



## **Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental**

### **Sheltered by the Night: Clandestine Abortions and Mental Health**

Adriana Maroto Vargas \*

*Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, Costa Rica*

*(recibido 15 de diciembre de 2010; aceptado 5 de mayo de 2011)*

#### **Resumen**

Este artículo es una presentación parcial de resultados de la investigación “Al amparo de la noche. La ruta crítica de las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica”, realizada por la Colectiva por el Derecho a Decidir. El estudio aborda diversos aspectos, sin embargo este artículo se limita a la salud emocional de nueve mujeres posterior a la interrupción del embarazo. Ellas refieren sentimientos diversos, entre los cuales se ubican alivio, dolor emocional, tristeza y culpa; sin embargo, estos están asociados a sus condiciones de vida particulares y no específicamente al aborto. En ninguno de los casos se encontraron síntomas de estrés postraumático.

*Palabras clave:* aborto clandestino, salud mental, contexto legal

#### **Abstract**

This article presents in part the results of the research study, “Sheltered by the night: the critical route of women who have clandestine abortions in Costa Rica,” which was carried out by the Collective for the Right to Choose. The study addresses different issues, but this article is limited to the emotional health of nine women following abortions. The women refer to a wide range of feelings, including relief, emotional pain, sadness, and guilt, but these are associated with their living conditions, and not specifically with abortion per se. In none of the cases were post-traumatic stress symptoms found.

*Keywords:* clandestine abortions, mental health, legal context

---

\* Programa de Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, Costa Rica. Correspondencia. Correo electrónico: [adrianamv@colectiva-cr.com](mailto:adrianamv@colectiva-cr.com)



En Costa Rica, la interrupción del embarazo es considerada un delito, excepto cuando se realiza para salvaguardar la salud y la vida de las mujeres<sup>1</sup>. A pesar de esta sanción legal, se estima que en el país se realizan alrededor de 27 000 abortos inducidos al año (Gómez, 2008), sin embargo no se conoce información sobre en qué condiciones las mujeres efectúan los procedimientos y cuáles son las consecuencias para su salud integral.

La salud emocional de las mujeres luego de que interrumpen un embarazo ha sido objeto de debate desde hace varias décadas. Los pronunciamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA) y la Asociación Americana de Psiquiatría afirman que el aborto realizado en contextos legales no representa ningún riesgo para la salud emocional de la gran mayoría de quienes toman esta decisión (Adler, David, Major, Roth, Russo & Wyatt 1992; APA, 2008). Esta conclusión ha sido ratificada recientemente por un estudio publicado en Dinamarca, en el cual se dio seguimiento a más de 365 000 mujeres por un período de doce años (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Lidegaard & Mortensen, 2011). La investigación “Al amparo de la noche. La ruta crítica de las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica”, realizada por la Colectiva por el Derecho a Decidir, tuvo como objetivo conocer las implicaciones que tiene la clandestinidad en la vivencia de las mujeres al realizarse un aborto. Este artículo se centrará en el tema de la salud emocional. Antes de exponer los resultados encontrados, es importante realizar algunas precisiones teóricas.

La ruta crítica es un proceso que se construye a partir de las decisiones tomadas y las acciones emprendidas por las mujeres que, en este caso, han decidido interrumpir un embarazo en un contexto de clandestinidad; así como de las respuestas encontradas en la búsqueda de soluciones. En este proceso, existen factores impulsores y factores inhibidores, ambos internos y externos (Sagot, 2000). Debido a que es un proceso complejo, la ruta crítica usualmente no es lineal, pueden existir avances, retrocesos, momentos en que las mujeres sienten que no hay una salida o que vuelven al mismo punto en que iniciaron. Este recorrido se hace en un contexto social con ciertos valores asignados a las mujeres y la maternidad.

En la sociedad patriarcal, la maternidad es un mandato asociado al rol de género en el que se confunde la función biológica con la construcción social. Lagarde (1997) señala que “al parir –al ‘dar a luz’, al ‘dar la vida’, al ‘traer hijos al mundo’–, la mujer nace como tal para la sociedad y para el Estado” (p. 386), es decir, la esencia de la mujer para el Estado es su capacidad procreadora, por lo cual se construye su identidad desde la fecundidad (Paterna & Martínez, 2005).

Según Camacho (1997), esta acción de reducir la maternidad a su capacidad biológica esconde las implicaciones políticas, sociales y económicas, que es justamente lo que le otorga la forma de una institución patriarcal. Ella plantea la diferencia entre maternaje (tareas de cuidado que realizan las mujeres alrededor de sus hijas o hijos) y maternazgo (tareas de cuidado que realizan las mujeres, tanto en el ámbito público y privado, hacia otras personas que no son sus hijas o hijos).

Por lo tanto, la maternidad demanda vivir para otras personas (la o el hijo, la pareja, la familia, etc.), ya que el mandato establece una relación de poder que atraviesa el cuerpo de las mujeres y afecta todas sus relaciones.

La sexualidad y el cuerpo de las mujeres se convierten en un terreno político. La sexualidad femenina tiene dos destinos: la maternidad y el erotismo. Sin embargo, la sexualidad erótica es considerada mala porque puede alterar la relación de dependencia de las mujeres con el poder, pero más aún porque supone un saber tanto de sí misma como del otro (Lagarde, 1997).

La maternidad es valorada en términos muy positivos porque mantiene a las mujeres dentro de su mandato social: vivir para cuidar y dar protección a otras personas, rol que debe cumplir para



garantizar la reproducción de las instituciones sociales que controlan su cuerpo, su sexualidad y su vida.

Los cambios que se han dado en el rol de las mujeres en el ámbito público y privado han provocado que, para un número creciente, la maternidad ya no sea el eje que ordena y da sentido a sus vidas. Aunque esta pueda desempeñar un papel significativo, existen otras esferas importantes, entre ellas su trabajo, la relación de pareja y la oportunidad de estudiar (Fuller, 2001).

Esta resignificación de las prioridades en la vida y las implicaciones que tienen en la construcción de la identidad de las mujeres, tiene como consecuencia que ellas tomen decisiones frente a un embarazo no planeado o no deseado. Las mujeres que deciden abortar, que deciden transgredir el mandato de la maternidad, son sancionadas, desaprobadas socialmente y empujadas a una soledad social por haber ejercido un poder sobre sus cuerpos y sus vidas.

Sin embargo, en el contexto de nuestro país, no sólo se transgrede este mandato social sino una norma penalmente establecida: se comete un delito. Carril y López (2008) han investigado que existen razones más poderosas que la sanción jurídico-legal y la censura moral, que determinan que una mujer opte por interrumpir un embarazo que no desea. Una mujer que aborta lo hace porque no encuentra otra salida ante un embarazo no planificado o no deseado y, al hacerlo, decide arriesgarse a los efectos de la clandestinidad exponiendo su salud y su vida. Esto denota la presencia de fuertes motivaciones que están directamente relacionadas con las coyunturas y realidades, tanto materiales como simbólicas, de cada mujer. Cada una de ellas se encuentra a sí misma ante una situación límite que la motiva a transgredir la condena moral y legal a pesar de las consecuencias que eventualmente podría enfrentar.

La penalización del aborto expone a las mujeres a situaciones indeseadas. Las mujeres que tienen mayor acceso a información y apoyo afectivo se encuentran en condiciones materiales y subjetivas más ventajosas para transitar y elaborar la experiencia vivida. De esta manera, “las dificultades para encontrar la información, obtenerla pero en forma parcial o fragmentada y el temor al daño, se convierten para muchas mujeres en factores que desencadenan ansiedad y angustia, y determinan el proceso de la toma de decisión” (Carril & López, 2008, p. 12).

La clandestinidad impone un ambiente subjetivo en el que el secreto, el temor, la inseguridad y la condena moral no dejan de estar ausentes en la vivencia de la interrupción del embarazo; esto sin duda será un factor relevante para la salud emocional de las mujeres.

## **Método**

El objetivo general de la investigación fue describir la ruta que transitan las mujeres que se han realizado abortos clandestinos en Costa Rica en los últimos veinte años.

### *Instrumentos*

Se realizó una historia de vida temática que abarca solo un período o un aspecto de la vida de la persona entrevistada, en este caso el período del embarazo no deseado y su interrupción. Según Acuña (1989), las historias de vida se caracterizan por su carácter oral y las define como:

Un relato de la vida de una persona, contada por ella misma pero recopilada por un investigador quien se sirve de la grabadora para registrar este intercambio oral o verbal. La entrevista es el lugar, el espacio de interacción y el momento en que se genera el material de las historias de vida (p. 7).



Sin lugar a dudas la historia de vida es subjetiva, representa el punto de vista de la persona, e incluso se refiere a cómo la persona recuerda y significa esos hechos que sucedieron en algún momento de su vida, lo cual puede ir cambiando a lo largo de los años. No obstante, esa percepción “no disminuye sus méritos, simplemente indica una de sus particularidades” (Acuña, 1989, p. 10).

Por lo tanto, esta situación no impide que a través del conocimiento de esas historias individuales y referidas de una manera muy subjetiva, se logre un acercamiento a la realidad que viven las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica.

### *Participantes*

Para la selección de las mujeres entrevistadas se utilizó la técnica denominada *bola de nieve*. A partir de cada nuevo contacto o entrevista efectuada, se pidió a las mujeres que, si conocían a otras con la misma situación, se estableciera el contacto.

El tamaño de la muestra se definió por el criterio de *saturación*, el cual establece que no se realizan más entrevistas cuando ya no se encuentra la referencia a nuevas personas o cuando las entrevistas realizadas no brindan información novedosa y de interés para la investigación (Acuña, 1989). El criterio que se cumplió fue el agotamiento de los contactos para establecer nuevas entrevistas.

Las entrevistas se realizaron por una psicóloga del equipo de la Colectiva por el Derecho a Decidir, requisito ético que se había establecido en la propuesta metodológica para tener la posibilidad de brindar intervención de primer orden en caso de ser necesario durante la entrevista.

Las entrevistas se realizaron en lugares de común acuerdo con cada mujer. El único requisito que se contempló es que fuera un espacio seguro para ella, especialmente en lo referente a la confidencialidad y la privacidad.

El consentimiento informado de las mujeres para participar en la investigación se realizó de manera verbal. No hubo ningún registro de los datos personales reales de las mujeres. Para efectos del registro de los datos y la publicación del informe de investigación, se cambiaron los nombres y todo dato que pudiera permitir una fácil identificación de las personas involucradas en cada caso.

### **Resultados**

En total participaron en el estudio nueve mujeres. Tres de ellas habían tenido dos abortos en diferentes momentos de sus vidas, por lo cual se contó con doce historias para el análisis. De las doce historias, siete sucedieron en momentos en que las mujeres tenían entre 18 y 25 años, y las otras cinco interrupciones fueron realizadas por mujeres con edades comprendidas entre los 29 y 35 años de edad. Todas las participantes, sin excepción, son mujeres con estudios universitarios. Para las más jóvenes las interrupciones se realizaron en momentos que estaban iniciando sus estudios y, para el grupo comprendido entre los 29 y 35 años, se dio en la etapa posterior a la conclusión de sus estudios universitarios. Respecto al área de residencia, todas ellas vivían en áreas urbanas al momento de enfrentar el embarazo no deseado: cuatro en San José, cinco en una comunidad urbana ubicada al oeste del Valle Central, dos en cantones de la provincia de Guanacaste y la otra, en una comunidad puntarenense. Finalmente, ocho de las interrupciones del embarazo se realizaron entre los últimos 2 y 5 años, y cuatro en un plazo mayor (entre 6 y 16 años). En el informe de investigación se analizaron los diferentes momentos identificados en la ruta crítica de las mujeres: (a) la noticia del embarazo y la decisión de interrumpirlo, (b) la búsqueda de información, (c) la interrupción del embarazo, (d) el posprocedimiento y, (e) la clandestinidad. Sobre los primeros



tres puntos se presentará una breve referencia de los aspectos encontrados en las entrevistas, ya que este artículo se centrará en el posprocedimiento, momento que está intrínsecamente relacionado con la vivencia de las mujeres del proceso y su salud emocional, tema que compete directamente a las y los profesionales en Psicología.

### *La confirmación del embarazo*

Todas las mujeres confirmaron su embarazo entre la tercera y la séptima semana de gestación. Sus sospechas iniciaron al notar cambios en el cuerpo, incluyendo aumento en el tamaño de los pechos, sensibilidad mamaria y el atraso en la menstruación. Las amigas y las parejas fueron las personas a quienes las mujeres les contaron sobre la sospecha o sobre el embarazo ya confirmado. La noticia del embarazo les produjo altos niveles de ansiedad y estrés, los cuales se manifestaron, en algunos casos, en trastornos del sueño y de la alimentación, tristeza, llanto, falta de energías para levantarse cada día, entre otros.

A excepción de un caso, la decisión de abortar se dio de manera simultánea a las primeras sospechas del embarazo. Hubo varios criterios para tomar la decisión, pero el que tuvo mayor peso fue que no se sentían preparadas para tener una hija o hijo en ese momento de sus vidas. Cuando buscaron a sus amigas o parejas lo hicieron para pedirles ayuda o compañía para llevar a cabo su decisión.

### *La búsqueda de información*

A excepción de un caso, la búsqueda de información se inició de manera inmediata y fue un momento de gran importancia para todo el proceso. Quienes tuvieron acceso a fuentes de información seguras y que les brindaron apoyo emocional, se sintieron en menor riesgo, ya que tenían datos confiables y oportunidades de hacer consultas ante sus dudas. Quienes tuvieron acceso a información que no fue acompañada por una consejería, vivieron el proceso con mayor ansiedad e incertidumbre porque no sabían qué esperar en cuanto a los síntomas y los plazos.

El tiempo utilizado en la búsqueda de información fue muy diverso. Algunas tenían alguna información preliminar y les tomó algunas pocas horas o a lo sumo un día ubicar la información que requerían. Aquellas que no tuvieron ningún contacto clave para iniciar, tardaron entre una y ocho semanas en encontrar información útil. Nuevamente fueron las parejas y las amigas las personas que las acompañaron en esta etapa.

Las fuentes de información principalmente fueron dos. Por un lado, médicas y médicos a nivel privado, quienes tienen un conocimiento que se considera legítimo. Por otro, mujeres –en la mayoría de los casos amigas o conocidas– que tenían acceso a la información por experiencias previas. Este conocimiento fue igualmente validado y respetado.

### *La interrupción*

La gran mayoría inició la interrupción de manera inmediata apenas lograron encontrar información de cómo hacerlo, lo cual significó que estas se realizaron entre la cuarta y la octava semana de gestación, es decir, durante el primer trimestre del embarazo.

El procedimiento más accesible para las mujeres fue el aborto con medicamentos. El fármaco se consiguió por medio del pago de consultas privadas a profesionales en medicina y en algunos casos a través de amigas que tenían sus propios contactos. Las variaciones en el costo económico fueron bastante grandes, desde el acceso totalmente gratuito hasta los 350 000 colones (6000 US\$).



Los sentimientos fueron diversos pero la gran mayoría experimentó ansiedad e incertidumbre antes y durante la realización del procedimiento, especialmente asociadas a la interrogante de si este iba a ser efectivo. Enfrentaron temores relacionados con su integridad, principalmente en aquellos casos en que no tuvieron acceso a información completa y la oportunidad de realizar consultas durante el proceso. Hubo frustración en aquellos momentos en que sentían o se daban cuenta de que el método no estaba siendo efectivo. Alivio para la mayoría de ellas cuando lograron confirmar la interrupción. Dolor y tristeza para una de ellas en que la decisión de abortar implicó asumir muchas otras pérdidas. Culpa para una que moralmente se oponía al aborto pero creía que era la mejor decisión que podía tomar en el momento. La mayoría de las mujeres fueron acompañadas a lo largo de toda la ruta por sus amigas y en algunos casos por sus parejas.

### *El posprocedimiento*

En ninguna de las 12 historias estudiadas hubo una complicación física posprocedimiento que pusiera en riesgo la integridad, la salud física o la vida de las mujeres. Esto en cuanto todas ellas utilizaron procedimientos seguros desde el punto de vista médico. En el caso de la salud emocional, se encuentran situaciones muy diversas luego de que se completó la interrupción del embarazo.

Una de las principales conclusiones de los estudios de la *American Psychological Association* (APA, 2008) es que el embarazo y su interrupción no se pueden analizar en abstracto, ya que son parte de la historia de vida de cada mujer concreta y las condiciones del momento en que se presentaron. En la vivencia psicológica intervendrán las redes de apoyo con que cuente la mujer, la personalidad, la situación en que se dio el embarazo, sus valores morales, éticos y religiosos, su manera de enfrentar y lidiar con sus propias emociones, entre muchos otros factores (APA, 2008; Boonstra, Benson, Richards & Finer, 2006).

Ante un embarazo no deseado es muy difícil separar el impacto emocional de asumir el embarazo y realizar la interrupción del mismo. En algunos casos también es relevante considerar las circunstancias en que este se dio y las emociones que podrían surgir de manera posterior a su interrupción. Sin embargo, afirman Adler, David, Major, Roth, Russo y Wyatt (1990, 1992) en el caso de las mujeres que han tomado la decisión de abortar, los momentos de mayor angustia se presentan de manera previa a la interrupción. Posterior al procedimiento se pueden presentar sentimientos muy diversos, pero la mayoría siente alivio y felicidad. Eva, Gretta, Laila e Irina utilizaron las palabras “alivio” o “tranquilidad” para describir sus emociones:

El trauma para mí fue haber estado embarazada y no haberlo podido resolver rápido, una vez que lo resolví fue maravilloso ... fue lo la mejor decisión que he tomado en muchísimo tiempo (Irina).

Me había quitado un peso de encima, me había quitado una carga, estaba bastante preocupada por la situación y feliz de, de haber encontrado un lugar donde, donde pudiera hacerlo y que me hubiera ido tan bien porque en realidad es muy difícil, también por los casos que yo he visto de, de, de chicas, que la situación salga tan bien como me fue a mí (Gretta).

Al contrario, Rebeca hizo referencia a un fuerte dolor emocional. Según su relato hubo un plazo mayor a las 10 semanas entre la noticia del embarazo y la interrupción debido a situaciones



diversas, tales como que la decisión no estaba tomada, la identificación de un lugar y principalmente la falta de dinero para acudir a las consultas. En la clínica en la cual fue atendida le ofrecieron la posibilidad de tener algunas sesiones de consejería posterior al aborto, pero ella decidió que no necesitaba el espacio porque no quería hablarlo y pensó que con una negación de la experiencia iba a estar bien. A pesar de que ya habían transcurrido algunos años, al momento de la entrevista no había hablado con nadie sobre el tema:

Entonces, sí, como que la psicóloga venía y me preguntaba que, cómo me sentía yo, y yo le decía, bien, diay, yo me siento bien porque, tal vez, yo lo que quería era deshacerme de eso, por así decirlo, no quería que estuviera más conmigo, pero ya así, digamos, como al mes, a los dos meses, sí, ya me sentí muy mal, por lo, por lo mismo moral, ¿verdad?, por la conciencia, diay, que había matado a un ser humano y todo eso, pero, todavía me duele un poco cuando me acuerdo, pero lo que hago es borrón y cuenta nueva, hay que hacer así, porque si no, pasaría llorando todos los días.

Otro factor que, según la APA (2008), desempeña una función importante, es la salud emocional de las mujeres antes y durante el embarazo. Las probabilidades de trastornos en la salud emocional e incluso enfermedades psiquiátricas aumentan, cuando estas existían previamente, o bien, cuando hay antecedentes de violencia, duelos no resueltos u otras situaciones.

Eva y Giselle, en la etapa posterior, se enfrentaron a un intenso proceso de elaboración del duelo, pero ambas tenían claro que no era por la interrupción del embarazo en sí misma, sino por el contexto en el que esta se dio y porque no se habían dado el espacio para elaborar otras pérdidas que habían tenido anterior o simultáneamente. Giselle vivió la pérdida del embarazo como la pérdida de la posibilidad de la maternidad, ya que por su edad sintió que era la última oportunidad que tenía; vivió también la pérdida de la relación de pareja, ya que esta situación la hizo darse cuenta de que había estado en una relación en que todas las decisiones se tomaban en función de *él*; perdió su trabajo, ya que el jefe no le renovó el contrato luego de que se enteró de su decisión de interrumpir el embarazo y, finalmente, tuvo que irse de la ciudad en la que había vivido, ya que al quedarse sin trabajo debió migrar a San José donde encontró una oportunidad laboral.

Eva también tenía varias situaciones que no había elaborado:

Yo sabía, digamos, que estaba atravesando una situación muy fuerte, porque, como te digo, yo soy muy evasiva con respecto a los sentimientos, ¿verdad?, entonces los dos embarazos anteriores, no los había trabajado, la ruptura del matrimonio tampoco y aparte de eso el aborto recién que me había hecho.

Otro factor de mucho peso es el estigma social sobre el aborto. La APA (2008) afirma que los ambientes sociales que estigmatizan la interrupción del embarazo contribuyen de manera directa a las experiencias psicológicas negativas posterior a su realización, especialmente cuando es internalizado por las mujeres. Las historias de Miranda y Silvia son buenos ejemplos de cómo en la vivencia tienen un peso significativo los valores personales, los mensajes de censura respecto al aborto y el contexto social en general.



Miranda fue la única que definió sus sentimientos posteriores al aborto con el término “culpa” y, a la vez, la única que hizo referencia a la religión y a su formación espiritual como un elemento importante en su vida.

Según Lagarde (1997), la culpa es un elemento central en el cautiverio de las mujeres, ya que es el mecanismo mediante el cual se recrea la represión social y cultural pero sin que existan las vías para hacerla consciente. Por lo tanto, las posibilidades para su elaboración y transformación son muy limitadas.

Sin embargo, a pesar de la culpa, Miranda logró extenderse en su análisis y plantear una interrogante trascendental respecto a su relación de pareja y su proyecto de vida:

¿Por qué uno no se cuida más?, y se evita este poco de cosas, ¿verdad?, sin ninguna necesidad, también, ya viene la parte, entonces, ya de que yo como mujer, ¿por qué me estoy, o sea, por qué estoy con una persona así, sí?, y pasando por estas cosas ahora sola, entonces, ya viene toda una reflexión de, de mí, ¿por qué llegué hasta aquí?, púchica, ¿tuve, tuve que pasar por todo esto para, para ponerme a pensar en mí?

En contraste, se encuentra Silvia, quien creció en un contexto donde el aborto es legal y socialmente permitido. Por eso, su mayor inquietud fue lograr la interrupción del embarazo de manera exitosa y afrontar un aparente problema que le fue detectado en el cuello del útero. Ella consideró que la gran diferencia entre Costa Rica y su país es que en este último el aborto:

Es un tema que puedes hablar abiertamente, es decir, que en vez de, no sé, lo escondas a tu familia, más bien lo cuentas a tu familia y todo el mundo está al tanto de ti, y se preocupa, es como es, se vive igual que si te da un dolor de apendicitis de pronto y te vas al hospital y te hacen una interrupción, te operan, digamos, de la apendicitis, eso, todo el mundo se preocupa, te chinean, te traen comida, te atienden, digamos, es, es... es totalmente... es, es un proceso, digamos, no hay ninguna carga moral con el tema (...), digamos, no lo escondes a tus, a tus compañeros de trabajo o a tus jefes, por, por un problema moral, digamos, no te van a sancionar moralmente por eso, no te van a juzgar.

Irina, luego de su primera interrupción, sufrió de agorafobia, claustrofobia y ataques de pánico, síntomas que la llevaron a buscar terapia psicológica. Ella tenía 19 años, era madre adolescente, el padre no se había hecho cargo del hijo, y había tenido síntomas depresivos anteriores al embarazo. En su relato expresó muy claramente el impacto que tiene el contexto y la presión social en la vivencia de un aborto inducido:

Yo estuve padeciendo, digamos, varias, eh, síntomas a nivel psicológico y que son tan dolorosos como una enfermedad, digamos, física, entonces, yo digo: puta, o sea, eso es a lo que se enfrentan las mujeres, y con razón la gente dice [risas], lo hemos discutido con algunas amigas, no es que usted queda loca después de hacerse un aborto, es que, ¿cómo no va a quedar loca con toda la presión y todos los viajes que le meten a uno en la cabeza?





Como se ha mencionado anteriormente, las redes de apoyo son un factor que incide en la vivencia psicológica del aborto. El papel de las amigas fue fundamental en todo el proceso y las etapas posteriores no fueron la excepción. La mayoría de las mujeres conversaron con sus amigas sobre la interrupción, especialmente con aquellas que no las acompañaron en esos días.

Lucía y Giselle lo conversaron con algunas amigas que reaccionaron con una fuerte censura. No obstante, ellas lograron poner límites a esta situación:

La reacción fue terrible, ¿verdad?, fue, por dicha yo ya estaba tan bien en otro lugar, que básicamente las mandé a la mierda, ¿verdad?, y, y me pude defender, como, ¿verdad?, y poner las cosas ahí y decir, bueno, o sea, lo que menos se ocupa, ¿verdad?, aquí a la que más le ha costado es a mí, y la que menos, o sea lo que menos ocupo es esto, y no tienen ningún derecho, ¿verdad?, y, y lo pudimos como resolver, digamos, ¿verdad?, lo pudimos como resolver, cada una lo interpretó como pudo (Giselle).

Yo le dije: “mae, yo no le estoy contando como para que me juzgue, le estoy contando porque usted ha sido mi amiga del cole, ¿verdad?, y pensé que con vos ¿no?, pues podía confiar y tal, pero si usted va a salir con ese rollo, diay, olvídelo, ¿verdad?, hablemos de otra cosa, no me interesa” (Lucía).

Para las otras mujeres que lo conversaron con sus amigas, este fue un espacio muy importante de elaboración de lo sucedido. Laila decidió contárselo a una de sus mejores amigas y “descubrió” que las dos habían vivido una experiencia similar de manera simultánea:

Esta otra amiga, que también lo conversamos más a fondo, eh, sí, era más como, como nos daba como risa decir: mirá más o menos en la misma época, más o menos como en circunstancias parecidas, porque también ella estaba ahí como con su trabajo y todo, solo que ella tenía una relación mucho más enredada, y fue así como, como qué curioso, ¿verdad?, como un momento de aprendizaje que nos tocó en la, en la, al mismo tiempo, pero lo vimos así como un momento de aprendizaje.

Las historias evidencian la gran diversidad de factores que intervienen en la salud emocional de las mujeres y, específicamente, en la vivencia que tuvieron de la interrupción del embarazo. Todos estos relatos culminaron en una interrupción que era el objetivo, sin embargo, para lograrlo, ellas debieron recorrer rutas complejas que las enfrentaron al temor de ser descubiertas y denunciadas, la incertidumbre ante un sangrado que no aparecía o que no se detenía, puertas que se cerraban mientras el embarazo seguía su curso, amenazas de parejas sobre la continuación o interrupción del embarazo, la creencia de que el procedimiento podría afectar su capacidad reproductiva futura, la finalización de su relación de pareja, el hacer consciente que habían estado en una relación de violencia, entre muchas otras situaciones.

Toda esta complejidad hace pensar que, afirmar categóricamente que el aborto produce por sí mismo un síndrome postraumático en las mujeres, es una reducción simplista que no tiene sustento desde la psicología clínica, ni desde las investigaciones realizadas con métodos científicos.



## **Conclusiones**

En el debate sobre el aborto participan actores sociales muy diversos que argumentan a favor o en contra de la penalización, sin que usualmente tengan un espacio las voces de las mujeres que se encuentran frente a un embarazo no deseado y deben tomar la decisión de si continuar o interrumpirlo, y más aún de aquellas que ya tomaron la decisión.

El objetivo de este estudio fue mostrar que mientras se dan las luchas en el plano político y legal, las mujeres deciden sobre sus embarazos y un alto número está decidiendo interrumpirlo. Esta parece ser evidencia suficiente para argumentar que las leyes restrictivas no disuaden a las mujeres de abortar, pero, sí, las obliga a realizarlo en un contexto de clandestinidad que las lleva por una ruta crítica y afecta su salud emocional.

La investigación tuvo un carácter cualitativo que exploró en la vivencia que tuvo cada mujer en particular, según su propia historia de vida y las condiciones que tenía en el momento de enfrentar el embarazo no deseado. Por lo tanto, no pretende ser una muestra representativa, ni tener la palabra final sobre el tema. Sin embargo, en ninguna de las 12 historias analizadas se encontró indicio de estrés postraumático o lo que algunos sectores han llamado el “trauma posaborto”.

Los resultados, sí, generan evidencia de que la interrupción del embarazo en situaciones de clandestinidad es una vivencia compleja para las mujeres y que debe abordarse en este marco particular para cada una de ellas.

## **Notas**

<sup>1</sup>Artículo 121 del Código Penal. No es punible el aborto practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios.



## Referencias

- Acuña Ortega, V. (1989). La historia oral, las historias de vida y las ciencias sociales. En: E. Fonseca, E. (comp.), *Historia: teoría y métodos* (pp. 7-10). San José: Editorial Universitaria Centroamericana.
- Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41-44.
- Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1992). Psychological factors in abortion: a review. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204.
- American Psychological Association (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington: American Psychological Association.
- Boonstra, H., Benson, R., Richards, C. & Finer, L. (2006). *Abortion in Women's Lives*. New York: Guttmacher Institute. Recuperado de <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>
- Camacho, R. (1997). *La maternidad como institución del patriarcado: representaciones y manifestaciones en obreras del sector textil*. (Tesis para optar al grado de maestría en estudios de la mujer, no publicada). Universidad Nacional, Costa Rica.
- Carril Berro, E. y López Gómez, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Fuller, N. (2001). *Masculinidades: Cambios y permanencias*. Varones de Cusco, Iquitos y Lima. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Gómez Ramírez, C. (2008). *Estimación del aborto inducido en Costa Rica, 2007. Informe de resultados*. San José: Asociación Demográfica Costarricense.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T., Pedersen, C., Lidegaard, O. & Mortensen, P. (2011). Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(4), 332-339.
- Paterna, C. & Martínez, C. (2005). *La maternidad hoy: claves y encrucijada*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Sagot, M. (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudio de casos de diez países)*. Organización Panamericana de la Salud.

## Reseña de la autora

### Adriana Maroto Vargas

Licenciada en Psicología por la Universidad de Costa Rica con experiencia en temas de derechos humanos y género. Actualmente labora como coordinadora de programas en la Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir.