

## 8. ESTIGMA Y ABORTO

El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina

Nina Zamberlin

### **Resumen**

El estigma asociado al aborto se expresa en el clima sociocultural negativo en torno al tema y en el silenciamiento de esa práctica, tanto por parte de las mujeres que la atraviesan, como de los profesionales que la brindan. En las mujeres, el estigma no solo impacta en términos psicológicos sino que también condiciona la voluntad de buscar atención médica, máxime en contextos de ilegalidad. A nivel de los proveedores, el estigma los deslegitima y excluye dentro de su comunidad profesional, asocia su rol al “trabajo sucio”, aumenta el estrés y promueve situaciones de hostigamiento y violencia. Este capítulo resume los hallazgos de una revisión bibliográfica sobre el estigma relacionado con el aborto, tanto en mujeres como en profesionales de la salud en América Latina. La búsqueda arrojó siete artículos publicados en revistas indexadas sobre países de América Latina o regionales, en el período 2009-2014 y disponibles en bases de datos electrónicas. A pesar de la producción limitada, los estudios identificados son sumamente valiosos al proponer un marco teórico específico para focalizar la mirada sobre una dimensión que siempre ha estado presente, pero que recién ahora se perfila como un campo de estudio en sí mismo. Los aportes de estos estudios permiten identificar nudos críticos que exigen mayor profundización en la producción empírica, teniendo en cuenta las particularidades del contexto latinoamericano.

### **Palabras clave**

Aborto, estigma, América Latina

## **I. Introducción**

### **I.1. El concepto de estigma**

A principio de la década del sesenta, el sociólogo Erving Goffman (7) definió el estigma como un atributo de descrédito, ligado a características negativas que desafían las expectativas sociales y devalúan al sujeto. La persona estigmatizada es vista como poseedora de una diferencia indeseable y negativamente valorada, en torno a la cual construye su identidad.

El estigma es una construcción social basada en los estereotipos culturales que existen en toda sociedad y recae sobre los sujetos que se desvían de las normas y expectativas culturales dominantes. Puede tratarse de rasgos visibles y físicamente manifiestos, o imperceptibles y no evidentes, y por lo tanto ocultables. Por lo general, en el último caso, las personas preferirán guardar secreto respecto a su condición para evitar ser estigmatizadas.

Luego de Goffman, el concepto de estigma fue ampliamente abordado desde las ciencias sociales. Si bien ese autor incluyó elementos individuales y sociales, su conceptualización del estigma ha sido aplicada principalmente al impacto psicológico sobre los sujetos afectados y, en menor medida, a entender cómo impacta en la vida social y las relaciones humanas (12). Link y Phelan (16), señalan que el estigma es la ocurrencia simultánea de sus componentes –etiquetamiento, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación–, y que además, para que haya estigmatización debe existir un ejercicio del poder.

Existen distintos niveles de expresión del estigma: percibido, experimentado e internalizado. El estigma es percibido, cuando el individuo es consciente de las valoraciones negativas de los otros hacia el/ella. El estigma es experimentado, cuando la persona vivencia de manera directa la reacción negativa de su entorno en forma de prejuicio y discriminación. Y el estigma es internalizado, cuando una persona acepta e incorpora subjetivamente la valoración cultural negativa de los rasgos que lo distinguen (7,3).

El estigma ha sido estudiado de manera extensa en relación con una amplia variedad de temáticas dentro del campo de salud, que abarcan desde la salud mental, incontinencia urinaria, lepra, tuberculosis, obesidad, hasta el uso de drogas y el VIH/Sida. El estigma respecto del aborto constituye un campo de estudio más reciente e incipiente en términos de teorización e investigación (14,18, 2,1).

### **I.2. Estigma y aborto**

Para pensar el concepto de estigma vinculado al aborto nos basamos en la conceptualización desarrollada por Kumar, Hessini y Mitchell (14), que lo definen como “un atributo negativo asignado a

las mujeres que buscan terminar un embarazo que las marca interna y externamente como inferiores al ideal de mujer”.

Las mujeres que interrumpen un embarazo, rompen las expectativas sociales dominantes sobre la naturaleza del ser mujer a partir de tres elementos: a) la sexualidad femenina ligada a lo reproductivo; b) la maternidad como destino; y c) el instinto natural femenino de cuidado hacia los vulnerables. El desvío de la norma conlleva propiedades indeseables en esa mujer (pecadora, promiscua, sucia, egoísta, irresponsable, descorazonada, asesina), que se acentúan con las políticas que restringen y criminalizan el aborto.

Aplicado a las mujeres que pasaron por un aborto, el estigma percibido es la apreciación individual acerca de lo que los demás piensan sobre el aborto, y lo que podría ocurrir si la experiencia propia tomara estado público (rechazo de la familia o pareja, deterioro de relaciones sociales, pérdida de amistades, crítica, maltrato y aislamiento). El estigma experimentado se refiere a la experiencia real de ser blanco de acciones de discriminación, de agresión u hostigamiento por parte de terceros. Por último, el estigma internalizado es la manifestación de las dos anteriores dimensiones en sentimientos de culpa, vergüenza, ansiedad y otras emociones negativas que producen malestar y motivan el ocultamiento (3,21).

El estigma ligado al aborto se considera como “ocultable”, es decir que no se sabe de él a menos que la situación sea revelada a los demás (19). La percepción del clima social negativo de desaprobación respecto del aborto y el temor a ver afectada su reputación, tienen una relación directa con la voluntad de las mujeres de mantener en secreto sus experiencias de aborto, o de develarlas solo de manera selectiva (3).

Silenciar y mantener en secreto la experiencia del aborto o las referencias a este evento como parte de la vida de las mujeres, conduce a un círculo vicioso que refuerza la perpetuación del estigma (14,20). Para evitar la estigmatización y la desaprobación, las mujeres optan por mantener en secreto sus abortos. En otras palabras, el estigma convierte al aborto en algo de lo cual no se puede hablar. Esto conduce a que la percepción social de la ocurrencia del aborto sea la de un evento poco frecuente, lo que automáticamente lo alinea con una conducta desviada y que, justamente por ello, las mujeres preferirán ocultar. La consecuencia de este círculo vicioso es lo que se conoce como la “paradoja de la prevalencia” (14).

El estigma se plantea en los diferentes niveles de la interacción humana: entre los individuos, en las comunidades, las instituciones, las estructuras de gobierno y en los discursos. Para analizar el alcance del estigma Kumar, Hessini y Mitchell (14) desarrollaron una clasificación de los campos de acción de estigma asociado al aborto. La cual incluye:

- La cultura masiva y la opinión pública. El discurso dominante plantea el aborto como un evento indeseable. Esto se refleja claramente en el lenguaje con fuertes connotaciones negativas;
- nivel estructural / gobierno. Las leyes que regulan, limitan, prohíben o criminalizan el aborto crean, refuerzan y reproducen el estigma;
- nivel institucional / organizacional. Las lógicas institucionales de los servicios de salud que excluyen o separan la prestación de abortos de otros servicios, o las *currículas* universitarias que excluyen la formación profesional sobre el aborto también son creadoras de estigma;
- nivel de la comunidad. El miedo al rechazo o a la condena por parte de la comunidad de pertenencia funciona para que muchas mujeres aborten en soledad, sin animarse a buscar apoyo en su entorno;
- nivel individual. Se refiere al impacto del estigma a nivel psicológico y emocional de la mujer que interrumpe un embarazo. Puede expresarse en sentimientos de malestar, vergüenza y culpa. Las mujeres que se sienten manchadas, avergonzadas y moralmente cuestionadas son más vulnerables a sufrir estrés psicológico luego de un aborto. Estos argumentos se han utilizado para fundamentar la patologización del aborto bajo el supuesto síndrome postaborto sin identificar su origen en la vivencia estigmatizada.

La prohibición legal del aborto que rige en muchos países, implica una posición clara del aborto como algo moralmente condenable. Las consecuencias de la marginación y el silenciamiento impactan en la salud y el bienestar de las mujeres, y también en la vida personal y profesional de los proveedores de servicios.

Para las mujeres, el estigma no solo tiene un impacto psicológico sino que también condiciona la voluntad de buscar atención médica, máxime en contextos de ilegalidad. Las mujeres se sentirán inhibidas de revelar sus decisiones o experiencias de aborto en consultas médicas posteriores, incluso con su profesional de cabecera. Para evitar que se conozca su decisión, algunas recurrirán al aborto inseguro por medio de maniobras auto inducidas o a proveedores no idóneos (21).

A nivel de los proveedores, el estigma los deslegitima y excluye dentro de su comunidad profesional, asocia su rol al “trabajo sucio”, aumenta el estrés y promueve situaciones de hostigamiento y violencia. Bajo estas condiciones, muchos optan por no involucrarse en la práctica del aborto, o si lo hacen, no lo comentan abiertamente en su entorno social y profesional. Aquí también se genera un círculo vicioso que refuerza la idea del aborto como un evento de rara ocurrencia y deslinda a los médicos “respetables” de tal práctica. A este fenómeno de silencio y ocultamiento que conlleva deslegitimación de los médicos proveedores del aborto se le ha llamado “paradoja de la legitimidad” (8).

Harris y Grossman (9) ponen la lupa sobre el aborto de segundo trimestre, como una esfera en la que el estigma se magnifica por la corporalidad que va ganando el feto en esa etapa. Hay una representación exacerbada del sentimiento “antimaternal” de la mujer que interrumpe un embarazo avanzado, sumado al cuestionamiento de por qué tuvo que esperar hasta ese momento. Asimismo, los profesionales que realizan abortos de segundo trimestre son cuestionados y deslegitimados. Los autores señalan que si el estigma convierte al aborto en algo de lo cual no se puede hablar, en el caso del segundo trimestre, lo vuelven algo “impensable”.

### **I.3. Producción de conocimiento**

La investigación sobre estigma y aborto es reciente. En 2014 la revista *Women & Health*<sup>1</sup> dedicó un número especial al estigma asociado al aborto, destacando la necesidad de ampliar el conocimiento y la reflexión crítica sobre el tema. Han surgido también instituciones como Sea Change<sup>2</sup> e Inroads (International Network for the Reduction of Abortion Discrimination and Stigma),<sup>3</sup> que llevan adelante iniciativas focalizadas en los temas de aborto y estigma. Por otro lado, en 2013 Ipas junto con *Advancing New Standards in Reproductive Health* (ANSIRH) de la Universidad de California, San Francisco, organizaron una reunión sobre estigma y aborto en la que participaron expertos del campo de la salud, del derecho, de las ciencias sociales y de organizaciones comunitarias de 11 países, con el fin de definir objetivos de investigación y programáticos sobre aborto y estigma (11).

La mayoría de la literatura se concentra principalmente en las experiencias de las mujeres en contextos donde el aborto voluntario es legal. El estigma asociado al aborto ha sido muy poco estudiado en relación con los profesionales de la salud que proveen estos servicios (14,18,8,10,13), pero existen hipótesis acerca del estrés que sufren, su agotamiento y sus temores (18). Hay trabajos que señalan también que estos efectos negativos son contrarrestados con creencias positivas por parte de ellos mismos, basadas en lo valioso que consideran estar ayudando a las mujeres (8).

Este trabajo resume los hallazgos de una revisión bibliográfica sobre el estigma relacionado al aborto, tanto en mujeres como en profesionales de la salud proveedores de servicios de aborto en América Latina.

.....  
<sup>1</sup> El número especial fue coeditado por Kate Cockrill (Sea Change) Leila Hessini y Kristen Shellenberg (IPAS) y Katrina Kimport (University of California, San Francisco).

<sup>2</sup> <http://seachangeprogram.org>

<sup>3</sup> <http://endabortionstigma.org/en.aspx?m=1>

## II. Metodología

El estigma –aun cuando no estuviera conceptualizado como tal–, sale a la luz en los estudios sobre actitudes de profesionales de la salud respecto de la práctica del aborto, en los que describen las experiencias de las mujeres y también en los de opinión pública. No obstante, la mirada específica sobre el estigma vinculado al aborto, es un tema de estudio reciente a nivel global y muy incipiente a nivel de la región latinoamericana.

Teniendo en cuenta que esta compilación incluye un capítulo sobre actitudes de profesionales de la salud, y otro sobre experiencias de las mujeres, para la presente revisión se tomó como criterio de inclusión que los trabajos tuvieran un foco específico en el estigma (analizado desde las miradas de los proveedores, las mujeres y la opinión pública). En ese sentido, se seleccionaron únicamente los trabajos que incluyen el término “estigma” en el título o entre las palabras clave.

La búsqueda apuntó a identificar trabajos publicados en revistas indexadas en el período 2009-2014, sobre países de América Latina o regionales, disponibles en bases de datos electrónicas. Por criterio general de esta compilación se excluye la literatura gris.

Se definieron los siguientes grupos genéricos de temas: aborto, estigmas, estigma social, estigmatización, América Latina. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos y repositorios nacionales, internacionales y regionales: Google Scholar, Medline, Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, PubMed, Central, BASE (Bielefeld Academic Search Engine), RepoCLACAI (Repositorio del CLACAI), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), LA REFERENCIA (Red Federada de Repositorios Institucionales de Publicaciones Científicas), SNRD-Argentina (Sistema Nacional de Repositorios Digitales de Argentina). Para cada fuente se conformó la estrategia de búsqueda específica, en función de las palabras clave disponibles<sup>4</sup>. Luego de aplicados los criterios de inclusión-exclusión fueron seleccionados siete artículos.

.....  
<sup>4</sup> La autora agradece la colaboración de Sandra Raiher en esta tarea.

### III. Resultados

La **Tabla I** resume las características de los siete documentos seleccionados.

Núm.	Título	Autores	Revista	Año	País	Población de estudio	Metodología	
1	Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion	Mc Murtrie S, García S, Wilson K, Díaz-Olavarrieta C.	<i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i>	2012	México	Varones y mujeres mayores de 18 años que se identifican como católicos.	Encuesta representativa nacional cara a cara (N=3000).	
2	Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico	Sorhaindo AM, Juárez-Ramirez C, Díaz-Olavarrieta C, Mejía MC, García S.	<i>Women &amp; Health</i>	2014	México	Mujeres que se hicieron un aborto, sus parejas y población en general.	Grupos focales y entrevistas a profundidad.	
3	Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF.	Lamas M	<i>Salud Pública de México</i>	2014	México		Artículo de opinión/ revisión	
4	Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study	Shellenberg K, Moore A, Bankole A, Juárez F, Omideyi AK, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Tsui A	<i>Global Public Health</i>	2011		Estudio multicéntrico de cinco países entre los que se encuentran México y Perú	Varones y mujeres de 18 a 44 años, con y sin experiencia de aborto	Grupos focales y entrevistas a profundidad.
5	Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul	Galli B, Sydow E, Adesse L	<i>Ipas Brasil</i>	2010	Brasil		Mujeres procesadas por delito de aborto.	Entrevistas.

Núm.	Título	Autores	Revista	Año	País	Población de estudio	Metodología
6	Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade	De Zordo S	<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>	2012	Brasil	Profesionales de la salud de dos instituciones: una que presta servicios de aborto legal y otra que no.	Encuestas y entrevistas semiestructuradas.
7	Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations	Faúndes, A.; Alves Duarte, G.; Duarte Osis, M.J.	<i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i>	2013	Brasil*	Profesionales de la salud.	Artículo de opinión/ revisión

\* Los autores pertenecen a la Universidad de Campinas, Brasil, referencian como fundamento estudios de Brasil, no obstante la reflexión aplica al contexto latinoamericano en general.

### III.1. Distribución geográfica

Los trabajos seleccionados se concentran en dos países: México y Brasil. También se incluye Perú junto con México en un estudio multicéntrico que abarca cinco países de distintos continentes.

Desde 2007, a partir de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación en la Ciudad de México, el contexto de esa jurisdicción en particular ha sido un escenario privilegiado para la investigación sobre aborto,<sup>5</sup> sumado al histórico desarrollo académico de ese país en el campo de la salud sexual y reproductiva. Los restantes estados mexicanos también son campo de estudio, especialmente por los procesos restrictivos que se han catalizado para evitar reformas similares a la del Distrito Federal.

### III.2. Las poblaciones estudiadas

La mayoría de los trabajos se enfoca en distintos recortes de la población general (17,22,21) y algunos de estos incluyen submuestras de mujeres que atravesaron la experiencia de un aborto (22,21). Solo una investigación aborda exclusivamente mujeres que abortaron (6).

<sup>5</sup> Si bien la delimitación de la búsqueda bibliográfica abarca un período posterior a 2007, año de la reforma legal en la Ciudad de México, el estudio de Shellenberg *et al.*, publicado en 2011 se basa en un relevamiento realizado en 2006, es decir que se ubica en un escenario previo a la reforma legal en el DF.

Por otro lado, dos de los siete trabajos se refieren a profesionales de la salud (6,7), ambos de Brasil.<sup>6</sup>

### **III.3. Metodología**

Dos de los siete trabajos son ensayos o revisiones que retoman datos secundarios (15,7). En los estudios de investigación predomina el enfoque cualitativo con entrevistas en profundidad o con grupos focales (22,21,6,4), en algunos casos, triangulado con encuestas en muestras pequeñas (4). Un estudio de opinión pública en México es representativo nacional, con una muestra de 3000 casos (17).

### **III.4. Hallazgos principales**

#### **III.4.1. El estigma social**

En México, McMurrie *et al.* (17) realizaron una encuesta de opinión pública representativa nacional, con una muestra de 3 000 varones y mujeres mayores de 18 años que se identifican como católicos/as. El estudio indagó sobre las percepciones de esa población respecto de derechos sexuales y reproductivos, aborto y estigma relacionado con el aborto. Los resultados muestran que el estigma está muy presente en la opinión pública y que tiene el potencial de aislar, discriminar y poner en riesgo a las mujeres. El entorno social presiona a las mujeres para mantener en secreto sus intenciones o experiencias de interrumpir un embarazo, con el fin de evitar ser juzgadas, criticadas y discriminadas.

En relación con la visión social estigmatizante, las autoras analizan las posibles consecuencias para la vida y la salud de las mujeres que devienen de su voluntad de evitar el estigma manteniendo el secreto, evitando su red social o familiar, eludiendo el sistema de salud y recurriendo al sistema clandestino, ya sea para solicitar un aborto legal o atención postaborto. Transitar el circuito institucional oficial, implica exponer su situación/decisión frente a determinados actores que pueden reaccionar negativamente, o no respetar la confidencialidad y develar ese conocimiento frente a otros. El temor a este develamiento y su consecuente estigmatización es de tal potencia que podría forzar a las mujeres a optar por el inseguro circuito clandestino, aun en contextos de legalidad.

Habrán incluso mujeres que desistirán de abortar para evitar el estigma, pero por ello enfrentarán otro tipo de estigmas, como el de ser madre sola o el de dar en adopción a su hijo.

Los resultados de Shellenberg *et al.* (21) y de Sorhaindo *et al.* (22), abonan en el mismo sentido, al identificar la fuerte presencia de estigma en las representaciones sociales de las poblaciones estudiadas, que se expresa en la asociación de la mujer que interrumpe un embarazo, con características negativas como irresponsable, promiscua, anormal, asesina, diabólica y pecadora.

.....  
<sup>6</sup> El artículo de Faúndes *et al.*, es obra de un equipo que pertenece a la Universidad de Campinas, Brasil. Se referencian como fundamentos estudios de Brasil, no obstante la reflexión alude al contexto latinoamericano en general.

Los estudios refieren también la percepción de consecuencias negativas del aborto en distintos ámbitos:

- Las relaciones de pareja: un aborto puede traer crisis, separación y violencia. El estudio de Sorhaindo *et al.* (22) que incluyó la perspectiva de los varones, identifica un elemento adicional que es el rechazo de estos hacia una mujer que se haya practicado un aborto y su equiparación con una mujer indeseable y de poco confiar;
- las relaciones familiares y sociales que pueden resentirse o disolverse y el señalamiento de la comunidad;
- el pecado y la ofensa religiosa puede acarrear un “castigo divino”;
- consecuencias físicas como infertilidad y cáncer.

### III.4.2. Los profesionales de la salud

Los trabajos que abordan el estigma desde los profesionales de la salud, coinciden en identificar un nexo vinculante entre estigma y objeción de conciencia, que redundará en una alta prevalencia de esta figura, esgrimida más como una forma de evadir la estigmatización y menos con base en fundamentos de conciencia auténticos (4,5,15).

Los autores también coinciden en señalar como particularidad de la comunidad de médicos ginecobstetras, la prevalencia de posturas conservadoras. Estos especialistas suelen argumentar su vocación y formación de proteger la vida en gestación como un elemento contradictorio con la práctica de abortos (4,5,15).

Faúndes *et al.* (5) llaman la atención sobre el mal uso y abuso del derecho a la objeción de conciencia, que representa una de las principales barreras para el acceso al aborto legal. El peso del estigma social y el de la propia corporación médica es tal que, negar el derecho al aborto resulta más cómodo y más seguro que cumplir con el deber ético profesional de proveer los abortos legales. Los autores reflexionan sobre la escasa importancia que la comunidad médica latinoamericana suele asignar al principio bioético de actuar en beneficio del paciente y evitar el daño, cuando se trata de responder a las necesidades de aborto de las mujeres que se encuadran en las circunstancias definidas como legales.

El estudio de McMurrie y sus colegas (17) analiza el nexo entre estigma y objeción de conciencia y su impacto en la disponibilidad y accesibilidad de servicios de aborto. Las leyes que contemplan la objeción de conciencia, son en sí mismas estigmatizantes. El derecho a esgrimir motivos de conciencia para abstenerse de realizar un aborto, reviste una valoración moral muy particular que la diferencia de la mayoría de las prácticas médicas. A su vez, el rechazo a atender a una mujer, fundado en la objeción de conciencia representa un acto de discriminación que maximiza el estigma.

Por su parte, De Zordo (4) señala que las representaciones de los profesionales de la salud acerca del aborto legal, están marcadas por un conjunto de variables entre las que se destacan, por un lado, la estigmatización del aborto por parte de grupos religiosos y por los propios médicos. Por otro lado, la criminalización del aborto genera actitudes evasivas y de poco compromiso, ancladas en el temor de los profesionales a ser denunciados y a sufrir consecuencias legales por proveer la práctica, aun en las situaciones permitidas. Esto se expresa en rechazos, demoras y circuitos tortuosos e innecesarios que se imponen a las mujeres y que, con frecuencia, dilatan los procesos hasta edades gestacionales que sobrepasan el límite de un aborto. Asimismo, la falta de abordaje técnico, epidemiológico y legal, respecto del aborto en las instancias de formación profesional lo invisibiliza dentro del espectro de eventos que hacen a la vida sexual y reproductiva de las mujeres y por lo tanto a la atención de su salud.

Lamas (15) plantea un análisis muy interesante del proceso que tiene lugar en la Ciudad de México a partir de 2007, con la legalización del aborto voluntario en el primer trimestre. La autora examina la relación entre la biotecnología de aborto con medicamentos, el rol de los profesionales de la salud y el estigma.

El aborto con pastillas releva a los profesionales de realizar una práctica de manera directa sobre los cuerpos de las mujeres, como es el legrado o la aspiración uterina. Esto conlleva numerosas ventajas entre ellas, se superan las limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos, las dificultades de acceso geográfico a los servicios en áreas rurales, así como la negación de prestar servicios de muchos profesionales que se escudan en la objeción de conciencia. También evita riesgos y disminuye costos. Sumadas estas ventajas aportan a una creciente transformación en la relación del sistema de salud con las mujeres usuarias, volviéndola más igualitaria y menos autoritaria de lo que ha sido históricamente. Las mujeres pasaron de ser delinquentes a ser usuarias legítimas de un servicio público, respaldadas por el Estado en el ejercicio de su autonomía y su derecho a decidir. Además, la metodología de aborto con pastillas implica confiar en la capacidad de la mujer de autoadministrarse la medicación y atravesar satisfactoriamente el proceso, orientada por el equipo de salud.

En este proceso señala Lamas (15), algunos prestadores se alarman o se incomodan ante las mujeres que actúan naturalmente y sin culpa, ejerciendo su decisión de interrumpir un embarazo como un evento “desdramatizado”, imagen que se distancia significativamente de las mujeres sumisas, avergonzadas y temerosas, al que están acostumbrados. Estas percepciones evidencian lo que la autora define como “desplazamiento del estigma”. Dado que los prestadores ya no pueden rechazar los abortos porque son legales, desplazan su repudio a las actitudes atípicas, “descaradas” de las usuarias.

A pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias del Distrito Federal, y a pesar de la simplicidad que aporta la técnica medicamentosa, las barreras persisten y el estigma sigue presente en la formación profesional que no incluye la temática del aborto, en los seguros médicos privados que no cubren la interrupción del embarazo y en el hecho que la práctica no está disponible en todas las instituciones públicas que podrían proveerla. No obstante las dificultades, numerosos equipos de salud comprometidos se sienten orgullosos de ser proveedores de servicios de interrupción legal del embarazo y están convencidos que lo que hacen es respetar el derecho de las mujeres y evitar riesgos para su vida y su salud (15).

### III.4.3. Las mujeres

En los relatos de las mujeres se refleja el estigma social predominante. El estigma percibido es un factor de peso en el proceso de decisión respecto de un aborto y puede llegar a disuadir a algunas mujeres de realizarlo. En otras, no detiene la decisión de abortar, pero implica un costo en términos de soledad, angustia y malestar emocional, así como de salud física cuando se evita el sistema de salud o se recurre al circuito clandestino.

Shellenberg *et al.* (21) y Sorhaindo *et al.* (22), no solo dan cuenta del estigma percibido, sino del internalizado en las mujeres que pasaron por un aborto. Los sentimientos de culpa, tristeza y vergüenza son comunes y predomina el silenciamiento y el secreto en torno al hecho del aborto, especialmente en las comunidades pequeñas. El peso de la religión católica en la cultura mexicana ejerce una presión que exacerba la culpa y la vergüenza, así como la amenaza del “castigo divino”.

Algunas de las mujeres entrevistadas por Shellenberg *et al.* (21), se refirieron inicialmente a sus abortos como espontáneos, una estrategia para distanciarse del estigma, y luego admitieron que se trató de abortos inducidos. De igual modo, también cabe señalar que algunas mujeres del estudio de Sorhaindo *et al.* (22) expresaron que cambiaron su percepción acerca del aborto a partir de la experiencia propia de haber atravesado un embarazo no buscado. Previamente solo justificaban un aborto en casos específicos como violación, pero una vez que les tocó vivir personalmente la experiencia, su postura se amplió y cambiaron la mirada prejuiciosa acerca de las mujeres que interrumpen un embarazo.

Respecto del estigma internalizado surgen dos elementos destacables: por un lado, si bien los sentimientos presentes son negativos (culpa, vergüenza, tristeza), estos se relacionan más con el proceso de verse o de temer verse estigmatizadas y no así con la decisión tomada. Sorhaindo *et al.* (22), señalan que a pesar de los sentimientos negativos, no hubo casos de mujeres o varones en su estudio que se mostraran arrepentidos por haber interrumpido el embarazo y consideran que esa fue “la mejor opción”. Algunas mujeres se sintieron empoderadas y orgullosas por haber podido

resolver satisfactoriamente una situación personal compleja y por haber priorizado su voluntad en esas circunstancias.

Los relatos reflejan experiencias solitarias y silenciosas de mujeres solas o de parejas que eligen no compartir su experiencia o no buscar apoyo en su recorrido por el proceso de aborto, o que solo lo hacen selectivamente con aquellas personas de mayor confianza o que creen que les pueden dar información o medios para resolver su situación (22).

#### **III.4.4. La clandestinidad**

Si bien, el estigma en todas sus dimensiones está presente, tanto en contextos de legalidad como de ilegalidad del aborto, la prohibición legal indudablemente lo magnifica, lo reafirma y lo legitima.

Las leyes y las políticas son expresiones ideológicas. La criminalización del aborto es un reflejo del carácter discriminatorio hacia las mujeres, que revisten las superestructuras de la organización del Estado, empezando por su sistema de justicia. La penalización va más allá de la condena moral o religiosa, es un elemento concreto de maternidad compulsiva y control de la sexualidad femenina.

La criminalización del aborto y el estigma se articulan en un círculo vicioso de retroalimentación mutua, en el cual la penalización perpetúa el estigma, y a su vez el estigma legitima la penalización del aborto. A pesar de ello, las mujeres se mueven en los márgenes y encuentran la forma de ejercer sus decisiones individuales pero con un alto costo, en soledad y en silencio y en muchos casos arriesgando su salud y su vida (6).

Galli *et al.* (6) describen y analizan el estigma relacionado con la criminalización del aborto con base en las vivencias de mujeres que fueron denunciadas por el delito de aborto en el marco de la investigación policial de una clínica privada en Mato Grosso do Sul, Brasil, en 2007. Mediante esta acción se secuestraron cerca de 10 000 historias clínicas y se procesó a gran parte de las mujeres cuyos datos figuraban allí, violando alevosamente el derecho de toda persona a la confidencialidad en la atención médica. Asimismo, tuvo lugar el arresto y enjuiciamiento de los profesionales de la salud involucrados.

Además de la violencia de la intimación judicial por un acto criminal, las mujeres procesadas pagan un alto costo en la cotidianidad de sus vidas que se ven alteradas por las restricciones que impone el juzgado. Las mujeres deben presentarse a declarar, comparecer periódicamente ante el juez, solicitar autorización para ausentarse de la ciudad, y otras exigencias que además de restringir su libertad las exponen permanentemente a un develamiento obligado de su aborto frente a su familia, sus amistades o sus conocidos, sus empleadores y la comunidad en general. Las mujeres conviven con la tensión del estigma internalizado y la amenaza de una sanción social aún mayor si su situación toma estado público.

Galli *et al.* (6) invitan también a reflexionar sobre el rol de los medios de comunicación en el reforzamiento y magnificación del estigma. El discurso de los medios en el caso estudiado, exacerba la estigmatización de las mujeres que optan por interrumpir sus embarazos como inmorales y criminales, a la vez que justifica la intervención de la policía y la justicia en nombre de la defensa de la moralidad pública, exponiendo violentamente la vida privada de las mujeres.

Por último, algunos de los testimonios remiten a historias de violencia de género de mujeres que, a pesar de haber denunciado tal situación ante las autoridades, no obtuvieron respuesta y tras repetidos episodios de violencia sexual, resultaron embarazadas. Estas mujeres, a pesar de cuadrar en los casos de aborto permitido, expresaron temor a ser descubiertas por sus abusadores y eligieron por lo tanto el camino de la clínica privada. Las historias reflejan una acumulación de múltiples violaciones a los derechos de las mujeres por parte de varones violentos y por parte del Estado con su exponente máximo en la invasión de su vida privada por el delito de aborto, su procesamiento y proceso de culpa.

#### **IV. Discusión**

Los resultados de los estudios analizados presentan ejes comunes. Surge de manera clara el condicionamiento de los mandatos de género sobre la maternidad como destino de la mujer, y el aborto como un elemento disruptivo de esa expectativa y, por lo tanto, sujeto a condena social. Tanto mujeres como varones reciben y replican la inmensa presión social respecto de la reproducción y la conformación de una familia.

Si bien el aborto inducido es una conducta estigmatizada en muchas partes del mundo independientemente del estatus legal de esa práctica, el contexto latinoamericano donde predominan las legislaciones restrictivas y la religión católica, constituye un terreno propicio que promueve y magnifica el estigma en todas sus dimensiones.

Se observa una correlación entre la percepción social del estigma y el estatus legal del aborto. En los contextos de leyes más permisivas, las representaciones colectivas tienden a ser más favorables, respecto de aprobar la interrupción del embarazo en determinadas circunstancias. La evidencia que surge del análisis del proceso que se ha dado en la Ciudad de México abona en este sentido.

El estigma obliga al silencio en torno al aborto y las experiencias de las mujeres están marcadas por la soledad, el aislamiento y la exclusión, con extremos de violencia institucional como el caso de las mujeres procesadas en Brasil.

Asimismo, el estigma afecta marcadamente la disponibilidad y oferta de servicios de aborto legal. Los profesionales de la salud se escudan en la objeción de conciencia para evitar involucrarse en una

práctica estigmatizante, más que por motivos de conciencia. Quienes asumen el deber profesional y el compromiso de realizar la práctica, suelen ser una minoría contrahegemónica dentro de la comunidad de ginecobstetras, que en América Latina se caracteriza por ser altamente conservadora y contraria al aborto. El aborto con medicamentos se presenta como una herramienta clave para favorecer el acceso, superar las barreras institucionales y dar lugar a las mujeres como protagonistas de sus propios procesos de aborto en una relación de mayor horizontalidad con el sistema de salud.

## V. Conclusiones

El estigma asociado al aborto es un campo de estudio nuevo y poco desarrollado a nivel global, y más aún en la región de América Latina. La búsqueda bibliográfica arrojó un número reducido de publicaciones locales. Se trata, en general de estudios exploratorios pequeños que provienen fundamentalmente de México y Brasil.<sup>7</sup>

A pesar de la experiencia regional limitada, los estudios disponibles son sumamente valiosos, al proponer un marco teórico específico para focalizar la mirada sobre un elemento que siempre ha estado presente, pero que recién ahora se perfila como un campo de estudio en sí mismo. Los primeros pasos que aportan estas investigaciones son clave para marcar el rumbo y señalar los nudos críticos que exigen mayor profundización en la producción empírica, teniendo en cuenta las particularidades del contexto latinoamericano.

No debemos olvidar que la investigación sobre aborto en América Latina, salvo contadas excepciones, implica abordar una conducta legalmente restringida, lo que representa un desafío y una complejidad importante para los equipos de investigación.

El abordaje del estigma como objeto de estudio particular, resulta hoy un objetivo ineludible en la producción de conocimiento sobre aborto, por su amplio alcance y su omnipresencia, sus implicaciones directas en el acceso y la oferta de servicios, las experiencias subjetivas de las mujeres antes, durante y después de un aborto, el riesgo para la salud, la mirada social y la atmósfera general que podrá favorecer, o no, la formulación de políticas públicas y reformas legales.

En el contexto de un campo de estudio incipiente, más que señalar vacíos corresponde marcar todo lo que está por delante. En este sentido, podemos esbozar un conjunto de puntos clave para indagar, que incluyen:

.....

<sup>7</sup> La exclusión de la literatura gris obligó a dejar fuera algunos informes de estudios aún no publicados. En 2014, la IPPF junto con IBIS Reproductive Health coordinaron un estudio multicéntrico regional en Argentina, Colombia, República Dominicana y Uruguay en conjunto con las asociaciones miembros de la IPPF de cada uno de esos países. Se espera que los resultados se publiquen en el curso de 2015.

- La articulación entre estigma y legislaciones restrictivas;
- el rol del estigma en la escasa aplicación de las causales de aborto legal;
- el nexo vinculante entre estigma y aborto inseguro;
- las experiencias de las mujeres que desisten de interrumpir un embarazo por efecto del estigma;
- el análisis de intervenciones destinadas a la reducción del estigma (proyectos, iniciativas, políticas públicas);
- la resistencia al estigma en los actores contrahegemónicos (proveedores de la salud que lideran la implementación de los abortos legales en los contextos que disponen de causales, o en las jurisdicciones con reciente legalización);
- el impacto del estigma en la prestación de servicios de aborto legal y la calidad de la atención;
- el aborto con medicamentos y la reducción del estigma;
- el manejo del estigma en mujeres que interrumpieron un embarazo y sus estrategias personales para mitigarlo;
- el peso del estigma en la experiencia subjetiva de mujeres que interrumpen un embarazo como elemento que refuta la hipótesis del supuesto síndrome postaborto;
- el rol de los medios de comunicación como agentes de reproducción e intensificación del estigma.

El estudio del estigma asociado al aborto debería eventualmente contribuir a identificarlo y visibilizarlo así como a implementar acciones para reducirlo y eliminarlo, rompiendo los círculos de silencio y ocultamiento para transformar la mirada del aborto hacia lo que realmente es: un evento común, frecuente y natural en la vida de las mujeres.

## VI. Referencias

1. Cockrill K, Hessini L. Introduction: bringing abortion stigma into focus. *Women & Health*. 2014;54(7):593-598.
2. Cockrill K. Commentary: imagine a world without abortion stigma. *Women & Health*. 2014;54(7):662-665.
3. Cockrill K, Nack A. “I’m not that type of person”: Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behav*. 2013;34(12):973-990.
4. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado 2015 abril 15];17(7):1745-1754. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/13.pdf>.
5. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJ. FIGO Working Group for the Prevention of Unsafe Abortion, London, UK, Center for Research on Human Reproduction of Campinas, Campinas, Brazil. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123(Supl 3):S57-S59.
6. Galli B, Sydow E, Adesse L. Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul [Internet]. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2010 [consulta 2015 abril 2015]. Disponible en: [http://www.aads.org.br/wp/wp-content/uploads/2011/06/MS\\_Casos2010.pdf](http://www.aads.org.br/wp/wp-content/uploads/2011/06/MS_Casos2010.pdf).
7. Goffman, E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
8. Harris L. The “legitimacy paradox” in US abortion provision. *Contraception*. 2011;84: 302-336.
9. Harris L, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2011 octubre;15(1):77-79.
10. Harris HL, Debbink M, Martin L, Hassinger J. Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Soc Sci Med*. 2011 octubre;73(7):1062-1070.
11. Hessini L. A learning agenda for abortion stigma: recommendations from the Bellagio expert group meeting. *Women & Health*. 2014;54(7):617-621.
12. Kleinman A, Hall-Clifford R. Stigma: a social, cultural and moral process. *J Epidemiol Community Health*. 2009 junio;63(6): 418-419.
13. Kumar A. Everything is not abortion stigma. *Women’s Health Issues*. 2013;23(6):e329-e331.

14. Kumar A, Hessini L, Mitchell EM. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex.* 2009;11(6):625-39.
15. Lamas M. Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud pública Méx* [Internet] [consulta 2015 abril 10]. 2014;56(1):56-62. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000100008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000100008&lng=es).
16. Link B, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001;27:363-385.
17. McMurtrie SM, García SG, Wilson KS, Díaz-Olavarrieta C, Fawcett GM. Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet.* 2012;118(Supl 2):S160-S166.
18. Norris A, Bessett D, Steinberg JR, Kavanaugh ML, De Zordo S, Becker D. Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues.* 2011;21(Supl 3):S49-S54.
19. Quinn DM, Chaudoir SR. Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *J Pers Soc Psychol.* 2009;97(4):634-651.
20. Rossier C. Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):230-8.
21. Shellenberg K, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi AK, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Amy O, Tsui A: Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Glob Public Health.* 2011;6(Supl 1):S111-S125.
22. Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Díaz Olavarrieta C, Aldaz E, Mejía Piñeros MC, Garcia. Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico. *Women & Health.* 2014;54(7):622-640.