimestre de gestación, un tema poco explorado a nivel internacional y regional. Al mismo tiempo, este texto da cuenta del rol indispensable que tienen las activistas de Socorristas en Red (Feministas que Abortamos) al brindar información y facilitar el acceso al aborto seguro en un contexto restrictivo, a través de un modelo único de acompañamiento de aborto con medicamentos, siendo ésta una de las primeras experiencias de acompañamiento en este periodo gestacional. Si bien estas activistas no lo habían contemplado en un inicio, han respondido a la apremiante necesidad de las mujeres que no están siendo atendidas por los servicios de salud en Argentina, a decir de las propias autoras.

En algunos de los casos que citan, las mujeres muestran una fuerte determinación, un evidente no deseo de la maternidad y toman la decisión rápidamente, poniéndose ellas mismas en el centro de la decisión, mientras que, en otros casos, la decisión toma más tiempo, tienen dudas y dilemas éticos, esperan que los problemas con la pareja se resuelvan o que sus circunstancias cambien de forma súbita.

Sus hallazgos dan cuenta de una experiencia de tiempo distinta, en donde el tiempo “objetivo” no siempre corresponde con la vivencia “subjetiva”. Como dificultades vividas identifican tanto la desesperación como la negación, la confusión, la parálisis, así como situaciones de violencia o conflicto con sus parejas, todo lo cual retrasa su proceso decisorio.

Las autoras identifican diversos obstáculos que dan cuenta de la demora en el acceso al aborto, como la ausencia de información, los intentos de disuasión de grupos conservadores, la dificultad para comprar los medicamentos, el incumplimiento de las causas legales o la ausencia de apoyo. Ante esto, las mujeres se ven expuestas al uso de prácticas inseguras o de medicamentos en dosis incorrectas. Es por ello que, el encuentro de estas mujeres con Socorristas en Red, a través de amigas, profesionales de salud

o del internet, les produce alivio y la posibilidad de que “sí hay solución”, recibiendo un trato sin juicios y de escucha atenta.

Por su parte Olivia Ortíz, en su investigación en el caso mexicano, en el capítulo titulado “ADAS, un camino para renovar la fortaleza emocional después de un aborto voluntario”, retoma los aportes de los estudios feministas sobre las emociones, reconociéndolas como construcciones sociales mediadas por las relaciones de poder, para dar cuenta de la experiencia emocional del aborto como un discurso de creciente importancia dentro del feminismo; asimismo, en su texto, posiciona la relación entre salud positiva y aborto, dejando de lado su visión patológica, acorde con la evidencia internacional. Al principio de este capítulo se hace un recuento de la historia, objetivos, metodología, marco de referencia, así como de la evaluación y análisis de Adas, acompañamiento después de un aborto seguro, una intervención profesional y experiencia única en el contexto nacional desarrollada por la propia autora, quien añade que esta propuesta surgió a partir de la despenalización del aborto en 2007, en una búsqueda por brindar acompañamiento y facilitar la reflexión sobre el embarazo y su interrupción, lo cual ha contribuido a procesos de autonomía de las mujeres y de desarrollo de habilidades resilientes de vital importancia en una cultura patriarcal.

Este capítulo también reconoce la importancia de las redes sociales en el acceso al servicio, así como en la validación y confianza en la decisión, ya sea por parte de las personas cercanas a las mujeres o de las organizaciones de la sociedad civil. En este sentido, hace un recuento de las diversas modalidades y definiciones del acompañamiento feminista para el acceso a un aborto legal en México y de otras experiencias a nivel nacional e internacional, que posicionan una perspectiva afirmativa del aborto, tales como el Movimiento Provoz o el video “Era yo, otra vez”.

Olivia Ortíz posiciona el término “situación embarazo-aborto”, enfatizando la complejidad y la confluencia de muchos aspectos que se enlazan entre sí y señala que es de particular im-

portancia revisar durante el acompañamiento, las circunstancias y condiciones previas al embarazo, la historia familiar, la forma como las mujeres toman decisiones o ponen límites en sus vidas y la conciencia de género que han desarrollado, ya que en esta situación, en muchas ocasiones, se inicia un proceso de separación con respecto a la ideología dominante y de ruptura con el modelo tradicional de ser mujer.

ADAS se ubica entre los acompañamientos postaborto inmediato con perspectiva afirmativa, ya que después de la confirmación de la interrupción del embarazo las mujeres pueden reconocer algún malestar emocional o sentirse sorprendidas por sentir alivio. De acuerdo con Ortíz, la situación de embarazo-aborto plantea preguntas a las mujeres sobre aspectos relacionados con su proyecto de vida, actitudes hacia sí mismas (autoconfianza), búsqueda de mayor autonomía e independencia económica, creencias sobre la feminidad y la maternidad, lo que permite a las mujeres “reconocer la fortaleza y la claridad que adquiere su vida y su proceso de autonomía cuando se afirman a sí mismas por interrumpir un embarazo no intencionado” e identificar que el conflicto proviene de contrariar el mandato de la maternidad; en este sentido, el aborto, dice la autora, puede ser un “recurso protector para la salud emocional y mental de las mujeres”.

La autora destaca que “las mujeres que participan del proceso embarazo-aborto, y la sociedad en general, tendrían que saber que es absolutamente válida la perspectiva positiva y benéfica del aborto y que hablar de él significa hablar también de bienestar en la vida de las mujeres” y, citando a Alejandra López, añade que “las emociones y los sentimientos que se expresan en el postaborto pueden entenderse como un acto político que, al activar y transformar a algunas mujeres, puede hacerlo con muchas más”.

A manera de síntesis, este libro busca contribuir a las reflexiones y al campo de conocimiento sobre la interrupción del embarazo desde múltiples aristas y enfoques; visibilizar temas novedosos como el acompañamiento, la calidad de la atención

y el estigma en su asociación con la interrupción del embarazo; mostrar los avances que han logrado el activismo y las organizaciones feministas y, al mismo tiempo, abrir los temas pendientes en la agenda por un aborto seguro, legal y gratuito en América Latina; dar cuenta de los obstáculos impuestos por una cultura y pactos patriarcales que inciden en distintos niveles, así como las tensiones y resistencias en esta experiencia que muestra que lo personal es profundamente político.

Referencias

- Beynon-Jones, S. M. (2017). "Untroubling abortion: A discourse analysis of women's accounts". *Feminism & Psychology*, 27(2), pp. 225-242.
- Cedeño, L. (2019). *La experiencia narrada del aborto en mujeres mexicanas: entre el estigma y el empoderamiento* (Tesis doctoral en proceso). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- GIRE. (2018). *Maternidad o Castigo. La criminalización del aborto en México*. Consultado en: <http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/#/>
- Instituto Guttmacher. (2018). *Aborto en América Latina y el Caribe*. Consultado en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>.
- Jadad, A. (2012). "La felicidad es un antídoto: científico colombiano". *El Tiempo*. Bogotá. Consultado en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12436409>.
- Lamas, M. (2016). "Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF", en: *Salud Pública de México*, 56 (1), pp. 56-62. Consultado en: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i1.7323>

PRIMERA PARTE

Aborto legal y derecho a la salud

Lucía Melgar, Susana Lerner
Agnès Guillaume

Los debates actuales en torno al aborto en México se desarrollan, desafortunadamente, bajo el embate de grupos conservadores y de tipo confesional que se oponen al ejercicio del derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad, en nombre de la “vida” del cigoto-embrión al que consideran “persona” mucho antes de haber nacido. Los argumentos de estos grupos antiderechos¹ se derivan de esta creencia que les lleva a anteponer supuestos derechos del cigoto-embrión a los de las mujeres y a ignorar o pisotear los derechos humanos de éstas, incluyendo el derecho a la salud.

El derecho a la salud es un tema prácticamente ausente del discurso conservador. Esto se debe, en parte, a su estrecho concepto de lo que es la salud y el derecho a la salud y, en parte, a que suelen torcer los estudios científicos para “demostrar” que el aborto (en cualquier caso) provoca “trastornos mentales” y traumas, con lo que sesgan el debate hacia la “salud mental” en una visión reductora de ésta. En cambio, ignoran el impacto del

¹ Les llamamos antiderechos por su oposición a los derechos de las mujeres, en particular los derechos sexuales y reproductivos. Llamarlos “provida” implica dejar que se apropien del sentido del “derecho a la vida”, limitado por ellos a la vida del cigoto-embrión.

embarazo no deseado y no planeado en la salud física y psicológica de mujeres y niñas obligadas a llevarlo a término. Además de que intervienen promoviendo o limitando acciones legales constitucionales y de jurisprudencia para restringir los derechos relacionados con la maternidad libremente elegida.

En este contexto, argumentamos a favor del reconocimiento del derecho a la salud de las mujeres como una consideración básica que sustenta la necesidad y legitimidad de la despenalización del aborto. Con base en un análisis previo de los fundamentos expuestos en 2008 ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación a raíz de las controversias constitucionales contra la despenalización del aborto en el Distrito Federal,² que hoy se repiten con algún o ningún matiz en las discusiones en torno al tema,³ expondremos algunos contrastes entre los argumentos de quienes reconocen que el acceso al aborto legal y seguro forma parte del derecho a la salud, y quienes lo niegan. Como se verá, los planteamientos de los grupos antiderechos pasan por alto muchos aspectos de las condiciones de las mujeres de carne y hueso que buscan interrumpir un embarazo, y distorsionan y/o dejan de lado principios científicos y legales. Lo hacen además sin argumentos que contradigan las evidencias que sustentan estos principios.

² Para un análisis más amplio de estos argumentos, véase nuestro libro *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*, en que se basa este artículo.

³ Hemos optado aquí por retomar los argumentos planteados ante la SCJN en 2008, porque en ellos se basó nuestro análisis y, sobre todo, porque lo que entonces se planteó en el marco de las controversias, de una y otra parte, se sigue repitiendo en lo básico una década después. La mayor diferencia sería que, desde entonces, se ha puesto en boga la expresión “ideología de género” para descalificar los estudios de género y la lucha por los derechos de las mujeres y por el aborto en particular. Bajo esta etiqueta (sin comprender la confusión que conlleva) se atacan los derechos sexuales y reproductivos, pero los argumentos siguen siendo los mismos.

La importancia de los conceptos y el impacto de la prohibición del aborto legal y seguro

Cuando se refieren al aborto, los grupos antiderechos suelen omitir una distinción crucial: la diferencia entre aborto clandestino e inseguro y aborto legal y seguro. Esta confusión voluntaria les permite atribuir toda clase de males al “aborto” sin tomar en cuenta que mientras que el primero conlleva fuertes riesgos, en el segundo, éstos son mínimos. Por ello es importante subrayar que, cuando se habla de despenalizar el aborto, se hace referencia al aborto legal y seguro. Así mismo, el derecho al aborto remite al acceso a un aborto legal y seguro que, como prueban estudios internacionales, disminuye la morbilidad materna, a la que, en cambio, se exponen las mujeres que recurren a un aborto clandestino e inseguro.

Los efectos negativos de la prohibición o restricción del acceso al aborto legal y seguro en este sentido pueden observarse en las estadísticas internacionales que demuestran que la penalización del aborto aumenta los riesgos para la salud de las mujeres. Éstas también son contundentes en los casos de mujeres embarazadas cuya vida y salud estaban en peligro y a quienes se obligó a continuar con el embarazo. Un ejemplo conocido es el de “Beatriz”, a quien la Corte Suprema salvadoreña negó en 2013 la posibilidad de aborto terapéutico aun cuando ella padecía lupus; prolongar el embarazo ponía en peligro su vida, además de que el feto era anencefálico (Daltón, 2013).⁴ Otro ejemplo es “Amalia”, a quien se le negó el tratamiento contra el cáncer que necesitaba porque estaba embarazada y tampoco podía acceder al aborto terapéutico, penalizado en Nicaragua desde fines del 2006.⁵

⁴ Tras una cesárea, el feto murió.

⁵ Este caso llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que determinó que se le otorgaran medidas cautelares a “Amalia” y que el Estado nicaragüense debía darle acceso al tratamiento que necesitaba (Aguiluz, 2010).

En México, aunque el marco legal contempla diversas causas, en particular por violación o cuando peligran la vida y la salud de la mujer, persisten prácticas que muestran un gran desprecio por el derecho a la salud de éstas. Un caso emblemático es el de Martha Patricia Martínez, presentado ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, y que ésta no consideró “importante y trascendente”, aun cuando en él se acumulaban violaciones a los derechos humanos.

En diciembre de 2015, la joven veracruzana acudió al IMSS por fuertes dolores de estómago. Ahí le diagnosticaron gastritis y le recetaron un tratamiento, que ella siguió. Unas semanas después, volvió para una revisión y en ese momento tuvo un aborto espontáneo. El personal médico llamó entonces al ministerio público y acusó a Patricia de haberse provocado el aborto. Ella, sin embargo, no sabía que estaba embarazada. Según el testimonio que ella misma dio en 2016 en un foro en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, el personal médico y el de justicia la humillaron y maltrataron. Entre otras agresiones, la obligaron a hacerle un entierro al que llamaban “su bebé” y la condenaron a someterse a “medidas educativas y de salud”, establecidas en el Código penal de Veracruz como castigo por el delito de aborto (2009, art. 150), con lo cual se patologiza la decisión de abortar y se busca imponer una visión de la maternidad como obligación. Además, se castiga con cárcel a la mujer que reincide o se niega a someterse al “tratamiento”.

Patricia buscó asesoría legal y gracias a la asociación civil Las Libres de Guanajuato y al apoyo legal del Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) denunció al personal médico negligente y a las autoridades judiciales que atentaron contra sus derechos humanos. Uno de los argumentos legales en su defensa es que la ley no se puede usar para “reeducar”; otro, que no se puede condenar a nadie por la negligencia de otros.

Cabe subrayar que, en este caso, sumamente ilustrativo, dos instancias que estaban obligadas a proteger la salud y la integri-

dad de Patricia hicieron justo lo contrario. El personal médico no reconoció su negligencia ni la violación a la intimidad de la paciente y al secreto profesional que cometía al recurrir al ministerio público. A su vez, las autoridades judiciales incurrieron en violaciones al proceso y, sobre todo, aplicaron una ley que conlleva una desigualdad básica: mientras que, en la Ciudad de México, las mujeres pueden acceder a un aborto legal y seguro hasta las 12 semanas de gestación, en Veracruz se pretende convencerlas de que no querer tener un hijo — en cualquier circunstancia — es una desviación, e incluso se les castiga por abortos espontáneos, como en el caso de Patricia. Es lógico, por tanto, que se haya solicitado la alerta de violencia de género por “agravio comparado” para ese estado y que el grupo de trabajo que analizó dicha solicitud haya recomendado en 2017 que el Congreso veracruzano legislara para despenalizar el aborto hasta las 12 semanas, como en la Ciudad de México, lo que abriría la posibilidad de un cambio en ése y tal vez en otros estados.⁶

La experiencia narrada por Patricia no es única, aunque su fortaleza y determinación para que se le haga justicia son excepcionales. Sabemos de otras mujeres a las que se les niega el aborto legal, incluso en casos de violación y de niñas también violadas,

⁶ Hay que añadir que, pese al escándalo que provocó el caso de Patricia, el Congreso veracruzano aprobó en agosto de 2016 una iniciativa de ley del gobernador para incluir en la Constitución estatal “la protección de la vida desde la concepción” y castigar el aborto con 15 años de cárcel. Ésta se promulgó ante jerarcas de diversas religiones, lo que atentó doblemente contra la laicidad del Estado (*El Dictamen*, 2016).

Al momento de revisar este artículo, cabe añadir que, tras declararse la Alerta de violencia de género por agravio comparado, la Legislatura se negó a seguir la recomendación de homologar la legislación con la de la Ciudad de México y rechazó una iniciativa para hacerlo mediante una reforma al código penal. Por ello, dos organizaciones presentaron solicitudes de amparo por omisión legislativa que fueron aceptadas en julio de 2018. El Congreso local, a su vez, interpuso un recurso de revisión contra el otorgamiento de ese amparo. Está por verse si la SCJN atrae el caso.

cuya vida y salud, física y mental, se pone así en riesgo.⁷ Estas leyes punitivas, lo mismo que la omisión, negligencia o complicidad de la profesión médica, atentan contra la salud y el derecho a la salud de las mexicanas.

Salud y salud pública

La salud no es sólo ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948: 84). A esto se añade que la salud “es el grado en que un individuo o un grupo puede, por un lado, llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y, por el otro, cambiar el ambiente o relacionarse adecuadamente con él” (OMS, 1986).

Como advierte Jadad (2012), bajo el concepto tradicional de salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social”, nadie podría ser saludable, pues “cualquier malestar afectaría ese bienestar”. Propone, por eso, considerar la salud como “la capacidad de las personas o de las comunidades para adaptarse a, o para autogestionar los desafíos físicos, mentales o sociales que se le presentan en la vida”. Desde este concepto alternativo, las mujeres que recurren al aborto ante un embarazo no deseado estarían optando por enfrentar esos desafíos. En el marco del debate acerca de la despenalización importa preguntar por las condiciones en que las mujeres desarrollan esa capacidad para recurrir al aborto cuando un embarazo no deseado afecta su vida y bienestar.

Como han planteado Lerner y Szasz (2003), bajo el paraguas de salud reproductiva no sólo se incorporan componentes di-

⁷ Véase entre otros documentos, GIRE. (2015). “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México”.

rectamente relacionados con el comportamiento sexual y reproductivo, tales como la práctica anticonceptiva, la esterilidad, el embarazo, el parto y el cáncer cérvico-uterino y de mama, entre otros. Además, deben subrayarse las dimensiones relacionadas con los derechos humanos, en particular con los derechos sexuales y reproductivos, con la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres, las igualdades y equidades sociales y de género, y con las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud que garanticen el ejercicio de estos derechos.

Cuando se habla de salud pública no cabe limitarse a la provisión de servicios de salud. Es necesario, en cambio, tomar en cuenta la dimensión pública de la salud y los aspectos físico, mental y social de ésta. Como plantea López Cervantes (1997), este concepto más amplio implica ir más allá del diseño y operación de programas de vigilancia y control y de una práctica administrativa acartonada y obsoleta de los servicios para adecuar los sistemas de salud a las necesidades de la población, reconociendo las ventajas y limitaciones de las intervenciones y ofreciendo servicios bajo criterios de equidad, efectividad y eficiencia.

Por otra parte, como ha planteado Didier Fassin (2005) en el caso de Francia, a diferencia de la medicina, que se orienta a tratar enfermedades y curar a los individuos, el principal objetivo de la salud pública debe ser preservar y promover la salud de una sociedad en el marco de las acciones públicas, de las políticas de salud, donde lo público es un bien común, entendido como la organización de vivir en conjunto en torno a valores compartidos y también con normas contradictorias y conflictivas. Desde esta perspectiva, la salud pública es una forma de gestión de la política de la salud que busca dar a las personas las condiciones necesarias para hacerse responsables y controlar su propia salud, y los medios para mejorarla, para satisfacer sus necesidades y llevar a cabo sus proyectos de vida.

En lo que se refiere a la terminación del embarazo, situarla en el contexto del derecho a la salud y como asunto de salud

pública implica plantearla como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado. Implica también tomar en cuenta su dimensión social, además de la individual, y subrayar la necesidad de que existan condiciones reales que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sin presiones como las que imponen los marcos legales restrictivos o la estigmatización social. Para ello, deben tomarse en cuenta las desigualdades sociales que impiden, por ejemplo, que las mujeres con menos recursos puedan acceder a un aborto seguro porque viven bajo marcos legales restrictivos o porque personal de salud negligente les niega este acceso, sin tomar en cuenta las causales legales.

Plantear entonces que el aborto es un problema de salud pública es reivindicar el derecho a un aborto legal y seguro para todas las mujeres que debe complementarse con un amplio acceso a la información necesaria para prevenir embarazos no deseados y no planeados. Asimismo, es necesario subrayar que el Estado – y la sociedad – tiene la obligación de garantizar tanto el acceso al aborto seguro como a la educación sexual y los métodos anti-conceptivos, y cabría añadir, de contrarrestar la estigmatización social del aborto promovida por sectores conservadores, y la Iglesia católica en particular.

Derecho a la salud *versus* defensa del cigoto

En la revisión que hicimos de los argumentos presentados en 2008 ante la Suprema Corte de Justicia por personas y grupos a favor y en contra de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, notamos una clara diferencia entre los primeros y los segundos. Éstos, como adelantamos, prácticamente no hablaron de salud ni reconocieron este derecho. Menos aún consideraron el sentido amplio de “salud pública”. En gran medida esto se debe a que ven la salud como un asunto privado, como si sólo el individuo tuviera responsabilidad sobre su salud (lo que im-

plicaría que cada quien tuviera toda la información necesaria para decidir y el medio ambiente, las carencias y demás factores “externos”, no tuvieran impacto alguno). Entre los primeros, en cambio, sí se argumentó desde el derecho a la salud y desde un concepto de salud pública que implica una responsabilidad social y estatal. Vale la pena contrastar algunos de estos argumentos para ilustrar los términos de la discusión y señalar las limitaciones de la visión conservadora que ni entonces ni ahora, como veremos, toma en cuenta la experiencia de las mujeres, y mucho menos las nefastas consecuencias reales y documentadas sobre su salud.

En lo que se refiere, por ejemplo, al derecho a la salud, quienes apoyaban la despenalización del aborto, como MLMC, plantearon que en el marco de un Estado laico, el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derecho y del acceso al aborto como un derecho, implica garantizar derechos como “la libertad [...] e incluso la vida” (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 277).⁸ Varios ponentes destacaron que penalizar el aborto transgrede el principio de igualdad pues discrimina a las mujeres de bajos recursos que, como planteara GDB, “no pueden pagar abortos ilegales caros y bien practicados” (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 279).

Los opositores a la despenalización, en cambio, no sólo negaron que el acceso al aborto es un derecho, sino que acusaron al gobierno del Distrito Federal de promoverlo como “método anticonceptivo”, como afirmara PBR (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 293), y adujeron que su despenalización demostraba el “fracaso de los métodos de planificación familiar y de la educación

⁸ Las citas de argumentos planteados provienen del libro *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos* (2016) de las autoras aquí citadas, quienes, a su vez, las recuperan de los libros *La vida ante la Corte* (Cevallos y Fernández, 2008), donde se reunieron ponencias contra la despenalización del aborto, y *Despenalización del aborto en la Ciudad de México* (Enríquez, y de Anda, 2008), que contiene ponencias y textos a favor de la despenalización. Las iniciales corresponden a los de cada ponente, tal como aparecen en nuestro libro.

sexual” en voz de MTM (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 294), al mismo tiempo que afirmaban que ésta promovía un ejercicio temprano de la sexualidad.

Este tipo de argumentos, si bien son contradictorios, corresponden a una visión negativa de la sexualidad y de la educación sexual, que suele manifestarse cada vez que se debate el derecho al aborto legal. Los conservadores rechazaban y rechazan las campañas de educación sexual, como si ésta no impartiera conocimientos científicos acerca del cuerpo y la sexualidad para promover prácticas responsables sino, por el contrario, incitara a la exploración de la sexualidad. A la vez afirmaban que permitir el aborto era promoverlo, lo cual es una falacia pues ni el gobierno ni quienes entonces apoyaban o apoyan hoy la despenalización han planteado en modo alguno que éste sea o se establezca como medio para controlar la natalidad.

Como señalaron diversas voces que defendieron la despenalización, como GRR, “cuando el acceso a interrumpir un embarazo se ofrece junto con servicios de anticoncepción y educación sexual preventiva, se logra disminuir, a mediano plazo, la tasa de abortos inducidos” (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 287). La educación sexual, además, como señalara entre otras RS, busca fomentar “la maternidad y paternidad responsables, en el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas” (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 288).

En contraste, los voceros antiderechos reiteraron que el derecho de las mujeres a la libre elección de la maternidad no se puede anteponer al “derecho a la vida” del cigoto-embrión. El predominio de éste se deriva de un concepto de la vida humana que no distingue entre las distintas etapas de la gestación y se sintetiza en el argumento principal de este grupo: la llamada “defensa de la vida”. La única vida que aquí se defiende es la del cigoto-embrión e incluso la del conjunto de células que se unen en la fecundación, con lo cual se rechaza el aborto en cualquier etapa tachándolo de “asesinato”. Este argumento, recurrente,

volvió a esgrimirse en las discusiones acerca de la Constitución de la Ciudad de México en enero de 2017.

Además de estos argumentos conocidos y que hoy siguen usando, los voceros conservadores (en su mayoría, hombres) demostraron un escaso conocimiento del sentido de la salud pública o expusieron una visión neoliberal de la salud que básicamente excluye lo público o lo mide en términos monetarios. Así, por ejemplo, plantearon que el Estado que permite y garantiza el aborto es “paternalista” pues exime de sus obligaciones al hombre y la mujer, sin explicar si se referían a la prevención del embarazo (lo cual se opone al rechazo conservador de la educación sexual y de los métodos anticonceptivos modernos) o a alguna supuesta obligación de paternidad o maternidad para hombres y mujeres. Afirmaron también que, en vez de destinar recursos a los derechos sexuales y reproductivos, se deberían invertir en mejorar las instalaciones, como si esto bastara para mejorar la salud. También pasaron por alto los costos económicos y sociales que representan las secuelas de abortos inseguros, para las mujeres, sus familias y para los propios hospitales públicos (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 261-272).

En contraste, quienes apoyaban la despenalización destacaron los efectos nocivos de la estigmatización, criminalización y maltrato a las mujeres que abortan. Condenaron la victimización que esto supone, señalaron los efectos perniciosos del silencio de la culpa que pretenden imponerles preceptos de corte confesional o el rechazo social, y subrayaron la revictimización que implica perseguir legalmente a mujeres y niñas por ejercer el derecho a la autonomía y la elección libre de la maternidad. También insistieron en las consecuencias negativas de la penalización del aborto, como los riesgos que conlleva el aborto clandestino e inseguro para la salud y la vida de las mujeres y los efectos negativos de la falta de acceso real a una educación sexual científica y laica y a métodos anticonceptivos modernos. Estas deficiencias afectan sobre todo la vida y la salud de adolescentes y mujeres que viven

en condiciones de marginalidad y pobreza, pero obstruyen el derecho de toda mujer a decidir “el número y espaciamento de los hijos” que garantiza el artículo 4to. Constitucional (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 257-260).

En el marco de la discusión sobre salud y salud pública, otro argumento para limitar los derechos de las mujeres, enunciado entonces y que hoy se sigue difundiendo con ahínco, es el derecho a la objeción de conciencia de médicos y enfermeras (que algunos amplían a todo el personal hospitalario). Tras la reforma de 2007, la Ley de Salud del DF estipula que se respeta ese derecho de médicos y enfermeras en lo individual pero que las instituciones de salud deben garantizar que haya personal suficiente para llevar a cabo los procedimientos de aborto, puesto que a ellas corresponde la obligación de ofrecerlos.

No obstante la claridad de la ley, los voceros antiderechos acusaron al gobierno de no respetar la objeción de conciencia, “violentándose su derecho a negarse a ello [el aborto] por razones de conciencia, so pena de ser sancionados administrativamente por la ley de la materia”, como afirmara EMM (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 299), lo cual es falso. Para defender esta posición también interpretaron en sentido estrecho el juramento hipocrático, planteando que el médico debe curar y no matar y que “nadie estudia medicina para dedicarse a los abortos” en palabras de MPCM (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016: 299), afirmación evidente que, sin embargo, no excluye que pueda practicarlos si es necesario. Aunque este juramento se ha interpretado de manera diversa a lo largo del tiempo, por ejemplo, desde la bioética, la interpretación conservadora reduce su sentido, porque equipara el aborto con un asesinato. De nuevo, esto remite a la ausencia de distinción entre cigoto-embrión, feto, y nacido/a, confusión mediante la cual atribuyen la condición de persona (nacida viva) y sus derechos al producto desde la fecundación o la concepción.

Es significativo que, en el contexto médico, los defensores de la objeción de conciencia no se preocuparan ni se preocupen por

la violación de la intimidad de la paciente y del secreto profesional que lleva a cabo el personal médico cuando rompe la confidencialidad para denunciar a las mujeres que acuden a las instituciones de salud a consecuencia de abortos clandestinos o incluso por abortos espontáneos, como en el caso de Patricia, en Veracruz. Esta falta de interés por la ética se prolonga en reiterados llamados al ejercicio de la objeción de conciencia entre el personal médico por parte de grupos conservadores o religiosos. En algunos países incluso, como parte del marco restrictivo del aborto, se ha llegado a penalizar a los médicos que lo practiquen, lo que también atenta contra la autonomía y la ética del personal de salud.

La visión antiderechos pasa por alto la experiencia y las condiciones de vida de las mujeres, las consecuencias de un embarazo no deseado, los costos de los abortos inseguros y de la muerte materna bajo marcos restrictivos, así como la manipulación de la objeción de conciencia que reduce el acceso al aborto seguro en los hospitales públicos y pone en cuestión la ética médica, sobre todo cuando hay personal médico que se niega a practicar abortos en éstos pero los lleva a cabo en clínicas privadas a altos costos. Por ello llama la atención el énfasis que los voceros antiderechos ponen en las mujeres cuando apelan a supuestos efectos nocivos del aborto (legal o ilegal) en la salud mental de éstas.

La salud mental y el “síndrome postaborto”

Los usos y abusos de la ciencia de la salud mental en el discurso antiderechos, incluyen numerosas referencias a estudios limitados, muchas veces sesgados o cuyas conclusiones en realidad no corresponden a las que sus intérpretes les atribuyen. Así, por ejemplo, aluden como autoridad, a estudios que no toman en cuenta la salud mental previa de las mujeres ni sus condiciones de vida ni la violencia de género que han podido sufrir antes ni desde luego el impacto que puede tener en su vida y su salud

emocional el embarazo no deseado o el dar a luz y tener que criar a un hijo o hija más.

Hoy, como en 2008, los voceros antiderechos le atribuyen al aborto (sin especificar su tipo) la presencia de depresión, mayor consumo de alcohol y drogas y hablan de un “síndrome post-aborto” en las mujeres, que reúne síntomas como depresión, insomnio, ataques de pánico, pesadillas, etc., cuya información se atreven a atribuir a la OMS (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 308). De hecho, no hay correlación directa en los estudios científicos entre el aborto legal y seguro y la depresión o una mayor tendencia a las adicciones. En cambio, se puede plantear que la estigmatización del aborto y, sobre todo, el someterse a los riesgos que implica el aborto clandestino e inseguro afectan a las mujeres, quienes pueden sentir culpa, miedo y, desde luego, sufrir un trauma por la situación en que llevan a cabo el aborto.

Por otra parte, el “síndrome postaborto” es una falacia y atribuirlo a la OMS una falsedad ya que ésta habla de estrés postraumático después de cualquier intervención quirúrgica, no sólo en el caso del aborto. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) tampoco valida dicho síndrome.⁹

Además de torcer los estudios científicos para arroparse en la autoridad de la ciencia, con este tipo de argumentos los voceros antiderechos configuran a las mujeres que deciden abortar a la vez como criminales en potencia y como menores de edad a las que habría que tutelar. Se les considera culpables por recurrir al aborto y, en consecuencia, se les advierte, que pagarán esa culpa con traumas, depresión y/o adicciones. Junto con esa lógica que las criminaliza, apegada al concepto de pecado que ha de expiarse, se despliega un razonamiento paternalista según el cual las mujeres que recurren al aborto no saben lo que hacen o no conocen

⁹ Para mayor información sobre este tema, véase el capítulo 8 de *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos* (2016) de las autoras de este capítulo.

sus riesgos (que ellos exageran). Por ello, pretenden advertirles las consecuencias, negativas siempre, de llevarlo a cabo en cualquier circunstancia y cualesquiera que sean sus motivos. Ambos razonamientos sitúan a las mujeres en una posición de subordinación y les niegan la capacidad de decidir lo que es mejor para ellas en un momento determinado, negación que, paradójicamente, va de la mano con el rechazo a crear condiciones de aborto seguras con su despenalización.

Desde esta perspectiva, la defensa del derecho al aborto legal y seguro también es importante para contribuir a la salud mental de las mujeres puesto que les permite: 1) no llevar a término un embarazo no deseado y no someterse a lo que equivale a tortura, sobre todo en casos de incesto o violación; 2) no tener un hijo o hija no deseado, que en muchos casos puede agravar una situación económica precaria o una situación familiar y social violenta o difícil; 3) sentirse capaces de tomar decisiones; 4) ejercer así su derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad, entre otros hechos que reducen el trauma o las dificultades que puede acarrear una decisión difícil en una familia o una sociedad en que se estigmatiza o criminaliza el aborto.

Hay que añadir en este sentido que, si el aborto es una decisión difícil y a veces traumática, no se debe sólo a restricciones legales sino también al peso de la tradición que exalta la maternidad o la presenta como destino de la mujer, a los prejuicios sociales contra quienes abortan o no tienen hijos, al maltrato del personal médico, y desde luego, bajo marcos restrictivos, al riesgo que implica recurrir a un procedimiento clandestino, inseguro, costoso, llevado a cabo en condiciones antihigiénicas y con frecuencia por individuos insensibles y hasta crueles o abusadores. El aborto es “un último recurso” pero no tiene por qué, como tal, ser una experiencia dolorosa y traumática.

Como hemos expuesto a través de los argumentos antiderechos de 2008 analizados (que en gran medida repiten los grupos conservadores actuales), la equiparación del cigoto-embrión con

el nacido vivo y su encumbramiento como “persona”, que le atribuye todos los derechos, empezando por un incuestionable derecho a la vida, invisibilizan — para ignorarlos y justificar su negación— los derechos, la salud y hasta la propia existencia de la mujer, por no hablar de su experiencia. Esta visión del no nacido y de las mujeres no sólo obstruye el ejercicio del derecho a su salud; contribuye también a construir o perpetuar una imagen y un concepto de ellas y de la maternidad que incide de manera negativa en el imaginario social y favorece las prácticas paternalistas o violentas en el personal de salud y de justicia.

La mujer-receptáculo y la “autonomía” del embrión

La falta de conciencia crítica y de solidaridad ante la marginalidad y la pobreza de miles de mujeres que tienen que recurrir a abortos inseguros o, ante el sufrimiento físico y mental de niñas y mujeres víctimas de violación o incesto, a quienes se niega el derecho garantizado por la ley¹⁰ a terminar su embarazo, es sólo uno de los factores que explican el rechazo conservador a la despenalización. Éste se justifica, como hemos dicho, a partir de la afirmación de que el cigoto-embrión es vida humana plena y “persona”, dogma sin base científica, que se encuadra además en una visión patriarcal que disminuye a la mujer al grado de la cosificación y la negación.

Así sea brevemente, vale la pena detenerse en algunas intervenciones de voceros antiderechos ante la SCJN, en 2008, que

¹⁰ La causal de aborto por violación es la única vigente en todos los estados del país. Sin embargo, todavía se niega a muchas mujeres y niñas, incluso en casos de incesto y abuso sexual infantil donde la víctima tiene 9 o 10 años y el embarazo pone en innegable peligro su vida y su salud. El caso de Paulina, del 2000, a partir del cual se establece la Norma Oficial Mexicana sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres (NOM-046), es sólo un ejemplo de la negación de derechos que padecen niñas y mujeres que demandan un aborto legal.

llaman la atención por las imágenes del cigoto-embrión y de la mujer que construyen.¹¹ Estas imágenes visuales corresponden conceptualmente a una separación de la mujer embarazada y del cigoto-embrión-feto que llega hasta atribuirle a éste independencia y autonomía. Así, por ejemplo, se alude a la fecundación *in vitro* y a la maternidad subrogada para afirmar que el embrión “también tiene independencia” e incluso que “es quien elabora su propio hábitat y manipula hormonalmente el organismo materno para suspender la menstruación y comenzar la gravidez”, según afirmara MRK (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 350). La atribución de este poder desmesurado sería risible si no supusiera la disminución y subordinación de la mujer y no fuera un despropósito en términos científicos.

Pese a su absurdo, este tipo de imágenes sirve para independizar conceptual y visualmente al cigoto-embrión del cuerpo de la madre que, según convenga, se proyecta como receptáculo sujeto a los caprichos de aquél, como contenedor útil pero desechable o como hábitat necesario que la mujer debe cuidar so pena de culpa moral o criminal. Así por ejemplo, MTM compara el útero con “la cápsula espacial” de la que el embrión (como el astronauta) se puede desprender, aunque a la vez esté “bajo la protección de la madre” (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 176-177).

Estos argumentos tienden sobre todo a oponerse a la ponderación de derechos o a descalificar la despenalización del aborto en general, pero pertenecen también al arsenal con que se niega que el aborto legal y seguro forme parte integrante del derecho a la salud de las mujeres. Si el cigoto-embrión-feto es un ser autónomo y la mujer se reduce a un receptáculo, se justifica que, para salvar la vida del embrión-feto, se deseche lo que se concibe como envase intercambiable. Se pretenden justificar también prácticas

¹¹ Emanuela Borzacchiello ha señalado y analizado la importancia del uso de la representación visual del embrión que han permitido los ultrasonidos. Véase su contribución en este libro.

antiéticas como negar el aborto y el tratamiento médico a una mujer con cáncer o sostenerla “en vida” vegetativa, aunque se le haya declarado muerte cerebral, con tal de sostener el “hábitat” del feto, como sucedió en Irlanda.¹² Estas prácticas anteponen la “obligación de salvar la vida” del no nacido al derecho de las mujeres a la salud y a una vida digna, y en los hechos atentan contra ellas.

Aun en casos menos extremos, esta misma imagen de interdependencia y autonomía, revestida incluso de omnipotencia patriarcal, busca equiparar la calidad humana y de “persona” del cigoto-embrión-feto y de la mujer, de modo que ésta no pueda decidir sobre su cuerpo ya que la “vida” de ese ser “autónomo” se antepone a su derecho a la libertad y la autonomía. Esta lógica puede llegar al extremo de afirmar, como lo hiciera JLFS, que, así como “la mujer no puede disponer del cuerpo de su hermano”, tampoco puede “disponer” de “su hijo” (Lerner, Guillaume, Melgar, 2016: 349), aberrante comparación que ilustra la falta de lógica y racionalidad a la que pueden llevar los argumentos lineales, autoritarios y desde luego misóginos.

Propuestas en defensa del derecho al aborto como derecho a la salud

¿Qué podemos proponer con un sentido integral a partir de la revisión de los argumentos en torno al aborto y el derecho a la salud planteados en 2008 y que siguen presentes en los debates actuales?

¹² Antes del referéndum que en mayo de 2018 logró la despenalización del aborto en Irlanda, existía una cláusula constitucional que establecía la protección de la vida desde la concepción. Esto resultó en prácticas médicas guiadas por el temor a infringir la ley y no por el bienestar de sus pacientes. Una nota sobre el caso de esta mujer con muerte cerebral a quien se mantuvo en vida contra la voluntad de su familia, puede leerse en Whyte, 2014.

En primer término, nos importa subrayar que la preservación de la laicidad en el Estado, las leyes y la educación, es condición fundamental para garantizar los derechos de las mujeres y en particular su derecho a la salud, su salud sexual y reproductiva, física, mental y social, en la letra y en la práctica. Sin educación sexual y sin acceso a los anticonceptivos, aumenta la incidencia de embarazos no deseados y, por ende, la de abortos inseguros.

Importa también retomar y destacar la experiencia de las mujeres, en su diversidad: para cualquier mujer es difícil enfrentar un embarazo no deseado y el dilema de terminarlo o continuarlo. Para las mujeres de escasos recursos, con menos libertades y opciones; para las menores embarazadas por incesto, ignorancia o falta de prevención; para las mujeres violadas, con parejas irresponsables o violentas o familias conservadoras, optar por el aborto es más difícil y doloroso o traumático si no hay un acceso efectivo a un procedimiento seguro y legal, gratuito o accesible para todas.

Prohibir o limitar el aborto sólo aumenta los riesgos de muerte materna, de trastornos en la salud física y mental. El aborto inseguro es un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en el mundo y como tal debe enfrentarse.

Desde la salud pública, el Estado tiene por tanto la obligación de garantizar no sólo el aborto legal y seguro sino también los medios para prevenirlo: educación sexual laica y científica, métodos anticonceptivos modernos e información adecuada para saber usarlos. Y más allá, una política educativa y de salud que busque disminuir las desigualdades sociales y la desigualdad de género.

Referencias

Cevallos, M. C. y Fernández C. G., A. (2008). *La vida ante la Corte: inconstitucionalidad del aborto*. México: Enlace.

- Código penal de Veracruz. Consultado en: <http://www.colpos.mx/wb/images/Meg/Montecillo/Nor/cpv.pdf>.
- Enríquez, L. y de Anda, C. (2008). *Despenalización del aborto en la Ciudad de México: Argumentos para la reflexión*. México: PUEG-UNAM/GIRE/IPAS.
- Fassin, D. (2005). *Faire de la santé publique*. Rennes: École Nationale de la Santé Publique.
- GIRE. (2015). "Niñas y mujeres sin justicia". *Derechos reproductivos en México*. México: GIRE y Red de abogadas por la Defensa de la Reproducción Elegida.
- Jadad, A. (2012). "La felicidad es un antídoto: científico colombiano". *El Tiempo*. Bogotá. Consultado en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12436409>.
- Lerner, S., Guillaume, A. & Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: Salud y derechos humanos*. México: El Colegio de México/IRD.
- Lerner, S. y Szasz, I. (2003). "La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción". *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 53, pp. 299-352.
- López C., M. (1997). "La construcción de una nueva salud pública: una tarea multidisciplinaria", *Salud pública de México*, vol. 39, núm. 3, mayo-junio, pp. 177-188.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS/WHO, 1948). *Constitution of the World Health Organization 1948*, Ginebra: WH. Consultado en: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- World Health Organization (WHO/OMS). *Constitution of the World Health Organization 1948*. Ginebra: WH. Consultado en: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

Hemerografía consultada

- Aguiluz, M. (2010). "Nicaragua debe brindar tratamiento médico a embarazada enferma de cáncer". *CEJIL*, 2 de marzo. Consultado en:

<https://cejil.org/es/nicaragua-debe-brindar-tratamiento-medico-embarazada-enferma-cancer>.

Dalton, J. J. (2013). "Beatriz y el debate sobre el aborto". *El Universal*, 7 de junio. Consultado en: <http://archivo.eluniversal.com.mx/internacional/82927.html>.

El Dictamen. (2016). "Veracruz protege vida desde concepción", 24 agosto. Consultado en: <http://eldictamen.mx/2016/08/boca-ver/veracruz-protege-la-vida-desde-concepcion/>.

Whyte, L. (2014). "Clinically Dead Irish Woman Kept Alive Against Family's Wishes so Fetus can Survive". *Vice News*, Dec. 19. Consultado en: <https://news.vice.com/article/clinically-dead-irish-woman-kept-alive-against-familys-wishes-so-fetus-can-survive>.

El aborto como práctica de control social y el cuerpo como territorio de resistencia*

Emanuela Borzacchiello

En el 2014, meses después de la desaparición de los 43 estudiantes de Ayotzinapa, una amiga y colega me preguntó “¿Por qué con toda la brutalidad que estamos viviendo en México, con toda la violencia que nos rodea, el aborto tendría que seguir siendo un tema prioritario para la agenda política feminista?”.

Desde ese entonces mi esfuerzo constante fue pensar el tema del aborto contestando esta pregunta, sacándolo de la dinámica en la que siempre lo había insertado: aborto *vs* Iglesia, aborto *vs* los partidos políticos que defienden “la vida desde la concepción”, aborto *vs* un Estado que no quiere afirmarse como realmente laico. Volví a pensar el aborto a partir de la experiencia de las mujeres y de lo que sentimos a través de nuestra propia piel.

Jean-Luc Nancy (1995), en su obra *Corpus*, subraya cómo en occidente el cuerpo fue pensado y construido socialmente a partir de la oscuridad, en un espacio mental que Platón describió como una “cueva”, prisión y tumba del alma. Desde allí, para Nancy, nace la angustia con la que vivimos todo lo que se relaciona con

* El presente capítulo contiene extractos del trabajo de tesis del doctorado “Violencias cruzadas: prácticas feministas que generan nuevas políticas”, actualmente en desarrollo.

la experiencia corporal y se reproduce el “uso” occidental del cuerpo como metáfora y lenguaje o como fenómeno científico: un cuerpo que pierde el límite entre lo material y lo inmaterial.

Giorgio Agamben (1995) habla de “escisión originaria” para explicar cómo el cuerpo biológico se separa del pensamiento y de cada actividad humana. El ser humano es el único ser vivo, según Agamben, que separa y opone a sí mismo su propia nuda vida y, al mismo tiempo, sigue en relación con ella en una “exclusión inclusiva”. La nuda vida tiene un privilegio perverso: en la política occidental es a partir de ella que surge la exclusión entre *polis* y cuerpo. La escisión originaria es para Agamben la que opone el pensamiento al cuerpo, y transforma, de manera irreversible, la relación entre un poder soberano y la vida despojada de su humanidad, entre idea y cosa. Podemos afirmar que la *polis* contemporánea nace mediante la producción de la figura abstracta del cuerpo biológico y gracias a ella.

La antropóloga Lea Melandri se atreve a ir más allá de Agamben, y, desde el feminismo, escribe que cuando hablamos de “escisión originaria” es fundamental fijar como antecedente a la fundación de la *polis*, la experiencia de la separación entre el hombre-hijo y su madre:

no se puede pensar a la escisión entre cuerpo y *polis* sin reflexionar acerca de la ruptura violenta a través de la cual el hombre-hijo intenta, por un lado, diferenciarse del cuerpo que lo ha generado y, por el otro, identificar este mismo *cuerpo generador* como pura animalidad. (Melandri, 2011: 11)

Retomando a Nancy, no hay ninguna otra cultura más que la occidental que haya logrado inventar el cuerpo “nudo”: el problema es que cuando se desnuda el cuerpo se puede volver a inventarlo, o sea, se crean todas las premisas para que sea posible una re-generación artificial del cuerpo mismo. Así que cabe preguntar, ¿hoy en día, desde América Latina, cómo estamos

reproduciendo constantemente esta regeneración artificial de los cuerpos? Y, ¿cuáles son sus efectos?

Para configurar las rutas a través de las que toma forma y sentido una regeneración artificial de los cuerpos exploro cómo se está construyendo hoy en día el discurso sobre el aborto a través de lo visual y de lo textual, llegando a una mirada política feminista.

Desde lo visual

Según la socióloga boliviana Silvia Rivera-Cusicanqui, “son las imágenes más que las palabras – en el contexto de un devenir histórico que jerarquizó lo textual en detrimento de las culturas visuales – las que permiten captar los sentidos bloqueados y olvidados por la lengua oficial” (2010: 5). Hoy en día, estamos rodeados de un exceso de información, opiniones y, al mismo tiempo, parece que la realidad se oculta, fragmenta y filtra. En medio de esta “promiscuidad de escenas, signos y situaciones, en este desborde visual”, como lo describe Rivera-Cusicanqui, ¿cómo están reproduciendo las imágenes artificialmente nuestros cuerpos y con qué efectos?

Parto de lo básico: el feto. La historiadora del cuerpo Barbara Duden (1995) afirma que hoy en día estamos rodeadas de fetos. Me lo encuentro en una publicidad del metro o me mira desde un periódico y, por cierto, siempre voté por un partido político teniendo en cuenta su postura respecto al feto. Pero, se pregunta Duden, ¿cuándo se inmiscuyó el feto en cada espacio y cómo una experiencia tan íntima pudo ser objetivada y transformada en pública?

A diferencia de la generación de las mujeres de los años setenta u ochenta, hoy conocemos el feto a través de nuestra experiencia visual, de una ecografía: es la mirada la que lo transforma en realidad. En el procedimiento para la interrupción legal del

embarazo, el paso previo a la interrupción es una ecografía. Para muchas feministas fue importante luchar para que el personal de salud no mostrase la ecografía del producto a la mujer que iba a practicarse una ILE porque podía sacudirla, desestabilizarla. La posibilidad de ver un feto lo transforma casi de inmediato, de ser un aglomerado de células distinguibles sólo en el laboratorio, en un bebé, y hasta se puede llegar a imaginar que es posible dialogar con esta vida. En este giro de la experiencia táctil del embarazo a la experiencia visual, hemos interiorizado conceptos científicos e imágenes tecnogenéticas.

La revista *Life* fue la primera en publicar en 1965 la imagen de un feto que se transformó en “viral”: Barbara Duden nos cuenta que en aquel entonces era gracias al texto que se entendía el sentido de las imágenes. En 1990 todo cambió: la misma revista publica en la portada una imagen mucho más elaborada de un feto. Esta vez la relación entre lo textual y lo visual cambia completamente. La imagen adquiere mayor presencia escénica y el texto sólo la acompaña. El cruce entre una imagen producida por un ultramicroscopio y un texto breve crea el efecto de conferir al feto una connotación humana. La historiadora Duden afirma que en los años sesenta aún existía la diferencia entre representación visual y reproducción: los medios de comunicación aún no se adueñaban de los eventos con la misma potencia que hoy; por ejemplo, la guerra del Vietnam se narró a través de imágenes de personas muertas y no vimos la guerra a través de los objetivos de los aviones como sucedió tres décadas después en Kuwait.

Comparto con Duden y con la antropóloga Lea Melandri (1994) la convicción de que hemos perdido un horizonte visual y la piel deja de constituir un límite cuando el feto nos aparece como autónomo respecto del vientre de la madre. Como nos enseña Susan Sontag (1978), las fotografías nos dan la ilusión de dilatar, extender, potenciar la fuerza de nuestra mirada, así que a través de una ecografía o de una cámara fotográfica tenemos la ilusión de visibilizar todo lo que antes nos parecía inalcanzable.

A partir de la fotografía del feto que flota en el espacio, y no en el vientre de una mujer, escribe Duden, pensamos el cuerpo de las mujeres como algo diferente al feto: feto que podría generarse y crecer autónomamente.

¿Desde cuándo vivimos en este “desborde visual”, desde cuándo podemos observar lo que hay bajo la piel hasta nuestro lugar más íntimo? ¿Cómo cambia nuestro modo de ver la realidad? Para contestar propongo una lectura que se divide en dos puntos:

1. Se ha generado la disponibilidad social a dejar que nos muestren la realidad visualmente: si lo vemos, *ergo* existe. Hemos perdido el sentido de la diferencia entre lo que estamos viendo y lo que nos están representando, como lo afirma Didi-Huberman (2008) en su libro *Cuando las imágenes toman posición*. En la actualidad, la percepción visual domina a menudo sobre los demás sentidos hasta volvernos una multipantalla: vemos facebook, una película y contestamos a twitter, todo al mismo tiempo. El resultado es que mientras estamos viendo no cuestionamos los cánones de cómo y por qué están construidas determinadas imágenes ni cuáles son los mecanismos de control que llegan a instaurar sobre nuestros cuerpos.
2. Susan Sontag (2003) escribe que las fotografías constituyen pruebas, de modo que las observaciones se transforman casi automáticamente en opiniones. A partir de esto, nos atrevemos a afirmar que construimos la subjetividad a través de las pruebas que las imágenes nos proporcionan.

¿Cómo cambia nuestro modo de ver la realidad, cómo se transforma nuestra manera de pensar la vida? Para controlar socialmente un cuerpo, hay que expropiarlo de sí mismo, sometiéndolo a un proceso de despojo-desposesión a partir de la manipulación de su lugar más íntimo, el vientre de la madre, y llegando hasta decidir quién puede ser asesinada o desaparecida.

Si desapareces, no te veo, así que, quizá, no existes. Por eso propongo leer el vientre de la mujer como "lugar del crimen".

El vientre de las mujeres como lugar del crimen

*El lugar del crimen contiene el sentido,
el máximo secreto del Lager.*

Levi, *Sommersi e salvati* (1986: 89).

¿Qué entendemos por lugar del crimen? y, ¿por qué es importante explorarlo y analizarlo? Propongo pensar el lugar del crimen no sólo como el espacio físico donde se encuentra el cuerpo de la víctima, sino como un territorio material y simbólico, centro de una serie de poderes que generan control político y donde se reproducen vidas y muertes. En el lugar del crimen se producen y replican prácticas de represión y control, desde el lugar del crimen se manipula la realidad y se amputa la capacidad de decidir de las personas. Este lugar, centro de poderes, territorio material y simbólico, puede ser el vientre de las mujeres cuando se transforma en territorio público a través del control de la reproducción.

Analizar el vientre de las mujeres como lugar del crimen resulta útil para entender que el aborto es un tema fundamental para descifrar estas prácticas de control que están cambiando los cánones epistemológicos mediante los que aprendemos a ver qué tenemos que entender por vida y qué no. Hablamos de despojo de las tierras, de extractivismo, pero desde mi punto de vista, no relacionamos lo suficiente la desposesión material con el despojo moral, no reflexionamos lo suficiente sobre la violencia epistémica que estamos viviendo.

Las consecuencias sociales de estas expropiaciones de los cuerpos a partir de lo más íntimo, de la transformación del vientre

de la mujer en un lugar público, de la abstracción biológica del feto respecto del cuerpo de la mujer y de su metamorfosis en un feto público está generando una “histeria epistemológica”, como la define Duden, que se desplaza cada vez más al campo jurídico.

Subrayo que el tema que estoy abordando, o sea, el giro de una percepción táctil a otra visual de los cuerpos a partir del vientre de la mujer, es sólo una de las causas que contribuyen a lo que los sociólogos definen como una ruptura epistémica, o sea, lo que se produce cuando hay una transformación profunda de los modelos sociales básicos. En este breve ensayo enfoco de manera parcial el objetivo en este giro, centrando la mirada en tres posibles consecuencias de esta ruptura epistémica:

1. Si fuese real sólo lo que se nos muestra y si la percepción táctil a través de la que hasta ahora se aprendía a conocer la realidad hoy casi la tenemos anestesiada, de modo que la palabra vida está sufriendo un desplazamiento semántico: ésta lo define todo, se carga de muchos sentidos, pero pierde el fundamental, es decir, la fuerza de definir a los seres humanos de carne y hueso.
2. Mientras estamos luchando, escribiendo y pensando en contra de un sistema patriarcal y machista que no nos permite vivir libremente nuestra vida, nos hemos atrincherado en un conflicto ético y político desde el que probablemente no hemos visto lo esencial: el vientre de las mujeres es el centro de un territorio público de operaciones cada vez más sofisticadas para controlar, hacer desaparecer y matar vidas humanas.
3. El papel del Estado se está ampliando enormemente e incluye hasta la gestión del material genético humano.

Manipulando el concepto de vida mismo a partir del vientre de las mujeres, se llega a tener control sobre la muerte de las personas, se logra mostrar lo que hemos de entender por vida,

a saber, un conglomerado de tejidos verificable sólo en el laboratorio, mientras se deja que desaparezcan personas de carne y hueso, produciendo el efecto de que, si no podemos verlas, es probable que nunca existieran.

Desde lo textual

En el ámbito público y político, las mujeres que abortan están silenciadas o hiper-visibilizadas, por ejemplo, cuando pasan a ser el centro de la atención médico-legal o están criminalizadas penalmente por haber interrumpido su embarazo. En ambos casos, esta polarización produce una distorsión del tema.

En la actualidad vivimos bajo una sobre-exposición mediática, pero paradójicamente, en este bombardeo de noticias la esfera privada se vuelve cada vez más inenarrable. Cuando se habla de aborto se baja la mirada y el tono de la voz: parece que algunas palabras tienen un derecho implícito de inclusión o exclusión. Las mujeres se acompañan para interrumpir un embarazo, hablan y se apoyan entre ellas (Flores-Celis, 2016), pero son muy raros los casos en los que deciden contar públicamente la experiencia de un aborto. Nos faltan testimonios.

En la actualidad, muchas mujeres hablan públicamente de violencia machista en las redes sociales, blogs, sitios de internet. Las narraciones de muertes violentas por feminicidio han producido y producen un debate público, un nuevo ámbito ético-estético en el que se problematizan los criterios de visibilización de la muerte, de cómo se habla de la violencia y de lo que se puede activar para transformar la crueldad en fuerza creadora positiva. Con respecto al aborto casi nadie habla,¹ se quiere bo-

¹ En los últimos años se estrenaron documentales que hablan sobre las experiencias de mujeres que abortaron. Entre éstos señalo "Era yo, otra vez" de Equidad de género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C. y "Las Libres, la historia

rrar la experiencia, no volverla pública y no crear una narración a partir de la experiencia personal de cada una. El riesgo es que la falta de una elaboración social sobre el tema produzca la desaparición del recuerdo en las mujeres que viven esta experiencia y la imposibilidad de activar un escenario de sentido diferente sobre el tema.

Pero, ¿por qué las mujeres no hablan públicamente del aborto? Hay muchas hipótesis sobre las que podemos reflexionar, pero propongo focalizarnos en *la relación entre las prácticas contemporáneas de control que instauran las dinámicas laborales globales y las formas contemporáneas de estigmatización que sufren las mujeres que abortan.*

Los procesos económicos globales establecen dinámicas de trabajo en las que la recompensa depende del desempeño del propio trabajo y no de la cantidad y calidad del trabajo realizado. En estas dinámicas todas tenemos un *brand* que crear y gestionar para aumentar constantemente nuestra plusvalía. Todas tenemos que construir una imagen de nosotras según el objetivo de trabajo que queremos alcanzar. Como resultado de esta construcción, el temor a las sanciones sociales cambia el comportamiento de las personas.

En el libro *Status Update* la comunicóloga Alicia Marwick (2013) define la reputación como el mosaico de la información existente públicamente sobre un sujeto determinado. La reputación juega un papel central en la red porque se transforma en tangible, porque crea una credibilidad del sujeto que se puede percibir de manera precisa y medible gracias a los *like*, *follower* y *retweets*: una medición del yo o de su potencial económico. Las y los trabajadores autónomos actúan como *brand*, se convierten en marcas, su valor es esencialmente social, producto de sus relaciones y del mosaico de la información que auto-producen. Su capital es la reputación, objeto de inversión y comercio.

después de.” de la ONG Las Libres. Todavía son aún muy pocos y la mayoría tuvo una difusión limitada.

A partir de la distinción del capital, elaborada por Bourdieu (1979, 1980), hoy en día podemos pensar que las dinámicas económicas globales generan un nuevo capital que se podría definir como “*capital de reputación*” y que se ubica entre el capital simbólico y el capital social. El capital de reputación se construye y se alimenta de relaciones sociales y es previo al capital simbólico y económico porque se construye no sólo a través de relaciones personales y sociales, sino de la imagen artificial que nos construimos a través de las redes sociales, los blogs, el internet. En este contexto laboral precario, el miedo al control social aumenta porque es muy fácil el rastreo de las experiencias a través de la red, de modo que el reto consiste en eliminar todos los factores que producen o refuerzan la vulnerabilidad del sujeto. Uno de los factores que puede desestabilizar la construcción de la imagen de una mujer contemporánea “multitareas”, que tiene que ser al mismo tiempo perfecta madre, esposa y eficiente trabajadora, es vivir la experiencia del aborto. El aborto sigue estando cargado de estigmas que son al mismo tiempo viejos y nuevos. Por un lado, se replica el discurso de las mujeres que abortan como asesinas, por el otro, se alimenta otro discurso contemporáneo más sofisticado que define como víctimas a las mujeres que deciden libremente sobre su cuerpo:

por un lado, gracias a la persistencia del patriarcado de bajo impacto, se sigue con la semántica patriarcal tradicional cuando se habla de aborto en términos de niños exterminados, genocidio legalizado, de la importancia de la protección de la vida desde la concepción; por el otro, las formas contemporáneas de violencia se transforman y actualizan: ya no se dice explícitamente que las mujeres que abortan son unas asesinas, pero se sigue creando un subtexto que opera constantemente en el imaginario colectivo, cuando se habla de “vida humana” y derechos “desde la concepción”. En la actual crisis económica global, el discurso conservador afirma que las

mujeres son víctimas del aborto porque están obligadas a practicarlo por problemas económicos y por falta de trabajo. Las mujeres que deciden abortar ya no son tanto, o no solo, “asesinas”, sino al mismo tiempo “víctimas” del aborto. El discurso de los conservadores retoma lemas e instancias de los movimientos feministas para vaciarlos de sentido y de efectividad. Logra apropiarse de algunas de las reivindicaciones históricas de los movimientos de mujeres: la dificultad de conciliar vida laboral y familiar, produciendo en este juego comunicativo un giro macabro que cambia la relación entre causas y efectos. Usa viejas palabras, pero disfrazándolas con un vestido nuevo, zurcido con los temas de la crisis económica. Un discurso eficaz porque hace uso instrumental de las emociones y de la dificultad de elegir libremente en un contexto laboral precario. Una estrategia de los neoconservadores que prepara el terreno y afila las razones para llegar al verdadero objetivo: no aplicar las leyes que garantizan los derechos sexuales y reproductivos y no dejar vivir a las mujeres una vida libre de violencia. El cuerpo de las mujeres aparece, una vez más, no sólo accesible, sino expropiable y objeto de rapiña. (Borzacchiello, 2017: 25)

Desde una mirada política feminista

En este escenario, los movimientos de mujeres y feministas, afirman la necesidad de subrayar la importancia de una lectura crítica del sistema de relaciones en el que estamos insertas. Un sistema de relaciones en el cual la violencia masculina tiene más de una cara: es violenta la división sexual del trabajo, es violento el hecho de que el cuidado de los cuerpos sea visto como un asunto privado, un destino femenino y que no sea considerado una responsabilidad colectiva. El cuidado de los cuerpos está infravalorado y relegado a lo privado, así que la vida pública parece estar separada del cuidado de la vida. Hablamos mucho

del cuerpo, pero tenemos que familiarizarnos más con él. Probablemente si las personas tuvieran más cuidado de los cuerpos, de los padres cuando envejecen, de la pareja cuando se enferma, se vería la muerte de forma distinta. Hoy, analizando esta complejidad a través de una mirada política feminista, es necesario insistir para que el sistema sea visto en toda su extensión.

Pero, ¿desde dónde volver a partir para transformar el cuerpo en territorio de resistencia? Por ejemplo, podemos retomar el sentido de palabras clave. Desde cuando los grupos neoconservadores se apropiaron de la palabra vida, hablando de “la vida desde la concepción” hasta nombrarse como “movimiento pro-vida”, hemos dejado de usarla. Partiendo de que la noción de vida es política por estar atravesada por una serie de poderes, podemos afirmar que las mujeres somos cuerpos vivos éticamente responsables de todas y cada una de nuestras elecciones. Podemos poner en marcha un nuevo modelo en la construcción del discurso, en el cual las palabras y las prácticas toman forma gracias al trabajo participativo e incluyente de *constelaciones de mujeres* que desde su lugar y desde sus diferencias podrán dar vida a un cuerpo político comunitario. Constelaciones de mujeres que converjan sobre temas específicos, pintando todas un mismo mural, aunque usando cada una, una brocha diferente.

Podemos analizar el proceso de transformación de las palabras, porque a menudo las usamos sin tener en cuenta que en estas décadas el sentido se ha modificado. Las palabras, como las cosas, son históricas y hay que registrar estos cambios de sentido porque justo en éstos es posible detectar la perversión cada vez mayor del control social sobre nuestros cuerpos.

Podemos retomar el sentido etimológico de la palabra aborto. Aborto en griego antiguo es *amblosis*, término que se refiere a una acción, la de cortar los brotes de la vid para que no produzcan otras ramas y así puedan generar nuevos frutos. Mediante la *amblosis* se nos revela, pues, que el aborto conlleva intrínsecamente vida.

Referencias

- Agamben, G. (1995). *Homo sacer*. Turín, Italia: Einaudi.
- Borzacchiello, E. (2017). "Narrar en imágenes y acciones: ¿mi cuerpo sigue siendo mío?". En *Buenas prácticas en el juzgar: el género y los derechos humanos* (530). Ciudad de México, México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos e Instituto de Investigación Jurídica-UNAM.
- Bourdieu, P. (1979). "Les trois états du capital culturel". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, (30), pp. 3-6.
- . (1980). "Le capital social". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, (31), pp. 2-3.
- Didi-Huberman, G. (2008). *Cuando las imágenes toman posición*. Madrid, España: Machado libros.
- Duden, B. (1995). *Il corpo delle donne come luogo pubblico*. Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Flores-Celis, K. (2016). "Las emociones y sintomatología depresiva elevada en mujeres que interrumpieron su embarazo en la Ciudad de México" (Tesis de maestría). Facultad de Medicina. Ciudad de México: UNAM.
- Levi, P. (1986). *Sommersi e salvati*. Turín, Italia: Einaudi.
- Marwick, A. (2013). *Status Update: Celebrity, Publicity, and Branding in the Social Media Age*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Melandri, L. (2011). *Amore e violenza. Il fattore molesto dell'umanità*. Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Nancy, J. (1995). *Corpus*. Napolés, Italia: Cronopio.
- Rivera-Cusicanqui, S. (2010). *CHI'IXINAKAK UTXIWA. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón ediciones.
- Sontag, S. (1978). *Sulla fotografia: realtà e immagine nella nostra società*, trad. di Ettore Capriolo. Turín, Italia: Einaudi.
- . (2003). *Davanti al dolore degli altri*. Milán, Italia: Mondadori.

SEGUNDA PARTE

La legalización del aborto voluntario en Uruguay: nuevas interrogantes a partir de las experiencias de las mujeres

Alejandra López Gómez
Martín Couto Gómez
Lilián Abracinskas

La legalización del aborto en Uruguay: principales hitos de un intenso proceso

En América Latina y el Caribe, el aborto inseguro e ilegal es un asunto crítico con consecuencias relevantes en el bienestar, la salud y la vida de las mujeres. En 2012, Uruguay ingresó a la lista corta de tres países en la región que cuentan con leyes nacionales que habilitan el aborto por sola voluntad de la mujer. A estos países se debe sumar la ley de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, aprobada en el año 2008.

Desde 1938 y hasta el año 2012, en Uruguay el aborto fue considerado delito en toda circunstancia por la ley n° 9763. Entre 1934 y 1938, el aborto fue despenalizado en el país, habiendo sido la temprana transición demográfica procesada a comienzos del siglo XX y el reconocimiento de la práctica extendida del aborto como método de planificación familiar, los elementos centrales del telón de fondo que produjo el cambio en la norma durante ese corto periodo. Según Sapriza (1996), un factor que explicaría este acontecimiento fue el impacto a nivel nacional de la presencia de corrientes eugenésicas de fuerte peso en Europa. Hacia 1938, luego de un intenso debate en el Parlamento nacional, se llegó a

una “negociación” entre los diversos sectores en pugna y el aborto fue nuevamente considerado delito, resultando un “remiendo católico en un tejido liberal”, como lo calificara –en ese momento– el reconocido médico Augusto Turenne (Saprizza, 2011; Bidegain, 2007). Este marco normativo restrictivo no impidió, sin embargo, que las mujeres acudieran a la práctica del aborto voluntario en la clandestinidad, en condiciones de inseguridad y riesgo. En los años de vigencia de la ley quedó demostrada su ineficacia jurídica en la medida que el aborto fue una práctica extendida en el país, la condena penal fue escasamente aplicada y la opinión pública uruguaya fue procesando una postura favorable a su despenalización (Bottinelli y Bouquet, 2010).

Durante casi medio siglo (1938-1985), un manto de silencio se extendió sobre el tema, poco o nada se decía públicamente. Pero en los ámbitos familiares, laborales o comunitarios circulaba información sobre acceso a aborto “seguro”, dónde acudir, costos económicos o sobre prácticas desaconsejadas por riesgosas. El aborto era un asunto que se dirimía en el ámbito de lo íntimo-privado. Así definido, las mujeres debían resolver el problema en dependencia de sus recursos materiales, cognitivos, afectivos y sociales. El debate social y político sobre la necesidad de despenalizar el aborto y de reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva estuvo planteado a partir de la recuperación democrática en el año 1985, luego de doce años de dictadura cívico-militar (1973-1985). Lo estuvo más intensamente en el inicio del nuevo milenio, en particular debido al incremento de la muerte de mujeres por aborto inseguro, el cual tuvo una repercusión mediática y social sin precedentes. Las feministas y el movimiento amplio de mujeres fueron actores centrales para que –en el marco del nuevo escenario democrático– fuera posible tejer alianzas entre distintos sectores sociales, académicos, profesionales, políticos y sindicales, que permitieran construir una demanda ciudadana robusta sobre la necesidad de despenalizar la práctica, como asunto relevante para la vida

democrática, la justicia social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades en el país (Abracinskas y López, 2008; 2007; 2006; Johnson, López, Sapriza, Castro y Arribeltz, 2011). Desde entonces, en cada legislatura, tuvo lugar la presentación de una iniciativa parlamentaria que buscó resolver el conflicto entre el marco normativo y la práctica social del aborto. Finalmente, luego de más de veinte años de debate social y político, en octubre de 2012, el Parlamento uruguayo aprobó la ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo, reglamentada por el Ministerio de Salud y, posteriormente, puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a partir de enero de 2013. La ley establece que el aborto voluntario es admitido legalmente cuando tenga lugar en las primeras 12 semanas de gestación (14 semanas para casos de violación y sin plazo para riesgo de vida, de salud y malformación fetal incompatible con vida extrauterina) y dentro del SNIS, para lo cual se debe cumplir con una ruta obligatoria de consultas en el servicio de salud.¹ Todos aquellos abortos que no cumplan con estos criterios son considerados ilegales y mantienen la penalización establecida por la ley N° 9.763 que mantiene así vigencia parcial.

En el artículo 1° de la ley se sostiene que “El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población” (Art. 1°, inciso 1°, ley 18.987) y de esta forma se contribuye a reforzar el mandato tradicional de la maternidad como destino y del aborto como una decisión a desalentar, lo cual se concreta a través de una ruta que las mujeres deben transitar en los servicios de salud para poder acceder a un aborto legal y seguro.

¹ Ley 18.987 consultada el 1 de junio de 2017 en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>.

Implementación de los servicios de aborto legal

La ley de interrupción voluntaria del embarazo fue reglamentada por el Ministerio de Salud (decreto 375/012) y para ello definió mediante la sigla IVE, seguida de un número, a la serie de consultas obligatorias establecidas en el texto legal. Así, la consulta IVE1 corresponde al momento inicial en que la mujer acude a un servicio de salud a expresar su decisión de abortar. Allí, el médico tratante le solicita los estudios paraclínicos y le da pase a la siguiente instancia, consulta IVE2. Esta segunda consulta está a cargo de un equipo interdisciplinario (integrado por un profesional de ginecología, uno de salud mental y uno de trabajo social) y en ella la mujer debe comunicar los motivos de su decisión de abortar. La ley establece a texto expreso que el equipo interdisciplinario no puede denegar una IVE. Luego de la consulta IVE2 la ley establece un periodo de espera de cinco días antes de volver al servicio de salud a comunicar su decisión de continuar o interrumpir el embarazo. La IVE3 implica la consulta para el acceso al aborto propiamente dicho, la cual está a cargo de un médico ginecólogo. Este profesional es el único autorizado a recetar la medicación en caso de aborto farmacológico o a realizar el aborto quirúrgico. La reglamentación agregó una consulta postaborto no prevista por la ley, denominada IVE4. Los servicios de aborto legal deben estar disponibles en todos los servicios públicos y privados que integran el SNIS sin costo-bolsillo para la usuaria. La ley ampara la objeción de conciencia para los médicos ginecólogos y la objeción por ideario para aquellos efectores de salud que, por su visión institucional, decidan no instrumentar directamente los servicios, aunque deben asegurar el acceso a sus usuarias a esta prestación en acuerdo con otro proveedor de salud del sistema.

Según datos del Ministerio de Salud, desde el 1/1/2013 al 31/12/2017 se realizaron 44.619 abortos en el SNIS. El primer año de implementación de los servicios se realizaron 7.171 abortos, y esa cifra ha ido en aumento: en 2014 fueron 8.537 abortos, en

2015, 9.362; en 2016, se realizaron 9.719, y en 2017 las IVE fueron 9.830. Para 2016, la tasa de aborto legal por cada 1000 mujeres fue de 11.53, 12.3 para mujeres entre 15 y 19 años y 11.38 para mujeres de 20 a 49 años. En ese año, último para el cual se dispone de información más detallada, 82,8% de las mujeres que abortaron tenían 20 años o más, mientras que el 16,4% tenía entre 15 y 19 años, y 0,8% tenía 14 años de edad o menos. En cuanto a la distribución por tipo de prestador, 53% de las IVE se realizó en un prestador privado, mientras que 47% tuvo lugar en uno del sector público. Poco más de la mitad de los abortos tuvo lugar en Montevideo, capital del país y el resto en los otros departamentos. Del total de mujeres que iniciaron la ruta IVE, un 6% decidió continuar con su embarazo. Finalmente, los datos disponibles muestran que para el año 2016, un 48% del total de mujeres que se realizaron un aborto en el marco de los servicios de salud, accedieron a un método anticonceptivo en el marco de la consulta postaborto (MSP, 2017).

La objeción de conciencia ha constituido uno de los principales obstáculos para la implementación de los servicios. Según los estudios del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), el departamento de Salto tuvo un 100% de ginecólogos objetores durante el primer año de implementación, para tener posteriormente un 92% (MYSU, 2014). A su vez, durante el 2014 los departamentos de Soriano, Río Negro y Paysandú mostraron cifras igualmente preocupantes de objeción de conciencia: 82%, 57% y 87%, respectivamente (MYSU, 2015). En algunos de los departamentos mencionados como, Mercedes y Río Negro, existen ciudades con un 100% de objetores. Un monitoreo más reciente de los servicios muestra que el uso abusivo de la objeción de conciencia por parte de médicos ginecólogos es la principal barrera para el acceso a los servicios de aborto en varias ciudades del interior del país (MYSU, 2017, 2017b). A su vez, hemos constatado que un 52% de los/as ginecólogos/as de los servicios públicos del primer nivel

de atención en Montevideo pertenecientes a la RAP-ASSE² han objetado conciencia (López *et al.*, 2017). Estos estudios también han constatado la existencia de un fuerte estigma asociado al aborto a nivel comunitario, que constituye una barrera al acceso a los servicios de IVE para las mujeres. Esto último se suma a la falta de difusión de los servicios, de su funcionamiento y de los procedimientos establecidos por la ley y por los fallos posteriores del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) respecto de la implementación de los servicios (MYSU, 2014; 2015; 2017; 2017b).

Con respecto a esto, los/as objetores de conciencia recurrieron el decreto del Ministerio de Salud que reglamentó la ley del Poder Ejecutivo. El TCA dio razón a los demandantes en una serie de puntos, lo que implicó la anulación de algunos artículos del decreto para introducir modificaciones en la pauta de organización de las prestaciones. Según Schraiber, “en el plano de las políticas definimos los consensos doctrinarios y las normas” (2010: 16). No obstante, el escenario uruguayo luego de aprobada la ley 18.987 ha estado lejos de vivir la implementación de esta norma como la aplicación de un consenso al que arribara el sistema político. Así, la planificación y la organización de los servicios y las prácticas de los/as profesionales no interactúan con definiciones de políticas unívocas y consensuadas, sino que lo hacen en el marco de disputas por la definición y redefinición de la política. Las disputas en el plano de la política involucran a las mujeres al colocarlas como objeto de la política y rehenes de la lucha por la definición del aborto como problema público (Couto, López y Micol, 2017).

Schraiber (2010) propone tres planos para analizar el acceso a la salud: la definición de las políticas, la gestión y organización

² Red de Atención Primaria (RAP) es una red de servicios del primer nivel de atención del principal prestador público de salud del país, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

de los servicios y las prácticas profesionales, los cuales deben articularse de manera virtuosa para garantizar el derecho a la salud. Desde nuestra perspectiva, debemos poner en el centro de este esquema conceptual las necesidades y experiencias de las mujeres para comprenderlas como producto de la interacción de estos tres planos así como también de sus capacidades de agencia y exigibilidad de derechos.

Objetivos y método

En el presente capítulo se presentan resultados obtenidos en el marco de la investigación “Accesibilidad a servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres del área metropolitana” ejecutado entre los años 2015 y 2016 por un consorcio institucional integrado por la Universidad de la República, a través del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud (Facultad de Psicología), la organización no gubernamental Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) y la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)³. El proyecto contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

El estudio tuvo como propósito contribuir al fortalecimiento de la implementación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo de la Red de Atención Primaria (RAP)⁴ de los servi-

³ El proyecto fue financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República. El equipo de investigación estuvo integrado por Alejandra López Gómez (coord.), Martín Couto, Romina Micol, María Luisa Ituarte, Lilian Abracinskas, Ana Monza y Gabriela Piriz.

⁴ La RAP Metropolitana de ASSE cubre el departamento de Montevideo y parte de los departamentos limítrofes al este, Canelones y San José, a través de 14 Centros de Salud y sus policlínicas dependientes, lo que totaliza 110 locales distribuidos en el territorio.

cios públicos de Montevideo y área metropolitana a través de la generación de evidencias que permitan el desarrollo y proyección de estrategias virtuosas para la atención oportuna y con calidad de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto. Su objetivo general fue analizar las barreras institucionales y sociales que incidían en el acceso a servicios de interrupción voluntaria de embarazo, oportunos y de calidad. Se realizó un estudio transversal de tipo exploratorio y descriptivo con base en un diseño cualitativo que combinó técnicas (entrevistas semiestructuradas, formularios autoadministrados y grupos focales) y fuentes de información (profesionales, mujeres y direcciones de centros de salud). En esta comunicación compartimos específicamente algunos resultados derivados del análisis de las experiencias de aborto que surgen de las entrevistas a mujeres que accedieron a los servicios públicos de salud.

Durante los meses de mayo a octubre de 2016 se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas a mujeres de 19 años o más que interrumpieron el embarazo en los servicios públicos de salud y que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado. En la muestra no se pudo incluir a mujeres que luego de haber acudido al Centro de Salud con la decisión de abortar, hubiesen cambiado esa decisión y continuado con el embarazo.⁵ Las entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción literal, codificación, sistematización y análisis de contenido. De las mujeres entrevistadas, una de ellas tenía menos de 20 años, mientras que ocho tenían entre 20 y 34 años y cinco tenían 35 años o más. En cuanto al nivel educativo la mayoría no había alcanzado niveles mayores a educación secundaria incompleta, y hubo tres que no culminaron educación primaria. El análisis del material de entrevistas se organizó en torno a dos ejes: i) el proceso y toma de

⁵ Inicialmente el proyecto previó incluir a esta población en la muestra, pero no fue posible localizar mujeres en esta situación dispuestas a ser entrevistadas. Esta dificultad es un dato relevante a incorporar en el análisis.

la decisión de abortar, y ii) ruta crítica que transitaron las mujeres en los servicios de salud para acceder al aborto.

Resultados

Proceso y toma de la decisión de abortar

El término “decisiones reproductivas” es ampliamente utilizado en el campo de la salud sexual y reproductiva. Fue postulado por las feministas hacia comienzos de los años 90 para señalar que, la sexualidad y la reproducción están profundamente relacionadas con las condiciones sociales, la libertad y el acceso a los derechos de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva. A partir de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994), este término comenzó a ser adoptado por distintos documentos del sistema de las Naciones Unidas en los que se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos. En su clásico texto, Correa y Petchesky (1994) señalaron que los derechos sexuales y reproductivos refieren al poder de cada persona para *tomar decisiones informadas y responsables* sobre su propia fecundidad, capacidad reproductiva, cuidado y crianza de los hijos, salud reproductiva y actividad sexual, así como la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminación de ningún tipo. Para poder ejercer estos derechos con equidad debe estar garantizada la libertad de cada persona para *poder decidir* (dimensión individual de los derechos) y tener condiciones de justicia para que las diversas *decisiones sean respetadas* (dimensión social de los derechos). Según las autoras, los derechos sexuales y reproductivos se sostienen en cuatro principios éticos: integridad corporal, capacidad de ser persona o individualidad, igualdad y diversidad. La seguridad y el control del propio cuerpo serán quizás los aspectos que más peso tienen en el concepto de libertad

sexual y reproductiva de las mujeres, pero ello está relacionado con la autonomía (en todas sus dimensiones) que habilita que las personas puedan ejercer estos derechos. Asimismo, se deben considerar los motivos y los sistemas de valores por los que las personas toman decisiones (Abracinskas y López, 2001). Entonces, las decisiones reproductivas están directamente relacionadas con los derechos reproductivos y con las condiciones materiales y simbólicas que favorecen su reconocimiento y ejercicio. A decir de Correa y Petchesky (1994) el ejercicio de los derechos depende del acceso al poder y a los recursos para poder efectivizar las decisiones. Las dimensiones individuales que se asocian a las decisiones reproductivas son libertad y autonomía, información, voluntad, motivos y responsabilidad. Las dimensiones sociales incluyen el respeto, la no discriminación y el acceso a los recursos.

El uso extendido en los documentos programáticos de la expresión decisiones informadas, voluntarias y responsables, refleja una visión racionalista sobre la toma de decisiones. Ésta debe analizarse en el marco de las condiciones sociales, económicas y culturales que restringen o favorecen el acceso a los recursos (información, servicios, insumos, bienes culturales) y al poder (relaciones de igualdad, condiciones de posibilidad). De esta manera se entiende que autonomía, agencia y empoderamiento están en la base de la toma de decisiones que protege el reconocimiento social y formal de los derechos reproductivos.

La decisión de continuar o interrumpir un embarazo es un proceso que se produce en relación con las condiciones sociales, legales y subjetivas que favorecen o limitan ese proceso. Desde esta perspectiva, el aborto puede ser considerado un proceso situado y no solamente un acto o una práctica. El contexto de aborto legal y la disponibilidad de servicios es un factor relevante que se transforma en texto que produce los modos en cómo el proceso es experimentado por las mujeres. Pero, también lo es el contexto social es decir, la construcción de esta decisión como socialmente aceptada y legítima o no. La relación entre lo legal y

lo legítimo se torna así relevante en el proceso de reconocimiento social del derecho de las mujeres a decidir. De esta forma, importa analizar la relación entre la despenalización jurídica y la despenalización social del aborto como práctica y como decisión de las mujeres.

Las mujeres que entrevistamos nos manifestaron que una vez que sospecharon estar embarazadas tomaron la decisión de abortar previo a la realización de la consulta en el Centro de Salud. En el relato de las mujeres, el sistema de salud no es un recurso utilizado o de referencia para tomar la decisión, sino que la resolución es previa y se procesa en otros espacios, con base en recursos de información y afectivos que dependen del entorno próximo de cada mujer. Las mujeres expresaron no haber tenido dudas respecto de la decisión ni tampoco haber sentido la necesidad de consultar en el servicio previamente a la toma de la decisión. Si bien la obligatoriedad de la consulta IVE2 con el equipo interdisciplinario dilata el proceso, las mujeres valoraron de manera positiva esta instancia en tanto que les permitió formular dudas sobre el procedimiento y orientarse con estrategias para afrontar el momento del postaborto. Una de las hipótesis que surge del análisis del material narrativo es que tomar la decisión de abortar, al ser valorada en soledad o con personas de confianza, parecería ser una estrategia de protección que las mujeres desarrollan frente a la sanción social que temen recibir de parte de los profesionales. Esto permite comprender por qué las mujeres no comparten ese proceso de decisión con el equipo de salud, con el cual no necesariamente han tenido relación previamente.

Sin embargo, la ley actual asume que el sistema de salud es un ámbito necesario para que las mujeres decidan si continuar o no con el embarazo. Por ejemplo, en su artículo 3º establece que luego de la consulta IVE2 con el equipo interdisciplinario, la usuaria debe manifestar si mantiene la decisión inicial o la rectifica. Este desajuste entre lo supuesto por la norma y el comportamiento de las mujeres, atraviesa todas las dimensiones analizadas.

Las mujeres fundamentaron su decisión de abortar, en la mayoría de los casos, por dificultades económicas para solventar un futuro hijo. Así, el motivo que se comunica públicamente se sostiene en el “no poder” y no así en el “no deseo”, asumiendo como propio un argumento de mayor aceptación social. Sólo una entrevistada – estudiante universitaria avanzada, sin hijos – relató su deseo de postergar el inicio de la maternidad, mientras que el resto de ellas argumentó que su decisión se relacionaba con la imposibilidad económica.

Pensé simplemente que no lo podía tener. Que no estaba en situación como para traer una criatura para hacerla pasar mal. (Lucía, 23 años)

Pensé en nada, en que no iba a poder seguir. En seguida pensé eso porque mi situación económica está mal. (Andrea, 25 años)

Fui en seguida a la partera y le planteé la situación, que mi situación económica no es para tener, traer un niño al mundo. (Daniela, 25 años)

De esta forma pudimos observar que las mujeres ubicaron su decisión en factores externos, independientes de su voluntad. Esto, además, podría reflejar sentimientos ambivalentes en las mujeres con respecto a ese embarazo y la maternidad, lo que produce malestar subjetivo y culpa:

Cuando lo confirmé se me vino el mundo abajo, yo ya tenía decidido lo que iba a hacer, pero ya sólo de ver el test [...] dije “no sé, no sé”, porque es una vida y era mi hijo. [...] En el momento sentí que yo hice lo que tenía que hacer [...] me sentí la peor persona del mundo, me sentí la peor madre del mundo, sentía que mi hijo no merecía la madre que tenía. (Florencia, 29 años)

Según los relatos de las entrevistadas, podría interpretarse que la situación económica produce una insatisfacción por defecto, es decir, una insatisfacción vinculada al deseo de tener más hijos de los que se tiene. No obstante, Peri y Pardo (2008) sostienen la hipótesis de la doble insatisfacción en la fecundidad de las mujeres uruguayas, señalando que aquellas con menor nivel educativo hubieran deseado tener menos hijos de los efectivamente tenidos mientras que las más educadas hubieran deseado tener más de los que tuvieron. Los autores señalan:

¿Cuán lejos estamos, entonces, de que toda la fecundidad sea deseada? Esta pregunta que nos hacíamos al inicio refiere fundamentalmente a una de las formas de insatisfacción: la insatisfacción por exceso. Y hemos mostrado que esta situación es claramente más significativa entre los sectores sociales más desfavorecidos, tal como adelantaba la hipótesis de la doble insatisfacción. (Peri y Pardo, 2008: 19)

Si analizamos el discurso de estas mujeres a la luz de la hipótesis de la doble insatisfacción, se puede observar que la ambivalencia y la culpa no surgen por no poder cumplir la aspiración de tener más hijos, sino por el hecho de que la situación económica las obligaría a no poder cumplir con el mandato de la maternidad aun frente a embarazos no deseados o no intencionales. Asimismo, es importante anotar que las mujeres que ya eran madres al momento de interrumpir el nuevo embarazo pusieron en juego la existencia de hijos/as previos y la responsabilidad sobre su cuidado para fundamentar la decisión:

Decidí interrumpirlo porque ya tengo dos nenes. Y no estoy bien económicamente para tener otro niño más. (Lorena, 25 años)

La primera reacción fue no poder sostener otro niño. (Ana, 35 años)

Aparte tenemos un bebé chiquito y no podemos por la situación económica. (Florencia, 29 años)

La existencia de hijos/as previos es uno de los motivos asociados a la interrupción de un nuevo embarazo que se considera no se puede sostener. Como ha señalado Ana María Fernández (1993), el ideal materno de “a menos hijos, mejor madre” opera subjetivamente para organizar la (hiper) responsabilidad de las mujeres en el ejercicio de la maternidad. De esta manera parecería que las mujeres buscan evitar juicios sobre su condición de “mala madre”, pero que —paradójicamente— no pueden evitar en la medida que el aborto es socialmente estigmatizado y moralmente sancionado.

Por último, un estudio sobre el caso uruguayo realizado luego de la sanción de la ley IVE, postuló que el estigma producto del desajuste entre el deber ser y la realización de un aborto podría estar vinculado a la identificación de la interrupción del embarazo como una práctica de irresponsabilidad de las mujeres, en la medida que se considera que existen los recursos disponibles (información, educación sexual, acceso a anticoncepción) para evitar embarazos no deseados, por lo que el aborto sería una muestra de la negligencia de las mujeres (MYSU, 2015). En el relato de nuestras entrevistadas, las referencias a su condición de maternidad previa o el embarazo como producto del fallo en el uso del método anticonceptivo puede entenderse como intentos —no siempre exitosos— de correrse del lugar de la “mujer irresponsable” en las que son ubicadas socialmente las mujeres que abortan.

A su vez, las mujeres acudieron al servicio de salud con la información de que allí podían acceder a un aborto voluntario en el primer trimestre del embarazo, pero con escaso manejo de los aspectos formales y los requerimientos que establece la ley vigente. Las entrevistadas manifestaron que sus ideas sobre la ley eran vagas e insuficientes, resumido en la frase “abortar

en Uruguay es legal". Este punto puede resultar problemático tal como lo ha mostrado un estudio realizado en el año 2013, el primero que tuvo lugar postaprobación de la ley y que permitió identificar los riesgos a los que se enfrentaban las mujeres con base en la creencia de que el aborto es legal en toda circunstancia (MYSU, 2014).

El desconocimiento del contenido de la ley y las barreras en su implementación son factores que limitan la exigibilidad de las mujeres en caso de que sus derechos sean vulnerados. Por otro lado, la creencia que el aborto es legal sin contar con información sobre el alcance y limitaciones de la ley puede exponer a las mujeres a prácticas de aborto inseguro e ilegal.

Ruta por la que transitaron las mujeres en los servicios de salud

La ruta crítica por la que debe transitar una mujer en el servicio de salud para acceder a un aborto legal incluye desde la consulta IVE1 hasta la consulta IVE4. Es importante considerar el análisis de los distintos pasos que establece la ruta, en la medida que la accesibilidad no es entendida como sinónimo de acceso, sino que implica todo el proceso de atención en salud, considerándola como *accesibilidad ampliada*, distinto del primer contacto, la *accesibilidad inicial* (Comes *et al.*, 2007). El concepto de accesibilidad no puede ser recortado considerando sólo los servicios de salud, sino que es una relación entre usuarios/as y servicios de salud, y tanto las condiciones y discursos de quienes requieren servicios como de quienes lo ofrecen determinará si existe un encuentro entre ambos (Stolkiner y Barcala, 2000).

En aquellos Centros de Salud que no disponían de servicio de IVE, las mujeres que acudieron a la primera consulta (IVE1) fueron derivadas a otro Centro. Es importante anotar que pueden existir derivaciones en cualquiera de los pasos de la ruta,

dependiendo de la capacidad de respuesta de cada Centro. El relato de una usuaria es ilustrativo de esta situación:

Estoy en salud pública, en la policlínica de Giordano, me atiende todo el plantel. La ecografía tenés que ir al Centro Ciudad Vieja, porque están los equipos ahí. Esto otro tenés que hacértelo allá, obviamente, cuando di por terminado el tema no me moví más. (Florencia, 29 años)

Esta situación vinculada a las derivaciones posteriores al inicio del proceso, no es mayoritaria en los servicios de la RAP, aunque sí parece ser común la derivación al inicio del proceso. Según datos recabados por esta investigación, los ocho Centros de Salud que tenían disponible la ruta completa (las cuatro consultas) concentraron el 89% de las IVE, mientras que los restantes seis realizaron el 11% de los abortos. Así, los servicios de aborto legal se concentraban en 8 de los 14 Centros de Salud de la RAP, mientras que en los restantes se recibía a la usuaria para referirla a otro servicio. El hecho que un Centro de Salud ofrezca la ruta completa igualmente puede implicar que los exámenes para-clínicos se hagan en otro local de la RAP por lo que aún en estos casos las mujeres podrían tener que acudir a otro servicio (López *et al.*, 2017).

Como hemos mencionado, el aborto lejos de ser considerado un acto debe analizarse en tanto proceso con un antes, un durante y un después, situado en contextos sociales y jurídicos específicos (Carril y López, 2008). La evidencia científica disponible permite afirmar que el incremento de la ansiedad y la angustia predominan en el periodo previo al aborto mientras que el alivio es el estado emocional más referido por las mujeres en el después, aunque esto último está sujeto a la forma en que la mujer transcurrió durante todo el proceso y a cómo es significada subjetivamente esta experiencia en el contexto social y legal en que tiene lugar (Adler *et al.*, 1990; Adler, 2000; Russo y Denious, 2001; Major, 2003; Cohen, 2006; Major *et al.*, 2009; Amuchástegui, Flores y Parrini,

2009; Carril y López, 2008; 2010; Ortiz y Troncoso, 2012; Araújodos Santos y Santana de Brito, 2014; López, 2015).

Las mujeres entrevistadas valoraron positivamente la consulta IVE2 en tanto espacio para acceder a información sobre el procedimiento y los signos a tomar en cuenta. Pero, como hemos señalado anteriormente, a priori las mujeres tenían el temor que el equipo interdisciplinario cuestionara su decisión.

En ningún momento me hicieron pensar diferente, me fueron guiando en lo que yo quería. (Julia, 22 años)

Como yo fui segura, decidida, concreta y agilizando todo, [...] me escucharon más de lo que las dejé hablar. (Andrea, 25 años)

Como señalan otros estudios, la representación sobre la consulta IVE2 como un “Tribunal” podría sostenerse en el propio texto de la ley que establece la necesidad de que la mujer explique su decisión de abortar ante el equipo interdisciplinario y la posterior espera de un mínimo de cinco días para ratificar o modificar su decisión (MYSU, 2014, 2016). Todas las mujeres entrevistadas señalaron que esa espera incrementó la ansiedad y que no incidió en desestimar la decisión previa.

Deseé que pasen rápido porque la decisión ya estaba tomada. (Ana, 35 años)

En mí, creo que si hubiese tenido las tres en una, hubiese sido exactamente lo mismo. (Daniela, 25 años)

Creo que no serían necesarios para una persona que está segura de hacerse un aborto. (Lorena, 25 años)

Incluso a veces estás tan ansiosa para salir de esa situación que los 5 días se hacen larguísimos. (Karina, 35 años)

Esos cinco días “fueron interminables”. (Jaqueline, 41 años)

No quería esos cinco días, yo lo quería hacer ya, ya, ya. (Giselle, 19 años)

Para algunas mujeres los días de espera fueron vividos como una experiencia negativa que las trastocó emocionalmente.

Era una sensación de querer terminar con esto, porque yo ya no soportaba estar así. (Julia, 22 años)

Fue horrible. Deseaba que ya pasaran esos cinco días. (Giselle, 19 años)

El ginecólogo me dijo que me tenía que tomar cinco días para pensarlo. [...] A todo eso yo ya estaba desesperada y le pregunté si podíamos omitir esto de los cinco días y me dijo que no. (Julia, 22 años)

Si hay una decisión tomada, si hay una seguridad de parte de la persona que lo va a hacer, que tenga cinco días para pensarlo después que hiciste los tres pasos, los cuatro pasos. Ya hice todo, ¿qué más querés? No me sigas estirando, sigo estando embarazada, soy madre, sé lo que está pasando en mi cuerpo, sé lo que estoy queriendo hacer, no me des más días por favor. Bueno, los respeté [...] Es una tortura. [...]. Vamos a no pensar tanto, pero sí hay síntomas de embarazo, sí hay sentimientos de embarazo, si como mujer lo tenés vos adentro. (Ana, 35 años)

Los cinco días “de reflexión” pueden operar negativamente en la salud mental de las mujeres incrementando la angustia y la ansiedad al dilatar un problema que las mujeres buscan resolver rápidamente. Decidir realizarse un aborto es una decisión vital significativa y como tal no está exenta de contradicciones.

La angustia, la ansiedad, la ambivalencia y/o el temor que las mujeres pueden sentir frente al aborto están relacionados con las condiciones subjetivas y materiales en las que el proceso y la decisión tienen lugar. Las respuestas emocionales, entre ellas el alivio, el malestar o el sufrimiento psíquico que las mujeres experimentan frente a un aborto voluntario, dan cuenta de las complejidades que este proceso significa para las mujeres, en dependencia de las condiciones legales y sociales en las que tiene lugar (Carril y López, 2008).

Posteriormente, tiene lugar la consulta IVE3 con un médico ginecólogo donde se accede a la medicación (mifepristona y misoprostol, sin costo bolsillo para la usuaria) para la realización del aborto el cual generalmente tiene lugar en el domicilio de la mujer. Si bien la ley no establece el tipo de método, la práctica de los/as profesionales y los acuerdos en los servicios de salud han derivado en que sea el aborto farmacológico la modalidad ofrecida a las mujeres. Todas las mujeres entrevistadas realizaron aborto con medicamento. En ese sentido, expresaron gran incertidumbre al momento de tomar la medicación, aún aquellas que manifestaron haber podido externar sus dudas en la consulta con el equipo interdisciplinario. Ante esto, algunas hubiesen preferido realizarse un aborto quirúrgico y otras lo hubieran preferido en lugar de tener que repetir la medicación.

Estás tomando una decisión espantosa más allá de que lo hagas segura, pasas por un momento horrible de una decisión horrible y el proceso es jodido. La pastillita durante más de media hora, una hora, no me acuerdo el tiempo, abundante tiempo [...] que estás con eso, que te quedás ahí carburando,⁶ no estás hablando, no te estás distraendo, estás en eso. (Ana, 35 años)

⁶ Carburando: del Lunfardo, *pensar recurrentemente*.

Algunas mujeres plantearon al aborto farmacológico como factor generador de temor por no saber exactamente cómo sería el proceso de expulsión o el dolor que sentirían, mientras que otras preferían este método al quirúrgico. Esto da cuenta de la necesidad de que la elección del método sea considerando las necesidades de cada mujer y no exclusivamente por valoraciones clínicas o por preferencias de los técnicos en función de sus posturas ideológicas.

En cuanto a la consulta IVE4 (consulta postaborto) algunas mujeres expresaron no haber concurrido ya que no querían dilatar el cierre del proceso, al sumar una nueva consulta en el servicio de salud. Otras eligieron acudir a la emergencia del hospital público a realizarse la ecografía de control, en la medida que el acceso a la consulta IVE4 en su Centro de Salud demoraba semanas. En la gran mayoría de los casos, la consulta postaborto no tuvo relevancia como espacio para procesar emocionalmente la experiencia. Esta consulta no es valorada como un espacio de apoyo psicoemocional ni así es ofrecido por el servicio de salud, lo cual lleva a que sea percibida por las mujeres como innecesaria, inocua o incluso amenazante. Esta consulta podría ocupar un lugar importante en el proceso de atención ofreciendo a las mujeres un espacio profesional para elaborar subjetivamente la experiencia vivida. Como lo han señalado varias autoras, la consulta postaborto es una oportunidad para que las mujeres realicen un proceso de reflexión, que les permita separarlas del estigma que ha recaído sobre ellas (Ipas, 2014; Ortiz, 2008). El aborto que se tramita en el cuerpo impone a las mujeres mensajes que la psique deberá procesar, ya que todo placer o sufrimiento asentado en el cuerpo tiene una expresión psíquica y viceversa. Se trata de representaciones conscientes e inconscientes que dan forma a la dimensión subjetiva del cuerpo. Esta dimensión no es solamente huella de la experiencia corporal directa, sino que se entreteje con otras que imponen los discursos sociales sobre el cuerpo, creando una compleja trama fantasmática entre la fuerza del soma y la de la cultura, poderosa fuerza que im-

prime valores, restricciones, imperativos. Este cuerpo subjetivo se expresa también en la experiencia del aborto (Carril y López, 2010).

Algunas mujeres manifestaron haber sentido angustia, vergüenza y culpa luego del aborto, aunque no expresaron arrepentimiento. Otras, experimentaron tranquilidad y alivio. Pero, en ningún caso acudieron a la consulta IVE4.

Fue algo horrible para mí. [...] Porque es algo que a mí no me enorgullece. (Andrea, 25 años)

Me sentí aliviada y triste. Sentí que estaba libre de algo que no quería. (Giselle, 19 años)

En ese momento me sentí mal porque para mí era mi hijo, y había hecho mal en sí porque no es lindo abortar, porque tampoco le podés sacar la vida a quien vos quieras. (María, 37 años)

Para finalizar, las mujeres fueron consultadas en sus opiniones sobre el aborto y sobre la ley. Algunas de ellas manifestaron desacuerdo, diferenciando su caso particular del de otras mujeres que abortan:

Yo siempre estuve en contra de la ley del aborto porque si uno quiso abrir las piernas como quien dice, después... Pero yo lo aborté porque fue un embarazo no deseado y no buscado y me cuidé. Si me dijeras fui una boluda que no me cuidé. (Paula, 37 años)

Acerca de la ley no estoy muy de acuerdo, porque hay consideraciones y digo, yo que sé, hay muchos que no se cuidan porque está la oportunidad de abortar, pero no podés no cuidarte si tenés métodos para cuidarte. (María, 37 años)

Al explicar la violencia simbólica, Bourdieu (2000) sostiene que el dominado aplica los mismos instrumentos de conocimiento

que el dominador al no disponer de otros y al percibirlos como neutrales y objetivos. Los relatos de las mujeres entrevistadas dan cuenta de la violencia a la que están sometidas producto del estigma del aborto. En éstos se observaron elementos relacionados con la transgresión del mandato social de la maternidad al expresar su no deseo de tener un hijo, con la irresponsabilidad por no prevenir el embarazo no deseado y, por último, la idea de asesinato, es decir, el feto o embrión significado como “bebé” o “hijo” al que se le quita la vida. Ello da cuenta de la incorporación subjetiva de la condena moral hacia las mujeres que abortan en el discurso de las propias mujeres que viven la experiencia.

A modo de discusión y conclusiones

El escenario uruguayo de implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo está poco explorado en sus múltiples dimensiones debido al corto tiempo transcurrido desde la puesta en marcha de los servicios legales de aborto en el sistema de salud. Es necesario avanzar en el análisis acerca de cómo el contexto legal incide en los modos en que las mujeres viven sus experiencias de aborto, en particular cómo son éstas significadas y resignificadas. La ley se basa en una concepción de la maternidad como valor tradicional a proteger y considera el aborto como un recurso que debe evitarse. Este discurso coexiste con la consagración del derecho de las mujeres a decidir sobre la continuidad o interrupción de un embarazo que la ley busca garantizar, si bien para ello deberán transitar por distintos pasos (consultas con distintos profesionales de la salud, cinco días de reflexión obligatorios) que tutelan ese proceso. Sería importante que la agenda de investigación sobre aborto en Uruguay incorpore el estudio acerca de cómo el constructo sobre maternidad y aborto en los que se basa la ley, incide en la organización de los servicios y produce los modos de experimentar de las mujeres.

En este sentido, es necesario también profundizar en el estudio de las prácticas de los/as profesionales y en particular, el alto porcentaje de ginecólogos/as objetores de conciencia, en una sociedad como la uruguaya, de las más secularizadas de la región.

En este contexto de legalidad es clave analizar cómo operan los procesos de (des) penalización social y el estigma asociado al aborto, que se expresa a nivel comunitario y en los servicios de salud y que es percibido e internalizado por parte de las mujeres como un fuerte condicionante. Con respecto a esto, varios estudios a nivel internacional y regional han indagado sobre el peso del estigma asociado al aborto en las experiencias de las mujeres y en los/as profesionales que las asisten (Kumar *et al.*, 2009; O'Donnell *et al.*, 2011; Norris *et al.*, 2011; Shellenberg *et al.*, 2011; Shellenberg y Tsui, 2012; Kumar, 2013; Cockrill y Nack, 2013; Cockrill y Hessini, 2014; Zamberlin, 2015). Lo que resulta particularmente interesante para el contexto latinoamericano es analizar cómo se expresa el estigma en relación con la despenalización jurídica y la despenalización social del aborto. Es decir, analizar la relación entre ambos procesos y cómo se producen (o no) nuevos significantes asociados a las mujeres como agentes de decisión sobre su vida sexual y reproductiva (Lamas, 2014). En este sentido, el análisis del estigma asociado al aborto es una opción teórico-metodológica potente que permitiría alumbrar esta compleja relación. La relación entre la despenalización jurídica y la despenalización social no es lineal, y el cambio legal *per se* no asegura cambios sociales en la construcción de nuevos significantes sobre aborto.

El cambio social tiene una estrecha relación con las formas en que se define el problema público en cuestión. Al respecto, Elder y Cobb advierten, al analizar la formación de la agenda pública, que “lo que está en juego en el proceso de formación de la agenda no es sólo la selección de los problemas sino también su definición” (Elder y Cobb, 1993: 77). Estos autores señalan que la definición de un problema implica seleccionar para destacar determinados aspectos, los que determinarán las soluciones que se propongan y

el escenario de debate social de ese problema. Estas herramientas teóricas permiten especular sobre la (des)penalización social del aborto y cómo ésta se procesa en una sociedad que desde hace más de dos décadas se muestra mayoritariamente a favor de legalizar el aborto voluntario. La definición del problema público en Uruguay tuvo sesgos desde una perspectiva medicalizadora y de reducción de daños, donde lo que fundamentó la necesidad de despenalizar jurídicamente el aborto no fue —centralmente— una defensa de los derechos de las mujeres, sino una perspectiva instrumental, patriarcal y sanitarista.

Por último, es importante observar el caso uruguayo desde una perspectiva compleja y lejana de visiones triunfalistas. La ley de interrupción voluntaria del embarazo es un avance y un hito en el proceso de reconocimiento de los derechos de las mujeres uruguayas. Sin embargo, es importante identificar y reconocer sus opacidades y sus limitaciones para garantizar a las mujeres este derecho (Correa y Pecheny, 2016). La experiencia desarrollada hasta ahora en Uruguay ofrece lecciones muy importantes que deben tomarse en cuenta como aprendizaje acumulado que puede ser de utilidad para otros países de la región.

Referencias

- Abracinskas, L. y López G., A. (2001). *Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. Advocacy desde la sociedad civil organizada*, Seminario Regional sobre ONGs. y Gobernanza. Montevideo: MOST-UNESCO.
- . (2006). “Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay”. En Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- (coords.). (2007). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.

- . (2008). "Social and political debate on abortion in Uruguay". *IDS Bulletin, Unsafe Abortion: a development issue*. Volume 39, Number 3, July, London.
- Adler, N. *et al.* (1990). "Psychological responses after abortion". *American Association for the advancement of science*. 248(4951), pp. 41-44.
- Adler, N. (2000). "Abortion and the null hypothesis". *Archive General Psychiatry*, (57), pp. 785-786.
- Araújo dos Santos D.L. y Santana de B., R. (2014). "Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres". *Physis*. 24(4):1293-1313.
- Amuchástegui, A., Flores, E., y Parrini, R. (2009). "¿Quién decide en mi cuerpo? Cómo se vive el derecho a la interrupción legal del embarazo en el DF". *Suplemento Letra S*, 157.
- Bidegain, G. (2007). "Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre aborto". En: Abracinskas, L. y López G., A. (coords.) *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*, Montevideo: MYSU.
- Bottinelli, E. y Bouquet, D. (2010). "La opinión pública sobre aborto", *Cuadernos de Debate sobre Ciudadanía, Salud y Derechos*, época 1, núm. 2. Montevideo: MYSU.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Carril E. y López G., A. (2008) *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Editorial Trilce.
- . (2010). "Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres: resultados de una investigación cualitativa en Uruguay". *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. 5, pp. 127-164.
- Cockrill, K. y Hessini. L. (2014), "Introduction: bringing abortion stigma into focus", *Women and Health*, vol. 54, pp. 593-598.
- Cockrill, K., y Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), pp. 973-990. DOI:10.1080/01639625.2013.800423
- Cohen, S. (2006). "Abortion and Mental Health: myths and realities". *Guttmacher Policy Review*, 9(3), pp. 8-16.
- Comes, Y. *et al.* (2007). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". *Anuario de investigaciones*, 14.

- Correa, S. y Petchesky, R. (1994). "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective". En: Sen, G., A. Germain y L. Chen, *Population Policies Reconsidered: health, empowerment and rights*. Boston: Harvard University, Harvard Center for Population and Development Studies, pp. 107-123.
- Correa, S. y Pecheny, M. (2016). *Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*. Montevideo: MYSU.
- Couto, M., López G., A. y Micol, R. (2017). "Una vez más... el derecho a las mujeres a decidir en cuestión". *Revista Hemisferio Izquierdo*. Consultado en: <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2017/03/10/Una-vez-m%C3%A1s-el-derecho-de-las-mujeres-a-decidir-en-cuesti%C3%B3n>.
- Elder, C. y Cobb, R. (1993). "Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos". En Aguilar Villanueva, L. *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Ipas. (2014). *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* (segunda edición). K. L. Turner y A. Huber (eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Johnson, N. et al. (coords.) (2011). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo, Uruguay: CSIC-Universidad de la República.
- Kumar, A., Hessini, L. y Mitchell, E. M. (2009). "Conceptualizing abortion stigma", *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), pp. 625-639.
- Kumar, A. (2013). "Everything is not abortion stigma", *Women Health's Issues*, 23, 6, pp. 329-331.
- Lamas, M. (2014). "Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF". *Salud Pública De México*, (1), 56.
- López G. A. et al. (2017). "Servicios legales de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención de Montevideo y área Metropolitana". *Salud Pública de México*, 59.

- López G., A. (2015). "Mujeres y aborto. El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido". En: Ramos, S. (comp.). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: CLACAI, CEDES, Promsex, pp. 173-190.
- Major, B. (2003). "Psychological implications of abortion-highly charged and rife with misleading research". *Canadian Medical Association*, mayo, 168(10), pp. 1257-1258.
- Major, B., et al. (2009). "Abortion and mental health: Evaluating the evidence". *American Psychologist*, 64(9), pp. 863-890.
- Ministerio de Salud. (2017). *Estadísticas sobre interrupción voluntaria del embarazo. Área Salud Sexual y Reproductiva del MSP*. Montevideo: MSP.
- MYSU. (2014). *Informe 2014: estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto*. Montevideo, Uruguay: MYSU.
- . (2015). *Informe 2014-2015: estado de situación de los servicios en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano*. Montevideo: MYSU. Recuperado de: <https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/2015-informe-litoral>
- . (2017). *Servicios legales de aborto en Uruguay. Logros y desafíos de su funcionamiento*. Montevideo: MYSU. Recuperado de: https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/folleto_20obs_10-19_web.
- . (2017b). *Los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal. Monitoreo 2013-2017. Sistematización de los resultados de 10 de los 19 departamentos del país*. Montevideo: MYSU. Consultado en: https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/informe_observatorio_2017_10de19_we.
- Norris, A. et al. (2011), "Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences", *Women's Health Issues*, 21 (3), pp. S49-S54.
- O'Donnell, J., Weitz, T.A. y Freedman, L. R. (2011). "Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work", *Social Science & Medicine*, 73 (9), pp. 1357-1364.

- Ortiz, O. y Troncoso, E. (2012). "El aborto voluntario como experiencia emocional saludable en mujeres de la Ciudad de México". Ponencia presentada en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay.
- Ortiz, O., (2008). "Un acercamiento al aborto legal en México: la experiencia de las mujeres". En Freyermuth, G., y Troncoso, E., (coord.). *El Aborto acciones médicas y estrategias sociales, Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el Siglo XXI*. México: Ipas.
- Peri, A. y Pardo, I. (2008). "Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea la deseada?", *Serie Divulgación. Cuadernos de UNFPA*, año 1, núm. 1. Montevideo: UNFPA Uruguay.
- Russo, N. F., & Denious, J. E. (2001). "Violence in the lives of women having abortions: Implications for practice and public policy". *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 142-150.
- Sapriza G. (1996). "Mentiras y silencios. El aborto en el Uruguay del Novecientos". En: Barrán, J. P.; Caetano, G.; Porcekansji, T. (coords.) *Historias de la vida privada en el Uruguay*. Montevideo: Taurus , pp. 115-145.
- . (2011) "Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. "Aborto libre": la corta experiencia uruguaya (1934-1938)". En Johnson, N. et al. *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo, Uruguay: CSIC-Universidad de la República.
- Schraiber, L. (2010). "Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud: apuntes para el debate". En Castro, R. y López G., A. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo, Montevideo: Universidad de la República, Universidad Autónoma de México.
- Shellenberg, K. M. et al. (2011). "Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study", *Global Public Health*, 6 (sup1), S111-S125.

- Shellenberg, K. M y Tsui, A. O. (2012). "Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA. An exploration by race and Hispanic ethnicity", *Int J Gynecol Obstet*, 118 (Supl.2), pp. 152-159.
- Stolkiner, A., y Barcala, A. (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis: Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.*
- Zamberlin, N. (2015). "Estigma y Aborto". En Ramos, S. (ed.). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.* Buenos Aires: CLACAI, CEDES, Promsex, pp. 173-190.

Estigma y aborto: experiencias de mujeres y personal de salud en los servicios de ILE en la Ciudad de México

Ma. Elena Collado Miranda
Jazmín Mora-Ríos

Introducción

El estigma y la discriminación en torno al aborto es un tema que ha generado gran interés en la investigación a nivel internacional, ya que además de representar una de las principales barreras en la atención, tiene múltiples implicaciones en el bienestar de las mujeres (Lipp, 2011; Hessini, 2014; Ostrach y Cheyney, 2014). Un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud indica que 25 millones de abortos inseguros se produjeron en el periodo de 2010 a 2014, además de que en América Latina sólo uno de cada cuatro abortos es seguro (Ganatra *et al.*, 2017). Aun cuando existen evidencias de que el aborto legal y seguro reduce la mortalidad materna, un sector de la población lo sigue percibiendo como un acto pecaminoso.

En su estudio clásico, Goffman (1963) describe el estigma como una marca para algunas personas que son consideradas como “desviadas” por la sociedad, quienes experimentan una pérdida de estatus, lo que impacta sus relaciones sociales y afecta su identidad. Con base en estas ideas, autoras como Kumar, Hessini y Mitchell (2009: 628) definen el estigma hacia el aborto como “un atributo negativo asignado a las mujeres que buscan

terminar un embarazo que las marca, interna o externamente, como inferiores a los ideales de ser mujer”.

De acuerdo con Norris y sus colegas (2011) la investigación sobre estigma se ha centrado en tres sectores específicos que suelen ser afectados por éste: 1) mujeres que han tenido un aborto (Cockrill *et al.*, 2013); 2) los proveedores que laboran en estos servicios y 3) personas que apoyan a las mujeres que han tenido abortos (e.g., personas cercanas, defensores, activistas e investigadores). De ahí que, para autoras como Kumar *et al.* (2009), el estigma hacia el aborto representa un concepto en expansión, de carácter interdisciplinario, siendo diversas las disciplinas interesadas en su abordaje, principalmente la salud pública, la sociología, la antropología y la psicología.

Hoy en día existe mayor interés hacia el estigma por parte de distintos actores sociales, como activistas, investigadores y sectores ligados con las prácticas de atención y de quienes luchan por la defensa de los derechos humanos (Kumar, 2013; Cook, y Dickens, 2014; Hessini, 2014). Los temas que se han abordado en la investigación en esta línea tienen que ver con: *a*) el desarrollo conceptual en esta área (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009); *b*) los aspectos de su medición (Cockrill *et al.*, 2013), y *c*) el estigma del que suelen ser objeto los proveedores que laboran en áreas de atención (Harris *et al.*, 2011). Gran parte de estos estudios han sido de naturaleza cuantitativa y algunas investigaciones dan cuenta de las experiencias de las mujeres al internalizar el estigma asociado con el aborto y su relación con variables sociodemográficas.

Un interesante estudio en el que se analiza la producción internacional en investigación en el ámbito del estigma y el aborto, que incluye a Latinoamérica revela que los estereotipos de género, maternidad, sexualidad y aborto que se atribuyen a las mujeres que se someten a este proceso de interrupción del embarazo las describen como: inferiores, dañadas, promiscuas, pecaminosas y asesinas. Las implicaciones de estos prejuicios podrían colocar a estas mujeres en un mayor riesgo de discriminación, de malos

tratos y de recibir una baja calidad en los servicios. De ahí la importancia de incidir en esta problemática que se expresa en distintos ámbitos como son el social, médico y jurídico (Adesse *et al.*, 2016).

Por otra parte, los hallazgos de investigación de Ostrach y Abi Samra (2017) muestran que mientras más estigma experimentan las mujeres que han tenido un aborto, podrían presentar mayores consecuencias en su salud. Por ejemplo, las pacientes que estaban más preocupadas por el estigma de haber tenido un aborto esperaron más tiempo ante signos de infecciones o sangrado en comparación con aquellas mujeres que no reportaron estigma, además estas últimas acudían de manera más temprana a revisión médica. Esto también tuvo un impacto negativo en la percepción de los médicos acerca de estas mujeres al no entender las razones por las cuales se demoraban tanto tiempo para solicitar atención en los servicios.

Por otra parte, en la investigación con proveedores que laboran en servicios de interrupción del embarazo se ha encontrado que a consecuencia de su actividad laboral también son objeto de críticas y rechazo por parte del gremio médico (Harris *et al.*, 2013). Otro estudio que se llevó a cabo con 79 proveedores de ILE reporta que alrededor de dos tercios de los informantes mencionaron sentir preocupación al hablar abiertamente sobre su actividad laboral y el 50% de ellos reportó haber sido objeto de agresiones físicas y verbales a causa de las funciones que desempeñaban en su trabajo (Martin *et al.*, 2012).

En México, investigaciones previas (Lamas, 2014; Sorhaindo, 2014) han mostrado evidencia del estigma social dirigido hacia las mujeres que abortan, no obstante, hace falta desarrollar más investigación en esta línea a fin de dar cuenta de las implicaciones que tienen dichas prácticas como barreras en la atención de las mujeres y que incluso afectan a los proveedores que laboran en el ámbito de la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. En este trabajo se presentan los resultados de una investigación realizada en el año 2013 para conocer cómo las

mujeres experimentan el estigma en el camino que siguen para lograr acceder a una interrupción legal del embarazo en dos servicios, uno público y otro privado en la Ciudad de México. Asimismo, se indagó acerca de la percepción de los equipos de salud que laboran en dichos servicios en relación con estos temas. Los datos que se presentan provienen de un estudio más amplio cuyo propósito fue explorar las manifestaciones institucionales y estructurales del estigma relacionadas con el aborto en unidades de salud en la Ciudad de México (Shellenberg *et al.*, 2014).

El objetivo de este trabajo, de carácter cualitativo, consiste en explorar las actitudes que estigmatizan y las prácticas de discriminación hacia las mujeres en relación con el aborto, desde la perspectiva de las usuarias de dos servicios de atención ILE ubicados en la Ciudad de México, así como del equipo de salud que labora en dichos centros. Adicionalmente se indaga acerca de la percepción que tienen hacia otras mujeres que abortan, las principales fuentes que promueven estas prácticas y cómo afrontan el estigma las usuarias y el personal de salud. La experiencia de ambos actores sociales es fundamental para el desarrollo de estrategias de intervención dirigidas a combatir el estigma y la discriminación hacia las mujeres que abortan.

Aproximación metodológica

El estudio se llevó a cabo en dos servicios de ILE en la Ciudad de México, uno de ellos en el sector público y el otro en el privado, para lo cual se solicitó su colaboración para participar. El proyecto fue evaluado por un comité de ética externo y se utilizaron formatos de consentimiento informado durante todo el proceso de investigación. El equipo de investigación se conformó por cuatro psicólogas y una enfermera especializada, todas con experiencia en el manejo de la entrevista y quienes además recibieron una capacitación específica para el manejo de la guía de entrevista.

Contacto con la población de estudio

Previo consentimiento de las autoridades de ambos servicios, el procedimiento que se siguió fue invitar a las mujeres que acudieron a estos servicios para participar en el estudio, a quienes se les explicaron los objetivos haciendo hincapié en que se trataba de una actividad independiente del tratamiento que seguían. Las mujeres que aceptaron participar, firmaban un consentimiento informado y hubo dos menores de edad a quienes se solicitó, además de su colaboración voluntaria, el consentimiento por parte de sus padres o tutores. Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares convenientes para las mujeres, en espacios acondicionados para poder realizar adecuadamente la entrevista garantizando la integridad de las participantes, o bien en lugares elegidos por ellas como cafeterías cercanas al servicio de salud e incluso en el domicilio de las informantes. En el caso de quienes formaban parte del personal de salud, se les invitó a participar en el estudio y quienes aceptaron firmaban un documento de consentimiento informado. Todas las entrevistas se efectuaron en los lugares de trabajo del personal de salud y en espacios adecuados para que pudieran expresar libremente sus opiniones. La duración de estas entrevistas fue en promedio de dos horas.

Participantes

La muestra global de usuarias de servicios de interrupción del embarazo fue de 50 mujeres entrevistadas quienes acudieron a los servicios de ILE. También se entrevistó a dieciocho proveedores de ambos sexos que laboraban en estos servicios, diez en el servicio público y ocho en el privado. A continuación, se describen las características demográficas de ambas poblaciones.

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Participaron 25 mujeres que recibieron atención en un servicio de salud público de ILE, durante el primer semestre del año 2013. El rango de edades se ubicó entre los 16 y 39 años de edad, siendo la edad promedio de 25 años. Dieciséis de las veinticinco usuarias radicaban en la Ciudad de México, el resto provenía del Estado de México.

En relación con la escolaridad, la mayoría tenía estudios de bachillerato (48%), el 39% estudios de licenciatura y sólo el 13% tenía estudios de secundaria o menos. De las 25 usuarias, catorce no tenían empleo, se dedicaban al hogar o eran estudiantes de tiempo completo, tres eran estudiantes y trabajaban en empleos temporales o de medio tiempo. Seis mujeres trabajaban de manera independiente y sólo dos contaban con empleos estables y con prestaciones sociales. Con respecto al estado civil, veinte eran solteras, catorce refirieron tener pareja al momento de la entrevista y el resto no la tenían. Por otra parte, trece de las mujeres tenían entre uno y tres hijos, sólo cinco mujeres manifestaron haber tenido abortos previos. Con respecto al periodo de gestación reportado por las mujeres varió en el rango de cuatro a once semanas, siendo el promedio de siete semanas.

Con respecto a las mujeres entrevistadas en el centro privado ($n = 25$), el perfil sociodemográfico fue muy heterogéneo, sólo cinco de ellas residía en la Ciudad de México, el resto se había desplazado de sus lugares de origen en el Estado de México, Querétaro, Guadalajara, Morelia y Tlaxcala para acceder a los servicios de ILE. El rango de edad se situó entre los 17 y 38 años de edad, con una edad promedio de 25 años. La mayoría de las mujeres vivía en pareja, con excepción de ocho. Con respecto a la escolaridad, trece tenían nivel de licenciatura y posgrado. Doce contaban con un empleo con prestaciones sociales y el resto trabajaba por su cuenta o eran estudiantes, sólo una mujer refirió

encontrarse desempleada. Doce de las veinticinco mujeres habían tenido hijos previamente y al momento de la interrupción tenían entre cuatro y doce semanas de gestación, siendo el promedio de nueve semanas.

Características sociodemográficas de los proveedores

Se entrevistaron 18 proveedores que laboraban en los servicios de ILE. Diez de ellos laboraban en servicios públicos y ocho en el servicio privado. La mayoría fueron mujeres (72%) y el resto hombres, las edades comprendidas oscilaron entre los 23 y 66 años, siendo 37 años la edad promedio. En su mayoría fueron médicos y enfermeras (39%) en ambos casos, así como trabajadores sociales (11%), además de un residente de medicina y una recepcionista. Con respecto al nivel de estudios, 44% tenían licenciatura, 28% contaban con una especialidad y 28% con bachillerato técnico.

En el servicio privado, los equipos de salud tenían laborando en el servicio entre un año y medio y nueve años, solamente hubo un informante hombre. Hubo dos entrevistadas que tuvieron experiencia previa con una interrupción a nivel personal o con alguien cercano, lo cual señalaron les había ayudado a sensibilizarse y tener una postura más abierta con respecto a estos temas con las mujeres.

Estrategias de recolección de información

Empleamos la entrevista semiestructurada como principal estrategia de recolección de la información, la cual se basó en una guía de entrevista, especialmente diseñada para indagar acerca de las experiencias de las mujeres en torno al aborto, las razones para abortar, abordando el proceso desde el momento en que se habían dado cuenta de su embarazo y los dilemas que habían

enfrentado, hasta el postaborto. Otros tópicos fueron información sociodemográfica, experiencias de estigma y discriminación, principales fuentes, consecuencias del estigma y recursos de la entrevistada para hacer frente a estas experiencias. Colocamos especial interés en los significados atribuidos al aborto, desde una perspectiva *emic* (desde la visión del mundo del entrevistado). Las entrevistas tuvieron una duración de entre una hora y dos horas y media aproximadamente. Una vez que los informantes aceptaban participar, firmaban un consentimiento informado en el que aceptaban participar de manera voluntaria en el estudio, así como el registro en audio de la entrevista.

Al final se entregó un incentivo económico (\$250.00) como reconocimiento a su participación. Cabe señalar que, para evitar un efecto de deseabilidad social en la participación, el tema del incentivo económico se mencionó una vez que la persona manifestaba interés en participar en el estudio. Al final del estudio, a manera de devolución de la información, se presentaron los hallazgos generales del estudio en cada uno de los servicios que colaboraron en la investigación, a fin de que pudieran considerarlos en la toma de decisiones. A esta presentación acudió el personal de salud, incluso aquellos que habían participado como informantes en el estudio y al presentar algunos testimonios de los participantes, se modificó información que pudiera identificar a los informantes.

Análisis de la información

Todas las entrevistas fueron transcritas y revisadas por cuatro integrantes del equipo de investigación. Se llevó a cabo una codificación abierta de manera individual de los textos transcritos para cada una de las entrevistas y posteriormente se realizaron reuniones periódicas en las que además del equipo participaron tres investigadoras expertas en el tema del aborto provenientes

de distintas áreas (medicina, psicología social y comunicación) para la revisión y desarrollo conjunto de categorías. Se establecía una discusión y se tomaban decisiones por consenso, llevando un registro de los acuerdos y desacuerdos, lo cual fue fundamental para desarrollar y enriquecer los contenidos de la guía de codificación. Este proceso se efectuó de manera paralela al proceso de recolección de información. Se utilizó un método inductivo, a partir de procedimientos metodológicos basados en la teoría fundamentada, lo cual implica el uso de análisis comparativo constante para modificar las categorías de análisis a fin de identificar conceptos teóricos emergentes (Straus y Corbin, 1990).

En total generamos 51 categorías, de las cuales 13 se relacionaron directamente con el estigma y la discriminación en relación con el aborto. La teoría fundamentada fue una aproximación analítica que permitió ampliar nuestro conocimiento para aclarar, verificar y analizar los contenidos de las categorías generadas en el proceso de análisis. Para lograr una organización más adecuada de la información, empleamos un programa especializado (*Atlas-Ti, versión 7.0*). Para efectos de este trabajo únicamente analizamos las principales categorías con base en las experiencias de estigma y discriminación, así como de los recursos referidos por las mujeres para hacer frente a éste. Incorporamos algunos testimonios representativos de cada categoría y empleamos pseudónimos para garantizar la confidencialidad de la información.

Resultados. El estigma hacia las mujeres que se realizan una ILE

Mitos y estereotipos atribuidos a las mujeres atendidas en servicios de ILE

El estigma social es parte del imaginario que todos compartimos como sociedad, se genera a partir de una serie de mitos, valores,

ideas, creencias que aprendimos en algún momento de nuestra vida, en la mayoría de los casos sin ningún fundamento. Este conocimiento se compone de creencias, valores y estereotipos. Específicamente en el caso del aborto, algunos de los mitos que se atribuyen a las mujeres tienen que ver con el hecho de que quienes abortan se quedan estériles, se desangran o se mueren, que son malas mujeres o malas madres, que desechan a sus hijos, son promiscuas e irresponsables; que el aborto es un acto pecaminoso y que las mujeres pagarán las consecuencias de sus actos al no poder tener hijos.

Al ser la maternidad una norma altamente valorada en nuestro contexto sociocultural, da lugar a que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no deseado sean consideradas como transgresoras, son objeto de rechazo social, blanco de críticas, prejuicios y estereotipos negativos. Se asignan atributos relacionados con la promiscuidad, la irresponsabilidad y el descuido.

[...] es que yo creo que en México está muy sobrevalorada la maternidad [...] ser madre, es algo como sagrado y al interrumpir esa vida es como si fueras la mala. O sea, cortas eso que es sagrado y ya eres como una prostituta o algo así... bueno yo no lo creo así, pero sí creo que las demás personas lo creen así. ("Martha", 26 años, atendida en ILE privado)

Se les asocia además con cierto pronóstico fatalista, bajo la idea de que algo muy malo les ocurrirá como una especie de castigo como consecuencia de su decisión de abortar.

Te dicen [...] eres una mala hija, vas a sufrir consecuencias muy fuertes por ejemplo, que se te perfora la matriz, que no puedas tener hijos, ¿qué no te bastó?, ¿qué no sufres por tener uno o dos abortos?, además te dicen que puedes tener problemas mentales, depresión y problemas en tu organismo [...]. ("Luisa", 22 años, atendida en ILE privado)

Experiencias de discriminación antes de llegar a los servicios de ILE

De las 50 mujeres entrevistadas, 20 que fueron atendidas en el servicio público de ILE reportaron experiencias de maltrato y rechazo para referirlas o darles información en los servicios previos a los servicios de ILE.

Sí, en internet vi lugares, pero cobraban un poco caro y hablé a otras instituciones públicas, pero en el Estado de México y me atendieron súper mal, no me quisieron decir, me dijeron — pues si quieres ven a las 6 de la mañana y aquí te damos informes — pero no me quisieron decir nada por teléfono. También me pasaron un link de internet y fui al lugar, se supone que te ayudaban pero trataron de convencerme de que lo tuviera y que lo diera en adopción y me dieron folletos de que me podía dar cáncer por interrumpir, o sea mil cosas, como que me quisieron espantar y pues me hicieron ir a perder el tiempo nada más, espantarme y a decirme que ellos no me iban a ayudar, que la opción era tenerlo, que ellos me ayudaban si quería tenerlo pero si no, no... entonces ya que me dijeron todo eso pues sí me estresé, me angustié más porque me metieron todo eso en la cabeza [...]. (“Ángeles”, 30 años, atendida en ILE público)

Este testimonio es representativo del camino que tuvieron que recorrer las mujeres que habían decidido interrumpir su embarazo, observándose las distintas barreras que enfrentaron, desde la búsqueda de información por internet, la falta de información en los servicios de salud y la presencia de organizaciones de corte religioso, las cuales operan de manera encubierta, presentándose como organizaciones de “ayuda” para las mujeres, sin embargo, su intención es persuadirlas, mediante el engaño, con la exposición de videos dramáticos de aborto, ofreciendo promesas de empleo y despensas para que ellas abandonen su decisión de interrumpir su embarazo, sin tomar en cuenta las circunstancias

por las que están pasando. En este estudio las principales fuentes de discriminación experimentadas por las mujeres provienen de dichos grupos.

[...] una vez fui a uno de esos lugares, antes de ir hablé y me dijeron – ¿Ya lo pensaste? ¿Lo quieres tener? – y yo respondí – sí ya lo pensé y no quiero –, me dijo – Bueno, ven y acá te ayudamos, platicamos – pero cuando llegué más bien fue como el gancho para que – Ven y aquí te convezco para que sí lo tengas – cuando yo desde un inicio le dije que no. (“Alma”, 30 años, atendida en ILE público)

Experiencias de las mujeres con los servicios de ILE

En términos generales las usuarias evaluaron de manera muy favorable la calidad de la atención recibida en los servicios de ILE públicos y privados donde fueron entrevistadas y quedaron satisfechas con el servicio y el trato del personal de salud. Las mujeres expresaron sentirse gratamente sorprendidas, pues de alguna forma venían predispuestas a recibir maltrato o desatención. De hecho, la legalización del aborto en la Ciudad de México da lugar a que las mujeres se sientan más seguras con la decisión que tomaron y busquen concretar su decisión de manera asertiva y con mayor convicción como se observa en el siguiente testimonio.

Yo de repente sí dije – Ayyy que tal si así son en todos lados ¿no?, tenía ese miedo también, pero pues ya así llegué, y la verdad yo sí pensé: “si yo veo que me empiezan a regañar o algo así, inmediatamente me salgo y tomo mi otra opción”. (“Patricia”, 27 años, ILE público)

El autoestigma se manifiesta cuando las mujeres se anticipan al rechazo social por haber interrumpido su embarazo

asumiendo los estereotipos sociales y los aplican a sí mismas. Es parte del estigma internalizado el temor inicial que expresaron algunas entrevistadas al acudir al servicio de ILE, predisponiéndose a recibir malos tratos o a recibir una atención deficiente por tratarse de una interrupción del embarazo; 43 entrevistadas experimentaron sentimientos de miedo y vergüenza al acudir a estos servicios.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de relatos en donde el servicio otorgado, el buen trato y la limpieza de los lugares de atención ayudaron a las mujeres a atenuar estos sentimientos negativos con los que llegaban:

[...] pero la verdad es que no lo esperaba, o sea bien las instalaciones, que la gente te tratara como te trata, ¿no? de pronto esperas que a lo mejor te vean feo por lo que estás haciendo, ¿no? que te juzguen y no la verdad no, la verdad es que fue todo lo contrario. (“Eugenia”, 31 años, atendida en ILE público)

Desde que llegué estaba un poco nerviosa por esta experiencia [...] entré a la estancia, vi que era una clínica diferente a otras, muy limpia, dije, —no pues aquí me quedo porque me dan el apoyo que necesito—, no me esperaba el trato de la doctora, muy buena atención, me sentí en confianza, tranquila. (“Malena”, 19 años, atendida en ILE privado)

Estos testimonios muestran que las mujeres entrevistadas acuden a los servicios habiendo incorporado los estereotipos y castigos sociales hacia las mujeres que abortan, lo cual constituye una barrera importante, previa a la atención. Sin embargo, las experiencias positivas en los servicios de ILE son vitales para que las mujeres modifiquen sus representaciones acerca de los servicios de ILE, para que a futuro puedan llegar con mayor confianza a ejercer su derecho a recibir un servicio y atención de calidad a la cual tienen derecho.

*Las otras mujeres que han tenido abortos:
"Nosotras y Ellas"*

Se observó cierta tendencia en las mujeres entrevistadas a estigmatizar a otras mujeres que habían abortado. Pareciera ser que hubo una distinción entre sus motivos para abortar y los de otras mujeres, siendo en sus casos razones justificadas para abortar, mientras que en el caso de las otras mujeres no lo eran. Esto se evidenció de manera más contundente cuando expresaron desacuerdo con aquellas mujeres que habían tenido más de un aborto al describirlas como "irresponsables y promiscuas" pues consideran que el aborto se vuelve un hábito para ellas. Por otra parte, las mujeres juzgaron a otras mujeres que abortan aduciendo que "las otras" no saben cuidarse y actúan de manera irresponsable, otras razones que las mujeres hallaron injustificadas fue cuando las mujeres abortaban aun cuando tenían el apoyo de sus familias y de sus parejas, en este sentido consideran que se diferencian de otras mujeres a las que la sociedad sí debe estigmatizar. A continuación, se muestran algunos ejemplos:

Hay muchas mujeres que sólo quieren tirar a sus bebés, van de aquí para allá haciendo eso y luego los tiran. Eso no está bien, pero ése no es mi caso. ("Lourdes", 26 años, atendida en ILE privado).

Si no se cuida [...] ya de plano es una tarada y le gusta estar arriesgando su vida por dos, tres, cuatro, cinco, diez minutos de placer... También debería estar regulado, de que vinieras una vez, dos veces y ya, ya no tantas. ("Lucía", 26 años, atendida en ILE privado).

Recursos de las mujeres frente al estigma

En general, como se observa en los ejemplos anteriores, la mayoría de las participantes que se enfrentaron a alguna expe-

riencia de discriminación o rechazo por su decisión de abortar, reaccionaron defendiendo su postura y exigiendo su derecho a decidir libremente cuándo y cuántos hijos quieren tener, sin embargo, otras usuarias preferían no compartir su decisión o seleccionar a aquellas personas con quienes la compartían justo para evitar las críticas y el regaño, como se observa a continuación:

[...] conozco a unos familiares que son así, hasta te dejan de hablar, entonces preferí no contarles nada y dije bueno finalmente son problemas míos, es mi cuerpo y yo soy la que tomo las decisiones [...]. (“Nora”, 25 años, atendida en ILE público)

Entonces dije —no, no quiero que sepan todos— sólo le dije a las que les tengo más confianza [...] no le dije a mi mamá y a mi papá porque yo sé que ellos sí me juzgarían todavía más, así como que —¡qué irresponsable!— [...]. (“Valentina”, 28 años, atendida en ILE público)

Es interesante notar que una de las usuarias que no vivió experiencias de estigma, se lo atribuyó a que las personas no juzgan cuando se trata de mujeres que presentan una serie de condiciones de vulnerabilidad, como la pobreza, el embarazo adolescente o la falta de apoyo, que las lleva a tomar la decisión de interrumpir; pareciera que éstas son razones socialmente legítimas para la interrupción, más que el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo:

Nadie me juzgó porque pues a lo mejor para nosotros los que no tenemos la posibilidad económica de tener hijos, no sé, no hay, no hay manera de juzgar ¿no? porque todos saben que no es lo indicado, traer tantos hijos al mundo ¿no? y menos yo tan joven. (“Miriam”, 20 años, atendida en ILE público)

¿Qué opina el personal de salud sobre el estigma y la discriminación hacia las mujeres que abortan?

Desde la perspectiva de los proveedores, las ideas negativas hacia el aborto provienen de todos los grupos de la sociedad, sobre todo de grupos de derecha o religiosos y, en ocasiones, están muy arraigadas en las mismas usuarias y los profesionales de la salud que las atienden. Las diez personas proveedoras de salud entrevistadas en el servicio público hicieron alusión a la existencia del estigma social hacia las mujeres que abortan. Entre las razones atribuidas predominó la ignorancia y la falta de información:

E: ¿A qué cree que se deban esas creencias y esas reacciones de la gente ante la interrupción legal del embarazo?

P: Pues yo creo que es más que nada cuestión educación, cómo nos educaron ¿no? cómo fueron educados y como tiene muy poquito de que se legalizó, se empieza a abrir este tema, entonces yo creo que todo esto entra a raíz de las abuelitas, de las mamás, de que eso era un pecado, de que te ibas a ir al infierno y entonces yo me imagino que ha de ser esa cuestión más que nada, la cuestión de la religión [...]. (“Julieta”, 33 años, personal de salud en ILE público)

[...] Aquí en México una paciente que tuvo un aborto en su casa, los hermanos se la llevaron al Hospital de la Mujer con unos cólicos terribles y sangrado... y allá la enfermera, los médicos y la doctora se le echaron encima, le dijeron hasta de lo que se iba a morir, y le decían: ahora te aguantas... todavía hay esa resistencia de mucha gente... yo creo que por su ignorancia ¿no? [...]. (“Diego”, 40 años, personal de ILE público)

El estigma hacia el personal de salud que atiende en los servicios de ILE

El estigma entre colegas

El estigma no sólo se presenta hacia las mujeres sino también hacia el personal de salud que atiende en los servicios de ILE y se expresa a través de frases discriminatorias que culpabilizan e incluso llegan a ejercer contra éste acciones violentas por parte de colegas de trabajo, lo que repercute en la salud mental del personal sólo por el hecho de laborar en dicho espacio.

Pues me dicen que eso está en contra de la religión, en contra de Dios, en contra de la vida misma... las compañeras de enfermería de acá abajo, también me decían —no, ya no te subas quédate aquí con nosotras— [...]. Yo les digo bueno cada quien tiene su forma de pensar, cada quien es libre de hacer lo que quiera [...]. (“Karla”, 56 años, personal de ILE público)

[...] a algunas compañeras sí les he llegado a platicar a lo que me dedico y por diferencia de opiniones sí hay quien se levanta de la mesa y me dice —¡eso que estás haciendo está mal!— pero yo les contesto que yo no soy la que decide, aquí cada una de las chicas es libre y ellas son las que están decidiendo y yo nada más trabajo en un lugar en donde se apoya a las mujeres medicamente hablando y emocionalmente [...]. (“Josefina”, 52 años, personal de ILE público)

Tres participantes refirieron que el estigma y el rechazo alcanzan al personal proveedor de salud que se dedica a la atención de la ILE, por lo que hay cierta renuencia por parte de profesionales de la salud a involucrarse en el programa:

[...] este médico que me enseñó ginecología sí trata diferente a sus compañeros de trabajo quienes practican el aborto en el medio

privado, él nos contaba — ¡cómo pueden hacer eso! — y por eso ya no les hablaba o los evitaba [...]. (“Ignacio”, 48 años, personal de ILE público)

El estigma de amistades y familia

Para el personal de salud que trabaja en los servicios de ILE no es fácil lidiar con las actitudes de la población, con las amistades cercanas, con la familia, con los médicos. Cabe mencionar que ocho personas entrevistadas que laboraban en servicios privados reportaron haber sido objeto de estigma y discriminación, por parte de la familia, otros colegas, amigos, médicos de instituciones públicas y privadas.

Mi mamá sí llegó al grado de decirme — ¡ya no vayas a trabajar ahí!, vamos a poner un puesto de tamales, vendemos en la esquina tamales, cuidas a tu hijo, pero no quiero que vayas ahí. (“Lourdes”, 31 años, personal de ILE público)

Desde amigos, desde familiares me decían: — ¡¿Cómo te dedicas a eso?! — “Mataniñitos” y mil y un apodos. (“Diego”, 40 años, personal de ILE público)

Actitudes negativas hacia el aborto por parte de proveedores de ILE

En relación con las situaciones en las que una mujer debería o no someterse a una interrupción del embarazo, la mayoría de proveedores coincidieron en que es una decisión que corresponde a la mujer, aunque recomendarían detener el embarazo en casos de malformación del embrión o feto, o bien cuando corre algún riesgo la salud de las mujeres. Para algunas personas proveedoras de los servicios, cuando la mujer cuenta con los medios econó-

micos y todo está a su favor para continuar con su embarazo, no existe la necesidad de interrumpirlo.

Entrevistadora: ¿Considera usted que existan casos especiales en los que se deba realizar un aborto y en los que no?

Personal de salud: Es decisión de la paciente, aquí nosotros no podemos negar el servicio, no podemos decir — a ti no te los hacemos porque vienes por tal situación — si es su decisión ella lo tiene bien pensado, [...] pero en casos necesarios, por ejemplo, violaciones o productos con malformación, se supone entre comillas que son necesarias, como una recomendación de que es un producto que va a tener problemas de tal o cual magnitud y ya la paciente lo va a decidir, tampoco le podemos decir — ¡te vamos hacer esto porque viene mal tu bebé! — pues no nada que ver, es una decisión de la mujer. (“Pedro”, 62 años, personal de ILE público)

[...] cuando tiene recursos y nada más porque no quieren, pues no, es ahí donde no, que les falló el método y todo eso, pues ahí es donde no, pues ahora me aguanto, me aguanto y lo voy a tener porque tengo cómo atenderlo, tengo los medios, entonces ¿por qué no? [...]. (“Karla”, 56 años, personal de ILE público)

Sólo tres personas entrevistadas hicieron referencia a alguna actitud negativa hacia las mujeres que abortan, atribuyendo estas acciones a la irresponsabilidad, sobre todo en el caso de las mujeres que han acudido más de una vez al servicio de ILE, quienes debieran asumir las consecuencias de los actos; sin embargo, no hay mucha información que clarifique si esta actitud se evidenciaba en su interacción con las usuarias que atendían diariamente o si sólo era parte de su posicionamiento:

[...] siento que les echamos una mano, aunque te voy a decir una cosa no sé, tengo ciertas dudas porque hay ILEs de repetición entonces eso ya no me gusta como que lo están agarrando como método

anticonceptivo y esto no es un método anticonceptivo. (“Leslie”, 36 años, personal de ILE privado)

El estigma de tipo benevolente o condescendiente, que se expresa a través de actitudes paternalistas que infantilizan a las usuarias, sólo se presentó en una proveedora, sin embargo, esto parecía no afectar la relación con las jóvenes que atendía:

[...] yo les hablo a las chicas como si fueran mis hijas y ese sentimiento se transmite tan bien que al finalizar su procedimiento me siento muy satisfecha por el simple hecho de agarrar su mano. Todo el sentimiento lo trae uno a flor de piel, porque podríamos ser de palo. (“Leticia”, 52 años, servicio público)

Dilemas que enfrentan las personas proveedoras en su práctica laboral

Entre los principales dilemas que enfrentaron quienes proveen servicios con respecto a su actividad laboral en el área de ILE está el conflicto con sus valores personales, por lo que al inicio la mayoría tuvo un difícil proceso de adaptación al trabajo. Este conflicto fue más frecuente para el personal de salud de servicios públicos, ya que el proceso para llegar a trabajar en el servicio de ILE público no es algo que hubieran tenido posibilidad de elegir, al asignarles esa área una vez que se les acepta para trabajar en la Secretaría de Salud, mientras que el personal de servicios de ILE privados está laborando en esas clínicas porque lo solicitó específicamente.

[...] al principio pues sí decíamos, —es que cómo voy a manejar esto, es que esto me va afectar, es que esto no, esto no me gustaría, no quisiera—, pero te digo siempre y cuando tomes las cosas con filosofía y aceptes que es un proceso, ya es algo que tienes que vivir [...]. (“Luisa”, 41 años, personal de ILE público)

[...] sí fue difícil, yo tardé un poquito para pasar a los procedimientos, como trabajadora social a veces pasamos a lo que es el apoyo emocional en quirófano, es para distraer a la paciente, tratar de que el procedimiento sea lo más rápido posible para ellas y distraerlas de lo que está pasando, lo que están viviendo, sin embargo, yo sí tardé unos meses en pasar a esa labor... sí me causaba un poquito de impacto ¿no? (“Liliana”, 33 años, personal de ILE público)

[...] me sentí muy rara, muy al principio [...]. Como que sentía algo diferente; al principio como que las historias de las pacientes sí me afectaban, pero ya después con la ayuda que nos dieron y eso, las pláticas que nos dieron, fui abriéndome un poquito más a esto, ya fue como pude aceptar y verlo un poquito del modo de las pacientes [...]. (“Leticia”, 52 años, personal de ILE público)

Otro dilema frecuente que presentan es el embarazo adolescente, sobre todo cuando hay un conflicto entre los padres o tutores y las chicas respecto a continuar o no con el embarazo, o bien cuando los padres llegan a la clínica con escepticismo respecto al servicio que se ofrece, como se ilustra a continuación:

Hemos tenido varias chicas de trece años y lo que sucede es que como ya se les solicita que vengan siempre con mamá o papá según el entendido de una plática previa, pues a veces los papás sí vienen un poco alterados, pero pues ya después de ver el servicio y a los ocho días regresan más tranquilos ¿no? De ver que sí efectivamente que las cosas no son tan graves como a veces se llegan a pensar [...]. (“Luisa”, 41 años, personal de ILE público)

Cuando el embarazo es mayor a doce semanas, quienes proveen el servicio enfrentan el conflicto de que, aunque quieran ayudar a las jóvenes no lo pueden hacer por las implicaciones legales que esto conlleva:

[...] consejería pues es importante también para que les digan —tú no puedes, ya tienes tantos meses, te tienes que reconciliar con tu embarazo, ya tienes tantas semanas y pues ya no se pudo hacer nada— porque muchas se desesperan ¿no? y dicen —¡No pero no, es que no puedo, es que no quiero!— le digo pues ya no se puede hacer nada, finalmente pues ya no [...]. (“Karla”, 56 años, personal de ILE público)

Los casos de las usuarias que repiten un aborto, también causan un conflicto al personal de salud pues sienten que algo no está funcionando bien en el trabajo que ellos están realizando, como si se tratara de cualquier otro padecimiento médico que está provocando un dolor físico intenso y que la respuesta natural de las usuarias sería evitarlo. Sin embargo, la decisión de volver a interrumpir un embarazo va más allá de evitar el dolor físico, ya que intervienen circunstancias sociales, familiares e individuales que pueden llevar a que la mujer regrese al servicio.

[...] como que dices bueno —¿no sientes feo, no te dolió vivir ese proceso?— porque reitero o sea yo veo aquí la cara de dolor de las chicas que pasan por aspiración y yo les digo —¡Son sólo cinco minutos!— y cuando termina el procedimiento, me dicen — Son los cinco minutos más largos de mi vida—, entonces, yo me pregunto —¿qué realmente no les dolerá vivir ése, ese momento, esas contracciones, ese cólico intenso, el sangrado?— que reinciden y reinciden a la clínica. Yo se los he dicho, ustedes pueden venir las veces que quieran, nosotros las vamos a atender normal, igual, la cuestión es también su cuerpo ¿no? (“Liliana”, 33 años, personal de ILE público).

Ante la situación de la repetición del aborto, el personal de salud destaca la importancia de que las usuarias usen métodos anticonceptivos de larga duración si no desean volver a pasar por una situación como ésta, sin embargo, el uso del anticonceptivo

se vuelve más una obligación que un derecho de las mujeres a usarlos:

...al segundo o tercer ILE pues ya hacer obligatorio algún método de larga duración, porque a veces son las que se llevan nada más puras pastillas o se deciden llevar el puro condón y es por eso que a lo mejor vuelven a caer. (“Karla”, 56 años, personal de ILE público)

Recursos de los proveedores de ILE

El compromiso con la atención de las mujeres es uno de los principales recursos con los que cuentan quienes proveen de estos servicios. Conocer las historias de las mujeres les permite tomar mayor conciencia de las difíciles condiciones que atraviesan muchas de ellas como adolescentes, por ejemplo, cuando han sido objeto de violencia o al carecer de apoyo familiar, social, económico y comunitario. Cobrar conciencia de estos aspectos fortalece el posicionamiento de este personal frente al estigma de otros colegas respecto de su actividad profesional como se observa a continuación:

[...] fui con mi médico familiar a tramitar una incapacidad y me preguntó: —¿en qué trabajas?—, en un centro de ILE, le respondí, luego preguntó: —¿estás en gineco?— y le dije que sí y comenté: —acá los traes y allá los matas— y ya le respondí, le dije: —¡qué maleducado, qué atrevido!— me dio mucho coraje pero ya no le dije nada más porque no tiene sentido desgastarse con una persona que nunca entendería (“Josefina”, 53 años, personal de ILE público).

[...] es muy fácil juzgar cuando estás fuera, por eso la empatía es una cuestión muy importante porque es una situación muy difícil para las mujeres, llegan con el temor de que están haciendo algo muy malo. (“Luciana”, 44 años, personal de ILE privado).

*Inequidad y condiciones de vulnerabilidad
acumulada (intersección de estigmas)*

En algunos casos el aborto era una consecuencia del contexto de vulnerabilidad social que rodeaba a las usuarias, las cuales eran víctimas de violencia física y sexual por parte de sus parejas, vivían en condiciones de pobreza o carecían de una red de apoyo sólida; esta vulnerabilidad acumulada, la nombramos bajo la categoría “estigmas múltiples” o intersección de estigmas y la identificamos en los relatos de cuatro proveedores en su ejercicio profesional; el brindar atención a las mujeres que presentan más de una condición de vulnerabilidad acumulada representa un dilema para la atención generándoles sentimientos de impotencia y enojo, como se observa en los siguientes testimonios:

La mayoría son solteras, la mayoría son gente que no tiene quién les responda, ni la mamá ni el esposo, nadie, no tienen para comprar el medicamento, muchas veces no tienen ni para pagar el estudio de sangre, entonces esto es una maravilla [...] tú no vez lo que trae atrás la paciente, hemos visto gente de la calle —¿Dónde vive?— Pues debajo de un puente. (“Ignacio”, 48 años, personal de ILE público)

[...] una niña de 13 años que sus papás regalaron a la niña con su amigo, entonces, el señor que tenía a la niña, la trajo y dijo que era el papá de la niña y vino otra señora que decía que era su tía, pero no, la señora resultó ser una amiga del señor y el señor no era nada de la niña.

Entrevistadora: ¿Y por qué la habían regalado?

Personal de salud: Pues no sé, los papás se fueron y la dejaron ahí con el amigo, y el amigo es el que había embarazado a la niña. (“Sandra”, 23 años, personal de ILE público)

Recursos de proveedores de la ILE para manejar su propio estigma

De los diecisiete informantes, sólo tres interiorizaron los prejuicios y estereotipos por laborar en los servicios de ILE, manejando con secrecía la información respecto de su actividad laboral en su entorno familiar y con los amigos. No obstante, como se observa en el tercer testimonio, es parte de un proceso y este tipo de experiencias suelen ser descritas por quienes proveen el servicio al momento de comenzar a laborar en este campo, sin embargo, a medida que se van dando cuenta de la importancia de su trabajo en la atención de las mujeres, esto les va fortaleciendo, mostrando mayor compromiso social con los derechos de las mujeres.

Ya aprendí a no hablar del tema, con mis hermanas sí... mi hermano lo toma desde otro punto, pero con mi mamá no porque yo veo como que le afecta muchísimo. (“Luciana” 43 años, personal de ILE privado)

[...] en casa, procuro no tocar el tema y tampoco con otras personas que no saben que estoy aquí, pero cuando las conozco cómo van a reaccionar entonces prefiero no tocar el tema, simplemente trabajo en el centro de salud público y ya. (“Karla”, 56 años, personal de ILE público)

Con el tiempo vas aprendiendo a estar orgulloso de lo que estás haciendo, porque al principio piensas “qué van a pensar de mí, me van a juzgar, ¿qué van a decir de mí?”, pero con el tiempo vas teniendo este entusiasmo, después te vas apasionando y te vas comprometiendo, si hago abortos, estoy ayudando a las mujeres, pero creo que es una transición, con el tiempo ya estás más convencido de la importancia de tu trabajo. (“Lilia”, 47 años, personal de ILE privado)

Al identificar los recursos en los proveedores entrevistados, se observó que el trabajo colaborativo con el equipo de salud es un aspecto que los fortalece, en este caso, compartir el objetivo común de lograr la salud de las mujeres. Otro de los alcances que tiene el apoyo del equipo de salud es cuando ocurren situaciones en relación con las mujeres que les llegan a afectar, los miembros del equipo son una fuente de ayuda para contener esas emociones y para sentirse escuchados. Así mismo consideran que es muy valioso el reconocimiento que reciben de las propias mujeres, como señaló una de las proveedoras entrevistadas, cuando le agradecen su apoyo y ver a las mujeres aliviadas, más tranquilas y le dicen: “Gracias Doctora. Eso es satisfactorio, ver que estás haciendo bien tu trabajo y que las estás ayudando a sentirse bien” (“Leticia”, 52 años, personal de ILE público).

Conclusiones

Una de las principales contribuciones de este trabajo fue considerar la perspectiva tanto de las mujeres que acuden a los servicios de ILE, como de quienes los proveen en estos centros de atención, en relación con sus experiencias en torno al estigma y la discriminación hacia las mujeres que interrumpen un embarazo no deseado, lo cual brinda un conocimiento integral de estos temas desde la visión de los principales actores sociales que intervienen en la problemática y es vital para el desarrollo de intervenciones para reducir el estigma.

Quienes participaron en el estudio, usuarias y personal de salud de servicios de ILE, coincidieron en identificar el estigma y la discriminación como una de las principales barreras en la atención. El aborto sigue siendo un tema controversial, ya que aún persisten mitos y estereotipos negativos hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no deseado, los cuales se expresan en prácticas discriminatorias en distintos sectores de

la población y obstaculizan el acceso oportuno a los servicios de ILE en la Ciudad de México. Estos hallazgos no difieren en gran medida de lo encontrado en estudios previos a nivel nacional e internacional (Culwell, Hurwitz, 2013; Harris *et al.*, 2011, 2013; Sorhaindo, 2014).

Otra similitud identificada entre las mujeres y el personal de salud es que persiste la idea de que las mujeres que repiten un aborto son irresponsables, además de que se les atribuye cierto pronóstico fatalista, ya que en su opinión su decisión de abortar debiera ser regulada, para que no utilicen el aborto como “método anticonceptivo”. Para ambos, personal de salud y mujeres usuarias, es inaceptable que las mujeres aborten cuando cuentan con el apoyo de su familia o de su pareja, sin reconocer su derecho a decidir sobre su propio cuerpo. De ahí que consideren que sus acciones futuras deben ser reguladas a través de “castigos” como no dejarlas elegir el método anticonceptivo que utilizarán después del aborto y ser señaladas y estigmatizadas por el personal de salud que las atiende e incluso por las mismas mujeres que han abortado.

Aun cuando la atención en los servicios de ILE es un derecho para las mujeres, el cual fue reconocido desde el 2007 cuando se despenalizó el aborto en la Ciudad de México, en la práctica cotidiana las mujeres que buscan estos servicios siguen siendo objeto de estigma y discriminación por parte de la sociedad en su conjunto, pero principalmente de los grupos religiosos que se hacen pasar por servicios de “ayuda para las mujeres” ubicándose muy cerca de los servicios públicos de ILE. Entre las prácticas más comunes identificadas en los relatos de las entrevistadas destacó la manipulación, la exposición a videos, los engaños, las críticas y el tratar de persuadirlas de su decisión de abortar.

Se encuentra evidencia del estigma y la discriminación estructural hacia las mujeres que interrumpen un embarazo no deseado. Aun cuando existe un soporte legal para interrumpir un embarazo de manera voluntaria antes de las 12 semanas de gestación en

la Ciudad de México, la mayoría de las entrevistadas refirieron desconocer sus derechos reproductivos, incluso en aquellas que reportaron contar con información.

El estigma social, que opera en el imaginario social a través de mitos y creencias erróneas acerca del aborto, permea en distintos sectores de la población y contribuye en gran medida a que se ejerzan prácticas discriminatorias no sólo hacia las mujeres que abortan, sino también hacia quienes laboran en los servicios de ILE, tal y como se ha documentado previamente en otros estudios (Sjöström *et al.*, 2016). Entre las prácticas de discriminación más frecuentemente reportadas hacia el personal que provee estos servicios, destacan las críticas y descalificaciones por su actividad laboral relacionada con la ILE, el que les asignen apodos, ser objeto de agresiones y responsabilizarles de promover prácticas médicas inadecuadas.

No obstante, se identificaron recursos de resistencia al estigma tanto en las mujeres usuarias como en las personas que laboran en este ámbito. En el caso de las mujeres esto se aprecia al analizar sus trayectorias de atención, se observa de qué manera logran hacer frente a estas barreras, lo que habla de los recursos y fortalezas que tienen para resistir el estigma y hacer valer sus derechos (O'Donnell, Weitz, Freedman, 2011). El hecho de que el aborto no esté penalizado y que las mujeres perciban una buena calidad en la atención, así como contar con redes de apoyo significativas, fortalece a las mujeres durante el proceso de la ILE contribuye a la despenalización social del aborto en la medida en que se va naturalizando el tema del aborto en distintos contextos sociales.

Cuando se trabaja el tema de estigma en torno al aborto es importante considerar que se involucran reacciones emocionales desagradables y eso nos obliga a reflexionar acerca de las estrategias que se podrían implementar para la reducción del estigma. Si bien los esfuerzos para erradicar estas prácticas se han orientado en hacer visible la información científica para su desarrollo

e implementación, es importante atender los aspectos afectivos en torno al aborto, deconstruir las emociones alrededor de este evento para otorgar un sentido distinto a esta experiencia y no solamente evadir el tema de las emociones que frecuentemente son utilizadas por los grupos religiosos enfatizando su aspecto más negativo para manipular a las mujeres y hacerlas cambiar de opinión y desistir de la interrupción de un embarazo.

Implicaciones de la investigación para reducir el estigma frente al aborto

Los resultados obtenidos en esta investigación se han concretado en implementar estrategias para reducir el estigma en contextos sociales específicos como el ámbito escolar y los servicios de atención primaria a la salud, tomando en cuenta que fue en el camino a los servicios de ILE cuando las mujeres identificaron mayores barreras. En este sentido, realizamos actividades de sensibilización en escuelas de nivel medio superior de la Ciudad de México con estudiantes, docentes y padres/madres de familia, considerando que la escuela es el espacio estratégico en el cual se pasa un tiempo considerable de convivencia y en el cual se pueden ir resignificando normas y valores culturales que contribuyan a reducir el estigma y discriminación hacia las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

En el contexto de los servicios de salud, se construyó la estrategia a partir de identificar que a las mujeres que acudían a pedir información sobre servicios de ILE en los servicios de atención primaria muchas veces se les negaba la información o se les refería a otros lugares distintos a los servicios de ILE en un intento por desmotivarlas para interrumpir su embarazo. Por ello, la estrategia se centró en reducir el estigma de los equipos de salud hacia las mujeres que abortan para facilitar la referencia adecuada a los servicios de ILE en la Ciudad de México. La

estrategia se centró en analizar y reflexionar con los equipos de salud acerca del posible impacto que podría tener el desviar a las mujeres a otros lugares, lo cual representa un retraso en la atención poniendo en mayor riesgo la salud de las mujeres por derivarlas a lugares insalubres, inseguros y no regulados. Actualmente estamos evaluando este modelo de reducción de estigma y se espera difundir este recurso en 2019.

Avances y retos para combatir el estigma

El hecho de contar con una infraestructura adecuada en los servicios de ILE en la Ciudad de México es un factor clave para modificar las representaciones sociales que tiene la población en torno a estos lugares, como espacios “sucios e inseguros en los que se maltrata a las mujeres”, a centros donde se proveen servicios de interrupción legal del embarazo en los que se brinda atención de calidad.

Con base en esta experiencia de investigación, hoy en día contamos con la evidencia de las implicaciones que ha tenido legislar a favor del aborto al menos en la Ciudad de México lo que no sólo se refleja en la disminución de muertes por abortos inseguros en las mujeres, como se ha mostrado evidencia en estudios recientes (Ganatra, 2017), sino que también impacta en la des-estigmatización de estas prácticas, haciendo más conscientes a las mujeres acerca de sus derechos reproductivos lo que incide en un mayor bienestar para ellas. De ahí que un reto importante es que se amplíen estos beneficios para las mujeres de otros estados de la república.

Por último, es importante establecer alianzas con distintos sectores clave, en el nivel comunitario, continuar trabajando en contextos escolares y con las redes sociales que intervienen en dichos contextos, los organismos gubernamentales y no gu-

bernamentales y los medios de comunicación entre otros, con el propósito de resignificar la norma social existente sobre el aborto. Esto permitirá visibilizar el aborto para poder hablarlo y posicionarlo dentro de las opciones que las mujeres puedan elegir en situaciones de embarazos no planeados y desnaturalizar la maternidad para que deje de ser el punto de llegada inevitable para todas las mujeres.

Referencias

- Adesse, L. *et al.* (2016). "Abortion and stigma: an analysis of the scientific literature on the theme". *Ciencia & Saúde Coletiva*, 21(12), 3819-3832. DOI: 10.1590/1413-812320152112.07282015.
- Atlas-ti 7.0. for Windows [computer software]. (2011). Berlin: Cincom Systems, Inc.
- Cockrill *et al.* (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: 79-88.
- Cook, R. & Dickens, B. (2014). "Reducing stigma in reproductive health". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125, pp. 89-92.
- Culwell, K., Hurwitz, M. (2013). "Addressing barriers to safe abortion". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 121, pp. 516-519.
- Ganatra, B. *et al.* (2017). *Global, regional and subregional classification of abortion by safety, 2010-14*, 27: 1-10
- Glaser, B.C. & Strauss, A. (2006). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research (Reimpr)*. New Brunswick, EUA.: Aldine.
- Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Harris, L. *et al.* (2011). "Dynamics of stigma in abortion work. Findings from pilot study of the providers share workshop", *Social Science & Medicine* 73, pp. 1062-1070.

- Harris, L. *et al.* (2013). "Physician, provision abortion and the legitimacy paradox". *Contraception*, 87: 11-16.
- Hessini, L. (2014). "A Learning Agenda for Abortion Stigma: Recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting", *Women & Health*, 54, pp. 617-621.
- Kumar, A. (2013). "Everything is not abortion stigma". *Women's Health Issues*, 23,6, pp. 329-331.
- Kumar, A., Hessini, L., Mitchell, E. (2009). "Conceptualizing, abortion stigma". *Culture, Health & Sexuality*, 11, pp. 625-639.
- Lamas, M. (2014). "Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF". *Salud Pública de México*, 56,1, pp. 56-62.
- Lipp, A. (2011). "Stigma in abortion care: Application to a grounded theory study". *Contemporary Nurse*, 37,2, pp. 115-123.
- Martin, L. *et al.* (2012). "Measurement of stigma in abortion provider stigma scale. abortion providers, stigma and professional quality of life". *Contraception*, 86, 3: 302-303.
- Norris, A. *et al.* (2011). "Abortion stigma: A reconceptualization of constituents, causes and consequences". *Women's Health Issues*, 21, pp. 49-54.
- O'Donnell, L., Weitz, T. & Freedman, L. (2011). "Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work". *Social Science and Medicine*, 73, pp. 1357-1364.
- Ostrach, B., & Cheyney, M. (2014). "Navigating social and institutional obstacles: Low-income women seeking abortion". *Qualitative Health Research*, 24, pp. 1006-1017.
- Ostrach, B & Abi Samra, R. (2017). "Abortion complication syndemics: Structural stigma, pathologized pregnancies and health consequences of constrained care". *Stigma Syndemics*. Lexington Books.
- Shellenberg, K. M. *et al.* (2014). *Exploring abortion stigma at the structural, institutional and community level: A multi-country study*. Unpublished Manuscript. Ipas, North Carolina, USA.
- Sjöström, S. *et al.* (2016). "Medical students are afraid to include abortion in their future practices: in-depth interviews in Maharashtra, India". *BMC Medical Education*, 16(1), 8. DOI: 10.1186/s12909-016-0532-5.

Sorhaindo, A. (2014). "Qualitative evidence of stigma abortion from Mexico City and five states in Mexico". *Women and Health*, 54, pp. 622-640.

Strauss, A.L. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. London: SAGE.

Estigma y empoderamiento en los itinerarios abortivos de mujeres mexicanas

Lurel Cedeño Peña
Olivia Tena Guerrero

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

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

Investigar sobre el aborto requiere múltiples abordajes teóricos; uno de éstos, del cual partió la presente investigación, es la epistemología feminista que implica una manera particular de conocer y producir conocimientos para erradicar la desigualdad de género (Castañeda, 2008), además de concebir al conocimiento

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

Los abordajes narrativos, como una forma de entender y organizar el mundo, complementan los pilares teóricos de esta investigación, articulando “la dimensión biográfica, histórica y social” (Martínez y Montenegro, 2014: 114), para la comprensión y construcción de significados en búsqueda de transformaciones sociales (Gandarias, 2014). Además, retoma los aportes de la psicología crítica que rechaza el discurso que patologiza la experiencia del aborto y vincula este evento *per se* con duelo, arrepentimiento y culpa, lo cual no está basado en evidencia sino en las creencias y sesgos de las/los investigadores, convirtiéndose en una forma de regulación social (Boyle, 1997; Leask, 2014).

Partir de un enfoque crítico también implica analizar los términos que utilizamos. Si bien la evidencia es contundente sobre la asociación entre legalidad y seguridad del aborto,¹ no podemos asegurar que todos los abortos ilegales son inseguros² y, viceversa, no todos los abortos realizados en un contexto legal son seguros, en especial, si partimos de dos premisas: 1) Un concepto integral de seguridad debe estar vinculado con el ejercicio de derechos y el bienestar psicológico de las mujeres y elementos como la gratuidad, accesibilidad de insumos y servicios, capacitación y sensibilización al personal de salud son fundamentales, y 2) Como definieran Matamala y Maynou (1996: 86), una buena atención en salud es “aquella que provee el máximo bienestar a la perso-

¹ Nuestra región (América Latina y el Caribe) es una de las que cuenta con las leyes más restrictivas sobre aborto a nivel mundial, y de acuerdo con las estimaciones del último reporte del Instituto Guttmacher (2018), el 32% de los embarazos terminaron en aborto, pero sólo uno de cada cuatro abortos fue seguro.

² El aborto con medicamentos en el primer trimestre del embarazo, —el cual puede ser utilizado indistintamente de las condiciones de legalidad—, bajo determinadas condiciones en su administración, incrementa la seguridad del aborto autoinducido y reduce las complicaciones asociadas al aborto inseguro (Claclai-lpas, 2011; OMS, 2012).

na usuaria, desde el punto de vista de sus necesidades, de sus derechos humanos, sus expectativas y de su empoderamiento”.

En este sentido, consideramos que la interrupción del embarazo forma parte de los derechos reproductivos de las mujeres, pero también del derecho a la salud y a la seguridad en el sentido expuesto. Por tanto, es imprescindible la identificación de obstáculos para su ejercicio pleno en escenarios como el mexicano, donde prevalece una tensión entre el estigma social que sigue rodeando al aborto y el discurso de derechos que, bajo ciertas condiciones de accesibilidad³ y calidad de los servicios, llega a ser el pivote de una experiencia abortiva empoderante.

Con base en lo anterior, en este texto ofrecemos una mirada sobre la experiencia del aborto desde dos ópticas: tomamos el estigma como primer eje de análisis, como herramienta patriarcal obstaculizadora en la trayectoria abortiva y el proceso decisorio, que contribuye de manera significativa al malestar de las mujeres, al constituir el origen del silenciamiento y el miedo sobre la experiencia. Para despatologizar el aborto se requiere mirar el contexto, en este caso, de exaltación de la maternidad, además de una fuerte estigmatización y penalización social sobre el aborto y el ejercicio de la sexualidad femenina, en el que, además, coexiste la restricción y la penalización legal. Mirar el estigma permite generar alternativas para reducirlo y enfrentarlo, para abrir y mantener un debate ético necesario sobre las realidades de la maternidad y las implicaciones del cuidado.

Como segundo eje tomamos el empoderamiento de las mujeres, tanto individual como colectivo, sustentado a partir

³Tradicionalmente la accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Ya que entendido de esta manera se limitaría a un problema de oferta, en este estudio retomamos los trabajos de Landini, González y D`Amore (2014) y Comes *et al.* (2007), que lo señalan como un concepto relacional centrado en la articulación entre la oferta de servicios y las características de la demanda.

de múltiples investigaciones sobre experiencias de interrupción en distintos contextos a nivel nacional, latinoamericano e internacional, que señalan que el proceso del aborto/interrupción del embarazo puede cruzarse o detonar, bajo ciertas condiciones, un proceso de mayor control de las mujeres sobre sus cuerpos y sus vidas, ya sea por ser ésta la primera decisión trascendental, por tomar conciencia del mandato de la maternidad y lo que ello implicaría en sus vidas o por constituir esta experiencia un hito vital que las hace mirarse a ellas mismas (Ortíz y Troncoso, 2012; Rivas y Amuchástegui, 1996; Petracci *et al.*, 2012; Oduro y Otsin, 2014; Kero, Högberg, Lalos, 2014; Halldén, Christensson, Olsson, 2015).

A través de este capítulo, queremos visibilizar las diversas barreras que el estigma impone a las mujeres en su camino para interrumpir un embarazo, así como los elementos y actoras que facilitaron expresiones de resistencia y empoderamiento. Este estudio se enmarca en el contexto actual mexicano, a 12 años de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, pero también en los esfuerzos feministas por construir conocimiento que abone a la generación de propuestas para el ajuste de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de la calidad en los servicios de interrupción del embarazo y, por lo tanto, para un mayor bienestar de las mujeres que acceden a éstos.

Estrategia metodológica

Esta investigación narrativa feminista retoma el valor epistémico y agencia de las participantes, reconociendo la narrativa como herramienta de transformación; en este tenor se aplicaron, como técnicas de investigación: 1) la narración escrita sobre la experiencia de interrupción del embarazo, dando realce a la propia narrativa de las mujeres y a la forma en que ellas construyen su experiencia de forma individual al reflexionar en retrospectiva

(López, 2007), y 2) una entrevista semiestructurada, con la finalidad de obtener un relato de vida, es decir, “una enunciación por parte de las narradoras de una parte de su vida” (Cornejo, Mendoza, Rojas, Rodrigo, 2008: 30). Aplicar en este orden las técnicas de investigación permitió que las participantes hicieran un ejercicio de reflexión y recuento previo a la entrevista.

A partir de los relatos obtenidos, se llevó a cabo un análisis narrativo y de los itinerarios abortivos tomando como base las propuestas de Heather Fraser (2004), así como las de Débora Diniz y Marcelo Medeiros (2012). Estos últimos proponen el término “itinerario abortivo”, para analizar las trayectorias que recorren las mujeres hasta concretar un aborto, las cuales dividen en varias etapas, desde que las mujeres perciben el atraso menstrual o sospechan del embarazo, hasta el post-aborto. Para Mari Luz Esteban (2008: 144) la idea de itinerario es útil “para mostrar las vidas, los cuerpos, en movimiento, como procesos dinámicos, abiertos y en continua transformación, y por tanto, singulares, contradictorios e inacabados...”.

En este sentido, incorporar el concepto de itinerario como guía analítica de las narrativas está muy lejos de concebir los procesos abortivos en términos lineales o racionales; más bien, posibilita la recuperación de las tensiones y resistencias situadas en el espacio y en el tiempo, así como la reconducción agéntica de los itinerarios abortivos por parte de las propias mujeres.

En cuanto al análisis narrativo, se retomaron algunas ideas sugeridas por Fraser (2004) aplicadas al presente estudio: 1) Lectura y escucha de las narrativas, registrando expresiones de afecto y emociones; 2) Interpretación de textos y transcripciones individuales; 3) Análisis de los diferentes dominios de la experiencia (aspectos intrapersonales, interpersonales, culturales y estructurales); 4) Identificación de puntos en común y diferencias entre participantes, y 5) Relación de “lo personal con lo político”.

Participantes

Participaron 14 mujeres mexicanas elegidas con base en los siguientes criterios de inclusión: 1. Que interrumpieran uno o más embarazos antes de las 12 semanas de gestación después de 2007,⁴ 2. Que tanto al momento de la entrevista como al momento de la interrupción residieran en México, y 3. Que tuvieran la disposición de participar de manera voluntaria. Las entrevistas se llevaron a cabo entre septiembre de 2016 y febrero de 2017.

Para la selección de las participantes se utilizaron diferentes estrategias, como el contacto a través de informantes clave y bola de nieve, aunque también hubo quienes se acercaron de manera espontánea para formar parte de la investigación, cuando tuvieron conocimiento de ésta en foros y cursos. Todas las participantes fueron informadas sobre el objetivo de la investigación, se solicitó su consentimiento informado para participar voluntariamente y se protegió su identidad a través del uso de pseudónimos, a menos que ellas sugirieran lo contrario.

En la Tabla 1 se presentan algunas características sociodemográficas de las mujeres que participaron en la investigación al momento de la entrevista, mientras que la Tabla 2 muestra sus características sociodemográficas al momento de la interrupción, así como algunas particularidades del servicio o apoyo recibido en las trayectorias abortivas. Como se puede apreciar, la mayoría de las participantes, al momento de la entrevista residía en la Ciudad de México, tenía un nivel educativo alto, no tenía hijos y se identificaba ajena a una religión, aunque también hubo quienes no compartían dichas características.

⁴ A partir del 2007, el Código Penal de la Ciudad de México redefine el delito de aborto, considerándolo como tal a partir de la 13^a semana de gestación.

Tabla 1. Características de las participantes al momento de la entrevista.

	Edad	Residencia	Otros lugares de residencia	Escolaridad	Ocupación	Religión
Fabiola	29	Ciudad de México	Nayarit y Monterrey	Posgrado en curso	Estudiante de posgrado	Sin religión (familia católica)
María	30	Ciudad de México		Posgrado en curso	Estudiante de posgrado	Sin religión (familia católica)
Angie	27	Ciudad de México		Licenciatura	Servicio público	Sin religión (familia católica)
Andrea	32	Ciudad de México		Maestría	Colaboradora en ONG	Sin religión (familia católica)
Jimena	26	Ciudad de México		Licenciatura	Profesionista	Sin religión (familia católica)
Quetzalli	29	Estado de México		Licenciatura	Docente	Sin religión (familia católica)
Healy	33	Ciudad de México	Ecatepec, EDOMEX	Maestría	Docente	Sin religión (familia cristiana)
Gris	24	Querétaro	Municipio Guanajuato	Licenciatura en curso	Psicóloga y promotora	Sin religión (familia católica)
Rosa	34	Querétaro	Municipio Guanajuato	Licenciatura	Docente y promotora	Sin religión (familia católica)
Andy	26	Ciudad de México	Canadá	Licenciatura	Cargo directivo	Católica

Tabla 1. Características de las participantes al momento de la entrevista.

	Edad	Residencia	Otros lugares de residencia	Escolaridad	Ocupación	Religión
Lis	26	Ciudad de México		Preparatoria trunca	Empleada	Sin religión (familia católica)
Violeta	26	Guadalajara	Varios estados	Licenciatura en curso	Estudiante de licenciatura	Católica
Paulina	23	Chiapas	Oaxaca (rural)	Licenciatura en curso	Estudiante de licenciatura	Católica
Karla	34	Ciudad de México		Posgrado en curso	Estudiante de posgrado	Católica

Fuente: Cedeño, L. (En prensa). "La experiencia narrada del aborto en mujeres mexicanas: entre el estigma y el empoderamiento", Tesis doctoral en Psicología Social, UNAM.

Todas las participantes, al momento de la entrevista, se dedicaban al estudio o a una actividad remunerada, mientras que, en el momento de la interrupción, cuatro eran estudiantes de licenciatura, una más de bachillerato, dos se encontraban desempleadas y otras tres se dedicaban al trabajo doméstico no remunerado. En cuanto a la edad, se observa que la edad mínima de interrupción fue de 17 años en el caso de Lis y la máxima de 31, en el caso de Healy. El periodo máximo de tiempo que había pasado entre la interrupción y la entrevista fue de 9 años en el caso también de Lis, mientras que una de las participantes – Andy –, había interrumpido el mismo año en que la entrevista se llevó a cabo (véase Tabla 1 y Tabla 2).

En relación con sus trayectorias abortivas, las mujeres narraron experiencias en las que dan cuenta de las dificultades en los procesos decisorios, resultado de diferentes elementos, entre los que el estigma juega un papel fundamental y en los que aún perviven mandatos de género en torno a la sexualidad de las mujeres que obstaculizan incluso hablar de ciertos temas que se hacen ver como prohibidos, tanto en su decir como en su hacer. Estos relatos coexisten con aquellos que narran elementos que facilitan el paso por su trayectoria abortiva, con prácticas de resistencia en mayor o menor medida.

De acuerdo con lo narrado por las participantes de este estudio, la experiencia del estigma inició desde que ellas eran niñas y les hablaban o se guardaba silencio en torno a temáticas relacionadas con sexualidad o aborto, ya sea en sus casas o escuelas. Posteriormente y, en este contexto de secrecía o prohibición, inicia el proceso decisorio en torno al aborto, cuando ellas sospechan de su embarazo, el cual continúa hasta el momento en que concretan la interrupción, ya que el difícil acceso al aborto – en la mayoría de los casos –, hace su camino sinuoso y pone, en algunas ocasiones, en duda su decisión y, por tanto, el libre ejercicio de su derecho a decidir. Por ello, iniciaremos presentando las

Tabla 2. Características de las participantes y servicios al momento de la interrupción.

	Edad	Ocupación	Año	Procedimiento	Tipo de servicio*	Acompañamiento
Fabiola	28	Estudiante de posgrado	2014	Medicamentos	Privado	Amigas/os y compañero
María	29	Desempleada/ TDNR**	2015	Medicamentos	Clinica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA	Amigas y novio
Angie	24	Estudiante de licenciatura	2013	Medicamentos	Clinica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA	Amigas y novio
Andrea	28	Desempleada TDNR	2012	AMEU	Privado	Amiga (apoyo logístico)
Jimena	19 y 25	Estudiante de licenciatura	2009 y 2015	AMEU y medicamentos	Privado (1) y Clínica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA (2)	Papás/amiga (1er aborto) Novio (2° aborto)
Quetzalli	24	Estudiante de licenciatura	2011	Espontáneo	Privado	Amiga
Healy	31	Estudiante de posgrado y docente	2014	AMEU	Privado	Novio
Gris	20	Estudiante de licenciatura	2012	AMEU	Clinica de Salud Sexual Reproductiva SEDESA	Activista de ONGs
Rosa	29	Empleada	2011	AMEU	Privado	Activistas de ONGs
Andy	26	Cargo directivo en clínica privada	2017	Medicamentos	Privado	Amigas, médica y compañero

Tabla 2. Características de las participantes y servicios al momento de la interrupción.

	Edad	Ocupación	Año	Procedimiento	Tipo de servicio*	Acompañamiento
Lis	17	TDNR	2008	Medicamentos	Consultorios privados	Amiga
Violeta	23	TDNR	2014	AMEU	SEDESA	Fondo María
Paulina	19	Estudiante de bachillerato	2013	Medicamentos	Servicio privado en Chiapas	Amiga
Karla	27*	TDNR	2010	AMEU	Privado	Novio

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

** TDNR: Trabajo Doméstico No Remunerado.

Fuente: Cedeño, L. (En prensa). "La experiencia narrada del aborto en mujeres mexicanas: entre el estigma y el empoderamiento", Tesis doctoral en Psicología Social, UNAM.

múltiples barreras relacionadas con el estigma, tanto simbólicas⁵ como objetivas, que las participantes atravesaron en su camino para interrumpir un embarazo, así como su impacto emocional.

Las barreras simbólicas: el impacto del discurso patriarcal/religioso

De alguna manera, la experiencia del aborto inicia mucho antes del embarazo, ya que lo que las participantes habían escuchado durante su niñez, adolescencia o juventud sobre este tema influyó en su proceso decisorio y en las emociones que narran. Es decir, el estigma relacionado con el aborto tiene sus orígenes en un discurso patriarcal/religioso y opera a través del miedo.

Todas las participantes hicieron referencia en menor o mayor medida a un discurso conservador o religioso expresado prácticamente con las mismas palabras con las que éste difunde información errónea en diferentes ámbitos de socialización, entre éstos los medios de comunicación, internet, la iglesia, el espacio escolar y familiar. Estos discursos reproducen cuatro tipos de representaciones que también han sido documentadas en otras investigaciones (Norris *et al.*, 2011) a saber: 1) las imágenes fetales asociadas con el inicio de la vida; 2) el aborto inseguro que provoca la muerte, daños o esterilidad; 3) el aborto como un trauma psicológico, y 4) la mujer que aborta como pecadora y que merece un castigo.

Estas representaciones forman parte del discurso patriarcal y son poderosos recursos para generar culpas, miedos, dudas y malestar; de acuerdo con Comes *et al.* (2007) el imaginario social, los discursos y las representaciones pueden considerarse barreras simbólicas en la accesibilidad a la atención en los servi-

⁵ Comes *et al.* (2007) identifican las barreras simbólicas considerando que el imaginario social, los discursos y las representaciones también pueden considerarse barreras en la accesibilidad en la atención en los servicios de salud.

cios de salud, a lo cual añadimos las emociones⁶ generadas por éstos, como barreras subjetivas que se presentan a lo largo de la trayectoria abortiva de las mujeres que buscan interrumpir sus embarazos.

Rostagnol (2016) señala que “miedo” era la palabra más mencionada por sus entrevistadas. Los miedos que ella identificó en un contexto restrictivo son los mismos que se identificaron en esta investigación: miedo a no realizarse a tiempo el aborto, a lo desconocido, a sentir dolor, a lesiones o esterilidad asociadas a la idea de un procedimiento quirúrgico. De acuerdo con Rostagnol, el miedo acompaña todo el tiempo y a toda hora la trayectoria abortiva hasta que el proceso concluye, lo cual concuerda con lo narrado por algunas participantes de este estudio, como lo muestra Quetzalli, tanto en su entrevista como en su narrativa escrita:

[...] al final Silvia Pinal decía en sus reflexiones que el aborto era un delito, que todos tenían derecho a la vida y que hasta la mujer se podría morir. [...] Yo creo que también por eso, yo tenía miedo cuando pensé en abortar. Entonces cuando me tocó a mí vivir la experiencia, cuando me pensé a mí abortando, pues me dio miedo, no sé, no pensaba directo en Silvia Pinal y su caso, pero al final sí me daba miedo, sí decía “chin que tal si yo también me desangro, qué tal que me perforen” (Quetzalli, entrevista).

Sí me hacía conflicto, aunque sí me sentía decidida, pero iba implícito esta idea del miedo “¿qué me van a hacer, qué me van a dar, qué me van a meter?” (Quetzalli, narrativa escrita).

⁶ Entendemos las emociones desde la psicología social, como prácticas afectivas contextualmente situadas (Wetherell, 2012) que, de acuerdo con los aportes feministas, nos ayudan a mirar la forma como el dolor, el miedo, la vergüenza, la culpa y el silencio son anclajes emocionales al servicio de las normas de la sexualidad y de la maternidad obligatoria, es decir “las emociones pueden atarnos a las condiciones mismas de nuestra subordinación” (Ahmed, 2015: 37).

En los relatos de Quetzalli es claro el vínculo entre estas imágenes provistas por la televisión, con el miedo a morir o a desangrarse. Cuando ella se embarazó, residía en el Estado de México y estudiaba en la Ciudad de México y, aunque refiere haber escuchado sobre la despenalización al igual que la mayoría de las participantes, no tenía información sobre la existencia de procedimientos seguros para la interrupción del embarazo que contrarrestara esta narrativa hegemónica del aborto.

De igual manera, varias participantes dieron cuenta de las imágenes de procedimientos quirúrgicos agresivos y de discursos sobre el inicio de la vida que los grupos conservadores han difundido con la intención de controlar el cuerpo de las mujeres, con lo cual, de acuerdo con Lagarde (2003), se trata a fetos y embriones en una condición superior a la de la mujer, como una forma más de negar la propiedad y competencia de las mujeres sobre su propio cuerpo y vida.

Antes, yo creo que la idea era de que era un aparato, que destrozaban al bebé y todas esas ideas, que la mala información te llega, que realmente el aborto es eso, que quirúrgicamente tienen unas pinzas, destrozan al feto y lo sacan, cuando realmente es algo muy diferente. (Angie, entrevista).

El discurso sobre la vida fetal aparece también en la narrativa de algunas participantes durante el proceso decisorio, asociado con la angustia y miedos sobre el desarrollo fetal, provocado por el discurso neoconservador que manipula y tergiversa la información científica:

Yo procuraba no pensar, aunque era inevitable, era como pensar si por ejemplo el bebé ya me escuchaba o no, lo que estaba haciendo, procuraba no hacerlo... Entonces a mí me angustiaba, en la noche todo está más tranquilo, estás más consciente de tu cuerpo, entonces creo que me angustiaba poder sentir ese latidito que alguna vez

escuché que decían que se sentía; evitaba, me movía para allá, para acá. (Karla, narrativa escrita)

El peso del mandato de la maternidad y la presencia de mitos e imágenes de lesiones ligadas a la introducción de instrumental médico, además de la ausencia de información que contrarreste estos mitos, se expresa en el miedo de algunas participantes de quedar estériles, el cual, cabe señalar, en algunos casos se mantiene incluso en el periodo post-aborto.

Mi duda siempre fue, que si hacerme o tomar la decisión de abortar iba a complicar que en un futuro yo tuviera hijos, eso era lo que más me preocupaba y actualmente me preocupa, me dijeron que no, que no hay riesgo, que también eso hizo que yo tomara la decisión, porque quiero ser mamá; si me dijeran abortas y no puedes ser mamá nunca más en tu vida, por supuesto que lo hubiera tenido. (Andy, entrevista)

Esto también fue reportado en los hallazgos de Amuchástegui (2012), lo que tiene serias implicaciones en el ejercicio de derechos de las mujeres, ya que, por una información errónea al respecto, ellas, como Andy, pudieron dejar fuera de sus opciones una decisión que en ese momento era vital.

Sin embargo, estos discursos no tienen el mismo impacto en todas las mujeres que se encuentran en circunstancias similares, ya que otras situaciones particulares de vida también condicionan el peso del mandato de la maternidad frente a la opción de interrumpir un embarazo. Al ponderar la posibilidad de resultar estéril, Quetzalli quizás consideró en el presente su situación económica adversa; el embarazo como producto de una relación no deseada, además de la dificultad para lidiar con su familia de origen al respecto. Todo ello generó en ella una voluntad férrea para hacer valer su derecho a decidir: “Creo que lo que menos me daba miedo era quedarme estéril, pues hasta ahí decía ‘pues ya

ni modo, pues adopto', eso no me daba tanto miedo" (Quetzalli, entrevista).

Por otra parte, Angie da cuenta de los estereotipos y el estigma hacia las mujeres que interrumpen un embarazo, mismos que le fueron transmitidos desde una educación religiosa que no profesaba al momento de la entrevista y que mantienen el sinónimo mujer-madre, los cuales están relacionados con el miedo al castigo mencionado anteriormente por Violeta.

En contra, la cuestión religiosa, que [el aborto] es un pecado, que no es bueno, porque al final de cuentas Dios no te va a aceptar; igual esas cuestiones negativas de la sociedad que te juzgan, que te dicen, "pues si no quiso ser madre, no es una buena mujer, porque las mujeres están para tener hijos", ese tipo de comentarios. (Angie, entrevista)

Esta representación del discurso religioso impacta a modo de barrera simbólica en la subjetividad de las mujeres que se encuentran en el proceso decisorio y, frecuentemente, se expresa como miedo al castigo. Violeta, quien se autodefine como católica, narra lo siguiente:

Obviamente tenía en mi cabeza "Dios me va a castigar, no sé qué va a pasar en un futuro porque Dios me va a castigar en algún momento por estar haciendo eso". Yo le pedía a Dios que si me iba a castigar que me castigara a mí y que no me castigara con mis otros hijos, porque yo tenía ese miedo, no sé cómo ni por qué, de que si yo abortaba en algún momento me fuera a quitar a uno de mis hijos [...]. (Violeta, entrevista)

Las barreras simbólicas pueden llegar a ser tan potentes, que en algunos casos pudieran hacer desistir a algunas mujeres en el proceso. Sin embargo, en el caso de Violeta fue más fuerte su negativa a continuar con su embarazo. Esto conlleva en la

trayectoria abortiva de las mujeres una disputa de sentidos, es decir, el encuentro con otros discursos liberadores que favorecen la puesta en cuestión y, en algunos casos, la deconstrucción o derrumbe de tales barreras para, finalmente, optar por ejercer su derecho a decidir.

Derrumbando barreras simbólicas:
la despenalización del aborto en la Ciudad de México

A pesar de la información estigmatizante y culpabilizadora en relación con el aborto al que las participantes se vieron expuestas antes de vivir la experiencia, se observa que hay un punto de quiebre importante que varias de ellas relatan: el proceso de despenalización del aborto y la propia despenalización en el entonces Distrito Federal. Algunas recuerdan las discusiones previas o posteriores a su aprobación en los medios de comunicación, lo cual fue un momento clave en su experiencia porque tuvieron contacto con un saber que permitió que la opción de la interrupción fuera pensable para ellas. Estos debates influyeron de manera importante en la decisión de algunas participantes:

Que en esos años se haya dado esa discusión, que se hayan sobre todo hecho más públicas las otras perspectivas más allá de la religión y cómo toda esa justificación que muchas diputadas y académicas dieron, de que no estás atentando contra la vida, todo eso también influyó mucho en ese momento en que me enteré [que estaba embarazada] y dije —es que no puede ser ahorita—. (María, entrevista)

Para quienes vivían en la Ciudad de México al momento de considerar las alternativas ante su embarazo, saber o tener la noción de que la interrupción era legal o que podían acudir a una clínica de la Secretaría de Salud estatal, les dio seguridad y tran-

quilidad, en especial si contaban con el apoyo de redes sociales o si conocían a alguien que antes hubiera tenido esta experiencia.

Esta vez [en otras ocasiones ya había sospechado que estaba embarazada, pero eran falsas alarmas], fue como de “tengo que saber”; no fue una desesperación total de no saber qué hacer, una porque no estaba sola y dos porque ya tenía esta información, porque el contexto de la ciudad, de la política pública y todo había cambiado, o sea, sí influye mucho, para mí sí influye mucho eso. (María, entrevista)

Fabiola, quien había radicado en Nayarit durante su niñez y juventud, se sintió afortunada de vivir en una ciudad que posibilitaba ejercer sus derechos y, desde su experiencia, enlista algunos beneficios del contexto de legalidad, como la ratificación de la decisión y la disminución del estigma sobre la experiencia.

Inmediatamente llamé al ILETTEL y jamás me había sentido tan afortunada de vivir en esta ciudad como en ese momento. Vivo en un lugar donde tengo las herramientas y facilidades necesarias para ejercer mis derechos, para llevar a cabo mis decisiones de la forma más segura posible. (Fabiola, narrativa escrita)

Una vez más, la interrupción legal del embarazo salva vidas [...]. Nos permite calmar los miedos pues sabemos a quién recurrir en caso de emergencia, nos permite seguir con nuestras vidas, sin odiarnos ni castigarnos eternamente por nuestras decisiones y por último me ha permitido estar en paz por ser congruente conmigo misma. (Fabiola, narrativa escrita)

Frente al discurso conservador que crea miedo, tergiversa la información e intenta disuadir a las mujeres, negándoles la tutela sobre su propio cuerpo, un entorno facilitado por una política pública, la prestación de los servicios correspondiente y el apoyo de sus redes sociales, les permite “calmar los miedos” y comenzar

a disolver las barreras simbólicas y subjetivas que hemos señalado anteriormente, lo cual no es un tema menor.

Sin embargo, aun habiendo incorporado significados favorables para el ejercicio de sus derechos, se mantienen ciertas tensiones cuando las mujeres transitan en esta trayectoria abortiva. Lis se enteró de la despenalización siendo adolescente y desde ahí tuvo contacto con un discurso de derechos, sin embargo, el saber adquirido no borró del todo las imágenes que las organizaciones conservadoras habían difundido sobre el aborto inseguro y sobre el aborto como asesinato. Éste es un claro ejemplo de la disputa de sentidos en donde los conceptos de legalidad, seguridad, derechos de las mujeres y vida están en medio.

Recuerdo que decían que antes de los tres meses no era una vida, que todavía ni siquiera sentía y que no había ningún problema. Lo que sí escuchaba mucho fue que era un asesinato, que matabas a alguien, que era una vida, ese tema sí me mortificó mucho, yo decía “¿y si sí?”, ya después me causó cierto tema. Y bueno la cuestión de la religión que no lo veía bien. (Lis, entrevista)

A pesar de dichas disputas y tensiones, el contexto de legalidad marcaría una diferencia sustancial en la experiencia; los servicios de interrupción legal del embarazo dentro de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México aportan a la legitimidad de la decisión de las mujeres que interrumpen un embarazo y, a la vez, contribuyen a la reducción del estigma social, elementos relevantes en un entorno en el que siguen presentes y constantes los discursos oscurantistas que obstaculizan dichos procesos (Becker y Díaz, 2013; Amuchástegui, 2012). Al respecto, Amuchástegui señala que la presencia del Estado les daba confianza a sus entrevistadas en cuanto a la calidad del procedimiento, entendida como seguridad.

Otro aspecto relacionado con la legalidad y definitorio en la decisión y acceso a la interrupción, pero que no era conocido por

todas las participantes fue la gratuidad del servicio en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que hace a la interrupción algo viable para quienes no tienen recursos.

Yo creo que son muy importantes [los servicios gratuitos], porque si no sí pones en riesgo tu vida, enriqueces a los privados, yo creo eso es lo que más influyó. (María, entrevista)

Para Rosa y Gris, quienes vivían en Querétaro, hubo elementos que facilitaron su acceso a un aborto legal y seguro: sabían que en la Ciudad de México era legal, conocían organizaciones feministas que trabajan a favor del derecho a decidir y tuvieron un papel activo en la búsqueda de los servicios.

Ya había estado en contacto con la organización, no sabía mucho sobre los métodos para abortar, pero sabía que tenía esa posibilidad, siempre la tuve presente, sabía que en el DF si no se podía aquí, conocía a personas que sabían más sobre cómo hacerle, aun así, yo me puse a investigar en internet, me metí a un montón de páginas, estuve leyendo, tenía la duda de que si iba de otro estado me iban a cobrar [...]. (Rosa, entrevista).

El relato de Rosa alude a otro recurso importante que puede contribuir al acceso al aborto seguro o a dar mayor tranquilidad a las mujeres, como es el internet, a través del cual – encontrando las páginas adecuadas – ella identificó diferentes opciones de servicios médicos y de procedimientos, aun viviendo en otras entidades federativas; la línea ILETEL también fue utilizada para ubicar las clínicas que proporcionan el servicio y los requisitos que solicitan.

Me orientaron y atendieron tan bien [en ILETEL], tan amablemente, atentamente, resolvieron todas mis dudas y sobre todo, me hablaron en un tono tranquilizante y cuidadoso, haciéndome sentir segura y tranquila sobre mi decisión. (Fabiola, narrativa escrita)

Una carrera de obstáculos que el estigma impone

La “carrera de obstáculos”, que inicia con las barreras simbólicas, continúa en el proceso decisorio y en la búsqueda de servicios públicos y/o privados, con una diversificación de barreras que el discurso conservador impone. Y aunque todas las participantes atravesaron esta “carrera de obstáculos”, otros ejes de opresión como la edad o la clase social también se evidenciaron, haciendo la experiencia más difícil en cuanto a las condiciones de bienestar, seguridad y ejercicio de derechos a lo largo del itinerario abortivo. Estas barreras⁷ que no operan aisladas, las expusieron a realizarse un aborto inseguro o a continuar un embarazo que no deseaban.

Uno de los temores cuando no me atendían, es “no me lo voy a poder realizar”; otro temor es [...] verme a futuro y verme toda amargada, amargada, porque me había traicionado a mí misma, y precisamente cuando me estaba según resignando, crecieron todos esos temores. (Jimena, entrevista)

Además de las barreras que tienen una estrecha relación con el estigma, las mujeres se enfrentaron a otras barreras relevantes, económicas y administrativas, como el horario de las clínicas públicas, el número limitado de fichas, los viáticos y logística de quienes vienen de otros estados o la exigencia del permiso parental cuando son menores de edad.

Al respecto, Darney *et al.* (2016) (en Schiavon y Gonzalez de León, 2017) señalan que las mujeres más jóvenes, más pobres, con menores niveles educativos y que residen en otros estados, tienen un mayor riesgo de llegar tarde a los servicios o de no recibirlos,

⁷ Landini *et al.* (2014) define barreras de acceso como aquellos factores que se colocan entre los usuarios/as y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria. Y refieren cinco dimensiones de la accesibilidad: geográfica, financiera, administrativa, sociocultural y simbólica.

lo que las dejaría en mayor vulnerabilidad de realizarse un aborto inseguro y a las complicaciones derivadas de ello.

Las barreras para el acceso pueden ser consideradas como retos a tomar en cuenta para la implementación de una política pública dirigida a asegurar la interrupción segura del embarazo y, a modo de retroalimentación, para la mejora de los servicios en la Ciudad de México a partir de la experiencia de estas usuarias, sin por ello dejar de reconocer los innegables avances en materia normativa y de calidad. Dichas barreras no operan aisladas y se enumeran a continuación sin la intención de dar una jerarquía.

1) *Barreras en la información o difusión relativa al acceso y a los procedimientos seguros.* Estas barreras son identificadas por las mujeres desde que confirman su embarazo y comienzan la búsqueda de servicios.

Por mucha información que tenía, no sabía a dónde ni con quién acudir... ¿debía ir con mi ginecólogo?, ¿debía ir a algún hospital del gobierno de la ciudad?, ¿me iban a hacer un legrado? (Andrea, maestría, narración escrita)

El procedimiento yo no sabía cómo era, cuando llegué, no sabía que te daban pastillas, no tenía ni idea. Yo nada más sabía como estas imágenes de la iglesia... (María, entrevista).

La mayoría de las participantes sabían que el aborto era legal en la Ciudad de México, pero no tenían información sobre las unidades de salud de la Secretaría de Salud en donde se proporcionaba el servicio o sobre los procedimientos, enfatizado de manera casi uniforme en un “no tenía idea”; también fue frecuente que confundieran la aspiración manual endouterina con el legrado o que su primer referente fuera este procedimiento que ya es obsoleto y no se realiza en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Esta falta de información o difusión deriva en la visita de algunas participantes a varias unidades de la Secretaría de Salud

de la Ciudad de México, en donde la búsqueda de información y servicios se vuelve su prioridad y, en algunos casos, se convierte en un interés que continúa después de la interrupción. Swarc y Vásquez (2018: 94) señalan que “las mujeres que abortan no esperan pacientes, se convierten en agentes de sus experiencias: buscan información, construyen vínculos, tejen redes, etc.”. Las participantes que vivían en la Ciudad de México desconocían también la existencia de organizaciones que daban acompañamiento y, si acaso, tenían noción de que existía el aborto con medicamentos.

Yo no conocía nada, nada, nada, sabía que era legal aquí en México, sabía que era gratuito en las clínicas, que depende de tu situación económica. Pero de ahí en fuera, yo no sabía que había organizaciones, yo lo empecé a descubrir después, cuando mi necesidad de entender empezó a ser tan fuerte, de tener más información, de entender lo que está pasando. Ahora ya sé que existe Fondo María, o de la otra parte, de 40 días por la vida. Todo esto me empecé a enterar después. (Fabiola, entrevista)

Sí sabía que había una pastilla abortiva, pero no estaba bien informada de cuándo se podía hacer, si a las dos semanas, sí sabía que había una pastilla. (Andy, entrevista)

No debemos olvidar que esta falta de información también es una expresión del silencio sobre el tema y que se relaciona con sus miedos e incertidumbres. Swarc y Vásquez (2018) señalan que existe un contexto de “doble invisibilización”: ocultar la práctica y omitirla en el discurso. Pecheny (2005) señala que como no se puede legitimar el aborto, pero tampoco se puede eliminar, entonces “se evita” practicarlo, hacerlo público o pensarlo.

Las amigas, a partir de su experiencia o de información que poseen, brindan información valiosa sobre los procedimientos seguros, que contrarresta el discurso conservador que posiciona al legrado como única posibilidad.

No había escuchado nada, bueno salvo el típico legrado y los videos horribles de partes de bebés... Con esta amiga, cuando le comento que tengo sospechas de estar embarazada, ella es la que me dice “hay varios métodos” [...] Fue ella la que me dijo que el aborto no es sólo de una forma, que había varias formas, que ella había elegido un método y que era el que me recomendaba, que fue la aspiración. (Andrea, entrevista).

Estos hallazgos nos llevan a pensar el tema de la información médica sobre la interrupción del embarazo como parte de la ciudadanía sexual y a subrayar la importancia de desmedicalizar y reapropiar a las mujeres de su salud sexual y reproductiva, a través de un mayor conocimiento de distintos términos y procedimientos médicos, apostando a un cambio social desde abajo, en donde las mujeres que han interrumpido un embarazo tengan un rol principal: informarse más y replicar la información.

2) *La penalización del aborto en el resto del país.* Las mujeres que radican en otros estados de la república, en los que la ILE no sólo es inexistente, sino que incluso se han endurecido las leyes que criminalizan el aborto, suelen sintetizar en sus relatos todas las barreras para el acceso al aborto, más las que tienen que ver con sus traslados o temores frente a la ilegalidad; esto implicó para ellas la erogación de más recursos económicos y logísticos, como la búsqueda de refuerzos para el cuidado de sus hijos/as si los tienen, entre otras cosas. Tres de las cinco participantes que no vivían en la Ciudad de México viajaron entre 4 y 7 horas para llegar a las clínicas; parte o la totalidad del viaje y de los servicios fue pagado por organizaciones feministas de la sociedad civil, sin embargo, tardaron entre tres semanas o un mes en acceder al servicio desde que confirmaron el embarazo. Paulina, por su parte, interrumpe en Chiapas, en una clínica segura, pero en un contexto restrictivo, apoyada por una amiga activista.

Había pasado como una semana entre si sí o si no; en lo que contactamos a esta persona fue otra semana; luego que vi que no funcionaron pasó como otra semana; unos dos días después contacté a X (una organización en Querétaro), y ese mismo día o al día siguiente en la tarde me marcó para decirme el número, marqué el jueves en la mañana. (Yolanda, entrevista)

En un contexto restrictivo Maroto-Vargas (2011) identificó que las mujeres que no tenían contactos clave que les proporcionaran información para el acceso, tardaron entre una y ocho semanas en acceder a la interrupción. Este itinerario tan complicado, primero por la toma de decisión y luego por el uso fallido del aborto con medicamentos, hace que Rosa llegue a la Ciudad de México en el límite de tiempo para la interrupción legal, por lo que es rechazada en los servicios públicos de salud y es atendida en un servicio privado.

Fabiola, quien viajó a Monterrey cuando el procedimiento con medicamentos no había concluido, deja clara la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres de nuestro país.

Tenía mucho miedo, según yo en Monterrey no existe un lugar al que pudiera recurrir si tenía dudas o me pasaba algo. (Fabiola, narrativa escrita)

A los tres días (después de una segunda dosis de medicamentos) me fui a Monterrey, el estado más mocho de los mochos, obviamente no hay nada en donde te puedan apoyar, y yo decía ¿y si me pasa algo? ¿si no se me salió? ¿y si sigo embarazada y el tiempo sigue pasando?, ese mes fue horrible. Yo sangré durante un mes completo [...]. (Fabiola, entrevista)

3) *La objeción de conciencia del personal de salud.* Algunas participantes enfrentaron la objeción de conciencia del personal médico en clínicas particulares o de forma velada en los servicios públicos y privado. Andy enfrentó la negativa de su ginecólogo particular

para interrumpir su embarazo, por lo que acudió a dos servicios médicos privados más. Ante todos los obstáculos, la capacidad de agencia de las participantes tuvo un papel fundamental para que lograran finalmente el acceso a la interrupción, por ejemplo, reflejada en la expresión asertiva y clara de Andy.

Fui con mi ginecólogo, no estaba a favor, sentí luego luego, porque me decía “espérate, espérate”, y yo le dije “doc, hago lo que usted me diga”, – porque es muy bueno, yo le confío mucho –, “el procedimiento que usted me diga que quiera hacer, siempre y cuando, teniendo en cuenta que no quiero tener al bebé, no quiero seguir con el embarazo” [...] lo entendió cuando lo hablé tan *straight* (Andy, entrevista).

El ginecólogo de Lis también era objetor, pero hizo una excepción o tal vez un pacto patriarcal porque conoce a la familia del novio.

Él [su ginecólogo] no es tan devoto de estar haciendo eso, él me lo hacía porque era amigo del papá de este chavo. Él me dijo, “yo te lo hago porque los conozco”, pero, mientras a mí no me gustó hacerlo, él también tenía también ese conflicto. (Lis entrevista)

La objeción de conciencia definida como la negativa a acatar órdenes o leyes o a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos, toma particular relevancia en el contexto mexicano ya que, recientemente, fue aprobada y ratificada su inclusión en la Ley General de Salud para el personal médico y de enfermería, un claro obstáculo para el acceso a la interrupción segura del embarazo aún antes de la modificación de la Ley General de Salud, identificado también en distintos estudios y por la misma Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Esta reciente modificación legal, si bien se estipula que no aplicará en casos de emergencia o si el/la paciente está en riesgo, en los hechos la

aplicación de esta ley seguramente tendrá como consecuencia la muerte de muchas mujeres.

La objeción de conciencia también puede expresarse a través de: 1) un discurso conservador de las y los prestadores de salud que busca hacer desistir a las mujeres o hacerlas sentir mal, y 2) violencia y maltrato institucional; es necesario reconocer estas vertientes como obstáculos para el acceso, si partimos de la idea de que el acceso termina hasta la confirmación de la interrupción del embarazo. Por ejemplo, Quetzalli, quien alcanza ficha y accede inicialmente al servicio, ya dentro del hospital de la Ciudad de México se enfrenta a la objeción de conciencia velada de la enfermera.

Nunca nos dijo “no aborten”, ahh porque nos dio la consejería a las cuatro chicas que obtuvimos la ficha. Nunca nos dijo “no aborten, deberían ser madres”, pero yo sí sentía que la información que nos daba, yo la comparaba con la que me daban en el servicio privado y yo sí sentía que esas cosas que decían si te meten miedo. (Quetzalli, entrevista)

Al respecto, Schiavon y González de León (2017: 46) señalan como un reto para garantizar el acceso oportuno y universal a los servicios, la incorporación de un número mayor de profesionales, así como “superar los obstáculos derivados del estigma y la objeción de conciencia”.

4) *La presencia de los grupos conservadores.* Una expresión fuertísima del discurso patriarcal religioso es la presencia de los grupos conservadores afuera de los servicios de aborto, tanto públicos como privados; dichos grupos utilizan diferentes estrategias de acción directa para disuadir a las mujeres de su decisión: ultrasonidos falsos, acoso a usuarias y trabajadores de la salud, así como rezos día y noche afuera de las clínicas. Es éste sin duda, un obstáculo importante para el acceso al aborto seguro y también para el bienestar de las mujeres, por ello le dedicamos un apartado específico.

A partir de la experiencia de una amiga, Fabiola se enteró del acoso e incluso de la privación de la libertad que estos grupos realizan al llevarlas a sus instalaciones,⁸ dilatando el acceso al aborto seguro y generando malestar en las mujeres:

Porque una amiga tuvo una experiencia, con engaños la mandaron a otra oficina y le pasaron los videos y le dijeron cosas feas; cuando ella se dio cuenta, ya la tenían casi secuestrada, salió al siguiente día y regresó al otro día a la clínica, se metió, ya no les hizo caso, se hizo su interrupción. (Fabiola, entrevista)

Rosa y Gris se enteraron de la presencia de estos grupos cuando recibieron el acompañamiento de las organizaciones feministas, quienes les informaron al respecto. Quienes tuvieron conocimiento con anticipación de su posible presencia fueron capaces de planear estrategias para enfrentarlos y preparar sus argumentos.

Yo iba lista a eso y vi que ni en la pública ni en la privada me pasó, pero yo iba lista de —no me voy a quedar callada y voy a levantar la cara y le voy a decir “no me importa, es mi cuerpo” —, pero no pasó. (Fabiola, entrevista)

La mitad de las participantes que acudieron a clínicas públicas se encontraron con estos grupos afuera, si bien no todas tenían claridad de quiénes eran o cómo se llamaban. Dos de ellas fueron abordadas con intentos de disuadirlas, pero ambas los rechazan. A Angie intentan persuadirla realizándole un ultrasonido falso, quien narra:

Y ya, cuando me empezaron a comentar, dije, “ayy no, ya sé por dónde van”, nada más les dije “¿saben qué? gracias, no estoy de

⁸ Se ha documentado que algunas mujeres son llevadas a oficinas de Vida y Familia A.C. (VIFAC).

acuerdo con lo que ustedes piensan” y me salí del lugar. Ese tipo de conflicto me parece importante, porque cómo influyen en las mujeres y en las personas, en las familias de las mujeres que acuden, así sean menores de edad, no les importa eso, no les interesa el motivo por el que ellas van. (Angie, entrevista)

Jimena, al ser abordada por una mujer afuera de una clínica pública, en lugar de desistir en su decisión, la reafirma y utiliza sus conocimientos sobre desarrollo embrionario para defenderse.

Desde ese momento yo ya tenía mi defensa, me quiso dar una lección de sexualidad según ella, “tu embarazo, ya hay un bebé y cuanta cosa”, me empezó a decir cosas por ese estilo, no recuerdo muy bien con exactitud, el caso es que a mí me enojó, me encendí y le comenté “¿sabes qué? a mí no me vas a decir qué hacer, yo vengo aquí bien decidida con lo que quiero y para tu información, el producto en este momento es un embrión, sí, no es un feto”. (Jimena, entrevista)

Todas las participantes están en contra de la presencia de estos grupos, les parece absurdo que la gente quiera intervenir en sus decisiones y esta situación les hace sentir enojo y molestia.

Pues sí me molestó, en principio fue una situación de molestia, de enojo, cada quién es dueña de su propio su cuerpo y se ha luchado tanto por los derechos de las mujeres, como para que una persona, una misma mujer te diga que no, que estás mal, que eso no es natural, que la naturaleza es que tengas un hijo así sea una violación. (Angie, entrevista)

Desafortunadamente, no se han encontrado los recursos legales para evitar que estos grupos permanezcan afuera de las clínicas, sin embargo, la difusión sobre su presencia, la información de que toda la información se proporciona adentro de las clínicas y

el conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fueron recursos útiles en estos casos, mismos que pueden ser utilizados por las usuarias para que no logren disuadirlas o generarles malestar.

Entre lo legal y lo ilegal

Si bien la interrupción del embarazo es legal en la Ciudad de México, en el resto de los estados de la República Mexicana sólo está permitida bajo ciertas causales; este marco legal diferenciado impacta también la experiencia de las mujeres. En un contexto como el mexicano donde coexiste la despenalización y la restricción legal sobre el aborto, mientras que el estigma y el silencio mantienen presencia, es lógico que en algunas participantes se mantuviera una sensación de ilegalidad, aun estando en la Ciudad de México.

Y más porque en México, en el DF es legal, pero yo tengo entendido que hay estados en que no es legal, entonces de repente me sentía como que estaba comprando droga, como que era algo ilegal, pero todo mundo lo hace, era una experiencia muy extraña, porque si es legal aquí en el DF y hay otros lugares donde no es legal, después lo haces y tampoco lo puedes decir mucho [...]. (Andy, entrevista)

Esta sensación se reforzó en la misma Andy cuando visita a su ginecólogo particular, quien se negó a realizar la interrupción y, posteriormente, cuando su consulta en una clínica privada fue facturada como pago a una estética, dando una muestra más del estigma institucional y de prácticas inadecuadas que prevalecen aún en contextos legales generando desconfianza en las usuarias. Cabe aclarar que no todas las clínicas privadas llevan a cabo este tipo de prácticas y que algunas de ellas llevan más de 20 años prestando servicios de interrupción segura del embarazo con altos estándares de calidad.

Me dicen, “no te preocupes, tu cobro va a salir como de una estética, en tu recibo lo vas a ver así y así sale”. Yo en ese momento dije “ok, gracias” y después dije, – ¡¡¡estoy haciendo algo legal, es mi estado de cuenta, si sale [nombre de la estética], yo estoy viniendo a [nombre de la clínica] que está certificada!!! – [...] A nivel legal, imagínate que ellos cometen una negligencia [...]. (Andy, entrevista)

El aborto inseguro mantiene presencia

Como se puede ver hasta ahora, la presencia de procedimientos inseguros, –expresión clara del estigma institucional– y la penalización social, continúan en las narrativas de algunas participantes a pesar de la despenalización del aborto, remitiéndonos a narrativas de clandestinidad como las que se obtuvieron en otras investigaciones en contextos restrictivos (Rostagnol, 2005).

En algunos casos, las participantes pensaron en procedimientos inseguros como primera instancia, lo que está ligado a la poca información disponible; en otros casos los pensaron como último recurso, cuando se presentaron obstáculos o vivieron maltrato institucional, momento en el cual algunas participantes sintieron que no tenían alternativas ante un embarazo no esperado, que no fuera arriesgar su vida o vivir una maternidad forzada, provocándoles un fuerte impacto emocional.

Y lloré también porque no me iba a poder hacer la interrupción, yo pensaba que no me iba a poder hacer la interrupción, porque si los lugares seguros aparentemente entre comillas son los centros del Distrito Federal en ese momento, yo decía pues no, y llore, llore. (Jimena, entrevista)

A mí todo eso sí se me hizo muy difícil, el sentir que hasta las propias instituciones que se supone que están para velar por la salud y el bienestar de los ciudadanos pues te cierran para que no estés

ahí, se me hizo desesperante ese día, es más creo que pocas veces he llorado tanto, de sentir como esta presión como en esa ocasión, dije — ¿qué voy a hacer? ¿voy a recurrir a un aborto inseguro?, ¿qué hago? ¿me tomo las pastillas, voy al Mercado de Sonora?, ¿voy con un médico y le digo que me recomiende algo? —, sí pensé en situaciones muy desesperadas y pues la verdad me dio coraje, me dio tristeza, me dio miedo. (Quetzalli, entrevista)

Las participantes descartaron estos procedimientos porque sabían que existían formas más seguras, además de que no querían arriesgar ni su vida ni el secreto.

También había escuchado de esos tés que te dan hemorragias y sí lo consideré, pero me dio más miedo que me diera una hemorragia y que todo mundo supiera por qué me tomé el té (Andrea, entrevista).

Su hermana fue la que me recomendó [la clínica privada]; primero me dijo de menjurjes como hierbas y dije “si me lo voy a hacer, me lo voy a hacer bien”, no vaya a ser que quede un resto por ahí y hasta mi vida corra peligro, y dije no, lo tengo que hacer bien, eso sí lo sabía, lo tenía muy claro. (Jimena, entrevista)

En otro caso, el procedimiento inseguro es ofertado por un médico. Lis, siendo menor de edad al momento de la interrupción, acudió con su ginecólogo en 2008, quien trabajaba en un “hospital de monjas”. Lis rechazó la propuesta de procedimiento inseguro por el que le cobraría más de \$10,000.

Fuimos a ver a mi ginecólogo y me cobraba \$12,000 pero como el procedimiento iba a ser en una clínica de monjas me dijo que tenía que ser un aborto provocado, o algo así, el caso es que iba a picar la bolsa para que se produjera una hemorragia y entonces así poderme meter a la clínica sin que las monjas tuvieran el tema de que fuera una interrupción. No me dio confianza el procedimiento y además

era algo muy caro [...] (Lis, narrativa escrita). Fue cuando dije “ayy no”, yo nunca había escuchado algo así. (Lis, entrevista)

Este último caso es un ejemplo del estigma institucional (Kumar *et al.*, 2009), expresado en la ausencia de formación y capacitación sobre procedimientos seguros para la interrupción desde que los médicos están en formación. La legalidad, como va siendo claro, no se traduce en un cambio automático en la atención médica, en especial en los servicios privados.

Al respecto, un estudio de Ipas México (2011) (en Schiavon y González de León, 2017) reportó un aumento, entre 2008 y 2011, del número de servicios privados que ofrecían la interrupción del embarazo, con una mejora en el conocimiento y uso de la AMEU, así como del aborto con medicamentos; sin embargo, en 2010, el 27% de los profesionales privados usaban todavía legrado. Por ello, resulta imprescindible capacitar al personal médico, de enfermería y de psicología, en formación y en activo, en procedimientos seguros para la interrupción del embarazo y sensibilizarle en clarificación de valores para proporcionar atención y consejería de calidad.

El aborto con medicamentos es un procedimiento seguro si se realiza bajo ciertas condiciones (dosis adecuadas y con acompañamiento); sin embargo, tanto Violeta como Rosa, quienes vivían en Guadalajara y Querétaro buscaron por sí mismas los medicamentos para la interrupción; la primera desiste en el intento porque el envío de pastillas de *Women on Web*⁹ no llegaría a tiempo y necesitaría acudir a un servicio médico en caso de emergencia, mientras que Rosa, como se describe en su relato, consigue el medicamento, pero sin el acompañamiento adecuado;

⁹ *Women on web*, es una organización holandesa cuya misión es prevenir el aborto inseguro y reducir las muertes, proporcionando información a través de una página, un chat y un barco en el que viajan a lugares con legislaciones restrictivas.

vivir en un contexto restrictivo las expone a gente con poca ética que lucra con la necesidad de las mujeres.

Ya lo que hice fue investigar sobre las pastillas, encontramos, no me acuerdo si fui yo o fue él quien investigó, encontramos en internet una persona que vendía el misoprostol, lo contactamos, nos quedamos de ver con él en un lugar, creo nos costó \$900.00 [...]. Lo vimos, nos dijo cómo usarlo y ya, pero bueno, fue como me lo tomé, no estaba segura de cuántas semanas tenía ni siquiera esta persona que me lo vendió no me dijo nada de checar, sí me había hecho una prueba de sangre pero un ultrasonido no. (Rosa, entrevista)

Redes de apoyo: la presencia de las amigas y organizaciones feministas

El apoyo total o parcial de sus amigas/os en la mayoría de los casos y de organizaciones feministas fue fundamental para que las participantes se sintieran tranquilas, apoyadas, con mejor información y mayores posibilidades de acceso a la interrupción segura de sus embarazos frente a los obstáculos antes mencionados.

En las historias narradas por las participantes hubo casos en los cuales la pareja afectiva o sexual no tenía un papel importante en la decisión que ellas estaban tomando. En la mayoría de estos casos, las amigas acompañan desde la sospecha del embarazo.

Lo primero que hice al salir [de la clínica donde le hacen la prueba de embarazo] fue llamarle a mi amiga, mi hermana del alma. Fue ella quien me escuchó y me calmó. Nos vimos al día siguiente y ella me había conseguido los datos de la clínica, donde practican el servicio de ILE gratuito para las residentes del DF. (Quetzalli, entrevista)

Paola no busca el apoyo activamente, es su amiga quien se lo ofrece, ya que ha participado en una organización feminista,

conocía los procedimientos seguros y una clínica privada en Chiapas. Sin este apoyo, tal vez ella hubiera continuado el embarazo o retrasado la búsqueda de alternativas para su interrupción.

Ella, no sé, creo que se dio cuenta que algo estaba mal y me preguntó, me empezó a decir, me empezó a hablar y ya no aguanté y se lo dije y yo le decía que no era algo que yo quería, no lo quería y no pasaba por mi mente ni me miraba, yo así no lo imaginaba. Cuando platicamos ella me dio opciones y yo le dije que sí, que yo eso quería, que yo estaba dispuesta a hacerlo. (Paola, entrevista)

Fabiola muestra en su narrativa la importancia del apoyo que sus amigas y amigos le expresaron de diferentes maneras; incluso una de ellas le preparó de comer y otra le regaló flores. Su relato muestra cómo la compañía, el respeto a su decisión y no sentirse juzgada contribuyen a vivir esta experiencia sin culpa y vergüenza, coincidiendo con los hallazgos de Maroto-Vargas (2011), Soto (2013), Fielding, Edmunds, Schaff (2002) y Kimport, Foster, Weitz (2011).

Desde el primer momento de esta historia estuve acompañada por los mejores seres humanos que son parte de mi existencia, amigas y amigos que, cercanos y a la distancia, me apoyaron y llenaron de amor. Nunca me cuestionaron, sólo me escucharon, apapacharon y respetaron cada decisión. El shock pasó con ayuda y compañía de ellos y ellas, me hacían olvidar por momentos lo asustada que estaba... esta experiencia no fue negativa, no hubo culpa, no hubo vergüenza, no hubo reproches ni juicios. Fue un momento compartido de la vida. (Fabiola, narrativa escrita)

Otras investigaciones también han documentado la importancia de conocer a otras mujeres que han interrumpido un embarazo ya que les dan información de primera mano sobre la práctica (Szwarc y Vázquez, 2018). El apoyo, el respaldo y la tranquilidad

que estas mujeres le proporcionaron fue más valorado que la compañía de su pareja.

Pero el que una compañera lo haya vivido, lo haya experimentado, tú la veas sana, tranquila, y todo. Quizás el de mi compañero, no es tan importante, porque la decisión fue no tenerlo [...]. El de mi otra amiga, fue fundamental, si hubiera sido una experiencia yo creo muy solitaria, y a lo mejor, en ese momento, en el que dudé, a lo mejor sí me hubiera echado para atrás, pero tenerlos ahí de “sabes a lo que vienes”. (María, entrevista)

Frente a trayectorias abortivas sumamente complicadas que se cruzaban con otros elementos de opresión, el rol de las amigas y organizaciones feministas resultó fundamental al brindar información crucial justo cuando las participantes ya habían perdido las esperanzas de interrumpir de una forma segura. En algunos casos, éstos constituyeron el único apoyo sin juicios que recibieron las mujeres.

La interrupción de mi embarazo me la realicé en un lugar que me recomendó la hermana de mi mejor amiga. Me acuerdo que antes de esa información te habías resignado a seguir con tu embarazo pues no viste cómo salir de esto, y sabías que si te lo ibas a realizar sería en un lugar seguro. (Jimena, primera interrupción, narrativa escrita).

Yo creo que de quien me sentí apoyada fue de Irene, en ningún momento me dijo no lo hagas o sí sí hazlo, nunca me preguntó nada, solamente me dijo “bueno vamos, yo te acompaño” y lo que tú elijas, si te da confianza lo haces con él y si no buscamos otro. Fíjate ahorita hiciste que me acordara de eso, porque todos los demás, la familia de él por religión, son testigos de Jehová... Mi familia por todo lo que te conté, de mi hermano nada más dijo “ve y llama”, se deslindó, tuve el apoyo de no te voy a juzgar y ya, y mi papá ni siquiera sabía. La única persona con la que me sentí sin ningún

problema de temas, de juicios, de que me estuviera metiendo ideas, fue de ella. (Lis, entrevista)

Para las participantes que vivían fuera de la Ciudad de México, estar en contacto con amigas y/o con organizaciones feministas fue clave para lograr el acceso seguro a la ILE en el Ciudad de México o servicios de salud seguros en su estado.

Ya había estado en contacto con la organización, no sabía mucho sobre los métodos para abortar, pero sabía que tenía esa posibilidad, siempre la tuve presente, sabía que en el DF si no se podía aquí, conocía a personas que sabían más sobre cómo hacerle, aun así, yo me puse a investigar en internet. (Rosa, entrevista)

Cuando surge esto de que estoy embarazada, en la primera persona en la que pienso es en ella para que me pudiera acompañar, no como en la toma decisión. Más bien era para que la organización pudiera acompañarme para yo poder llegar allá (a CDMX) y me explicara todos los procedimientos. (Gris, entrevista)

En este acompañamiento que les dieron organizaciones feministas se priorizaron las decisiones de las participantes, ellas refirieron sentirse tranquilas a pesar de que sus parejas obstaculizaran o no apoyaran sus decisiones.

El acompañamiento que se me da es bastante acogedor, bastante tranquilo, respetando mis tiempos. Entonces en la organización, encontré pues eso, esta calma [...]; igual me latió mucho esta idea de que inclusive me dijeran, “¿quieres que haya una persona que te acompañe en todo el proceso, o no quieres que haya absolutamente nadie?”. (Gris, entrevista)

Este “tejido de redes” (Szwarc y Vázquez, 2008) es fundamental para que las mujeres logren acceder a la interrupción y al mismo tiempo resistan o rompan con el estigma.

Viento a favor, procesos de empoderamiento y agencia personal

Después de itinerarios abortivos complicados atravesando una diversidad de obstáculos, la mayoría de las participantes refieren sentirse tranquilas y liberadas con la decisión que tomaron reafirmando en su narrativa escrita y en la entrevista; este proceso de interrupción les permitió evaluar el rumbo de su vida. En la mayoría de los casos, estas sensaciones se relacionan con significados de cambio e identidad y con procesos de empoderamiento.

Estoy muy tranquila en cómo he llevado mi vida a partir de la posibilidad de poder interrumpir el embarazo, yo lo vivo como eso. (María, entrevista)

La tarde que me dieron esa noticia (que sí había interrumpido) fue un renacer. Había entrado a un trabajo que me encantaba y quería hacer una vida nueva. Después del miedo, la frustración, la desolación más intensa que había sentido venía la calma y las ganas de resurgir de las cenizas. (Quetzalli, narrativa escrita)

Es una experiencia de la cual no me arrepiento en lo más mínimo. Todas esas mentiras de la culpa, el dolor, la vergüenza, el arrepentimiento son una tontería tremenda, y que sí, no digo que hay mujeres que no lo sienten, pero eso no es tuyo, son emociones que estás cargando de otras personas, pero no es tuyo. (Fabiola, entrevista)

De forma sagaz, Fabiola identifica los mecanismos de los grupos conservadores y religiosos, la emoción como un regulador y al identificarlos crea una estrategia de resistencia para no internalizar el estigma. Otra herramienta para no internalizar el estigma fue saber que la experiencia es común y que no es la única mujer en vivirla, elemento que contribuye a su tranquilidad frente a una narrativa hegemónica que busca invisibilizar el aborto. La

“paradoja de la prevalencia”, es decir la construcción del aborto como algo desviado a pesar de la alta incidencia (Kumar *et al.*, 2009) funciona prácticamente a la perfección hasta que las mujeres se dan cuenta que no son las únicas.

Al compartir mi historia no he recibido un solo comentario negativo. Me sorprende cómo con casi cada persona que comparto me responden con una historia propia o de alguien que aman que tomó la misma decisión [...] con la diferencia de que en esas historias hay dolor emocional, culpa, llanto, vergüenza, miedo. Me cuentan que la experiencia lo fue así, pero ninguna se arrepiente ni lo haría diferente. (Fabiola, narración escrita)

En retrospectiva, las participantes de la presente investigación se sentían titulares de derechos sobre sus cuerpos y sus vidas; la interrupción permitió que ellas llevaran a cabo proyectos que tenían contemplados o hicieran cambios para ir trazando su propio camino; frente al mandato de “ser para otros” ellas eligieron ser leales a ellas mismas de acuerdo con sus propios códigos éticos y sus deseos, comenzando o continuando procesos de empoderamiento individual y colectivo, aunque estos procesos tuvieran costos sociales o emocionales.

No me sentí empoderada, sentí las ganas de empoderarme. Fue importante para mí tomar esa decisión, (pausa) incluso aunque me sentí muy sola; a veces, cuando me siento muy mal, me digo “pero hiciste bien, y la tomaste tú solita, y te aguantaste, ¿no?”. Así me sentí, me sentí liberada. Busco formas de empoderarme, de buscar un poco más lo que verdaderamente quiero. (Andrea, entrevista)

Ya tengo bien estructurado quien soy yo, tal vez eso me faltaba antes de la interrupción, que no sabía ni quién era, que me sentía solamente mamá de mis hijos y pareja de fulanita..., que no era mujer, después de la interrupción, me di cuenta que soy mujer

y que voy más allá de eso y que puedo con más que eso, incluso podría con críticas, podría hablarlo con otras mujeres. (Violeta, entrevista)

En el mismo sentido, Andy reconoce que no se siente culpable por haber tomado una decisión, priorizarse a sí misma, y sus deseos, la vida real y tangible. Ella desarma la culpa posicionada desde la religión judeocristiana y los grupos conservadores, a través de la cual las mujeres somos responsables de todo y siempre debemos priorizar a otros incluso cuando éstos son seres en potencia. La interrupción es vista como una alternativa responsable frente a las implicaciones que tiene el cuidado de otra persona. En estas narrativas, su capacidad de agencia funciona como un escudo que detiene los juicios y la desinformación de otras personas.

Yo no me sentía culpable pero mucha gente me decía que no me sintiera culpable, creo que existe un sentimiento de culpa de ver por ti y no por la vida, creo que va por ahí, si tú tienes que tomar una decisión, es tuya, y no te puedes sentir culpable por esa decisión, por eso la tienes que tomar con mucha responsabilidad, culpable ¿de qué?, ¿de que ahorita no quieres ser mamá?, ¿de que la regaste?, ahorita lo puedes solucionar después no, por eso hay tantos niños en la calle y por eso hay niños que la están pasando tan mal. (Andy, entrevista)

Los procesos de empoderamiento personal están conectados con procesos colectivos, las participantes buscan cambios a nivel personal y político, pugnan por la despenalización, romper con mitos, apoyar a otras mujeres que buscan interrumpir un embarazo y crear un clima social de menor estigma y juicio sobre temas relacionados con la sexualidad.

Agradezco tener la oportunidad de contar mi historia y deseo aportar en algo a aquellas “socias de la vida” (como diría Marcela

Lagarde), para que un día el estigma alrededor de este tema nos deje de atrapar en sus redes, que no nos haga perder nuestra identidad, nuestros sueños y más profundos anhelos que no están puestos en el “ser madres”, somos más que un rol, debemos aprender a defender nuestra libertad sin miedo, sin culpa. (Healy, narrativa escrita)

Conclusiones

Los debates por la despenalización del aborto en la Ciudad de México posibilitaron una disputa de sentidos en torno al aborto; además, los cambios en la legislación y en la política pública impactaron la experiencia de las mujeres, haciendo pensable y viable la posibilidad de la interrupción. No obstante, en un contexto de penalización social, los obstáculos para el acceso al aborto continúan.

La forma en que las mujeres significan o interpretan su experiencia de aborto y las implicaciones que tiene esta experiencia, están relacionadas también con la forma intrincada o no con la que llegan a concretar sus intenciones de interrumpir, donde el patriarcado y sus múltiples expresiones para controlar el cuerpo de las mujeres se convierten en obstáculos que se presentan una y otra vez. Sin embargo, las redes de apoyo y el acompañamiento feminista, así como la legalidad y la gratuidad del aborto se tornan fundamentales para que las mujeres puedan finalmente acceder a este servicio de forma segura. En este sentido, este trabajo reconoce el impacto de la despenalización del aborto en la Ciudad de México en la salud y el bienestar de las mujeres mexicanas.

Fueron muchos aspectos que me permitieron vivir dentro de lo que cabe dignamente mi aborto, la posibilidad de hacerlo gratuitamente y seguro, la paciencia y apoyo de mi amiga y mi pareja, la tranquilidad de poder “ocultarlo” sin que me genere remordimientos. (María, narrativa escrita)

Y frente a la penalización del aborto en el resto del país, ¿qué podemos hacer para que las mujeres no sientan que las puertas del acceso al aborto seguro se les cierran a cada segundo y que el tiempo pasa inexorable? Mientras la despenalización legal en la CDMX coexista con un panorama legal distinto en el resto del país y la penalización social, las ambigüedades y tensiones en la experiencia de las mujeres seguirán presentándose, por ello proponemos despenalizar el aborto en todo el país, es una necesidad urgente, real y tangible, evidente por el número de interrupciones realizadas en los servicios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

La legalización del aborto en todo el país debe estar acompañada de la revisión de los planes de estudios de Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Psicología para incorporar contenidos relativos a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que aseguren una atención con la mayor calidad, calidez y libre de prejuicios. A nivel comunitario y familiar, la apuesta es un cambio social desde abajo, en donde las mujeres que han interrumpido un embarazo y sus acompañantes tienen un rol principal: informarse más y replicar la información basada en evidencia.

Por lo anterior, los hallazgos de este artículo derivan necesariamente en una serie de recomendaciones para la mejora de políticas públicas de salud sexual reproductiva y políticas institucionales para los servicios privados que brindan este servicio:

1. Incorporar un sistema de evaluación ciudadana para que las usuarias de este servicio sean partícipes activas en la implementación de este servicio, que incluya la atención de quejas y denuncias de maltrato.
2. Notificar a las usuarias en las páginas web donde se informa de este servicio sobre la presencia de grupos conservadores.
3. Difundir información sobre el aborto seguro y el desarrollo fetal basado en evidencia científica que permita vivir

esta experiencia con mayor tranquilidad y menor temor por las consecuencias a su salud.

4. Fortalecer la consejería y la provisión de información sobre los procedimientos de interrupción del embarazo.
5. Fortalecer la capacitación y sensibilización en género, sexualidad y clarificación de valores para el personal de salud tanto público como privado, desde una metodología vivencial.
6. Fortalecer e incrementar el acompañamiento feminista en aborto con medicamentos.
7. Reconocer la importancia y el ejercicio de sororidad del acompañamiento feminista en aborto con medicamentos en el ámbito académico y de políticas públicas.
8. Despenalizar el aborto penal y socialmente, cumplir la legislación vigente y erradicar el embarazo infantil.

Referencias

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Amuchástegui, A. (1996). "La experiencia del aborto en tres actos: cuerpo sexual, cuerpo fértil y cuerpo del aborto". En Parrini, R. (coord.) *Los archivos del cuerpo: ¿cómo estudiar el cuerpo?* México: UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género, pp. 367-392.
- Becker, D., Díaz O., C. (2013). "Decriminalization of Abortion in Mexico City: The Effects on Women's Reproductive Rights". *American Journal of Public Health*, 103(4), pp. 590-593. Consultado en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301202>
- Boyle, M. (1997). *Rethinking abortion: psychology, gender, power, and law*. London: Routledge.
- Castañeda S., P. (2008). *Metodología de la investigación feminista*. Guatemala: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencia y Humanidades (CEIICH) UNAM-Fundación Guatemala.

- Comes, Y. *et al.* (2007). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". *Anuario de investigaciones*, 14.
- Cornejo, M., Mendoza, F., Rojas, R. (2008). "La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico". *PSYKHE*, 17(1). pp. 19-29. DOI:10.4067/S0718-222820080001000189
- Diniz, D., Medeiros, M. (2012). "Itinerarios e métodos do aborto do abortu ilegal em cinco capitais brasileiras", *Ciencia & Saúde Coletiva*, 17 (7), 1671-1681. Consultado en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700002>.
- Esteban, M. L. (2008). "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos". *La materialidad de la identidad*, pp. 135-158.
- Fielding, S. L., Edmunds, E., Schaff, E. A. (2002). "Having an Abortion Using Mifepristone and Home Misoprostol: A Qualitative Analysis Of Women's Experiences". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(1), pp. 34-40.
- Fraser, H. (2004). "Doing Narrative Research, Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line, Analysing Personal Stories Line by Line". *Qualitative Social Work*, 3(2), pp. 179-201. Consultado en: <https://doi.org/10.1177/1473325004043383>
- Gandarias G., I. (2014). "Tensiones y distensiones en torno a las relaciones de poder en investigaciones feministas con Producciones Narrativas". *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 16(1), pp. 127-140. Consultado en: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1210>
- Halldén, B.-M., Christensson, K., & Olsson, P. (2009). "Early abortion as narrated by young Swedish women". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 243-250.
- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvencción de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). "Wellbeing and mental growth—long-term effects of legal abortion". *Social Science & Medicine*, 58(12), pp. 2559-2569.
- Kimport, K., Foster, K., Weitz, T. (2011). "Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abor-

- tion Narratives". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), pp. 103-109. Consultado en: <http://doi.org/10.1363/4310311>
- Kumar, A., Hessini, L., Mitchell, E. M. H. (2009). "Conceptualising abortion stigma". *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), pp. 625-639. Consultado en: <http://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Lagarde, M. (2003). "La condición humana de las mujeres". En Castañeda S., M. P. (ed.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. México: Plaza y Valdés/CEIICH-UNAM, pp. 31-59.
- Landini, F., Gonzáles, V., y D'Amore, E. (2014). "Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural". *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2), pp. 231-244.
- Leask, M. (2014). "Constructing women as mentally troubled: the political and performative effects of psychological studies on abortion and mental health". *Women Studies Journal*, 28 (1), pp. 74-82.
- López G., I. (2007). "La investigación autobiográfica, generadora de procesos autoformativos y de transformación existencial". *Revista Currículum* (20), pp. 11-37.
- Martínez-Guzmán, A., y Montenegro, M. (2014). "La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: Construyendo nuevos relatos". *Quaderns de Psicologia*, 16(1), pp. 111-125. Consultado en: <http://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1206>
- Maroto-Vargas, A. (2011). "Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental". *Revista Costarricense de Psicología*, 29(44), pp. 65-75.
- Matamala, M. I. y Maynou, P. (1996). *Salud de la Mujer, Calidad de Atención y Género*. Manual para la Realización del Curso-Taller. Colectivo Mujer Salud y Medicina Social, Santiago.
- Norris, A. et al. (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.
- Oduro, G. Y., & Otsin, M. N. A. (2014). "Abortion – It Is My Own Body": Women's Narratives About Influences on Their Abortion Decisions in Ghana. *Health Care for Women International*, 35(7-9), pp. 918-936.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Montevideo: OMS.
- Ortiz, O., y Troncoso, E. (2012). "El aborto voluntario como experiencia saludable en mujeres de la Ciudad de México". V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay.
- Pecheny, M. (2005). "Yo no soy progre, soy peronista". ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?" Consultado en: <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Salud/2005/7566.pdf>
- Petracci, M. et al. (2012). "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires". *Sexualidad, Salud Y Sociedad -Revista Latinoamericana*, 0(12), pp. 164-197.
- Rivas Z., M., Amuchástegui, A. (1997). *Voces e historias sobre el aborto*. México: Edamex.
- Rostagnol, S. (2005). "Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino", *Otras miradas*, 5(2), pp. 1-13.
- . (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas de cuerpo y de la reproducción*. Uruguay: Biblioteca Plural, CSIC-Universidad de la República de Uruguay.
- Schiavon, R. y González de León, D. (2017). "Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México", *Coyuntura Demográfica*, 11, pp. 45-51.
- Shellenberg, K. M. et al. (2011). "Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study". *Global Public Health*, 6(sup1), S111-S125. Consultado en: <http://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072>
- Sorhaindo, A. M. et al. (2014). "Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico". *Women & Health*, 54(7), pp. 622-640. Consultado en: <http://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983>
- Soto R., S. A. (2013). "Las mujeres ante la interrupción legal del embarazo (ILE) en el Distrito Federal: procesos de reflexión sobre su rol femenino presenta; asesora Alicia Márquez Murrieta". Tesis para obtener el título de Licenciado en Sociología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

- Szwarc, L., y Vázquez, S. S. F. (2018). "Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya": tiempos e intervalos durante el proceso de aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 0(28), pp. 90-115.
- Zamberlin, N., Romero, M., y Ramos, S. (2012). "Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted". *Reprod Health*, 9(1), p. 34.

TERCERA PARTE

La decisión de abortar en el segundo trimestre de embarazo

Nayla Luz Vacarezza
Ruth Zurbriggen

Sea legal o ilegal, el aborto es una práctica social cotidiana y una decisión singular que las mujeres toman sobre su vida sexual y reproductiva cuando se encuentran ante un embarazo que no desean llevar al término. Si consideramos el embarazo como un proceso temporal cabe preguntarse, ¿cuándo se toma la decisión y en qué momento se efectúa la interrupción del embarazo? En este capítulo abordaremos, a partir del análisis de entrevistas en profundidad, las específicas circunstancias y motivos que rodean la decisión de interrumpir un embarazo en el segundo trimestre de gestación.

En nuestra región, los debates públicos sobre la interrupción del embarazo han estado históricamente enfocados a la discusión sobre el aborto durante el primer trimestre del embarazo. Pero ni las organizaciones más comprometidas ni las/los expertos más vehementes ni las voces feministas más radicales han logrado propiciar, hasta hace muy poco, una discusión abierta y honesta sobre una realidad palpitante: el aborto en el segundo trimestre de embarazo.

Se trata, sin dudas, de un tema incómodo y controversial que ha sido poco abordado aun por la literatura especializada a nivel mundial (Harries *et al.*, 2007; Comendant y Berer, 2008; Harris,

2008; Harris y Grossman, 2011; Grossman, 2014, 2016; otros) y regional (Messina, 2014; Baum, Depiñeres y Grossman, 2014; Depiñeres, Baum y Grossman, 2015). En Argentina, no existían prácticamente antecedentes de estudios sobre esta cuestión hasta que, en 2015, la Colectiva Feminista La Revuelta, junto con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e IBIS *Reproductive Health*, se unieron para desarrollar el estudio “Mujeres que abortan con medicación en el segundo trimestre de gestación acompañadas por activistas feministas socorristas. Un estudio cualitativo para comprender estas experiencias”.¹

Presentamos en este capítulo resultados provenientes de dicha investigación pionera que están basados en el análisis de 23 entrevistas semiestructuradas en profundidad realizadas con mujeres de distintas regiones geográficas de Argentina. Todas las entrevistadas abortaron utilizando medicamentos entre la semana 14 y la semana 24 de gestación y fueron acompañadas en el proceso por activistas feministas que forman parte de la organización *Socorristas en Red (feministas que abortamos)*. Las mujeres que prestaron su testimonio para este estudio pertenecen a distintos sectores socioculturales y tenían, al momento de realizarse la entrevista, entre 18 y 37 años. Asimismo, todas las entrevistadas brindaron su consentimiento informado para participar en la investigación y se garantizó, a lo largo de todo el proceso de la investigación, tanto la confidencialidad de los datos personales de las participantes como el anonimato de la información brindada.

En este capítulo, el análisis busca comprender las circunstancias y las razones que llevan a la decisión de abortar en el segundo trimestre de embarazo. La lectura analítica de las entrevistas se

¹ Participaron en esta investigación desarrollada entre septiembre de 2015 y agosto de 2016: Silvina Ramos y Caitlin Gerds como investigadoras principales; Ruth Zurbriggen y Brianna Keefe-Oates como coinvestigadoras; y Graciela Alonso, Belén Grosso, María Trpin y Nayla Vacarezza como parte del equipo de trabajo.

encuentra orientada por los hallazgos y reflexiones acerca de la decisión de abortar y acerca de la experiencia del aborto presentes en el libro *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones* (Chaneton y Vacarezza, 2011).

La organización *Socorristas en Red (Feministas que abortamos)*² —cuyas activistas acompañaron a las entrevistadas de esta investigación en sus procesos de aborto— surge en 2012 como resultado de un sostenido esfuerzo feminista para brindar información y acompañamiento a personas que necesitan acceder a un aborto seguro en un contexto restrictivo que combina la penalización de la práctica con serias dificultades en el acceso a los abortos que sí están permitidos por la ley.³ La Red reúne, al presente, treinta y nueve colectivas de distintas localidades de Argentina cuyo trabajo se estructura en torno al dispositivo de Socorro Rosa, creado por la Colectiva Feminista La Revuelta de la Ciudad de Neuquén,⁴ en 2010 (Zurbriggen, Trpin y Grosso, 2013, 2014, otros). Se trata de un modelo de acompañamiento de abortos con medicamentos anclado en prácticas autogestivas de acción directa que actualmente puede ser caracterizado por: a) el uso de una línea telefónica pública a la cual se comunican las personas que necesitan del servicio; b) el encuentro grupal cara a cara en-

² Véase <http://socorristasenred.org/>

³ El aborto en Argentina se encuentra tipificado como parte de los “delitos contra la vida” en el Código Penal (Arts. 85 al 88) con dos excepciones (Art. 86): cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer o cuando “el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”. Aunque la Corte Suprema de Justicia de la Nación se expidió en 2012 sobre estas excepciones con un fallo de avanzada donde se establece que deben ser atendidos con celeridad los abortos de embarazos provenientes de cualquier tipo de violación y/o que afecten la salud de las gestantes, el acceso al aborto no punible en el sistema público de salud continúa encontrando serios obstáculos de diversa índole (Asociación por los Derechos Civiles, 2013, 2015; Gebruers y Gherardi, 2015). Se calcula que en Argentina ocurren alrededor de 500.000 abortos por año (Mario y Pantelides, 2009).

⁴ Véase <http://larevuelta.com.ar/>

tre las socorristas y las usuarias del servicio donde se brinda la información necesaria para el uso de la medicación y se favorece la circulación de la palabra y la colectivización de la experiencia; d) el seguimiento telefónico durante el uso de la medicación y el proceso de aborto; e) el apoyo para que las usuarias realicen controles médicos post-aborto; f) la generación de vínculos con profesionales y efectoras/es de salud que favorezcan la creación de modos de atención “amigables” para mujeres en situación de aborto; g) la sistematización de la práctica por medio del uso de un formulario común (“*protocola*”) donde se vuelcan datos de interés para elaborar informes anuales sobre los acompañamientos;⁵ h) la producción de conocimiento reflexivo sobre la propia práctica a través de la investigación y la construcción permanente de herramientas de difusión en distintos registros creativos.

El trabajo sostenido de acompañamiento feminista de abortos con medicamentos que realiza, en Argentina, la Colectiva Feminista la Revuelta y *Socorristas en Red (feministas que abortamos)* demuestra que una parte de las mujeres que abortan, por motivos diversos pero de gran importancia para ellas, necesitan acceder a la práctica en el segundo trimestre de embarazo. Si bien brindar acompañamiento de abortos en esta edad gestacional no estaba *a priori* entre los propósitos pautados por las organizaciones, la apremiante necesidad y la firme decisión de las usuarias se fue imponiendo en la práctica, planteando desafíos, aprendizajes y límites por transgredir a las activistas. Esta investigación surge de esa experiencia y de la necesidad de profundizar y sistematizar los saberes construidos en el acompañamiento de abortos del segundo trimestre.

Una lectura atenta de las entrevistas permite trazar algunas hipótesis sobre las razones que llevan a que algunas mujeres deci-

⁵ Los datos de la sistematización arrojan que en los últimos tres años Socorristas en Red acompañó los abortos de 7958 mujeres (1116, en 2014; 2894, en 2015, y 3953, en 2016).

dan y necesiten abortar en el segundo trimestre de embarazo. Es necesario aclarar que resulta dificultoso sistematizar los motivos por los cuales las mujeres abortan en esta etapa del embarazo porque se trata, en cada caso, de situaciones sociales y subjetivas muy singulares. Sin embargo, intentaremos en este texto desplegar una serie acotada de razones y circunstancias —construida con base en la lectura de las entrevistas— que ayuden a comprender por qué las mujeres necesitan interrumpir sus embarazos en el segundo trimestre de gestación.

Una particular experiencia del tiempo se despliega en las entrevistas. Podríamos decir que el tiempo “objetivo” en que se desarrolla el proceso fisiológico del embarazo (cantidad de semanas de gestación) se encuentra, se descompasa y se tensiona en los relatos con una vivencia más “subjetiva” del tiempo asociada con las específicas condiciones sociales y personales que atraviesan las mujeres.

Sin pretensión de exhaustividad, encontramos en los relatos de aborto en segundo trimestre formas de urgencia extrema y desesperación, pero también formas de negación y de duda que suspenden el tiempo. Por razones fisiológicas que a veces se traman con su vida psíquica, algunas mujeres tardan en sospechar y confirmar que están embarazadas. Otras mujeres experimentan profundas contradicciones y dudas antes de poder decidirse. Los conflictos morales con respecto al aborto y las situaciones conflictivas de la pareja hacen que las mujeres no puedan tomar decisiones rápidas y firmes con respecto a la continuidad de su embarazo. También es recurrente la referencia a situaciones de violencia machista que llevan a la confusión y dilatan la decisión.

Con mucha frecuencia encontramos en las entrevistas demoras asociadas con la criminalización y estigmatización del aborto en Argentina, que afectan especialmente a las mujeres con menores recursos económicos, sociales y culturales. Quienes necesitan interrumpir sus embarazos muchas veces se encuentran con dificultades en el acceso a información y atención adecuada

que retrasan la realización del aborto hasta el segundo trimestre del embarazo. Algunas de ellas recurren a métodos abortivos poco efectivos e inseguros antes de contactar a las socorristas, mientras que otras encuentran dificultades en el acceso al medicamento o tienen que repetir los tratamientos medicamentosos.

A este abanico de circunstancias apremiantes y complejas responde el Socorro Rosa, brindando acompañamiento respetuoso e información confiable para mujeres que necesitan servicios de aborto seguro en el segundo trimestre de embarazo.

Vida sexual: placeres, olvidos, fallas y violencias

La lectura transversal de las entrevistas muestra que la decisión de interrumpir un embarazo no está desligada de la vida sexual de las mujeres. Si intentamos comprender la experiencia social del aborto es necesario conectarla con la vida sexual, con sus placeres, con sus olvidos, con las fallas que pueden ocurrir en el uso de métodos anticonceptivos y también con las relaciones de poder que se juegan en los encuentros sexuales (Chaneton y Vacarezza, 2011).

Las mujeres no siempre desean sostener prácticas anticonceptivas. Es el caso de dos jóvenes que narran en sus entrevistas que los embarazos que abortaron provenían de relaciones en las que no habían usado métodos anticonceptivos:

En una de esas relaciones que tenemos nos descuidamos, o sea, nos cuidamos tarde. (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).⁶

⁶ Para citar las entrevistas, en todos los casos consignamos en primer lugar, el código de la entrevista (donde la letra del código refiere a la zona geográfica en la cual reside la entrevistada), seguido de la edad de la entrevistada y de la cantidad de semanas de gestación al momento de realizarse el aborto. La letra "A" corresponde a mujeres que residen en zona patagónica y cuyana, la letra "B" a la zona centro

Me confié en que se me había ido [la menstruación] entonces digo no, pensé (se ríe) que no iba a quedar embarazada [...]. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

No utilizar métodos anticonceptivos no equivale a desear tener hijas/os, sino que responde —según muestran las entrevistas— a situaciones de experimentación sexual o, también, a momentos personales o de la pareja en los cuales la práctica anticonceptiva puede interrumpirse por diferentes razones. Por ejemplo, es el caso de una entrevistada que abandona la práctica anticonceptiva porque la pareja se encuentra en un *impasse*, pero vuelven a tener relaciones sexuales ocasionalmente y ella queda embarazada. También registramos al menos dos casos (A-1 y A-4) en los cuales las mujeres desean tener un/a hijo/a pero luego —por distintos motivos relacionados con cambios en sus condiciones de vida y en sus relaciones de pareja— deciden interrumpir el embarazo.

En otros casos, los embarazos provienen del uso de prácticas poco confiables para su prevención, como el método del ritmo y el coito interrumpido:

[...] nosotros nos cuidábamos: o él terminaba afuera o yo me cuidaba con los días. [...] Y bueno, yo saqué mal las cuentas y bueno quedé embarazada. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación)

Entre las mujeres entrevistadas que sí utilizaron métodos anticonceptivos, al menos cuatro de ellas refieren haber quedado embarazadas por olvidos en la toma de pastillas anticonceptivas:

oeste; la letra “C” al centro del país y la letra “D” identifica a mujeres de la zona mesopotámica. Los lineamientos éticos de la investigación nos llevaron a acordar la identificación de estas zonas geográficas sin referencia a ciudades específicas.

[...] en ese mes hice un descontrol de las pastillas anticonceptivas, tomé dos o tres juntas en una semana. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación)

[...] me estaba cuidando con pastillas anticonceptivas y me pasó que me olvidé dos o tres días. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación)

Fue una vuelta que no tomé la pastilla y ahí quedé embarazada. (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación)

Tomaba pastillas anticonceptivas. A mí me fallaron. Bah, porque yo me olvidé una y me tomé dos al otro día. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación)

La píldora anticonceptiva es un método cuya efectividad depende exclusivamente del esmero y la dedicación de la mujer que debe estar alerta para recordar las tomas. Las entrevistas muestran que los olvidos y los descuidos en el uso de pastillas anticonceptivas ocurren con cierta frecuencia y llevan a embarazos inoportunos.

Una mujer que vive en un barrio periférico de Neuquén comenta "... me quedé embarazada porque no me puse la inyección en fecha" y luego explica las dificultades que tuvo para acercarse a tiempo al centro de salud donde le aplicaban la anticoncepción hormonal inyectable (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación). En este caso, las exigencias de la vida diaria de una mujer de escasos recursos hacen que ella deba posponer la aplicación del método anticonceptivo y que, luego, quede embarazada.

Otras mujeres refieren fallas en el método anticonceptivo como, por ejemplo, que se rompa el preservativo, y/o utilizar la anticoncepción de emergencia y que ésta no tenga el efecto deseado:

Yo dije bueno está todo bien listo, me tomé la pastilla [anticonceptiva de emergencia], y no pasó nada, y ese mes justamente no me

vino entonces dije ¡uy! ¿qué pasó acá? Porque me había tomado la pastilla del día después entonces, ¡imposible! (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación)

[...] las compré [se refiere a la anticoncepción de emergencia] y como que estaba en el día, por decirlo así, de la relación que yo había tenido [...] me lo tomé, todo, pero no sé qué pasó, no me habrá hecho efecto, no sé [...]. (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación)

Resulta evidente en las entrevistas que las mujeres a veces no usan métodos anticonceptivos y que, a veces, estos métodos fallan, ocasionando embarazos no planificados. Pero, hasta aquí, hemos dejado fuera de consideración a los varones. Las entrevistadas hablan de ellos, de sus actitudes hacia la anticoncepción y de su participación en relaciones sexuales que dan lugar a embarazos que luego terminan en abortos. Las entrevistadas refieren con frecuencia que los varones se niegan a involucrarse en prácticas anticonceptivas, que colocan la responsabilidad de la anticoncepción en la mujer y que intentan embarazar a su pareja sin tener en cuenta los deseos de ella:

[...] él no quería cuidarse. No, porque él como que, a él le encantaba todo el tiempo que yo me quedara embarazada. [Él] [n]unca se cuidaba. Nunca. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación)

[...] me hubiese podido cuidar, sí, pero [...] pero yo también le decía que, si yo me cuidaba, él también tenía que cuidarse, y que no, y que yo no me voy a cuidar, y cuídate vos, entonces siempre estábamos en la lucha de que si pasaba iba a ser mi responsabilidad. (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación)

En algunos casos, como el citado en segundo lugar, la anticoncepción es un campo de “lucha”. ¿Quién debe “cuidarse” y quién es “responsable” por los embarazos? ¿Quién decide cuándo tener

relaciones sin protección anticonceptiva? Lo que narra D-1 nos confronta con una organización tradicional de los géneros en la cual las mujeres deben ejercer la sexualidad con responsabilidad y cuidado, mientras que los varones pueden aprovechar para sí ese trabajo hecho por otras o simplemente ignorarlo imponiendo su deseo.

Hablamos de relaciones de poder y de lucha que se dan en la intimidad de las relaciones sexuales, por ejemplo, cuando una mujer insiste a su pareja para que se involucre en prácticas anticonceptivas al tiempo que él se niega:

Cuando nosotros estuvimos juntos, en realidad él nunca se cuidaba, yo siempre le decía: cuídate, cuídate. Y no, nunca se cuidaba. Porque decía que lo disfrutaba más así [...] qué sé yo [...] aparte porque él, según él estaba re-enamorado de mí, quería formar una familia conmigo y yo le decía, vos estás loco, yo no [se ríe] y hijos todavía no. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

En una parte importante de los relatos el varón impone su deseo sexual y decide sobre la ausencia de cuidado anticonceptivo. Se trata de luchas que se dan, literalmente, en el cuerpo a cuerpo del encuentro sexual y que tienen distintos grados de intensidad. Algunos varones se niegan a utilizar preservativo, otros imponen prácticas inseguras como el coito interrumpido, otros no avisan a la mujer que el preservativo se rompe y, por lo tanto, la privan de la oportunidad de tomar la anticoncepción de emergencia. También hay quienes no toman en cuenta de ningún modo el consentimiento a la hora de mantener relaciones sexuales y violan a su pareja.

La lectura de las entrevistas realizadas nos muestra que es necesario reflexionar situadamente acerca de los abortos en el segundo trimestre. Esto es, no considerar esos abortos como hechos separados de las relaciones sociales de poder entre los géneros ni de la enorme complejidad política de la vida sexual humana.

La pasión, el placer, los olvidos, las fallas técnicas y también las desiguales relaciones de poder entre los géneros y las violaciones dan lugar a embarazos que no querrán ser continuados por las mujeres que los gestan. Algunas de ellas, por distintos motivos que iremos desarrollando en este texto, necesitarán acceder al aborto en el segundo trimestre de embarazo.

“Yo me enteré tarde”

Un enunciado muy recurrente en el conjunto de entrevistas es “yo me enteré tarde”. Una buena parte de las entrevistadas narran haberse encontrado con la noticia de que están embarazadas cuando la gestación llevaba ya varias semanas. En general, estas entrevistadas expresan haber recibido con sorpresa e incredulidad la novedad de estar cursando un embarazo de unas cuantas semanas:

[...] cuando me enteré tenía como trece o catorce semanas más o menos. Eso también fue algo raro porque la ecografía me dio catorce semanas, y según mis cuentas era como imposible, ¿viste? (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Especialmente, al menos seis de las entrevistadas refieren haber tenido sangrados vaginales de características similares a los de una menstruación durante las primeras semanas de embarazo. Se trata de un síntoma relativamente común en embarazos tempranos que responde a causas variadas y que hace que las mujeres muchas veces demoren en confirmar que están embarazadas:

[...] pasa que yo me enteré tarde que estaba embarazada; o sea, porque seguía menstruando y todas esas cosas. Y cuando ya me enteré tenía cuatro meses; bah, 23 semanas. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación)

Y bueno, pasó el tiempo y a mí se me pasaron los meses más porque me venía [la menstruación], me venía igual. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación)

Y aparte me seguía viniendo [la menstruación], no en la cantidad normal que siempre me venía, pero sí tuve hasta diciembre tuve, me venía poquito, pero me venía. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

Yo recién en marzo me entero de que estaba embarazada, porque me estuvo viniendo normalmente, seguí menstruando. (C-4, 18 años, 17 semanas de gestación).

[...] me enteré como a los dos meses, o tres, porque yo seguía menstruando y bueno, porque me empecé a sentir rara, se me empezaron a hinchar los pechos. Entonces, fui y me hice un evatest [test de embarazo]. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación)

Yo menstruaba lo más normal, menos hasta el cuarto mes... creo que ahí empecé, me di cuenta porque... No me di cuenta, en realidad relacioné, dije, tengo un dolor acá, nunca lo relacioné con un embarazo, ¡jamás!, nunca. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación)

También, un historial de menstruaciones irregulares puede hacer que la mujer no considere la posibilidad de estar embarazada de manera temprana:

Entonces cuando yo me entero que estoy embarazada, siempre fui muy irregular, entonces para mí era como algo normal, pero ya dos meses que no me venía, bueno me voy a hacer el test, como para descartar, que el médico me diga no nena... porque tampoco yo sentía nada, ni lo podía sentir. (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación).

Las entrevistas muestran que existen factores de tipo fisiológico que pueden hacer que las mujeres no se enteren tempranamente de que están cursando un embarazo. Pero también, las entrevistas permiten afirmar que en algunos casos existen factores subjetivos muy poderosos que pueden hacer que las mujeres demoren la confirmación del embarazo, o bien nieguen o no consideren la posibilidad de estar embarazadas:

Dejé pasar el día y no lo compré [al test de embarazo]. Me dije, bueno, lo compro al otro día. Y no, de todo, me pasaba de todo. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación)

Pero me fui quedando, porque esperamos, esperamos a ver si me venía mi periodo y no. Ni un test me quería hacer. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación)

Tenía miedo de ir al ginecólogo porque no querés escuchar que estás embarazada. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación)

Entonces, yo como que igual intentaba convencerme como que no, ¡que no era así!, que no era positivo [el test de embarazo que se había hecho] y que capaz que me había dado mal, o que capaz que lo había hecho mal. Y entonces leí las instrucciones, me levanté, a los dos días a la mañana temprano, lo hice de nuevo y me volvió a dar positivo. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación)

[...] me lo hice [el test de embarazo] y me dio una rayita negativa y la otra [...] muy clarito, el otro palito. Entonces yo dije, qué raro, no creo. ¿Viste cuando decís mmm? No, ¿no? Y dije bueno, no. Y tenía que creerme el no [...] Digamos que es un no. Entonces cuando dije, bueno, vamos a esperar hasta el mes que viene [...]. Me lo volví a hacer y ya ahí salí positivo. Ahí ya era junio. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación)

En varias de las entrevistas se articula una temporalidad suspendida durante la cual las protagonistas se resisten a confirmar el embarazo y, a la vez, comienzan a experimentar sensaciones y cambios en su cuerpo que son cada vez más difíciles de ignorar. Algunas de ellas esperan y anhelan que lo que les está sucediendo no sea un embarazo. El miedo a las consecuencias sociales, corporales y subjetivas que acarrea una gestación en un momento inoportuno o el miedo al aborto en condiciones de ilegalidad puede hacer que las mujeres nieguen la situación como una forma de defensa ante algo que se presenta como una amenaza para ellas. Especialmente en los casos en donde el embarazo proviene de una violación o donde el embarazo ocurre en momentos personales conflictivos y/o de gran exigencia subjetiva, no resulta extraño que defensas de tipo inconsciente impidan que las mujeres se enteren y tomen decisiones tempranas sobre la interrupción de la gestación.

Según las investigaciones disponibles, el reconocimiento tardío del embarazo es uno de los motivos más frecuentes que llevan a las mujeres a necesitar abortos en el segundo trimestre del embarazo (Grossman, 2016). Muchas gestantes confirman embarazos que ya están relativamente avanzados y recién a partir de allí empezarán a considerar sus opciones en un contexto signado por la criminalización del aborto y donde los servicios de salud muchas veces no brindan información oportuna ni facilitan el acceso a los abortos que están permitidos por el Código Penal argentino.

“Nunca tuve ningún tipo de dudas”.

Cuando la decisión de abortar es firme e inmediata

La decisión de abortar en segundo trimestre es un proceso complejo que se narra en las entrevistas. En algunos casos observamos que la decisión es inmediata, firme y ocurre apenas las mujeres se

enteran del embarazo. En estos casos, aun con la decisión tomada rápidamente, las mujeres muchas veces confirman el embarazo tardíamente por distintos motivos y enfrentan luego múltiples obstáculos en el acceso al aborto que retrasan su efectucción. En otros casos, sobre los que nos explayaremos en el próximo apartado, la decisión de abortar es un proceso arduo y embrollado que requiere de tiempo para poder madurarse. De manera que, comprender que no todos los procesos en los que se decide interrumpir un embarazo son iguales ni toman la misma cantidad de tiempo es un factor crucial para entender cabalmente los abortos en el segundo trimestre.

Las entrevistas permiten afirmar que mujeres de distintas edades y sectores sociales, ante la certeza de que están embarazadas, expresan formas extremas de determinación orientadas a abortar:

No tengo ganas de tener otro hijo. ¡No lo siento [...] tener otro hijo!
(A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación)

Yo creo que en el fondo ya estaba negada desde antes, desde nunca decir, ay, ¡qué lindo! Ponele, nunca pensé en ir a comprarle ropita ni nada de eso [...]. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

Yo estaba segura que no lo iba a tener. (A-11, 21 años, 20 semanas de gestación)

Desde antes cuando compré el evatest, siempre supe [que no quería tener un/a hijo/a], nunca tuve ningún tipo de dudas. (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación)

Cuando yo me enteré yo ya sabía digamos lo que quería, entonces como que no [...] fue decir sé que estoy [embarazada], pero no me va a pasar nada porque no lo voy a tener. (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación)

En algunos casos, como los citados anteriormente, las mujeres expresan la firme decisión de abortar, incluso a sabiendas de que cursan el segundo trimestre de embarazo. El deseo de no tener un/a hijo/a en algunos relatos es tan fuerte que llama a considerar la profunda necesidad de proveer servicios de aborto seguro para estos casos:

Después cuando yo me entero que estoy embarazada y no quería saber ¡nada! [...] ¡Yo en realidad estaba cegada! Estaba dispuesta a todo [...] le doy gracias a dios porque yo creo que si no hubiese encontrado a Frida [la socorrista], yo estaba segura de que tenerlo no lo iba a tener, alguna cagada me iba a mandar [...] vi perejil, vi caños, lo que sea, yo me iba a hacer cualquier cosa [...] en ese momento estaba decidida a todo. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación)

Algunas mujeres, como C-3, desean tan intensamente no continuar con el embarazo que intentarán interrumpirlo por cualquier medio, incluso poniendo en riesgo su salud y su integridad física (“[e]staba dispuesta a todo”, “alguna cagada me iba a mandar”). De relatos como el de C-3 se sigue que sea oportuno y necesario proveer servicios de aborto en segundo trimestre para proteger la salud y la vida de las mujeres que se encuentran determinadas a abortar en situaciones de extrema vulnerabilidad corporal y subjetiva.

Entre quienes expresan decisiones firmes, hay mujeres que en sus narraciones articulan muy clara y racionalmente los motivos por los cuales decidieron abortar, poniéndose en el centro de un proyecto personal. Especialmente las entrevistadas más jóvenes, que no tienen hijas/os y que se encuentran estudiando expresaron motivos relacionados con su proyecto de vida:

Yo tomé la decisión ésta para poder seguir estudiando. Ahora tengo que emprender mis estudios otra vez; ya me inscribí en la universidad. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación)

Mi mayor deseo hoy está enfocado en recibirme [...] es la única meta que tengo. Yo pensé en mí. Y en la decisión que yo creía que estaba bien. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación)

En otros casos, también de mujeres jóvenes sin hijos/as, los proyectos personales se combinan con horizontes de expectativas que a veces incluyen a sus parejas:

[...] me pasaba de todo, yo no quería, no quería ser mamá porque [...] somos chicos, queremos, estamos por construir una casa con Daniel, y un montón de cosas [...] qué sé yo, yo pienso que el año que viene quiero estudiar. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación)

Bueno, nuestros objetivos eran yo poder seguir capacitándome en mi profesión que me gusta, y por ahí tener otras cosas, comodidades que uno por ahí se propone, si puedo hacerlo las quiero tener, y cuando nos enteramos fue como que ninguno de los dos, fue como decir no lo queremos ahora. (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación)

La relación con los varones que participaron de la concepción y la situación específica de ellos muy frecuentemente forma parte de lo que las mujeres consideran a la hora de decidir abortar:

[...] yo no quería, con una separación o con una persona al lado que estaba enferma y que tampoco me podía acompañar [quien era su pareja estuvo internado en un neuropsiquiátrico después de un intento de suicidio]. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación)

[...] decidí abortarlo porque aparte en ese momento yo a mi pareja ya no la tenía acá, ya se había ido [...]. (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación)

En ocasiones, las mujeres buscan y obtienen la compañía del varón en la decisión de abortar y en otras ocasiones prefieren no

dar aviso ni requerir su compañía. Lo que se hace evidente en las entrevistas es que cuando ellas están decididas, el acuerdo y acompañamiento del varón no parece tener mayor importancia:

Entonces vine y le dije a Manuel, yo lo pensé bien y no quiero. Si vos querés o no, no es mi problema. Si no lo aceptás te vas [...]. Y en mi cuerpo mando yo, no mandás vos. Porque la que pasa las consecuencias soy yo, no vos. Entonces él me dice: ¡Ay! Entonces ¿qué hago? Está en vos la decisión, si seguís conmigo o no. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación)

Y no, él no quería [optar por un aborto]. Al principio no quería y bueno, después pasaron los días y yo le dije y bueno, que si él no me acompañaba yo lo iba a hacer sola. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación)

Otro de los argumentos claramente expresados que aparecen muy frecuentemente en las entrevistas de manera articulada es el que toma en consideración las cuestiones económicas y la imposibilidad de asumir la carga de trabajo de cuidado que implica la crianza de un/a hijo/a:

[...] estar embarazada era traer a otra persona [...] a un bebé que no lo iba a poder mantener yo tampoco... en ese momento, como te digo, no estaba trabajando. (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación)

[...] yo ya estaba decidida, o sea, la decisión la quería tomar y era ésta, la de abortar, no me veía y no me veo en condiciones de traer a alguien al mundo y cuidarlo y darle las cosas que merece. (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación)

Las entrevistas en su conjunto indican que tanto las mujeres que ya tienen hijos/as como las que no los/as tienen, evalúan su situación económica y social a la hora de decidir sobre la conti-

nuidad del embarazo. Incluso en los casos en que las decisiones son muy apasionadas y expeditivas, las mujeres reflexionan sobre sus posibilidades actuales de criar un/a hijo/a y de brindarle el sostén económico y social necesario:

No quiero tener este bebé, ¡no puedo tenerlo! No puedo de ninguna manera. Tengo que mudarme, no sé dónde voy a vivir, no tengo un laburo estable, estoy laburando por hora. ¡Está todo mal! (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación)

“Quería y a la vez no quería”. Vacilaciones, contradicciones y demoras

En el conjunto de entrevistas realizadas para esta investigación encontramos que algunas de las mujeres atraviesan momentos sumamente conflictivos y tardan más que otras en afirmarse en la decisión de abortar. En estos casos, se trata de decisiones que surgen y se sostienen luego de atravesar múltiples vicisitudes que las hacen vacilar y que las involucran a ellas y también a las personas que las rodean. Algunas de ellas experimentan serias contradicciones en el plano ético y moral con respecto al aborto. Otras mujeres esperan con la expectativa de que los problemas de pareja se resuelvan o se toman cierto tiempo para evaluar si la pareja asumirá las responsabilidades asociadas a un rol paterno. Algunas entrevistadas deben atravesar miedos relacionados con los posibles riesgos de realizar un aborto en el segundo trimestre y algunas otras se enfrentan a profundas ambivalencias y dudas con respecto a la posibilidad futura de ser madres.

Se trata en estos casos de narraciones atravesadas por intensos momentos de confusión y parálisis que retrasan la decisión mientras el embarazo continúa avanzando. En una parte de los casos, las mujeres cuentan con personas cercanas (madre, padre, amigos/as, pareja, entre otros/as) que las acompañan, las ayudan

a sortear las contradicciones y a sostener el propio deseo. En otros casos, la decisión se complica aún más cuando las personas más cercanas fomentan el miedo y la culpa, las agreden o las dejan solas en esta situación.

El fuerte contexto histórico de estigmatización y criminalización social del aborto hace que algunas mujeres experimenten intensas contradicciones de tipo moral y ético que dificultan y retrasan la decisión:

A lo primero me costaba mucho asimilarlo. Yo pensaba, ¿cómo voy a hacer esto? Es una vida humana también. No tiene la culpa. Y a la vez también pensaba, ¿cómo lo voy a traer sabiendo que no tengo nada para darle? Sabiendo que lo voy a traer solamente para hacerlo sufrir, para pasar miseria en realidad. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación)

Otras mujeres dilatan la decisión de abortar a la espera de que se aclaren conflictos en la relación de pareja. En estos casos ellas condicionan la posibilidad de ser madres a contar con el acompañamiento y el apoyo del varón que participó de la concepción. Desde que conocen el embarazo y lo comentan con sus parejas, a su manera, ellas evalúan su relación de pareja y la actitud del varón:

Y bueno, decidí eso porque él no apareció en todo el viernes, no apareció en todo el sábado y no apareció en todo el domingo. Apareció recién el día lunes. Dije: ya está. (A-16, 32 años, 23 semanas de gestación)

Algunas mujeres experimentan formas de ambivalencia y confusión cuando desean tener un/a hijo/a, pero las circunstancias (económicas o de la pareja) cambian súbitamente. Una mujer —quien vive en un barrio periférico de una ciudad patagónica y es madre de 4 hijos/as— narra que hubiera continuado

el embarazo si no fuera porque se encontró ante la novedad de que su marido había sido despedido de su trabajo:

Y él se quedó sin trabajo y yo sin trabajo y la verdad que no... fue re-deprimente para nosotros que él se quedara sin trabajo, muy mal, muy tristes los dos [...] Así que bueno, ahí dije no [...] no tengo ninguna entrada económica y eso me llevó a hacer el último aborto, porque si no lo hubiera tenido, hubiera seguido. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación)

En algunos casos, como el de A-1, hay un deseo de tener un/a hijo/a que entra en contradicción con las circunstancias que rodean el embarazo. La nueva y precaria situación económica que enfrentan A-1 y su pareja ocasiona retrasos en la decisión que ella misma explica:

Demoré en llamar, no usé muy bien el tiempo [...] no, no llamé enseguida, porque como te digo estaba en el momento que era más sí, seguirlo [al embarazo], que no. Y no, empezaron a pasar los días y no, no, no, no [...] empecé a sentir que no. Ya viví una situación así con mis hijos, de no tener, de rebuscártela con la comida y todo [...] y es muy triste [se angustia, llora, le damos un vaso de agua y un pañuelo descartable, se repone y sigue hablando]. Perdón. Tenía cinco meses ya. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación)

Como A-1, otra entrevistada deseaba tener un/a hijo/a pero, una vez embarazada, las circunstancias hacen que decida abortar. A-4 había planificado tener un/a hijo/a con su pareja y por eso había dejado de utilizar pastillas anticonceptivas. En su relato se expresan ejemplarmente los estados de intensa confusión que enfrentan algunas mujeres que abortan en el segundo trimestre. A-4 tiene creencias religiosas y deseaba tener un/a hijo/a pero la novedad del embarazo profundiza los conflictos de la pareja y las situaciones de violencia que ella padecía de parte de su novio.

Como resultado de esta situación, ella experimenta el proceso de decidir abortar como enormes contradicciones que retrasan su decisión:

Siempre tuve esta contradicción en realidad, en todo el embarazo, quería y a la vez no quería, quería hacerlo y no quería hacerlo, sentía que esto me iba a venir bien [tener un/a hijo/a] [...] era algo que yo sentía, que era algo mío y que yo iba a tener el cargo de conciencia [...] de hacerlo, de abortarlo. Yo le decía a mi mamá, no lo puedo matar, es mi hijo. Pero mi mamá me decía, tampoco puede venir a sufrir. Y también lo pensás por ese lado, va a ser para que sufra. (A-4, 22 años, 18 semanas de gestación)

Sometida a graves situaciones de violencia psicológica por parte de su pareja, A-4 lidia además al menos con tres horizontes de conflicto al mismo tiempo: con el deseo que había proyectado tener un/a hijo/a (“sentía que esto me iba a venir bien [...] era algo que yo sentía, que era algo mío”); con la carga moral y religiosa que la arrastra a considerar que abortar sería “matar” a su “hijo”; y con la idea (apoyada por su madre) de que ser madre en este momento traería sufrimiento para ese futuro hijo/a. Panoramas subjetivos y objetivos extremadamente complejos como éste no son la excepción cuando se trata de abortos en el segundo trimestre. En estas situaciones de enorme exigencia social y subjetiva no es extraño que algunas mujeres demoren más que otras en decidir la interrupción de un embarazo.

Violencia machista y violencia sexual

De las veintitrés entrevistadas, diecinueve comentaron haber sido víctimas de distintas formas de violencia machista, ya sea psicológica, económica, física o sexual. Cinco de ellas mencionaron específicamente que la noticia del embarazo provocó si-

tuciones de violencia por parte de sus parejas o profundizó las actitudes agresivas hacia ellas (A-2, A-4, A-6, A-10, A-12). Una de las entrevistadas cuenta que su embarazo fue producto de una relación abusiva que incluyó violaciones reiteradas y un intento de asesinato (A-8). La lectura de las entrevistas en su conjunto nos orienta a afirmar que las situaciones de violencia que sufren las mujeres gestantes tienden a disminuir su capacidad para confirmar tempranamente los embarazos y para tomar decisiones rápidas y firmes sobre su no continuidad.

Es el caso de A-4 – citado en último término en el apartado anterior –, donde ella toma la decisión de interrumpir el embarazo tempranamente y contacta a las socorristas de Neuquén, pero luego vacila y retrasa la decisión porque su pareja quiere reconciliarse con ella:

[...] y estaba de siete u ocho semanas; dije ya está y me junté con las chicas [socorristas]. En ese momento estaba muy segura de hacerlo, estaba peleada con él. Volvió, me volvió a endulzar, se me alinearon los planetas, volvió a caer en lo mismo, que él iba a estar conmigo, me convenció de que sí, voy a estar con vos [...] estuvimos no sé si un mes y de vuelta la pelea y ya desde ahí, ya. Siempre por lo mismo [se refiere a episodios repetidos de violencia] [...] A las dieciocho [semanas] tomé la decisión. (A-4, 22 años, 18 semanas de gestación)

El relato de A-4 muestra que ella era vulnerable a los vaivenes y a la manipulación de su pareja violenta. Esa situación de sometimiento hace que ella demore la decisión de interrumpir el embarazo. Otras mujeres, también sometidas a formas de trato violento por parte de sus parejas, refieren situaciones de gran confusión cuando ellos pretenden imponer un aborto al enterarse del embarazo:

Yo pensaba en hacerlo, pero también pensaba en mí, en mi salud, en cómo voy a salir de eso, y él [decía] no, tenés que abortar, tenés que abortar. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación)

Empecé a recibir muchos mensajes, a recibir mucha violencia psicológica de parte de él: ese guacho no va a nacer, te lo voy a sacar por la boca hija de puta y cosas así. (A-6, 21 años, 14 semanas de gestación)

Cuando la voluntad del otro quiere imponerse y pretende arrastrar la de ellas, tomar una decisión propia puede convertirse en una tarea muy difícil. En otros casos, las mujeres buscan la compañía y comprensión de su pareja en el momento apremiante de la decisión y lo que reciben es culpabilización, indolencia y más violencia. Algo así le sucede a A-10, quien en otra parte de la entrevista dice haberse quedado “paralizada” ante el test positivo de embarazo porque “sabía” que su pareja “no lo iba a tomar bien”:

[...] yo me largué a llorar y le dije: ¿Qué [...] me vas a pegar ahora que sabés que estoy embarazada? [...] [Él contesta] [b]ueno a mí no me importa lo que a vos te pase [acentúa el vos] porque yo estoy mal. Entonces a mí no me importa, dice, si tenés que irte a hacer un análisis o algo, problema tuyo, porque yo estoy mal. Y yo me sentía re-mal y encima me sentía sola, lo sentía como que estaba en otra cosa, había empezado a salir casi todos los días con los amigos esos que tiene y volvía al otro día a las diez de la mañana y cosas así, no le podías decir nada porque se calentaba y empezaba a putear, no, no, un desastre. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

Atravesando una enorme cantidad de dudas que se suman al maltrato por parte de su pareja, la salida para A-10 es terminar con toda la situación que la tenía padeciendo de una sola vez:

[...] después ya agarró las cosas y se fue [...] y eso fue lo que me terminó así de confirmar toda la decisión [...] ahí dije: ¡No, basta, ya tengo que terminar con todo esto! ¿Me entendés? Ya no quería

nada de toda esa relación, ni el embarazo ni estar con él ni nada.
(A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

Para algunas de las entrevistadas, las dificultades que encuentran para salir del vínculo violento están estrechamente relacionadas con la demora en la decisión del aborto. Se trata de establecer un corte que no es sencillo para ellas.

A-8 es una mujer que vive en un pueblo de la Patagonia y trabaja como empleada en una pizzería. En su entrevista narra con detalles las idas y vueltas de una relación de pareja en la que era víctima de violencia extrema. Las amenazas, el maltrato verbal, las violaciones reiteradas y las agresiones físicas graves formaban parte de un paisaje cotidiano en el cual ella se sentía atrapada. Luego de un episodio donde su pareja intenta asesinarla, A-8 busca apoyos entre personas cercanas, realiza una denuncia penal, consigue una orden de alejamiento para él y logra terminar con la relación. Pasados varios meses en los cuales ella siente el alivio de haber logrado “sacárselo de encima”, comienza a sentir dolores abdominales que la hacen acudir a un servicio de salud. Para su absoluta sorpresa, allí confirma un embarazo de dieciocho semanas:

[...] nunca jamás! relacioné que toda esta situación de las... de una de las tantas veces que él [...] mmmm [...] abusó de mí, yo podría quedar embarazada. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación)

Con la incredulidad todavía a flor de piel, ella rápidamente decide que no continuará con el embarazo. En el centro médico donde se atiende le dicen que debe resignarse y tener un/a hijo/a en lugar de brindarle acceso expeditivo a un aborto legal, como correspondería por tratarse de un embarazo proveniente de una violación. Finalmente, A-8 logra contactar a las socorristas de su pueblo y ellas articulan toda una red de cuidado que hace posible el aborto. El servicio de Socorro Rosa responde a la firme voluntad y a los poderosos argumentos de ella:

[...] el cuerpo es mío —decía yo— y yo no puedo... eso surgió a través de una violación ¿qué clase de embarazo es? (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación)

Acceso al aborto en segundo trimestre. Una carrera de obstáculos contra el tiempo

Una vez que las mujeres toman la decisión de abortar, se enfrentan con un contexto socio-cultural en el cual el aborto está criminalizado, no es accesible en las excepciones contempladas por la ley y resulta, aún hoy, una práctica altamente estigmatizada. Más resistencias aún se encuentran cuando se trata del aborto en el segundo trimestre. Las entrevistas muestran que hay múltiples barreras y obstáculos para las mujeres que buscan acceder a un aborto —especialmente si ya se encuentran cursando esta etapa del embarazo—, lo que hace que la efectucción del procedimiento se retrase aún más.

Específicamente, es posible afirmar que una buena parte de las entrevistadas que ya han confirmado el embarazo y están decididas a interrumpirlo, no acceden rápida y fácilmente a información confiable ni a atención adecuada. Incluso en los casos correspondientes a las entrevistadas con mayores recursos económicos, culturales y sociales, las dificultades en el acceso a información certera y atención oportuna son múltiples. No es de extrañar entonces que las mujeres de menores recursos experimenten mayores dificultades aún.

Las situaciones narradas en las entrevistas son apremiantes porque el proceso del embarazo avanza inexorablemente y las protagonistas quieren saber si lo que les está sucediendo “tiene vuelta atrás”. Es decir, necesitan saber si pueden volver al estado en que estaban antes de embarazarse. Algunas de ellas se enfrentan, concretamente, a la posibilidad de que no haya “en dónde” ni “con quién” hacer un aborto a esa edad gestacional:

Se me cruzaban veinte mil cosas por la cabeza, porque yo decía bueno si no encuentro en dónde, con quién, que se yo, lo voy a tener que tener y bueno ¿qué hago? Lo tengo, lo doy en adopción, me lo quedo, no sabía, tenía ochocientos mil cosas en la cabeza. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

Tratándose de una práctica estigmatizada y criminalizada, la incertidumbre y la desesperación suelen dominar segmentos importantes de los relatos. En una buena parte de los casos, las mujeres concurren a instituciones de salud, pero sólo a veces encuentran allí a un/a profesional que las orientará a buscar el acompañamiento de las socorristas:

Fuimos a un solo médico que fue el que me dijo de cuántas semanas estaba. Me dijo que no, no tenía solución y que tenía que ir comprando los pañales. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación)

¡Ya está! [le dijo el médico] No podés hacer nada, tenés que tomártelo de la mejor manera porque ya el bebé está grandecito. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación)

Fui al Castro Rendón [Hospital Provincial] a ver a la ginecóloga y me dijo que ella no me podía ayudar, que tenía muchos meses ya, que tuviera cuidado, porque podía arriesgar mi vida. Pero, ahí fue cuando ella me las nombró a ustedes [a las socorristas]. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación)

[...] no sabés adónde ir, no sabés con quién hablar, ¿a quién le preguntas? No le podés preguntar a cualquier médico porque te pueden sacar cagando, te pueden denunciar. Tengo una amiga que es obstetra, que fue la que me hizo el contacto con las chicas [socorristas], pero hasta que llegué a mi amiga ya habían pasado varios días, por lo menos una semana. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

El tiempo pasa en el proceso de la búsqueda para acceder al aborto hasta que, finalmente — a través de una amiga, de publicaciones callejeras, por internet, o a través de profesionales médicos que las “derivan” — las mujeres se encuentran con las Socorristas en Red. Como se puede ver en el segmento anteriormente citado y en el próximo, el tiempo avanza y la “desesperación” crece mientras ellas se dedican a la búsqueda de información y atención, a la persecución de múltiples pistas y a la recuperación de viejos contactos:

[...] [anteriormente] había hecho un aborto con una médica [...] entonces traté de buscarla [...] hasta que iba, la buscaba, iba al otro día y la buscaba y me fue comiendo el tiempo. Empecé a desesperarme porque ya había pasado mucho tiempo y no quería tener este bebé. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación)

Hemos registrado que dos entrevistadas de la ciudad de Córdoba, buscando acceder a un aborto por fuera del sistema de salud, se encontraron con grupos antiderechos que se articulan para atemorizar y para persuadir a las mujeres que desean abortar para que continúen con embarazos, actuando también como un factor de dilación:

[...] encontré en el diario una cosa que decía: si necesitás ayuda... embarazos indeseados, si necesitás ayuda al número. Y fui [...] fue el encuentro más loco que tuve en mi vida. [...] me empezaron a hacer una ficha [...] me preguntaron a dónde había sido el otro aborto [...]. Pusieron la peli y apenas empezó la música yo ya [...] yo ya sabía todo. Un video más morboso, pero ¡morboso, morboso, morboso! (C-4, 18 años, 17 semanas de gestación)

También caí en una red [...] un teléfono que sale publicado en el diario, que está en internet, de una red de no sé, el opus dei será, no sé [...]. Salí huyendo [...]. Entonces me quedaba la sonda o resignar-

me y tener un hijo más, que no quería. [...] fui a todas las clínicas, iba a las clínicas, a los consultorios, llamé a todos los consultorios de todos los barrios. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación)

La criminalización, el estigma social, tanto como la falta de información y de servicios de salud dispuestos a atender estos casos hacen que algunas mujeres intenten prácticas poco confiables y/o claramente inseguras para abortar antes de lograr entrar en contacto con las socorristas. Estas prácticas también llevan a innecesarias demoras de la interrupción efectiva y segura del embarazo:

Pasaron catorce semanas, ¿por qué? Porque yo empiezo a trabajar en el [mercado] Concentrador, entonces al hacer fuerza y todo, yo dije bueno, listo: ¡ssshuki! ¡se va! [hace un ademán con las dos manos como dibujando una expulsión]. Pero no. (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación)

[...] los dos primeros meses que me hacía té de orégano bien cargado, porque me habían dicho que el orégano, había leído que el orégano era abortivo, el tilo, la ruda. Tomé de todo. Hasta que un día le digo a mi mamá, mirá, para mí, no sé si esto va a funcionar. (A-4, 22 años, 18 semanas de gestación)

Resulta que él [su pareja] después habló con [...] un curandero, y le consultó nuestra situación, de que yo estaba embarazada, estaba de tantas semanas, y que si él podía hacer [...] algún trabajito o algo para poder hacérmelo perder [...] y supuestamente me mandó un par de [...] de recetas, qué sé yo, que tomara un té de no me acuerdo qué hoja todas las noches [...] yo estaba totalmente esperanzada de que [...] de que este señor [...] pudiera hacer su trabajo y [...] y no, fueron pasando las semanas y no pasó nada. (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación)

Otras mujeres encuentran información acerca del aborto con medicamentos por fuera del dispositivo de las Socorristas en Red, pero —especialmente cuando se trata de mujeres de escasos recursos— se topan con dificultades para hacerse del dinero suficiente para comprar los medicamentos y, en ese transcurso, también va “pasando el tiempo”:

[...] lo que pasa es que se me empezó a complicar con el trabajo y por ahí las pastillas eran un poco caras también y no podía nunca, no llegaba nunca a juntar la plata para poder comprarlas [...] siempre estaba esperando o bueno la otra semana, la otra semana y así se me fue pasando el tiempo. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación)

[...] pero como yo no tenía trabajo [...] y estaba buscando el medio para agarrar y sacar el dinero para poder comprar las pastillas, porque el tipo me pedía como mil pesos [...] entonces como que no es muy fácil conseguir mil pesos [se ríe tímidamente]... y por eso es como que tardé en recaudar el dinero para ir a comprar la pastilla. (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación)

Una vez que acceden a la medicación, algunas de las mujeres no están aún en contacto con las socorristas y no tienen información correcta sobre el modo de uso y la posología adecuada por lo que sus intentos son fallidos (A-12, B-1, C-3):

Las tomé, pero debe ser que todo lo hice mal. Las tomé mal o algo así [...] Bueno, no pasaba nada, después me tomé dos, me tomé casi una caja, casi una caja y no me sirvieron de nada. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación)

En otros casos el aborto se demora porque el tratamiento medicamentoso no funciona por distintas razones y ellas deben repetirlo más de una vez (A-11, C-2).

Las socorristas y el alivio de encontrar una solución

Como mostramos hasta aquí, muchas y muy complejas son las circunstancias que hacen que las mujeres decidan abortar y necesiten acceder a la práctica en el segundo trimestre de embarazo. En cada una de las entrevistas la temporalidad narrativa tiene un espesor y una densidad que no puede contenerse en el dato objetivo de la cantidad de semanas de embarazo. Formas de urgencia, de determinación, de desesperación, de incertidumbre, de duda y de negación se enredan en los relatos con las situaciones de violencia que viven algunas de las entrevistadas y con los retrasos impuestos por la falta de información y atención adecuada que imponen la estigmatización y la criminalización.

Los resultados de esta investigación muestran que el aborto en el segundo trimestre del embarazo es una necesidad que no está siendo atendida de manera adecuada por los servicios de salud en Argentina. En sintonía con la literatura especializada (Grossman, 2016), el análisis de las entrevistas corrobora que — por distintos motivos que traman lo fisiológico con circunstancias personales y sociales — muchas mujeres confirman sus embarazos de manera tardía.

Ante la novedad, solo algunas mujeres pueden tomar decisiones expeditivas y tienen recursos (económicos, culturales, sociales, subjetivos) suficientes para proceder rápidamente a la búsqueda de servicios de aborto en un contexto criminalizador. Para otras mujeres, la decisión es un proceso más difícil y que lleva más tiempo. Algunas gestantes, por sus convicciones religiosas o morales, deben atravesar profundas contradicciones antes de tomar una decisión. Otras mujeres experimentan intensas ambivalencias con respecto a la posibilidad futura de ser madres y a las consecuencias sociales que la maternidad traerá consigo. También hay mujeres que necesitan tiempo para evaluar tanto su situación de pareja como la disposición del varón para asumir o no las responsabilidades asociadas al rol paterno. Especialmente,

las mujeres que sufren distintos tipos de violencia por parte de sus parejas y/o cuyos embarazos provienen de una violación se encuentran en posiciones más precarias para confirmar tempranamente un embarazo y sostener una decisión propia. En suma, el análisis de las entrevistas revela que la decisión de abortar puede ser un proceso que lleva cierto tiempo, especialmente para mujeres en posiciones de mayor vulnerabilidad social y/o que son víctimas de violencia machista.

La lectura de las entrevistas permite asimismo afirmar que la criminalización y estigmatización del aborto produce preocupantes demoras que retrasan la decisión y la efectucción de abortos tempranos. El estigma asociado con el aborto y el miedo a sus consecuencias en un contexto criminalizador, así como la dificultad en el acceso al medicamento, la falta de información confiable y la insuficiente oferta de atención médica respetuosa hacen que las mujeres se vean expuestas a prácticas potencialmente peligrosas para su salud y que retrasen tanto las decisiones como la efectucción de la práctica de interrupción del embarazo.

En este contexto social, el servicio de Socorro Rosa está orientado, ante todo, a responder a las necesidades de las mujeres que necesitan acceso a abortos seguros, también en el segundo trimestre de embarazo. Para todas las entrevistadas de esta investigación llega cierto sosiego cuando se encuentran con las socorristas, luego de atravesar más o menos dificultades hasta tomar la decisión y contactarlas. En ese encuentro las mujeres descubren que “hay una solución”. Alguien les dice que pueden acceder a un aborto seguro con medicamentos, que no es inexorable el proceso de gestación que está teniendo lugar en sus cuerpos y que no necesitan aceptarlo como una condena si no lo desean. Las mujeres reciben una escucha atenta a sus necesidades y a sus deseos que no juzga las razones por las cuales llegaron al segundo trimestre de embarazo. La palabra y el afecto clave de este momento de las entrevistas es, sin dudas, el “alivio”:

Iba re contenta y llena de preocupaciones, por un lado; pero por otro iba, ya iba re aliviada. Me sentía aliviada de saber que iba a poder tener solución. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación)

Alivio porque cuando nos juntamos a hablar me dieron el gran alivio de decir que en poco tiempo iba a salir de eso. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación)

[...] un momento antes de que ellas me dijeran que se podía y todo yo pensé que no se iba a poder, por la cantidad de tiempo y cuando me dijeron que sí se podía, sí, sentí como un alivio por eso. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación)

Referencias

- Asociación Por Los Derechos Civiles. (2013). "Aborto no punible. El fallo F., A.L. s/ medida autosatisfactiva". *¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?* Consultado en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39269.pdf>
- . (2015). *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación-Marzo de 2015*. Consultado en: <http://www.adc.org.ar/wp-content/uploads/2015/03/Acceso-al-aborto-no-punible-Marzo-2015.pdf>
- Baum, S., Depiñeres, T. y Grossman, D. (2014). "Acceptability and clinical outcomes of first-and second-trimester surgical abortion by suction aspiration in Colombia". *Contraception*, 90 (3), 242-248. DOI: 10.1016/j.contraception.2014.05.002.
- Depiñeres, T., Baum, S. y Grossman, D. (2015). "Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first-and second-trimester abortion". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131 (3), pp. 285-288. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.06.036.
- Chaneton, J. y Vacarezza, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Editorial Marea.

- Comendant, R. y Berer, M. (2008). "Second Trimester Abortion: Women's Health and Public Policy". *Reproductive Health Matters*, 16 (31 sup), 1-2. DOI: 10.1016/S0968-8080(08)31390-1.
- Gebruers, C. y Gherardi, N. (2015). "El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L.". *Documentos REDAAS*, 2, pp. 1-35. Consultado en: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/792>.
- Grossman, D. (agosto, 2014). "La práctica del aborto en el segundo trimestre". En *Cuarta Conferencia Regional de CLACAI. Reafirmando el legado de Cairo: Aborto legal y seguro*. CLACAI, Lima, Perú. Consultado en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/598>.
- . (2016). "El aborto en el segundo trimestre". *Documentos REDAAS*, 5, 1-9. Consultado en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/834>.
- Harries, J. et al. (2007). "Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa". *Reproductive Health*, 4 (7), 1-8. DOI: 10.1186/1742-4755-4-7.
- Harris, L. H. (2008). "Second trimester abortion provision: breaking the silence and changing the discourse". *Reproductive Health Matters*, 16 (31 sup), 74-81. DOI: 10.1016/S0968-8080(08)31396-2.
- Harris, L. H. y Grossman, D. (2011). "Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115 (1), 77-79. DOI: 10.1016/j.ijgo.2011.05.018.
- Mario, S. y Pantelides, E. A. (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina". *Notas de Población*, 87, pp. 95-120. Consultado en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP87Mario.pdf>.
- Messina, A. (agosto, 2014). "Apuntes sobre el proceso de atención del aborto en el segundo trimestre". En *Cuarta Conferencia Regional de CLACAI. Reafirmando el legado de Cairo: Aborto legal y seguro*, CLACAI, Lima, Perú. Consultado en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/599>.

- Zurbriggen, R. Trpin, M. y Grosso, B. (2013). "Decidir abortar, decidir acompañar. Socorro Rosa: un servicio de prácticas y experiencias feministas" En R. Zurbriggen y C. Anzorena (comps.). *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Buenos Aires: Herramienta, pp. 303-320.
- . (2014). "La gesta del aborto propio". En M. Bellucci, *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual, pp. 397-450.

ADAS, un camino para renovar la fortaleza emocional después de un aborto voluntario*

Olivia Ortíz Ramírez**

Introducción

El acompañamiento emocional post aborto ha sido excluido del proceso de atención y desestimado en la literatura sobre el tema así como por los movimientos de Derechos Sexuales y Reproductivos. La fuerza argumentativa consolidada en el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo no está presente en el post aborto. Al contrario. En el post aborto prevalece un techo argumentativo asociado al dolor y el sufrimiento que hoy la evidencia confirma está fuertemente asociada tanto a determinantes sociales como al estigma construido en torno al aborto. Todo esto ha dificultado apreciar una perspectiva afirmativa que reconozca los aspectos benéficos del aborto voluntario y permita participar de un proceso reflexivo.

El acompañamiento feminista post aborto proporcionado por la intervención Acompañamiento Después de un Aborto Seguro (ADAS)¹ plantea una metodología que aporta en la comprensión,

* Agradecimiento especial a las mujeres que buscaron compartir sus emociones, sentimientos y reflexiones en ADAS (Acompañamiento Después de un Aborto Seguro).

¹ El acrónimo surgió en 2006, cuando se presentó la propuesta en un foro en Estados Unidos, antes de la despenalización del aborto en la Ciudad de México.

manejo e integración de la experiencia de las mujeres como una decisión sustentada en su autonomía. También aporta conocimiento y evidencia respecto de la dimensión emocional de las mujeres que eligen un aborto que permite brindar una atención integral al proceso de aborto. En este artículo se abordan los aspectos más relevantes identificados en el transcurso de más de doce años de desarrollo de la experiencia emocional en el aborto, documentada, sistematizada y analizada por ADAS. Las preguntas planteadas son: ¿qué ha llevado a dejar de lado la parte emocional en el post aborto?, ¿cuáles son los beneficios de atenderla?, ¿qué ha aportado ADAS al estudio del post aborto? y ¿de qué manera el acompañamiento feminista potencia la construcción de autonomía de las mujeres posterior al aborto?

¿Qué ha llevado a dejar de lado la parte emocional en el post aborto?

La experiencia emocional relacionada con el aborto ha representado un reto para la investigación aun en países donde el aborto es legal y se cuenta con servicios de aborto (Astbury-Ward, 2008). Algunos estudios plantean que, en general, es muy difícil llevar a cabo sondeos científicamente rigurosos sobre las emociones, la psicología y la psiquiatría. En el campo del aborto se suman otras dificultades particulares: las mujeres que lo eligen no pueden ser sometidas éticamente a preguntas interminables sobre cómo se sienten; intentar cumplir con un diseño caracterizado por una muestra aleatoria (el 'estándar de oro') pone en riesgo bases éticas importantes con el saber de que el apoyo emocional sí tiene un impacto positivo en las vidas de quienes experimentan el aborto. Asimismo, son imposibles las evaluaciones de referencia antes del embarazo y las participantes tienden a ser resistentes al seguimiento (Rowlands, 2008). Por otro lado, el estigma asociado al aborto limita la disposición de la mujer a reconocerlo (Astbury-Ward, 2008).

Estudios realizados en México previo a la despenalización del aborto refieren que, una vez confirmado el éxito del procedimiento, las mujeres ocultaban su experiencia de aborto (Lafaurie *et al.*, 2005), reacción entendible porque ellas preferían evitar pensar en éste (Lara *et al.*, 2006) y, de este modo, lo dejaban pasar y lo silenciaban. Una revisión de la producción científica realizada en América Latina entre 2009 y 2014 expuso el déficit de conocimiento sobre diversos aspectos en la investigación sobre aborto en varios países de la región, entre ellos lo relacionado con los efectos en la salud mental y la vivencia psicológica de la mujer (López, 2015). El silencio y el aislamiento de las mujeres han limitado el acceso a este conocimiento; así como la ilegalidad, la clandestinidad y diversos factores claramente identificados. También señala que la vivencia psicológica de la mujer frente al aborto no es uniforme y mantiene una relación con las características personales, de los eventos relacionados con el embarazo y de las circunstancias en las que tuvo lugar el aborto. Estas evidencias han mostrado que el aborto voluntario no siempre remite a una expresión negativa de la experiencia y que es posible generar evidencia para recuperar y destacar los efectos positivos o benéficos del aborto, y no para reforzar los negativos.

La idea de que la experiencia emocional asociada al aborto es espontáneamente negativa ha sido excesivamente difundida por fines políticos de grupos opositores al derecho a decidir de las mujeres sobre su cuerpo, no obstante, la relación entre aborto y afectaciones a la salud mental de las mujeres ha sido ampliamente estudiada durante más de 30 años en países donde se realiza de manera legal. Las aportaciones de la literatura mundial han advertido de los sesgos y deficiencias metodológicas de los estudios que plantean esta relación en la salud física, emocional y mental de las mujeres, y han demostrado que son insostenibles sus argumentos, descartando así las supuestas evidencias y, con esto, la existencia del “síndrome post aborto” (Robinson *et al.*, 2009). Otra serie de investigaciones concluye que la interrupción

legal y voluntaria del embarazo rara vez tiene consecuencias psicológicas negativas inmediatas o duraderas en mujeres sanas, incluyendo a las adolescentes (Fine-Davis, 2007), que la condición previa de salud mental y emocional es la influencia más fuerte y determinante para que después de un aborto la mujer presente afectaciones en su estado emocional o mental, y no la experiencia del aborto en sí misma (Munk-Olsen, Munk y Pedersen, 2011; Russo, 2014). Las consecuencias negativas en la salud mental parecen estar más relacionadas con otros factores, como diversas adversidades en la infancia, mala condición económica, abuso psicológico o maltrato a la madre; experiencias desfavorables con la pareja (en particular la coerción reproductiva); contexto de la pareja (duración, seriedad y cuán íntima se perciba la pareja); deseo del embarazo futuro y sentimientos respecto del estigma del aborto (Steinberg *et al.*, 2016). De igual manera, ha sido señalado que las circunstancias, condiciones, conductas y otros factores relacionados con los problemas de salud mental son similares para las mujeres después de un aborto que para las mujeres después de un parto (Guttmacher Advisory, 2011).

En cambio, la relación entre estigma y aborto, que está siendo ampliamente estudiada en México y el resto del mundo, constata que se ha configurado socialmente una identidad negativa hacia las mujeres que abortan. Tanto en contextos legales como restrictivos se ha demostrado que el estigma en torno al aborto y no el aborto en sí, puede tener consecuencias negativas para la salud mental (Le Tourneau, 2016). Hay evidencia de que, a mayor percepción del estigma, mayor posibilidad de tener una visión negativa del evento (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009; Rocca *et al.*, 2015). La autoestigmatización debida al aborto predice un aumento de la angustia y ansiedad, incluida la vergüenza interiorizada y el aislamiento deliberado de otras personas. El silencio sobre la decisión y la experiencia de aborto parece limitarse cada vez más hacia las personas cuya relación consideran las mujeres que podría verse afectada de tener conocimiento del aborto (Moreno *et*

al., 2019; Cedeño *et al.*, 2019). Esta evidencia ha inspirado diversas intervenciones individuales y colectivas que están contribuyendo a cambiar la percepción pública y privada del aborto voluntario² (Belfrage, Ortíz y Sorhaindo, 2019). Por tanto, el reconocimiento y la expresión del aborto voluntario están ampliándose. Las 2345 historias compartidas en la plataforma focos³ tal vez no representan la totalidad de las más de 212 mil mujeres que han recurrido al programa de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México desde 2007.⁴ No obstante, las mujeres están dejando de lado el estigma y hablando más sobre su experiencia de aborto y muchas lo están haciendo de manera afirmativa.

De tal modo, aunque para la mayoría de las personas sea difícil imaginar una asociación entre aborto y bienestar emocional y mental, o aborto y protección emocional, para otro grupo de personas ya representa una condición que se aplica a muchas mujeres que han accedido a una interrupción voluntaria, legal y segura del embarazo. Hoy sabemos que el dolor asociado invariablemente con la interrupción legal del embarazo en gran medida es un dolor construido por el estigma hacia el aborto.

Revalorando la aportación de las emociones en el aborto

Las emociones se han considerado durante mucho tiempo como secundarias. Diversos análisis feministas siguen debatiendo las

² Por ejemplo: Video “Era yo otra vez” (Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C. La Sandía Digital. 2015) Disponible en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=GemEK6jYIkA>; “Plataforma Focos, 2016”; Círculos de reflexión para mujeres que han tenido un aborto voluntario, una colaboración entre Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C., la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos (Ddeser) y ADAS, realizados en 2017 y 2018 en seis estados del país.

³ Consultado en: <https://focos.org.mx/focos/>

⁴ Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>

posturas teóricas que han destacado una dimensión de género en que lo femenino, asociado a lo corpóreo y emocional, se devalúa frente a la razón y objetividad atribuidas a la masculinidad (Bellón, 2006). El estudio social de las emociones, combinado con perspectivas de análisis feministas, ha propuesto distanciarse de esta postura dicotómica mente/cuerpo, razón/emoción y considerar que la racionalidad, la emocionalidad y la corporalidad se hallan imbricadas y son concebidas como construcciones sociales que permiten conocer y entender diversas realidades y, a partir de ahí, generar conocimiento (Cornejo, 2016).

El feminismo ha demostrado que las diferentes formas de entender y vivir las emociones y los sentimientos en distintas sociedades o grupos sociales están mediadas por las relaciones de poder:

Las emociones no son algo dado sino que son maneras de valoración general sobre el mundo y las relaciones sociales. Al margen de que la capacidad emocional humana sea universal, sentimos en unas determinadas coordenadas sociales, políticas y económicas, y las emociones sirven para canalizar dilemas, conflictos, tensiones, como todo lo relativo a la sostenibilidad de la vida. (Esteban y Otxoa, 2010)

Por su parte, los estudios de género han mostrado que los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales que aluden a características culturales y psicológicas asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. Por medio de tal asignación, a través de los recursos de la socialización temprana, unas y otros incorporan ciertas pautas de configuración psíquica y social que hacen posibles la femineidad y la masculinidad: para los varones, el poder racional y poder económico; para las mujeres, el poder de los afectos (Burin, 1996; Távora, 2005). Esto ayudaría a comprender la herencia que ha influido

para que las mujeres vivan sus emociones de cierta manera, se les reste importancia y, con frecuencia, sean desatendidas. Es decir, reciban el mismo trato que esta socialización dispone para las mujeres: menospreciadas e invisibilizadas.

El estudio social de las emociones realizado por los feministas académicos aporta reflexiones interesantes para comprender sus formas de abordaje y que el sentir individual puede ser visto como asunto social (Moraña, 2012, citado en Cornejo, 2016):

‘el giro afectivo’ permitiría iluminar bajo una nueva luz aspectos de la relación entre lo social y lo subjetivo que de otro modo escaparían a nuestra percepción (p. 317) [...] el análisis feminista de las emociones señala el poder y los intereses que sirven al trabajo normativo sobre las emociones y demuestra lo potencial de éste (p. 107).

Por tanto, el bagaje de emociones, sentimientos y reflexiones que expresan las mujeres durante el proceso embarazo-aborto, si bien da cuenta de una experiencia individual, también puede ser visto como una experiencia social en la que las emociones se convierten en una categoría de análisis que permite generar conocimiento. Esto recoloca el estudio de la dimensión emocional y considera el registro de experiencias benéficas del aborto como narrativas alternas que podrían proporcionarse a quienes pasan por una interrupción voluntaria del embarazo. De esta manera, las emociones de las mujeres traspasan el ámbito doméstico al que han sido tradicionalmente compelidas y se convierten en un recurso que plantea un diálogo con perspectivas afirmativas sobre el aborto. Esto favorece directamente su salud emocional y mental que tan violentada ha sido al hablar de aborto. En este contexto, las mujeres que participan del proceso embarazo-aborto, y la sociedad en general, tendrían que saber que es absolutamente válida la perspectiva positiva y benéfica del aborto y que hablar de aborto voluntario significa hablar también de bienestar en, y para, la vida de las mujeres.

Una vez dicho esto, y si bien no es posible plantear generalizaciones acerca de cómo se sentirán las mujeres, las emociones y los sentimientos que se expresan en el post aborto pueden entenderse como un acto político (López, 2014) que, al activar y transformar a algunas mujeres, puede hacerlo con muchas más.

¿Cuáles son los beneficios del acompañamiento a mujeres en situación de aborto?

Es indudable que las organizaciones civiles que durante décadas orientaron sus esfuerzos a la ejecución de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de El Cairo, 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Beijing, 1995, condujeron a la despenalización del aborto en 2007 en el entonces Distrito Federal.

A lo largo de 12 años de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, el acompañamiento feminista a mujeres se ha convertido en una herramienta de enorme utilidad para las personas relacionadas con el aborto voluntario en México. Al siguiente día de la aprobación de la ley, el servicio estuvo disponible en 14 hospitales que comenzaron a recibir a mujeres residentes del Distrito Federal y de otros estados (Flores y Amuchástegui, 2012). No obstante, la sociedad en general y las mujeres en particular, además de confianza y credibilidad en la ley recién aprobada, necesitaron información para acceder a la ILE.⁵ La despenalización permitió la expresión abierta de una necesidad urgente y demandó un servicio inexistente que requería atención, pero ni el rechazo ni la condena social cambiarían de un día para otro (Lamas, 2014).

⁵ Después de las reformas al artículo 144 del Código Penal para el DF se define el aborto como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación, y la ILE, como la interrupción legal del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación.

En este contexto, el apoyo social se convirtió en recurso de gran valía. Las *redes sociales* (Castro y Erviti, 2003) o redes de apoyo, representadas por las personas cercanas a la mujer (familia, amistades, pareja), e incluso por las personas de las organizaciones de la sociedad civil, fueron y han sido fundamentales en su acceso al servicio desde hace mucho tiempo.

Hay evidencia que demuestra que la presencia de redes de apoyo en torno a la vida de las mujeres ha facilitado la resolución de conflictos, por ejemplo, al recibir atención ante la violencia de pareja (Colectivo de Mujeres de Boston, 2000). A los hallazgos de estudios relacionados con la vinculación entre la disponibilidad del apoyo social y la forma en la que las personas manejan su enfermedad, registrados en la literatura internacional (documentados por Cobb, 1976; Casel, 1976; Castro *et al.*, 1997; Ell, 1996; House *et al.*, 1988a; Thoits, 1985, y citados en Castro y Erviti, 2003), se han sumado los que confirman los beneficios del apoyo social en mujeres que abortan. Castro y Erviti (2003), en un estudio con mujeres con aborto hospitalario, plantean que “las redes sociales se asocian directamente con el tipo de manejo que hacen las mujeres sobre sus propios procesos de aborto”. Estudios en la región de América Latina (López, 2015) han identificado que los recursos sociales y familiares durante el proceso de aborto tienen un peso diferencial y pueden convertirse en factores protectores, por ejemplo, favoreciendo el acceso a la información sobre el aborto, acompañando en las rutas de acceso al método y brindando apoyo emocional o económico. De ahí que las diversas propuestas de acompañamiento feminista que se han desarrollado se agreguen a este campo de opciones y recursos que han ocupado un lugar fundamental, tanto para el acceso a los servicios de ILE, como para fortalecer la confianza de las mujeres para ejercer su derecho y su libertad a interrumpir

un embarazo⁶ (López, 2015), así como para cambiar el silencio por la expresión abierta sobre el aborto y como una estrategia que valida su decisión (Díaz, 2014).

El acompañamiento feminista para el acceso a un aborto legal se remonta a las luchas de activistas y organizaciones civiles para lograr el acceso a interrumpir un embarazo en los casos de violación. Hay registros de estos acompañamientos entre los que se cuentan, desde 2004, la Red por los Derechos sexuales y Reproductivos en México (ddeser) en colaboración con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), que acompañan a las mujeres durante todo el proceso de denuncia y atención en los servicios de la Secretaría de Salud (Román, 2013); Cipaac, que es una propuesta de atención médica a mujeres en situación de aborto incompleto desde 1993 en la Ciudad de México (Mejía, 2017) y, desde el año 2000 en Guanajuato, Las Libres, con una propuesta integral que brinda acompañamiento, defensa de los derechos humanos y acceso a la justicia.⁷ Todas han generado amplia experiencia y se han sumado a la discusión pública nacional sobre el tema.

Desde 2007 que se inició el programa de ILE, se han conformado muchos tipos de acompañamiento⁸ a mujeres en situación

⁶ Sin desestimar el trabajo que se está haciendo y lo que se ha logrado, todavía hay muchos problemas por resolver, pues a pesar de existir como procedimiento legal, en muchas condiciones las mujeres aún enfrentan marginación, malos tratos o barreras diversas para acceder a servicios de ILE. Los retos continúan como puede apreciarse en: Singer, E. O. (2017). From reproductive rights to responsabilization: Fashioning liberal subjects in Mexico City's new public sector abortion program. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(4), pp. 445-463.

⁷ Consultado en: <http://www.laslibres.org.mx/>

⁸ En toda la región de América Latina se han desarrollado diversas guías en los últimos años, sin embargo no todas se mantienen vigentes y en muchos casos carecen de los créditos correspondientes, como la realizada por la iniciativa de jóvenes llamada "Decidir". El trabajo que cito a continuación recupera detalladamente las características del acompañamiento feminista: Guerra, N. (2019). *El acompañamiento feminista durante el proceso de aborto*. (Tesis de maestría). Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

de aborto⁹ (Ortíz, 2012; Hernández, Taxis, Rioja, 2013; Las Libres, 2014) los cuales se han mantenido como práctica viva que se ha ido transformando y enriqueciendo. Así, las mujeres pueden recibir un acompañamiento presencial, telefónico, virtual o combinado (incluyendo redes sociales por internet). Pueden recibirlo desde el momento en que confirman el embarazo o pedir solamente apoyo para tener acceso al servicio médico o al medicamento; o que alguien las acompañe físicamente o de manera virtual durante todo el proceso, o sólo que esté con ellas en el servicio donde se realizará el procedimiento clínico; o quizá sólo llamen al término y busquen a alguien con quien hablar sobre su sentir. A partir de un conjunto de técnicas, herramientas y un marco teórico apegado a la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, el acompañamiento feminista es una intervención que actúa en diversos niveles respecto de las necesidades de la mujer contribuyendo a desarticular la visión del aborto como problema que ha prevalecido y validándolo como un genuino tema de salud de la mujer.

Acompañamiento integral

A lo largo de estos años se ha organizado el acompañamiento en tres momentos relacionados con la atención médica del aborto: antes, durante y después. Parece que ha continuado la inercia que coloca la práctica médica en un lugar central que tendría que ser reevaluado en tanto que la interrupción del embarazo se ha consolidado como un derecho de las mujeres que las visibiliza como seres libres y autónomos y las coloca en el centro de la intervención.

⁹ Entendiendo por situación de aborto el contexto de una mujer cuando toma la decisión de interrumpir un embarazo y aquellas circunstancias (físicas, emocionales, personales, económicas, sociales) que confluyen.

A partir de la práctica del acompañamiento post aborto se ha propuesto aplicar una perspectiva integral y considerar estos tres momentos (antes, durante y después), que son igualmente importantes, como un *continuum*.¹⁰ Por este motivo se ha considerado más apropiado utilizar el término *situación embarazo-aborto*, enfatizando que representa un proceso complejo, ya que en él confluyen muchos aspectos que se enlazan entre sí, algunos preexistentes al embarazo, otros que se detonan a partir de que la mujer lo reconoce como embarazo no intencionado, y otros que se presentan al final o después del procedimiento. Todos llaman la atención de la mujer en un corto periodo. Acotar el aborto al momento concreto en el que, por cualquier medio, la mujer detiene el embarazo, la anula, elimina la complejidad que acompaña el proceso y lo reduce sólo a un procedimiento clínico.

Acompañamiento post aborto

Existen pocos trabajos que refieran el acompañamiento o consejería en el post aborto. Según fue expuesto durante la reunión anual de la NAF en 2007¹¹ realizada en Boston, Massachusetts, al presentar resultados sobre el estudio piloto Emotional Prophylaxis for Abortion Patients, esto ha sido así por no considerarlo necesario. No obstante, el mismo estudio, en su exploración con 22 mujeres concluyó que la intervención post aborto es un recurso que protege la salud emocional de las mujeres, es útil para abordar el

¹⁰ La legalidad del contexto influye en el énfasis que reciban estas etapas. En un contexto restrictivo es probable que los esfuerzos se focalicen en la etapa inicial para garantizar el acceso a un servicio seguro.

¹¹ National Abortion Federation's Annual Meeting; April 23, 2007. Resumen de trabajos presentados disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/564707_4

estigma e informar sobre servicios disponibles de apoyo, y como refuerzo de la importancia sobre tomar decisiones en la vida reproductiva (Littman, Zarcadoolas, Jacobs, 2009). En México, sólo en los años recientes se está considerando necesario. En el contexto social y cultural que se vive en México (y gran parte de América Latina), posponer su atención significa ser partícipe de una cultura de género que enaltece la maternidad y estigmatiza a las mujeres por abortar; que “cultiva” en las mujeres el mandato del cuidado y entrega a los otros; que proporciona deficiente educación emocional para las mujeres al inculcar actitudes pasivas, dependientes y de desaprobación de sí mismas cuando aspiran a la autonomía y se alejan de reproducir por inercia el mandato de la maternidad; y que considera el dolor y la culpa como las únicas reacciones posibles después del aborto.

El post aborto es una etapa en la que las mujeres comienzan a evaluar la experiencia en conjunto, desde el inicio. Es necesario distinguir entre el acompañamiento emocional post aborto inmediato y el tardío. El primero se realiza generalmente en el periodo que va entre la confirmación de la interrupción y el transcurso de las semanas o nueve meses siguientes. El segundo, después de ese periodo, incluso años o décadas después. Esto evidencia la complejidad del proceso que se abre en la vida de algunas mujeres. Y el efecto que el estigma ha generado orillando a las mujeres a sostener silencios tan prolongados.

Con frecuencia, la necesidad de una atención emocional se presenta luego de que las mujeres han librado la preocupación por el tipo de procedimiento. Entonces pueden reconocer o sentirse dispuestas a atender algún malestar emocional (confusión, ambivalencia, culpa, enojo, arrepentimiento), o bien, descubrirse sorprendidas de experimentar alivio y bienestar, y considerar que esto podría ser una reacción pasajera. En la práctica de ADAS, éstos son los dos principales motivos por los que se han acercado las mujeres y cuyos acompañamientos han generado las reflexiones aquí expuestas.

Intervención ADAS

Un estudio cualitativo realizado en México, Colombia, Ecuador y Perú (Lafaurie *et al.*, 2005) entrevistó un mes después del procedimiento a mujeres que interrumpieron su embarazo con misoprostol. Se observó que el diálogo propició que hablaran abiertamente de la experiencia y expresaran libremente sus emociones, al tiempo que les permitió organizar su proceso y ratificar su decisión con una firmeza renovada. Un mes después había alivio y confianza. La disposición de un espacio para la escucha y expresión en el post aborto había posibilitado pasar del silencio a la vasta expresión de la experiencia.

De este modo inicia ADAS, una intervención profesional con un marco de referencia dispuesto para abrir un espacio de expresión que trascienda el silencio, no sólo hacia los demás, sino hacia sí mismas, a la par de facilitar un proceso de clarificación del dilema de la situación embarazo-aborto y, con el consentimiento de las mujeres, registrar y sistematizar las narraciones de su experiencia.

Desde abril de 2007 ADAS ha brindado acompañamientos a más de 150 mujeres en diversos momentos del *continuum* de la situación embarazo-aborto y hasta concluido el procedimiento clínico; ha realizado 70 procesos completos¹² de post aborto (inmediatos y/o tardío) y ha obtenido el consentimiento de 56 casos para su análisis hasta junio 2019.¹³ Ha registrado la necesidad de muchas mujeres

¹² Un proceso completo es aquél en el que la mujer clarifica los diversos aspectos que participaron en la toma de decisión, encuentra elementos para resignificar la experiencia y se siente tranquila y en confianza de cerrar el proceso de embarazo-aborto. Cuando las mujeres aceptan, además se realiza una evaluación escrita del acompañamiento post aborto.

¹³ Se han presentado análisis parciales de las mujeres atendidas en el 4th World Congress on Women's Mental Health, Madrid, España, llevado a cabo del 16 al 19 de marzo de 2011 y en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, efectuado en Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

de obtener respuestas y comprender sus reacciones. Algunas han expresado sentirse solas y todavía temen compartir con las personas habituales de su entorno lo que pasa dentro de ellas. Así ha sido posible constatar que si bien hay un discurso sólido, feminista, que ha alentado a las mujeres a ejercer su derecho y a decidir con confianza, falta información que les advierta cómo se sentirán al final del proceso, cómo entenderlo y qué hacer al respecto.

La intervención post aborto se ha realizado a lo largo de 10 a 12 sesiones individuales de manera presencial, por vía telefónica o por videoconferencia. En cada sesión se ha realizado un registro de acuerdo con ocho ejes que pueden derivar en varios temas. La mayoría de las veces se han abordado todos: 1) Contexto general del embarazo, 2) Decisión de interrumpir el embarazo, 3) Breve recuento de la historia de vida y relación familiar, 4) Relación/ relaciones de pareja, 5) Experiencia de ILE, 6) Percepción e imagen de sí misma, 7) Sentimientos y emociones a lo largo del proceso embarazo-aborto (culpa y duelos), y 8) Construcción de la libertad.¹⁴

El promedio de edad de los 56 casos que se reportan en este artículo es de 28 años (Tabla 1). La mayoría de las mujeres ha tenido su residencia en la Ciudad de México (Tabla 2), tiene un nivel universitario de escolaridad (Tabla 3) y es soltera (Tabla 4).

Tabla 1. Edad

Menor de 20 años	8
Hasta 30	23
Hasta 40	24
Más de 40	1

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con el registro de casos atendidos.

¹⁴ A lo largo de los años, ADAS ha consolidado una metodología que ha enriquecido los procesos de formación de acompañantes de Fondo María, Católicas por el Derecho a Decidir, Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (ddeser), Safe2choose, entre otros.

Tabla 2. Lugar de residencia.

Ciudad de México	39
Jalisco	7
Sinaloa	2
Coahuila	1
Estado de México	1
Guerrero	1
Morelos	1
Puebla	1
Querétaro	1
San Luis Potosí	1
Veracruz	1

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con el registro de casos atendidos.

Tabla 3. Escolaridad

Posgrado (maestría y/o doctorado)	6
Licenciatura	29
Licenciatura incompleta	5
Preparatoria y/o escuela técnica	10
Preparatoria incompleta	1
Secundaria	2
Secundaria incompleta	1
Primaria	1
Primaria incompleta	1

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con el registro de casos atendidos.

Tabla 4. Estado Civil

Solteras	38
Casadas o unión libre	15
Separadas	3

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con el registro de casos atendidos.

La escucha y la sistematización de las notas clínicas han aportado un detallado conocimiento sobre las diversas reacciones emocionales de las mujeres que han sido acompañadas en el post aborto. Ante el embarazo-aborto, las mujeres suelen plantearse muchas preguntas, que a menudo se relacionan con aspectos de su vida en los que las respuestas no están claras: ¿quiero tener un/a hijo/a con este hombre?, ¿quiero seguir viviendo con mis padres?, ¿quiero ser madre, quiero serlo ahora?, ¿qué quiero para mi vida? Las respuestas se contradicen, se confrontan y llevan a las mujeres a la confusión propia de los dilemas. Algunas preguntas las sacuden intensamente; otras, ya han sido planteadas en un momento previo de la vida y pueden confirmarse o seguir esperando una respuesta. Todo esto se traduce en presión para ellas, porque activa simultáneamente diversos pensamientos, emociones y sentimientos que a su vez se relacionan con diversos procesos personales.

Las mujeres se dan cuenta de que la respuesta a estas preguntas exige un tiempo y un espacio diferente a la atención clínica del aborto. De este modo, muchas mujeres llegan a la ILE con las dudas flotando sobre ellas, no por incapacidad para responderlas, sino por la condición propia de las preguntas.

Las interrogantes que se plantean las mujeres corresponde con lo documentado en estudios de otros países y en años recientes en México, al reflejar los aspectos en los que se detienen: cuestiones relativas al proyecto de vida, actitudes hacia sí misma (autoconfianza), búsqueda de mayor autonomía y de independencia económica; creencias sobre la feminidad y la maternidad, incertidumbre ante el momento que se percibe adverso, entre muchos otros (Silva, 2014; López, 2015; Moreno *et al.*, 2019).

ADAS recupera las preguntas surgidas en cada mujer, además de las reflexiones, las dudas, las emociones, los sentimientos, las condiciones familiares, sociales y personales que estuvieron presentes en ese momento. Para ejemplificar, baste compartir una reflexión que aparece en todos los acompañamientos: cuando la

mujer decide interrumpir un embarazo, rechaza esa experiencia de maternidad y privilegia otras experiencias para su vida: ¿qué rechaza cada mujer y qué privilegia?, ¿cuáles son sus motivos?, ¿qué tan claros los tiene para sí misma?, ¿es la primera vez que enfrenta un dilema en su vida?, ¿qué está en juego en este dilema?

Esta declaración ha expuesto una perspectiva afirmativa de la situación embarazo-aborto de gran impacto y utilidad, porque ha permitido, en muchos casos, una resignificación de la experiencia en general, o sobre algunas de las motivaciones para decidir por la ILE en particular. También ha abierto la puerta para profundizar sobre otros elementos que el acompañamiento feminista, inicial e intermedio, ha brindado. Por ejemplo, durante el proceso inicial suele reforzarse el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo, o se hace consciente de la presión que ejerce en ella la exigencia de cumplir con los mandatos de género asociados a la maternidad. En el post aborto se revisa cómo respondió a estos aspectos. Entonces cada punto toma un tiempo propio en cada mujer y cuando se constata que desarticular la visión del aborto como problema no se resuelve en un instante, como tampoco validar el aborto como un genuino tema de salud de la mujer. Nada de esto se hace sin pasar lista a otros aspectos de la vida, por ejemplo su relación familiar, su relación de pareja, su vida erótico-sexual, su relación consigo misma.

Así, el acompañamiento post aborto lanza una invitación a cada mujer para reflexionar al respecto. Hay quienes la toman y permanecen en el proceso; otras se van. Quienes se quedan y cumplen con el proceso completo, inevitablemente ven germinar algo en sí mismas. Con frecuencia les resulta difícil reconocer la fortaleza y la claridad que adquiere su vida y su proceso de autonomía cuando se afirman a sí mismas por interrumpir un embarazo no intencionado. Muchas mujeres han comenzado a aceptar abiertamente este beneficio a partir de revisar y admitir la riqueza que detonó en su vida la situación embarazo-aborto. Así ha sido posible identificar la perspectiva del aborto como

acción benéfica que actúa como recurso protector para la salud emocional y mental de las mujeres.¹⁵ De este modo, muchas mujeres han podido reconocer que la sombra que tradicionalmente ha acompañado al aborto se puede transformar en fortaleza, mayor confianza y claridad del proyecto de vida.

¿Cómo se potencia la autonomía de las mujeres?

De todas las reacciones emocionales que han sido expresadas y registradas por las mujeres, como lo ha referido la evidencia internacional y la mexicana, el alivio al final del procedimiento clínico es una de las constantemente referidas (Goodwin y Ogden, 2007). Sentirse orgullosas de su capacidad para tomar decisiones y haber resuelto con éxito una situación difícil (Sorhaindo *et al.*, 2014); y sentirse seguras, en paz con ellas mismas y tranquilas de haber tomado la decisión correcta (Flores, 2016; Flores, 2017; Lamas, 2014; Moreno *et al.*, 2019; Belfrage, Ortíz y Sorhaindo, 2019; Cedeño *et al.*, 2019). Esto significa que esta etapa del aborto en múltiples ocasiones va acompañada de emociones, sentimientos y pensamientos de gran valor que pasan inadvertidos para las mujeres y para la sociedad en general. Se sabe que las experiencias relacionadas con el aborto se ven influidas por las actitudes sociales negativas que se perciben, lo cual puede provocar que las mujeres desacrediten su propio saber y prefieran mantenerlo en secreto, o que se vean instigadas a considerarse “anormales” al

¹⁵ Estas reflexiones fueron planteadas con mayor detalle durante las reuniones del estudio “Factores psicosociales asociados con la sintomatología depresiva posterior a una interrupción legal del embarazo” a cargo de la doctora Luciana Ramos Lira, entre 2014 y 2015, una colaboración de Ipas México y del Instituto Nacional de Psiquiatría en la que ADAS participó. Agradezco al equipo del proyecto su inspiración: María Elena Collado Miranda, Raffaella Schiavon Ermani, Luciana Ramos Lira, Karla Flores Celis, Midiam Moreno López, Catalina González Forteza, Teresa Saltijeral Méndez.

no responder con el sufrimiento y dolor que las inducen a sentir (Astbury-Ward, Parry, Carnwell, 2012). No obstante, la oportunidad de compartir ha sido desestimada y, con esto, el potencial para conformar una imagen colectiva positiva de la situación embarazo-aborto se ha diluido en un contexto que invalida las reacciones de alivio, liberación y satisfacción de haber enfrentado y resuelto un momento crítico.

El “manejo de situaciones adversas” o la “autoeficacia para enfrentar el aborto” han sido abordados por la literatura científica sobre aborto y han abierto una línea de trabajo que remite a identificar las habilidades resilientes. La literatura internacional ha documentado ampliamente que las mujeres que interrumpieron un embarazo en el primer trimestre y percibieron mayor apoyo social de su familia, amigos y compañeros, tuvieron mayor “autoeficacia” para hacerle frente (Major *et al.*, 1990).

En México aún hay poca información sobre las estrategias de afrontamiento del aborto en mujeres que han interrumpido su embarazo y, por tanto, requiere ser investigado. En un estudio realizado antes de la despenalización del aborto en el Distrito Federal, Castro y Erviti (2003) identificaron dos tipos de reacciones de las mujeres con aborto (hospitalario) en el manejo de su proceso y en la manera en que lo resolvieron y experimentaron subjetivamente. Distinguen entre un “manejo pasivo” y un “manejo activo” por el tipo de respuestas asociadas a diversos factores, como un mayor o menor control de las condiciones. Otros estudios recientes refieren la “capacidad de agencia” o “resistencia” de las mujeres que eligen la “no maternidad” (Gómez, B., y Tena, O., 2018). De este modo, algunas mujeres están participando activamente en el propio devenir de su experiencia. Rostagnol (2014) refiere la libertad de agencia como “la capacidad de uno mismo para potenciar metas que uno desea potenciar”. Esto representa una acción resolutiva favorable y saludable, porque las mujeres se incluyen en lugar de descartarse, como lo induce el estigma.

ADAS encuentra útiles estos tipos de respuestas porque la intervención post aborto la ha realizado con mujeres que se han separado del grupo habitual de las que “desaparecen” después de un aborto. ADAS considera que para dar cabida a una perspectiva positiva de la situación embarazo-aborto, las mujeres han logrado desarrollar antes diversas habilidades resilientes que esta condición les permite activar. En los casos de las más jóvenes, a veces esta experiencia les detona ese proceso y en otras lo fortalece. De cualquier modo, la situación embarazo-aborto le exige a la mujer lidiar con situaciones adversas. Tener un embarazo no intencionado y decidir interrumpirlo, hoy y siempre, en este país, es un acto de valentía.

Si bien el contexto legal de la Ciudad de México ha disminuido diversos riesgos, en el resto de los estados del país sigue habiendo barreras que sólo pueden ser enfrentadas por quienes están dispuestas a lidiar con dosis de incertidumbre, a confiar en personas, instituciones u organizaciones de mujeres que no conocen, a recibir rechazos de diversa índole, y aun así buscar apoyo en el post aborto. Esto es un ejemplo de manejo activo, de agencia e, indudablemente, de salud emocional y mental de las mujeres, y distintas investigaciones ya lo refieren, como recientemente Lerner, Guillaume y Melgar (2016), que citan una definición de salud psíquica que se aplica de manera perfecta a muchas de las mujeres que acceden a un aborto voluntario: “el *Diccionario de psicología* (Dorsch, Werner y Wilhelm, 1985) define la salud psíquica como ‘un estado de bienestar anímico, en estrecha relación con la salud corporal y social [...] o el balance entre el organismo y el medio ambiente’”. Asimismo señalan que esta definición se adscribe a una conceptualización positiva de salud: “se trata de un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer contribuciones a su comunidad” (OMS, 2013, en Lerner, Guillaume, Melgar, 2016).

Acompañamiento post aborto: impulsando el deseo de soberanía y libertad

ADAS considera que en la situación embarazo-aborto entran en juego los conflictos de la época, del entorno y de la historia personal de cada mujer (Kuras de Mauer y Resinsky, 2005). Por ello la revisión del embarazo-aborto se realiza desde la historia familiar en la que ha crecido, la forma en que ha aprendido a desarrollar sus vínculos, a tomar decisiones pensando en las elecciones que ha hecho hasta ese momento de vida, cómo ha aprendido a poner límites para lograr el cumplimiento de sus propósitos, la manera como ha enfrentado las circunstancias adversas o no elegidas y la conciencia que tiene del modo en que la cultura que la circunscribe la ha afectado, entre otros aspectos.

Gran cantidad de mujeres llegan al embarazo-aborto habiendo ya perfilado un plan de vida, buscando mejores condiciones, alejadas de los malestares que tuvieron o sufrieron en la infancia y adolescencia. Son mujeres a las que las experiencias previas de vida les han permitido constatar y creer en su capacidad para construir su destino; han tomado decisiones que les han generado satisfacción o confianza y se han sentido con la habilidad de resolver problemas. No obstante, las diversas carencias que han enfrentado (educativas, afectivas, materiales), así como el contexto social, económico, cultural y político en el que se han desarrollado, limitan la realización de ese plan que en la imaginación parece tan sencillo de cumplir. El alcoholismo del padre o la madre, la depresión de la madre, la pobreza, la violencia en todas sus manifestaciones, entre muchos otros factores, han golpeado y dejado una marca que, a menudo, parece invisible para ellas, pero se manifiestan en la situación de embarazo-aborto.

En este contexto, al revisar la decisión de abortar, se aprecia que con mucha frecuencia a las mujeres les causa conflicto contrariar el mandato de género que les impone la maternidad como ineludible y portadora de su identidad femenina. Educadas para

establecer, alimentar y sostener lazos afectivos con los otros, al optar por el aborto rompen un vínculo “de origen”, que conecta con otros vínculos que, con frecuencia, representan o se convierten en un cautiverio para ellas. Así es como algunas han elegido detener un embarazo y con ello detener relaciones violentas de pareja y la historia de vida que eso habría desatado. Es entonces cuando el aborto se presenta como una acción que protege la salud integral de la mujer. Así también es como han asumido su capacidad para influir personalmente en el devenir de los sucesos y en sus consecuencias, y construir su destino.

El conflicto lo ha detonado la situación embarazo-aborto y pone de manifiesto una confrontación de fuerzas en la subjetividad femenina¹⁶ que se ha constituido en una cultura que fomenta la desigualdad entre hombres y mujeres, al educarlos a ellos como portadores de la autoridad y a ellas como obligadas a someterse y obedecerla (Lagarde, 1997; Burin, 2010; Errázuriz, 2012). El acompañamiento emocional de ADAS ha permitido escuchar cómo se narra la mujer a sí misma esta confrontación de fuerzas y cómo la expresa por medio de “guiones” (Sanz, 2004) en los que reproduce el discurso social de lo que se espera de ella en lucha con lo que ella desea. Es posible afirmar, entonces, que las mujeres en la situación embarazo-aborto han iniciado un proceso de separación de la ideología dominante que las condiciona a mantenerse como oprimidas. Por tanto, es probable que antes hayan experimentado este conflicto en otras experiencias (Burin, 2010). Dependiendo de diversos aspectos (como edad, educación, historia personal, contexto social, económico y cultural) las mujeres pueden tener mayor o menor claridad de esto, por lo que durante el acompañamiento se indaga si hay historias previas de este proceso y cómo han vivido la decisión de salirse del mandato social. En la infancia, la trasgresión de la norma es valorada de

¹⁶ Esta confrontación de fuerzas relacionada con la subjetividad femenina ha sido ampliamente abordada desde múltiples miradas feministas.

manera diferente en función del género: mientras en el niño se considera un rasgo de carácter, en la niña es un incumplimiento del mandato de género, y apartarse de la norma tiene consecuencias: creer que vendrá la pérdida del amor, de la aceptación, de los otros; sentirse una mala persona (Távora, 2010). Esto genera culpa. Por eso el estigma tiene tanto peso en las mujeres, porque significa reprobación y rechazo de las personas queridas.

Marcela Lagarde (s.f.) nombra este conflicto como una escisión que viven las mujeres a lo largo de su vida en tanto se desarrollan en una sociedad que valora y exige a las mujeres una identidad femenina apegada a los estereotipos de género. Por otro lado, para Ana Távora (2005) la aparición de los conflictos en la vida de las mujeres es la evidencia de que los sistemas patriarcales no han conseguido domesticarlas totalmente. En este sentido, el dilema que desencadena el aborto no es exclusivo del tema, se convierte en una disyuntiva obligada que toda mujer enfrentará en su proceso de ser mujer y tendrá que plantearse si elige reinterpretar su vida fuera de la cultura dominante. Muchas lo enfrentarán sin embarazarse o abortar alguna vez en su vida, y lo vivirán mediante otros eventos: la pérdida de un ser querido; el pasaje a etapas significativas de vida, por ejemplo, iniciar vida en pareja, tener el primer hijo/a, cambiar de residencia o alguna experiencia crítica.

Así pues, se revisa cómo resuelve la mujer esta confrontación y si hay coincidencias con las formas en que lo ha resuelto en el pasado. La manera de resolverlo varía según el tiempo, las condiciones en que lo enfrenta, su sistema de creencias y valores, y de muchos factores más. En algún momento las mujeres se preguntan si quieren continuar al servicio de los otros, si seguirán postergando deseos o proyectos personales, o si renunciarán a ellos. Esto lleva, con frecuencia, a poner límites a las personas o circunstancias en las que ya no desean participar.

La revisión de estos límites implica para la mujer reconocer las relaciones en que ha contribuido con su propia sumisión y la de otros y le exige asumir una postura y una responsabilidad

para rechazar situaciones de sometimiento. También debe apreciar que, en general, a las mujeres no se les educa para ser fieles a sí mismas, sino que son comunes las historias en las que han crecido recibiendo la desaprobación por querer ser diferentes; requiere revisar el vínculo con la madre, con el padre y con las parejas de su vida. Concluyen que a pesar de ser vínculos que nutren y organizan su vida, ellas pueden intervenir, decidir, prescindir o transformar su manera de relacionarse con ellos. Hablar sobre estos aspectos produce dolor, el cual, en muchas ocasiones, acompaña la experiencia de saber sobre sí misma (Távora, 2010). Durante el proceso de acompañamiento este dolor se ha hecho llevadero al comprender que plantear límites es saludable porque es una manera de respetarse y es parte del camino para validar sus deseos. Por eso, en el acompañamiento post aborto se ha observado que, para algunas mujeres, el embarazo-aborto se convierte en el pasaje que les permite reubicarse en el mundo de los valores que quieren seguir: dejar de reproducir los que le han sido impuestos y que las colocan en un lugar de subordinación frente a las exigencias de los otros, o elegir aquellos que le proporcionan autonomía y libertad.

Lo mismo sucede con la culpa. El feminismo ha estudiado largamente la culpa que sienten las mujeres. Adrienne Rich (en Mizrahi, 2003), como otras autoras, ha concluido que “la culpa es una de las armas más poderosas de control social sobre las mujeres y ninguna mujer puede ser absolutamente inmune a ella”. Las que abortan han desafiado el orden social que las ha educado a entender la maternidad como un atributo inherente e ineludible de las mujeres. Por ello, en palabras de Nora Levinton (en Távora, 2010), la culpa es el precio que paga la mujer por desalojar de sus opciones conductas y comportamientos de opresión. Durante el acompañamiento post aborto las mujeres han tomado conciencia de estos mecanismos y han podido desbaratarlos. La revisión de los aspectos que afirma en su vida al rechazar un embarazo es parte del camino que les permite lograrlo.

Desde la experiencia de ADAS, con frecuencia un aborto voluntario no pasa inadvertido en las mujeres; “algo” ocurre en cada caso, sólo que la magnitud e impacto de lo que sucede en cada una está relacionado con esta gran diversidad de factores que han sido identificados. Asimismo, durante la revisión se ha constatado que este dolor, con mucha frecuencia, está fuertemente relacionado con el estigma construido en torno al aborto y por el peso que se le ha atribuido ha dificultado reconocerlo como otro producto social. No obstante, este dolor funciona como una especie de ancla en la que se cuelgan otros dolores, los cuales se estacionan en una parte muy profunda y no terminan de soltarse porque, curiosamente, se convierten en el soporte de algunos aprendizajes que después permitirán soltarlo. Así, al dolor de hoy se juntan dolores del pasado, y por eso nunca es sólo éste, también remite a experiencias anteriores que no han terminado de asimilarse y que de nuevo se les pone al frente (Torre-Bueno, 1997). Con mucha frecuencia también surge la pregunta: ¿tuvo que pasar el embarazo y el aborto? Al final de la revisión, generalmente, se responden de manera afirmativa, porque el aborto les permite regresar a algo que esta vez pueden estar dispuestas a atender o identificar con mayor claridad si desean revisarlo.

Y del dolor pasan al duelo. Y dependiendo del tiempo y de otros factores, muchas mujeres llegan a esa etapa en que agradecen haber tenido la experiencia. De esta manera, el malestar se ha transformado en satisfacción ante la posibilidad de aprender otras formas de vincularse con los demás y consigo misma.

De la misma manera que se les teme a las emociones, inquieta sentir conflicto, dolor, enfrentar rupturas o sentir las pérdidas. Sin embargo, como dijera Luis Villoro, “todo progreso, toda liberación implica ruptura” (en Gilly, 2015), porque el crecimiento personal se nutre de rupturas (Mizrahi, 2003), y por eso hablar de sus conflictos las ha llevado a trabajar las rupturas. Esta reflexión exige en las mujeres una revisión que, en algunos casos, no se consideran en condiciones de iniciar. Las que se quedan,

aceptan con esto una mirada, una evaluación de sí mismas que les plantea los diversos aspectos de su vida en que se percatan que aún tienen un trabajo pendiente. A partir de esta revisión, el acompañamiento post aborto posibilita que la mujer reinterprete la manera en que ha leído su embarazo-aborto y de qué modo en su narración se expresan muchos de los conflictos propios de la ruptura con el modelo tradicional de ser mujer. Aceptan que descubrir lo que quieren y cuestionar el modelo aprendido significa pasar por la experiencia personal de transformación y tolerar la ansiedad y la confusión necesaria en todo proceso de aprendizaje. Parafraseando a Marcela Lagarde, el embarazo-aborto podría ser una marca de autoestima que se inscribe en las mujeres en tanto no pueden pasar por este sistema y enfrentar el proceso de autonomía sin librar algunas batallas (Lagarde y Martínez, s.f.). Así, para llegar a las experiencias positivas hay que pasar por ciertas dosis de dolor, y ésta puede ser otra de las razones por las que las emociones de las mujeres en situación de embarazo-aborto son desatendidas.

Cada mujer busca ser un territorio libre y soberano, pero enfrenta muchas dificultades. Las mujeres siguen resolviendo y gestionando cotidianamente diversos grados de autonomía y respeto que les exigen mucho esfuerzo. La situación embarazo-aborto es un eslabón de la cadena, pero no el único que enfrentarán.

Dos casos atendidos por ADAS

Inahí, residente de la Ciudad de México, en mayo de 2011, a los 26 años, interrumpió un embarazo de 4 semanas de gestación tomando misoprostol por cuenta propia por su conocimiento del medicamento como enfermera. Resultó incompleto y acudió al IMSS, donde laboraba y donde le realizaron un legrado instrumental. La decisión le implicó un dilema, no obstante ni el momento ni las condiciones ni la persona lo hacían viable. Había terminado

la carrera de licenciada en enfermería y estaba satisfecha de su logro, era la primera de tres hijas de su familia que completaba una carrera. El problema comenzó tras el aborto. Vivía con su mamá y una hermana mayor. A su regreso del hospital fueron constantes los comentarios de desaprobación y rechazo: “Dios te va a castigar”, “mataste a tu hijo”. Poco a poco se fue sintiendo culpable, insegura y angustiada, hasta creer que había tomado la decisión equivocada. Insomnio, ansiedad, sueños relacionados con el embarazo, inseguridad para tomar otras decisiones en su vida la hicieron buscar ayuda.

Acudió a IRMA, Instituto para la rehabilitación de la mujer y la familia A.C.,¹⁷ una organización en contra del aborto. Asistió durante un mes. Salió convencida de que habría podido continuar con su embarazo. Si su mamá y otras mujeres de su familia habían tenido y atendido a sus hijas como madres solteras, ella también habría podido hacerlo. Esto aumentó su culpa y malestar.

Llegó a ADAS tres meses después de su ILE. En la revisión post aborto reconoció el valor de su decisión como una acción que le permitió cambiar ese “destino familiar”. Apreció la afectación que causaron diversas adversidades en la infancia como el alcoholismo de ambos padres, la pobreza y el abandono del padre. Consideró que la experiencia embarazo-aborto le permitió tomar conciencia de la influencia de esos aspectos críticos en su vida, valoró algunas de sus cualidades y renovó fuerzas para continuar con sus planes a futuro.

En el seguimiento al año del aborto, ratificó su decisión y su atención al logro de sus proyectos. Más tarde estudió la especialidad en cardiología, ha sostenido dos trabajos y ha sido el soporte económico de su mamá, de su hermana y otro medio hermano. Un seguimiento que se ha mantenido a lo largo de 8 años ha mostrado su preocupación por construir relaciones de

¹⁷ <https://www.irma.org.mx/> El sitio actual ya no habla de síndrome post aborto, sin embargo lo hizo en el pasado.

pareja más equitativas y menos tormentosas amenazadas por el miedo al abandono. El embarazo y el aborto no son un error ni un malestar. Ha podido reconocer sus propios logros y se ha servido de éstos para mantener su confianza en conformar nuevos planes. Recientemente fue aceptada para estudiar la carrera de medicina en la UNAM.

Guadalupe, una mujer que sufrió violencia en su infancia y tuvo un embarazo producto de violencia sexual a los 17 años cuando aún estaba penalizado el aborto en la Ciudad de México. Por sí misma consiguió los datos de un médico privado, reunió el dinero y sin mayores explicaciones pidió a su padre — su gran apoyo en la vida — que la acompañara. Le realizaron un legrado instrumental con once semanas de embarazo.

En 2010 tenía 40 años cuando escuchó en un programa de radio sobre el acompañamiento post aborto de ADAS y sólo entonces habló de su aborto por primera vez en su vida, es decir, veintitrés años después. El acompañamiento post aborto se orientó en el impacto del abuso sexual, el silencio autoimpuesto y el estigma hacia el aborto.

Poco tiempo después del aborto fue aceptada en la facultad de derecho de la UNAM pero un año después desertó ante la culpa de haber participado de un acto ilegal. Para ocultar el abuso y el aborto extendió el silencio a otros aspectos de su vida. Una educación religiosa que desacredita el aborto le valió ocultar de por vida el abuso y el aborto a su madre.

No obstante, al hablar sobre sí misma y reflexionar sobre su experiencia, al tomar conciencia del impacto de todos los eventos narrados, poco a poco fue dejando atrás esa identidad amordazada. Empezó a demandar un trato más respetuoso de su esposo e hijos en acciones tan simples como lavar los platos o participar en las labores del hogar. De su esposo recibió cuestionamientos e incluso le insistió en que abandonara el espacio de reflexión personal; de su hija de 15 años, reconocimiento y hasta un reclamo por no haberlo hecho antes; de su hijo de 10

años, silencio al principio y apoyo posteriormente. Así es como la sociedad y la cultura hegemónica se siente y utiliza los recursos culturales de que dispone para cuestionar cada paso de la mujer en el que sus decisiones den cuenta de su soberanía, de su autonomía, hasta que la mujer cambia el silencio por la palabra, encuentra aliados que alimentan la satisfacción personal y hacen eco del deseo de libertad que vive en ellas. El acompañamiento post aborto se transformó en contención emocional frente a la violencia sexual y otros abusos reconocidos en la infancia.

Por cinco años, al cumplirse la fecha del abuso y del aborto, entre diciembre y febrero, respectivamente, Guadalupe regresaba a hablar, ya fuera por un nuevo malestar físico, otra discusión con su esposo o el pesar ante la falta de aceptación de su madre por la forma de vida de Guadalupe. Dos o tres sesiones le permitían recobrar el ánimo. Todavía hoy, cada año, el 17 de diciembre envía un mensaje o lo recibe de parte de ADAS. A veces sólo es un saludo, otras, comparte algo más. Primero abandonó el silencio para sí misma, después para con su esposo y sus hijos, y con los años, con sigilo y modestia, ha dejado atrás otros silencios.

Conclusiones

El embarazo-aborto es un proceso complejo y es tan estresante como cualquier otro evento reproductivo. El estigma en torno al aborto y las creencias tradicionales sobre la maternidad y la feminidad impulsan a las mujeres a considerarlo un motivo de dolor, sufrimiento, culpa, enojo o vergüenza, lo que las lleva a mantener en silencio su decisión y las desanima para pedir apoyo emocional y enfrentar estas reacciones.

La atención de la condición emocional en el proceso embarazo-aborto, así como el acompañamiento posterior han sido desestimados y han quedado fuera del conocimiento científico por considerarlos secundarios. Como se ha mostrado, las emo-

ciones han servido para canalizar conflictos relacionados con la situación de embarazo-aborto que remiten a procesos previos de la mujer, que se confunden con los propios del embarazo-aborto y continúan más allá del mismo.

Legitimar el estudio de las emociones como una manera de mostrar la narración positiva del aborto también avalaría la importancia de poner a disposición recursos económicos para realizar estudios sobre el tema. Esto ha limitado desarrollar un discurso y opciones prácticas que validen la atención emocional, como el que existe para validar el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo y para crear servicios legales y seguros. Esto ha diluido la imagen positiva del proceso. No obstante, la experiencia y la exposición de casos que muestran las reacciones positivas y benéficas que puede generar el embarazo-aborto en las mujeres ha facilitado mirarlas en los años recientes.

El numeroso grupo de mujeres que termina el procedimiento sintiendo alivio es un testimonio fiel que invalida de nuevo diversas falacias en torno al aborto, como el “síndrome post aborto”.

El acompañamiento de ADAS, vigente desde 2007 en México, es una intervención feminista sensible a la dimensión emocional post aborto y atenta a los diversos factores que participan en la situación embarazo-aborto. Ha sido pionera en conformar un espacio de expresión en el post aborto donde las mujeres, libremente, replantean los mandatos de género relacionados con la sexualidad y la reproducción; reconocen el impacto del estigma atribuido a la situación de aborto, que al afirmarlo reproduce la idea del aborto como problema y las aleja de una mirada más compleja, integral y genuina de su experiencia.

Ellas aprecian, desde su decisión y acción de interrumpir un embarazo voluntariamente, haberse posicionado de una manera más auténtica y apegada a sus intereses, su vida, sus vínculos y sus ideas sobre la vida y la muerte. Revaloran su participación activa y su agencia para potenciar ese cambio a otros ámbitos de su vida lo que les permite renovar la confianza en sí mismas

para continuar construyendo su plan de vida desde la libertad y la autonomía. El aborto se resignifica y pueden reconocerlo como un recurso protector y benéfico para su salud emocional y mental al poner límite a situaciones o condiciones violentas o amenazantes de continuar con un embarazo no intencionado. En conjunto, este proceso les devuelve una mirada afirmativa y fortalecedora de sí mismas.

La ILE en la Ciudad de México ha contribuido a cambiar el silencio por la expresión abierta y esto ha sido posible, entre otros motivos, por los acompañamientos que al legitimar la decisión de la mujer validan las reacciones posteriores y proporcionan confianza para expresarlas. En este sentido ha tenido un impacto positivo en la salud de las mujeres que enfrentan embarazos no intencionados. Aún no hay una total legitimación de esta apertura, no obstante, es parte de lo que seguirá fortaleciéndose, y el acompañamiento post aborto suma esfuerzos.

Actualmente se ha reunido la suficiente evidencia para construir un discurso que continúe la atención y consolide un acercamiento integral que les permita a las mujeres advertir el peso de los diversos aspectos que participan en la situación embarazo-aborto, saber cómo se sentirán después y manejar la tensión emocional ante las incertidumbres y dificultades de los aspectos que están en juego. Se requieren más espacios de expresión post aborto desde una perspectiva feminista. Se requiere informarlas de espacios profesionales, seguros y serios donde pueden compartir su experiencia de manera individual o colectiva, y con esto potenciar los beneficios para su vida, en su proyecto a futuro, en la confianza en sí mismas, en su autonomía y construcción de la libertad, sin que pasen por el dolor o el sufrimiento.

Este artículo desea contribuir a romper el estigma que se ha mantenido respecto del aborto, al que se le ha “cargado” tanto, cuando estas experiencias obligan a recordar la necesidad de redistribuir responsabilidades entre una gran cantidad de actores y circunstancias. ADAS reconoce que muchas mujeres concluyen

la situación embarazo-aborto sintiéndose liberadas y tranquilas, con intención de construir su vida desde los valores de la autonomía y la libertad, y el hecho de que se sientan libres de elegir su maternidad lo constata.

ADAS también pretende aportar elementos teóricos al estudio de las emociones, las estrategias de afrontamiento de las mujeres en situación de aborto y ampliar el conocimiento de éstas en el tema del embarazo-aborto en México.

Agradecimientos

Agradecimiento especial a las mujeres que buscaron compartir sus emociones, sentimientos y reflexiones en ADAS (Acompañamiento Después de un Aborto Seguro). También a Bethsabé Huamán Andía, Debbie Billings, Elizabeth González, Karla Flores Celis, Maddie Belfrage y Raffaella Schiavon por su compromiso con este proceso.

Referencias

- Astbury-Ward, E. (2008). "Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature". *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(3), pp. 181-184. Consultado en: http://glyndwr.academia.edu/DoctorEdnaAstburyWard/Papers/73292/Emotional_and_psychological_impact_of_abortion_a_critique_of_the_literature
- Astbury-Ward, E., Parry, O. y Carnwell, R. (2012). "Stigma, Abortion, and Disclosure-Findings from a Qualitative Study". *Journal of Sexual Medicine*, 9(12), pp. 3137-3147. Consultado en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x>
- Belfrage, M., Ortíz, O. & Sorhaindo, A. (2019). "Story Circles and abortion stigma in Mexico: a mixed-methods evaluation of a new intervention

- for reducing individual level abortion stigma, *Culture, Health & Sexuality*, DOI:10.1080/13691058.2019.1577493
- Bellón S., S. (2006). "Emociones y feminismo". *La Trama* [Mensaje en blog]. Consultado en: <https://asociacionlatrama.wordpress.com/2016/11/13/emociones-y-feminismo/>
- Burin, M. (1996). *Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables*. Consultado en: www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm
- . (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Castro, R. y Erviti, J. (2003). "Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México)". *Estudios Sociológicos*, XXI (63).
- Cedeño, L. et al. (2019). "Guardar/romper el silencio sobre la interrupción voluntaria del embarazo: narrativas de mujeres mexicanas". *Athenea Digital*, 19(2), e2313. Consultado en: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2313>
- Colectivo de Mujeres de Boston. (2000). *Nuestros cuerpos. Nuestras vidas*. Boston: Plaza-Janés. Consultado en: www.ourbodiesourselves.org
- Cornejo, H. A. (2016). "Una relectura feminista de algunas propuestas teóricas del estudio social de las emociones". *Interdisciplina*, 4(8), pp. 89-103.
- Dorsch, F., Werner, T., Wilhelm, W. (1985). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Herder.
- Díaz, M. P. (2014). "Enfoque feminista de consejería: perspectivas generales para abordar a la consejería". *Revista Griot*, 7(1).
- Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C./La Sandía Digital (Productoras). (2015). *Era yo otra vez*. [DVD]. Ciudad de México. Consultado en: <https://youtu.be/GemEK6jYIk>
- Errázuriz V., P. (2012). *Misoginia romántica, psicoanálisis y subjetividad femenina*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Esteban, M. L. y Otxoa, I. (2010). "El debate feminista en torno al concepto de cuidados. CIP-Ecosocial", *Boletín ECOS*, 10. Consultado en:

- <http://www.fuhem.com/media/ecosocial/File/Boletin%20ECOS/Boletin%2010/DIALOGO%20Esteban-Otxoa.pdf>
- Fine-Davis, M. (2007). *Psychological Effects of Abortion on Women: A Review of the Literature*. Dublin: School of Social Sciences-Philosophy Trinity College/ Crisis Pregnancy Agency.
- Flores, K. (2016). "Las emociones y sintomatología depresiva elevada en mujeres que interrumpieron su embarazo en la Ciudad de México". Tesis de maestría. UNAM-Facultad de Medicina, Ciudad de México.
- . (2017). *Derechos sexuales y reproductivos, y la salud mental*. Consultado en: <http://www.animalpolitico.com/blogueros-una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/2017/06/14/derechos-sexuales-reproductivos-cuidar-nuestra-salud-mental/>
- Flores, E. y Amuchástegui, A. (2012). "Interrupción legal del embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal". *Género y Salud en Cifras*, 10(1).
- Gilly, A. (2015). "Luis Villoro y la liberalización de la razón", *La Jornada*, 11 mayo, p. 31. Consultado en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/05/11/politica/012a1pol>
- Goodwin, P. y Ogden, J. (2007). "Women's reflections upon their past abortions: an exploration of how and why emotional reactions change over time". *Psychol Health*, 22, pp. 231-248.
- Gómez, B., y Tena, O. (2018). "Narrativas de mujeres en torno a su experiencia de no maternidad: resistencias ante tecnologías de género". *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 4, 10 de diciembre de 2018, e310. Consultado en: <http://dx.doi.org/10.24201/eg.v4i0.310>
- Guttmacher Advisory. (2011). *Abortion and Mental Health*. Consultado en: <http://www.guttmacher.org/media/evidencecheck/2011/01/31/Advisory-Abortion-Mental-Health.pdf>
- Hernández, N., Taxis, R., Rioja, G. (2013). *Acompañamiento Integral y Solidario. Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia*, A.C. Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Ddeser.
- Kuras de Mauer, S. y Resinsky, S. (2005). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva.

- Kumar, A. Hessini, L. & Mitchell, E. M. H. (2009). "Conceptualising abortion stigma". *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), pp. 625-639. Consultado en: <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Lafaurie, M. M. et al. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina: las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. México: Population Council.
- Lagarde, M. (1997). *Memoria. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Managua: Puntos de Encuentro.
- . (s. f.). *Identidad femenina*. Consultado en: <http://www.omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/identidad-femenina.pdf>.
- Lagarde, M. y Martínez S., M. (s. f.). *Guía para el empoderamiento de las mujeres. Acción 3: vías para el empoderamiento de las mujeres*. Agrupación para la Igualdad en el Metal. Consultado en: dewww.femeval.es/proyectos/ProyectosAnteriores/Sinnovaciontecnologia/Documents/ACCION3_cuaderno1.pdf.
- Las Libres (2014). *Acompañamiento. Modelo Integral de Acompañamiento para un Aborto Seguro (MIAAS)*. Guanajuato, México. Centro Las Libres de Información en Salud Sexual Región Centro A.C.
- Lamas, M. (2014). "Entre el estigma y la ley: la interrupción legal del embarazo en el DF". *Salud Pública de México*, 56(1), pp. 56-62.
- Lara, D. et al. (2006). "Challenges accessing legal abortion after rape in Mexico City". *Gaceta Médica Mexicana*, 142 (Supl. 2), pp. 85-89.
- Le Tourneau, K. (2016). *El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa. Un informe técnico para integrantes de la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto (Inroads)*. Chapel Hill, NC: Inroads.
- Lerner, S., Guillaume, A., y Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. México: El Colegio de México.
- Littman, L.L. et al. (2009) 12: 419. Consultado en: <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0095-0>
- López G., A. (2015). "Mujeres y aborto". *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

- López, H. (2014). "Emociones, afectividad, feminismo". En O. Sabido y A. García (eds.). *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea*. México: UAM-A, pp. 257-275.
- Major, B. et al. (1990). "Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion". *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), pp. 452-463.
- Mejía, R. (2017). "Desestigmatizar es humanizar: una lectura positiva de las prácticas no reproductivas de las mujeres". *Por la descriminalización de las mujeres en México*. Ciudad de México. Federación Mexicana de Mujeres Universitarias. Universidad Autónoma Juárez de Tabasco.
- Mizrahi, L. (2003). *Las mujeres y la culpa*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Munk-Olsen, T., Munk L., T. y Pedersen, C. B. (January 2011). "Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder". *The New England Journal of Medicine*, p. 27.
- Moreno L., M. et al. (2019). "Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupted pregnancy in Mexico City". *Salud Mental*, 42(1), pp. 25-32. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2019.004
- Ortiz, O., (2012). *Acompañar para Empoderar. Guía de Apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto. Balance*. México: Fondo María. Consultado el 17 de febrero de 2020 en: <https://www.fondomaria.org/recursos/acompanar-empoderar>
- Robinson, G.E. et al. (2009). "Is there an "Abortion Trauma Syndrome"? Critiquing the Evidence". *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), pp. 268-290.
- Román, S. (2013). Conferencia. Antecedentes e historia del acompañamiento. *Foro de Acompañamiento Integral y Solidario* realizado en la Cd. de México en octubre.
- Rocca, C. et al. (2015). "Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study". *PLoS ONE*, 10(7): e0128832. Consultado en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128832>

- Rostagnol, S. (2014). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República. Uruguay.
- Rowlands, S. (2008). "The decision to opt for abortion". *J Fam Plann Reprod Health Care*, 34(3), pp. 175-180. Consultado en: <http://dx.doi.org/.10.1783/14711189087847347658>
- Russo, N. (2014). "Aborto, maternidad no deseada y salud mental". *Salud Mental*, 37(4), pp. 283-291.
- Sanz R., F. (2004). "Del mal trato al buen trato". En Cosue Ruiz-Jarabo, Q., Blanco Prieto, P. (dirs.). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Silva, M. (2014). *Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú*. Francia: Médicos del Mundo.
- Sorhaindo, A. M. et al. (2014). "Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico". *Women & Health*, 54(7), 622-640. DOI:10.1080/03630242.2014.919983
- Steinberg, J. R. et al. (2016). "Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma". *Social Science & Medicine* 150, pp. 67-75. Consultado en: www.elsevier.com/locate/socimed.
- Távora R., A. (2005). "Pensando sobre los conflictos y la salud mental de las mujeres". *Centro de Documentación de Mujeres. Emakumeen Dokumentazio Zentroa*. Consultado en: http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0484/conf_mujer.pdf.
- . (2010). "Para que el amor de pareja no me (nos) ponga de los nervios". *Mujeres y Salud. Revista de Comunicación Interactiva*, 29. Consultado en: <http://matriz.net/mys29/img/MYS29.pdf>
- Torre-Bueno, A. (1997). *Paz después del aborto*. San Diego: Pimpernel. Consultado en: <http://www.peaceafterabortion.com/spanish.pdf>.

Autoras

Lucía Melgar

Doctora en literatura por la Universidad de Chicago, con estudios en ciencias sociales. Es crítica cultural e investigadora asociada del ITAM. Ha publicado artículos sobre feminicidio y violencia contra las mujeres, y coordinado libros sobre familias, mujeres y justicia y violencia. Su publicación más reciente, en coautoría con Susana Lerner y Agnès Guillaume es *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos* (El Colegio de México/IRD, 2016).

Susana Lerner

Licenciada en sociología por la UNAM, Maestra en demografía por El Colegio de México. Profesora investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México. Premio Nacional de Demografía 2007, recibió las Palmas académicas de Francia en 2010. Presidió la Sociedad Mexicana de Demografía (1990-92) y es integrante del Consejo Consultivo Ciudadano para la Política de Población de CONAPO. Es autora de numerosos libros y artículos sobre demografía, salud sexual y reproductiva. Su libro más reciente es *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*, en coautoría con Agnès Guillaume y Lucía Melgar (El Colegio de México/IRD, 2016).

Agnès Guillaume

Maestra en demografía, investigadora del CEPED (Centro de Población y Desarrollo) de Francia. Ha publicado numerosas investigaciones acerca de derechos sexuales y reproductivos, en particular el aborto, en países de África, América Latina y Europa. En coautoría con Susana Lerner publicó la investigación: *El aborto en América Latina y el Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005* (CEPED, 2007). Su libro más reciente es *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*, en coautoría con Susana Lerner y Lucía Melgar (El Colegio de México/IRD, 2016).

Emanuela Borzacchiello

Investigadora feminista. En su investigación se ocupa de desarrollar la relación entre las prácticas contemporáneas de control social, la manipulación de la comunicación y la violencia feminicida.

Es curadora de las instalaciones “Constelaciones feministas” y “Las Mujeres y el ‘68” ubicadas en Memorial del 68 y Museo de los Movimientos Sociales del Centro Cultural Universitario Tlatelolco (CCUT).

Con Lucía Melgar e Irma Suacedo ha sido integrante del grupo de investigación para llevar a cabo el Informe Alerta de género: estudio integral de la violencia contra las mujeres, violencia feminicida y feminicidio en Guanajuato.

Para construir un puente entre investigación académica y periodismo, trabaja con la colectiva Periodistas de a Pie con la cual llevó a cabo dos reportajes: “Mujeres ante la guerra” (2017) y “Estuvimos vivas, hasta que nos mataron” (2018-2019).

Entre sus publicaciones se encuentran:

- Borzacchiello, E. (2019). *Re-existir: prácticas para cuidar las vidas. Entre academia y periodismo*, publicado por Hermann, París.
- Borzacchiello, E. (2017). “Archivos feministas en tiempo de violencia: elementos para el análisis”, en *Lecturas críticas en*

epistemología feminista, coordinado por Blazquez-Castañeda, CEIICH-UNAM.

Alejandra López Gómez

Es psicóloga de la Universidad de la República en Uruguay. Cuenta con especializaciones en género, sexualidad y salud. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Profesora titular en régimen de Dedicación Total en la Universidad de la República donde coordina el Programa en Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología. Docente invitada y consultora en instituciones a nivel nacional, regional e internacional en temas de género, salud y derechos sexuales y reproductivos. Cuenta con numerosas publicaciones en sus líneas de trabajo. Es investigadora activa del Sistema Nacional de Investigadores. alopez@psico.edu.uy // <https://uruguay.academia.edu/AlejandraLopez>

Martín Couto

Licenciado en Sociología y Magíster en Estudios Contemporáneos de América Latina por la Universidad de la República. Investigador en temas de género y derechos sexuales y reproductivos (con énfasis en aborto). Docente del Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay).
Correo electrónico: mcouto@psico.edu.uy

Lilián Abracinskas

Técnica en Anatomía Patológica egresada de la Universidad de la República. Comunicadora feminista y experta en género, salud y derechos sexuales y reproductivos. Desde el año 2004 es Directora ejecutiva de MYSU, Mujer y Salud en Uruguay, organización feminista para la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Coordina el programa de investigación institucional "Observatorio en género y salud sexual y reproduc-

tiva”, para el monitoreo de políticas públicas y el seguimiento de los compromisos asumidos por el Estado uruguayo ante el sistema de Derechos Humanos y las Conferencias de Naciones Unidas en la materia. Integrante del Board Internacional de Ipas, consejera de la Global Fund for Women e integrante del comité asesor de CLACAI. Representante de la Red por la Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe en la coordinación del monitoreo regional del Consenso de Montevideo, MIRAQUETEMIRO. Conferencista y docente en temas de salud, género y derechos; cuenta con diversas publicaciones a nivel nacional e internacional. Ha integrado delegaciones oficiales de su país ante Naciones Unidas desde 1995 hasta la actualidad.

labracinskas@mysu.org.uy

María Elena Collado

Estudió la maestría en Psicología Social en la Universidad Autónoma de México, la licenciatura en Psicología Social en la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa y un Diplomado en Opinión Pública en la Universidad Iberoamericana. Ha trabajado el tema de la salud sexual y reproductiva desde 1993 en el área de investigación y en el área de desarrollo de materiales educativos. También ha impartido clases en la carrera de Psicología Social en la UAM-Iztapalapa. Ha trabajado en Ipas México, desde 2002 a la fecha, y actualmente coordina el área dirigida a facilitar el acceso a la atención en Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres en los servicios de salud. Ha desarrollado actividades relacionadas con la investigación en violencia de género con mujeres y adolescentes, algunas de ellas con un enfoque en poblaciones rurales e indígenas, las necesidades de atención de adolescentes que han interrumpido embarazos, sobre las percepciones de los prestadores de servicios de salud en torno a la interrupción de embarazos por la causal de salud. También ha participado en el diseño de materiales para dar acompañamiento a las mujeres en

torno al aborto con medicamentos. Es autora o coautora en 20 publicaciones en revistas científicas y capítulos de libros.

Jazmín Mora Ríos

Doctora en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Investigadora en Ciencias Médicas adscrita a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel 1). Actualmente participa como docente de la Especialidad en Salud Mental que imparte la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM). Ha participado en proyectos de investigación colaborativa a nivel nacional e internacional. Sus líneas de interés son los factores socioculturales en la salud mental y las adicciones, la investigación cualitativa, así como el estigma y discriminación estructural en salud mental.

Lurel Cedeño Peña

Candidata a Doctora en Psicología Social, UNAM con una investigación sobre la experiencia narrada del aborto en mujeres mexicanas. Licenciada en Psicología con mención honorífica. Egresada del Diplomado Internacional “El feminismo en América Latina: aportaciones teóricas y vindicaciones políticas”, UNAM-CEIICH.

Durante más de 13 años ha colaborado en organizaciones de la sociedad civil en la coordinación de diversos proyectos sobre salud y derechos sexuales/reproductivos, VIH, prevención de embarazo adolescente, violencia de género, así como en la elaboración de materiales de difusión, manuales de capacitación y en la elaboración de una metodología para el monitoreo de servicios de salud reproductiva para adolescentes y de acceso a métodos anticonceptivos. Ha sido ponente en congresos y coloquios nacionales e internacionales.

Actualmente participa en el Grupo Interdisciplinario de Investigación Feminista en Formación Policial (GIFFPOL).

Olivia Tena Guerrero

Doctora en Sociología y maestra en Psicología por la UNAM. Investigadora Nacional Nivel II. Adscrita al Programa de Investigación Feminista del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades en la UNAM, donde fue coordinadora de dicho Programa y del Diplomado “El feminismo en América Latina: Aportaciones Teóricas y Vindicações Políticas”. Docente y Tutora en los posgrados en Ciencias Políticas y Sociales y en Psicología de la UNAM.

Su línea general de investigación es “Trabajo, Género y Salud”, con proyectos sobre Trabajo y Soltería; Maternidad; Género e Instituciones Policiales; Empleo y Condición Masculina.

Integrante de la Red Interuniversitaria de Estudios sobre Políticas Públicas y Seguridad Democrática con sede en Buenos Aires, Argentina. Ha publicado libros y artículos sobre su especialidad e impartido conferencias nacionales e internacionales, además de haber colaborado en la Revista *Cambio Estado de México*, con la columna “Sexualidad y Género”.

Nayla Luz Vacarezza

Es Licenciada y profesora en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA), donde también obtuvo el título de doctora en Ciencias Sociales. Se desempeña como Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina, con sede de trabajo en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). También se desempeña como docente en la Carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Integra el Seminario sobre Género, Afectos y Política (SEGAP) y forma parte de la colectiva asesora del Programa de Memorias Políticas Feministas y Sexogénicas (CeDInCi-UNSAM). Actualmente investiga el rol político de los afectos en las producciones visuales

que surgen de las luchas por el derecho al aborto en el Cono Sur. Participó como oradora en el debate parlamentario sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina. Es coautora de dos libros: *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones* (Marea, 2011) y *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo. Una investigación socorrista feminista* (La Parte Maldita, 2018).

Ruth Zurbriggen

Profesora de Enseñanza Primaria. Profesora en Ciencias de la Educación y Especialista en Estudios de las Mujeres y de Género por la Universidad Nacional del Comahue. Se desempeña como educadora en temas de educación sexual integral y pedagogías feministas. Forma parte de la Escuela de Formación Político Sindical Rodolfo Walsh de la Unión de Trabajadorxs de la Educación de Río Negro. Activista feminista en La Revuelta de Neuquén y en Socorristas en Red (feministas que abortamos) de Argentina. Acompaña procesos de aborto con medicamentos.

Olivia Ortíz Ramírez

Psicóloga clínica, titulada por la UNAM, con formación en psicoanálisis, estudios de género, sexualidad y derechos humanos. Desde 1995 se desempeña como consultora en el área de la salud sexual y reproductiva para diversas organizaciones nacionales e internacionales y como promotora de los derechos sexuales y reproductivos. Líneas de trabajo desarrolladas: capacitación en temas de género, salud sexual y reproductiva; investigación cualitativa; comunicación estratégica desarrollando diversos materiales de difusión; y desde 2006 psicoterapeuta en salud sexual y reproductiva con particular énfasis en el acompañamiento emocional por aborto voluntario.

Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias, coordinado por: Lurel Cedeño Peña y Olivia Tena Guerrero. Se terminó de imprimir en la Ciudad de México en julio de 2020. Se tiraron 300 ejemplares sobre papel cultural de 90 gramos en los talleres de Impresos Hermann, San Jerónimo 2259, col. Pueblo Nuevo Alto, C.P. 10640, Magdalena Contreras, CDMX. La formación estuvo a cargo de Luis Alejandro Romero Reyes. En la composición se utilizaron tipos Book Antigua, CGOmega, Helvética y Times New Roman PS.