



upna

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
Departamento de Ciencias de la Salud

**Mujer y aborto. Vivencias y análisis de la
manipulación de conceptos**

Susana Ortega Larrea

Directoras de Tesis: Dra. D.^a Rosa García-Orellán
Dra. D.^a Blanca Marín Fernández

Pamplona 2014

SUSANA ORTEGA LARREA

MUJER Y ABORTO. VIVENCIAS Y ANÁLISIS DE LA MANIPULACIÓN DE CONCEPTOS

Tesis Doctoral

Directoras: Dras. D.^ª Rosa García-Orellán

y

D.^ª Blanca Marín Fernández

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Departamento de Ciencias de la Salud

PAMPLONA, 2014

© Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

- *Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua (UPV/EHU)*

- EHU Press (UPV/EHU)

- **ISBN: 978-84-9082-054-4**

AGRADECIMIENTOS

A través del largo viaje que he recorrido en la realización de esta tesis, he ido dejando gente por el camino. Primero mi padre, que seguro que con esos ojos, con los que él solo sabía mirar, me estará diciendo “¡ves como puedes!”, Blanca, y Elena, mi amiga y mi hermana, y cuyas últimas palabras hacia mí, fueron “¡vete a terminar la tesis!”.

Por ello me es muy difícil expresar mi agradecimiento, a los que están, como a los que no están, ya que no he ido acumulando deudas, sino activos con superávit.

Permítanme que lo primero que agradezca sea a las 20 mujeres que, reconociendo su valentía, me han permitido entrar en sus corazones y hurgar en sus emociones. En este trabajo están reflejados sus circunstancias, sus decisiones, su miedo, su soledad, su rabia, su dolor. En definitiva sin ellas, sin su voz, este trabajo no hubiera sido una realidad. En ocasiones ellas mismas han dejado al desnudo el dolor que experimentaron y que a veces continúan experimentando. Nada más lejos que querer que se interprete el trabajo como una crítica hacia ellas, ni una mera pretensión de regocijo en sus circunstancias. Ellas como personas, han sido merecedoras de todo nuestro respeto, comprensión. Sin la ayuda de Miguel Angel de P. M. yo nunca hubiera podido acceder a muchos de los testimonios.

Un agradecimiento especial a la Universidad Pública de Navarra, en especial al Departamento de Ciencias de la Salud y a la Escuela de Estudios Sanitarios, por haberme facilitado el acceso al doctorado a través de la Dra. Rosa García-Orellán. Gracias a ella, porque ha sido uno de los grandes soportes, primero por la fe que siempre tuvo en la tesis, y segundo por su dirección, por sus indicaciones tan

acertadas que me enseñaron a pensar y fueron forjando en mí, el espíritu de la investigación. Gracias a la Dra. Marín Fernández por la generosa apreciación que ha hecho sobre la tesis y sus valiosas aportaciones.

El otro gran apoyo ha sido Ángel y mi gran familia, de los que siempre tuve el suficiente ánimo para que el proyecto no decayera. Con sus testimonios, lecturas, correcciones de estilo, o simplemente por estar ahí, han hecho de la finalización de la tesis supusiera una alegría.

Y por ultimo gracias a todas mis compañera de la Escuela de Enfermería de San Sebastián, que cada una a su manera, y ellas lo saben, han contribuido a que dicho trabajo llegue a buen puerto.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	15
2.1. De la maternidad a una ciencia maternológica.....	19
2.2. Maternidad consciente, control de la natalidad y práctica eugénica.....	28
2.2.1. Una visión elitista y reformista.....	28
2.2.2. Un posicionamiento anarquista.....	35
2.3. La etapa del franquismo y el movimiento de liberación de la mujer.....	53
2.4. Feminismo radical e ideología de género.....	64
2.5. El aborto en España.....	73
2.5.1. Fracaso del aborto en Cataluña como cambio social.....	88
2.5.2. El aborto en la España democrática.....	91
2.6. Posicionamientos sociales frente al aborto.....	108
3. Metodología.....	131
3.1. Diseño de la investigación.....	132
3.2. La apertura del campo narrativo.....	137

3.3. Actitudes metodológicas.....	144
3.4. El acceso a la memoria en la narrativa.....	153
4. Gran capítulo de resultados.....	159
4.1. Los silencios sociales.....	160
4.1.1. La sociedad lo desconoce o no lo quiere reconocer porque se oculta.....	161
4.1.2. Silencio, ocultamiento, tabú.....	165
4.1.3. Compasión, empatía.....	173
4.2. Los silencios emocionales.....	183
4.2.1. En el proceso ginecológico, ¿se contempla mostrar a la mujer qué es el aborto, o se silencian ciertas cuestiones?.....	184
4.2.2. La propia mujer. Que nadie se entere de mí sufrir.....	204
4.2.3. Posibilidad de reparación de la culpa en las mujeres que lo manifiestan.....	227
4.3. Manipulación de conceptos.....	233
4.3.1. Conceptos generales.....	235
4.3.2. Algunas consecuencias de la manipulación de conceptos.....	245

Índice

4.3.3. Distintos tipos de manipulación y sus planteamientos estratégicos.....	260
4.4. Manipulación de las emociones.....	277
4.4.1. Aspectos teóricos de las emociones desde una visión holística.....	278
4.4.2. Las emociones como parte de un proceso cognitivo...	289
4.4.3. Principales manipulaciones en torno al aborto.....	297
4.4.3.1. Diferencias y relación entre el aborto espontáneo y el aborto provocado.....	300
4.4.3.2. El aborto como pérdida y como experiencia de violencia.....	313
5. Conclusiones.....	331
6. Bibliografía.....	339
Índice de ilustraciones.....	361
Índice de gráficos y tablas.....	365
Anexos.....	367
Anexo 1. <i>Diari Oficial de Catalunya</i> , n.º 9, enero 1937.....	369
Anexo 2. <i>Diari Oficial de Catalunya</i> , n.º 64, marzo 1937.....	375
Anexo 3. Ley Orgánica 9/1985, 5 de julio, Reforma del Código Penal.....	383
Anexo 4. Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva, y de la Interrupción voluntaria del embarazo.....	387
Anexo 5. Documento de consentimiento informado.....	403

Difusión científica.....	407
Comunicación en congreso.....	409
Publicación.....	417

INTRODUCCION

Yo entré así como estoy ahora en quirófano (llorando) y para que no me vieran me escondían de una salita a otra y el médico mandó a dos enfermeras a que me ayudaran a entrar y a subir porque no podía, ¡y se supone que eras mi ginecólogo de confianza, ya sabías que yo allí no quería estar! Iba un poco forzada por la situación y estaba esperando que entraría alguien y por la puerta decirme ¡vete que esto no es para tí! Y no vino nadie. Fui sola, estuve sola en el quirófano y bajé sola a la cama y recupérate pronto porque claro tienes que salir de allí para hacer un hueco para otra y cuanta menos gente te vea, mejor. (E13E)

Testimonio como éste, en donde nuestra informante (E13E) exteriorizó manifestaciones emocionales de pena, congoja y soledad, trasvasan y son una de las características de nuestra tesis, en lo que ha primado desde el principio de la misma, ha sido reivindicar los testimonios de las mujeres que se sometieron a un aborto inducido y dar voz a todas aquellas, cuyas circunstancias externas a las mismas, han hecho que su episodio vital fuera silenciado e incluso obligadas a olvidarlo.

Mi interés por el tema surgió a raíz de una carta publicada en el periódico *La Razón*¹ y que supuso el punto de partida para la realización del trabajo de final de Máster Oficial de Bioética que cursé en 2008 en la Universidad San Vicente Mártir de Valencia. El trabajo titulado “Síndrome Postaborto: Mito o Realidad. Un estudio piloto”, fue defendido en dicha Universidad el 20 de enero de 2009.

¹ Nos referimos a ella con más detalle en el capítulo de la metodología.

A raíz de esta experiencia, donde realizo mi primer trabajo de campo, entrevistando a las mujeres, se crearon en mí una serie de emociones contrapuestas, frente a las emociones que las mujeres manifestaban, que tras meditarlo se decidió realizar una inmersión en dicho tema, oyendo de viva voz la experiencia del aborto, y recopilando la narrativa que nos iban relatando.

Este estudio que aquí presento se realiza desde una profundización antropológica, la cual asienta la base de una antropología del cuidado, en caso de intervenir como profesionales en la atención a la mujer ante un aborto en sus diferentes variantes. Erraríamos enormemente como profesionales, si no contempláramos la casuística compleja del aborto previa a poner en marcha un protocolo de actuación.

Esencialmente Clifford Geertz (1992), propugna un modelo de cultura como concepto semiótico, y la define partiendo de la idea de que el hombre está inserto en una red de significaciones “en el que la cultura es esa urdimbre y que el análisis ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones” (p. 20). Por lo tanto lo que Geertz busca mediante la etnografía, es una explicación e interpretación de aspectos sociales que a simple vista pueden llegar a ser incomprensibles.

Y es mediante el método etnográfico, o más concretamente “lo que es hacer etnografía”, (p. 20), la manera en que he basado este trabajo de investigación y a partir del cual se ha fundamentado el análisis antropológico como forma de conocimiento. Para ello se ha realizado una selección de informantes, transcripción de los textos, se han establecido las relaciones, se ha llevado un diario de campo, y todo ello enmarcado en “un trabajo intelectual: una especulación elaborada en

términos del concepto de Gilbert Ryle, “descripción densa” (tal como citó Geertz, 1992).

Esta descripción densa define el objeto de la etnografía, como Geertz (1992) la entendía, es decir “una jerarquía estratificada de estructuras significativas atendiendo a las cuales se producen, se perciben y se interpreta” (p. 22) lo que piensan, sienten comunican las informantes, de manera precisa y de forma deliberada, para transmitir un mensaje particular, según un código socialmente establecido.

Todo ello lo podemos percibir en el relato de “Juego profundo: notas sobre la riña de gallos en Bali”, en el que Geertz nos introduce en una parte del espíritu de Bali que está imbuido en un reñidero de gallos, aunque “solo aparentemente son gallos los que combaten; en realidad son hombres²” (Geertz, 1992, p. 343), siendo incuestionable el hecho de que los gallos son expresiones simbólicas masculinas, y más concretamente del yo del dueño, y expresiones de lo que los balineses consideran lo opuesto a la condición humana que es el la animalidad. De ahí que en una gran mayoría de los varones balineses, la moral masculina está relacionada con los gallos, tal y como paso a exponer.

Las riñas de gallos se desenvuelven en un espacio de quince pies cuadrados³, denominado reñidero. Daban comienzo a media tarde hasta la puesta del sol, y el programa se componía de unas diez riñas separadas entre ellas y con una duración

² En contraposición a lo que ocurre normalmente en el que hombres y mujeres en pie de igualdad participan conjuntamente en toda ocupación, desde el ocio, pasando por la política religión etc., en cambio en dicha actividad pública de la pelea de gallos, intervienen únicamente los hombres, quedando las mujeres totalmente excluidas.

³ Equivalente a cinco metros cuadrados.

que dependía de que uno de los gallos fuera herido de muerte, que podía ser a los segundos o un máximo de unos 10 minutos.

Los actores sociales que forman parte de “ese campo social (...) donde los agentes compiten y juegan en dicho espacio” (Bourdieu, 2001, p. 15) son los siguientes:

1. Los galleros o cuidadores, que son los hombres, dueño o no del gallo, y cuya misión es la de suministrar los gallos, colocarles los espolones y situar a los dos animales uno enfrente del otro en el centro del reñidero antes de empezar la pelea, en los que se les agujonea, se les pincha, se les empuja, se les insulta, es decir se les azuza y hostiga preparándoles para la propia pelea.
2. El público que contempla la pelea que se mantiene apiñada alrededor del reñidero, y lo hacen “en silencio, moviendo los cuerpos en cinestésica simpatía con el movimiento de los animales, animando a sus campeones con mudos movimientos de la mano, encogiéndose de hombros, volviendo la cabeza, retrocediendo en masa cuando el gallo armado con sus peligrosos espolones va a parar tambaleándose a un costado del reñidero, y volviendo a adelantarse cuando el animal se dirige a un costado” (Geertz, 1995, p. 350).
3. Los que apuestan en la pelea a favor de uno u otro gallo. Las apuestas se efectúan antes de empezar la pelea, duran desde el primer gong, quince o veinte segundos, que es el tiempo en el que el coco se hunde en el agua y finalizan con el segundo gong momento en el se produce un total silencio que da paso a la pelea. Se puede pedir dinero prestado a un amigo para hacer un envite, pero en el momento de la apuesta el dinero tiene que estar en la mano.

Una vez terminado el combate, pagadas las apuestas y proferidas las maldiciones, en la que “se desvanecen sus restos emocionales” (p. 346), se retira el animal muerto, y comienza de nuevo otro combate en el que los hombres se acercan al reñidero con un nuevo gallo con el fin de encontrar un adversario. Tal como describe Geertz “todo ello se desarrolla de una manera muy oblicua e indiferente” (p. 346), ya que aquellos que intervienen en la pelea intentan con disimulo hacer como si realmente no ocurriera nada, y los que no intervienen directamente, también disimulan mirando de reojo al reñidero, a la vez que prestan atención.

Cuando la pelea termina se paga inmediatamente todas las apuestas. No existen ningún tipo de pagarés. El pago debe hacerse antes de que comience la próxima pelea.

Las apuestas pueden estar realizadas de dos diferentes posiciones: La primera denominada central. Hecha por personajes principales, elevada en la puja, colectiva ya que se efectúa mediante coaliciones previamente amañadas, en silencio, de forma sigilosa, cautelosa y oculta, de estas personas notables (que pueden ser parientes, amigos íntimos, vecinos y/o aliados de aldeas vecinas) que se colocan alrededor del dueño del gallo, junto con el árbitro, reunidos todos junto al reñidero como conspiradores.

La segunda son las apuestas periféricas. Son multitudinarias, realizadas entre los miembros del público que están alrededor del reñidero. Las pujas son bajas, y se desenvuelven a gritos, mediante ofertas y aceptaciones públicas. Cuando se hacen los envites (los que juegan con el gallo más débil) exponen sus proposiciones para quien quiera aceptarlas, y los que lo acepta, (que son los que juegan al gallo favorito), pero que no están satisfechos con las condiciones

ofrecidas, llenan el ambiente con sus gritos a la vez que mantienen un control total del lugar buscando parejas para concertar apuestas. Los gritos van *increscendo* por unos y otros, alcanzando proporciones frenéticas, por parte de quienes todavía no han realizado ninguna operación, buscando desesperadamente un contrincante cuyas condiciones fuesen aceptables.

4. El juez o árbitro que es el encargado de manejar los cocos⁴, de aplicar las reglas, siendo la autoridad absoluta, donde nadie le cuestiona, ni pública ni privadamente, una acción ni aun cuando fuera deshonesto.
5. Las reglas acerca del desarrollo de la pelea y de las características de los gallos. Todas ellas bien anotadas y delimitadas en manuscritos de hoja de palma y transmitidas de generación en generación como parte de la tradición cultural de las aldeas.
6. Los gallos, si bien no son personas, son el eje en torno al que gira toda la pelea, son los protagonistas ya que forman parte en dicho entramado. Geertz afirma que en la riña de gallos, el hombre y la bestia, el bien y el mal, el yo y el ello, la fuerza creadora de la masculinidad excitada y la fuerza destructora de la animalidad desencadenada, se funden en un sangriento drama de odio, crueldad, violencia y muerte” (p. 345).

En la pelea, los gallos se lanzan uno contra el otro, en una lucha decisiva, hasta que el gallo que aplica el primer golpe se lanza a rematar a su debilitado

⁴ El coco con un agujero se coloca en un palde de agua y llega a hundirse veinte segundos, cuyo comienzo y fin se señala con un gong, a partir del cual comienza la pelea.

adversario con un golpe afortunado, mientras que el herido se desploma y muere.

A partir de lo expuesto explicaremos, desde nuestra concepción o visión particular, el significado de la representación y actuación de unos personajes en Bali, con la relación existente que gira en torno el mundo que rodea al aborto. Así como en Geertz el gallo es el hombre, en este análisis lo hemos trasladado a la mujer en la práctica abortiva.

Al igual que en Bali los reñideros son el lugar donde los hombres incitan a la pelea, en nuestro medio el reñidero se asemejaría a cualquiera de las clínicas abortivas y los personajes que interactúan alrededor del mismo. Intervendrían en el mismo, aquellos medios de comunicación, que seduciendo a la mujer, presentan el aborto como un logro democrático, un reto conseguido para la liberación de la mujer y para la aplicación de sus derechos y su autodeterminación. Además estaría, firmemente asentados, ese entorno afectivo compuesto por familiares, pareja sentimental, amigos íntimos, que recurren a la presión para que la mujer se someta a un aborto aduciendo que seguir adelante con el embarazo cambiaría su vida, lo que supondría no alcanzar las metas soñadas. No podemos olvidarnos de la soledad y desvalimiento que las administraciones públicas someten a la mujer. Lugar predominante ocupan los profesionales sanitarios y trabajadores sociales que no dan a la mujer toda la información completa y veraz sobre las distintas alternativas que existen además del aborto.

Rodeando al reñidero se halla una sociedad que se mantiene en silencio, cierra los ojos, vuelve la cabeza, mira hacia otro lado, de manera que se desentiende del

problema, evitan cuestionarse problemáticas y realidades de las mujeres tras el aborto. Es esta sociedad, en la que cierto sector es ambivalente frente a la decisión de una mujer a abortar. Por un lado, están de acuerdo en que en ciertas situaciones lo mejor es hacerlo, pero cuando este hecho se produce, no le dan a la mujer esa oportunidad de expresar sus sentimientos ya que se sienten incómodos ante determinadas confidencias o conversaciones.

Todo el proceso ginecológico del aborto, desde la llegada de la mujer embarazada a la clínica, hasta la salida de ésta con el aborto realizado, se desarrolla con una desmedida asepsia emocional, sin pocas o ninguna posibilidad de dar marcha atrás, donde como en las apuestas, el proceso se paga por adelantado. El ambiente de las clínicas es frío, distante, como frías y distantes y muy parcas en palabras son las escasas relaciones que se establecen en el personal que la atiende y el médico que se lo realiza, estableciéndose una gran distancia terapéutica, y un mirar hacia otro lado como si no ocurriera nada a nadie. Y todo ello destinado a no sufrir las consecuencias de un compromiso afectivo con la paciente; así como para soportar la desazón que produce realizar, a modo de cadena industrial, un aborto tras otro. Manteniendo esta actitud, se previene una empatía con la paciente, por lo que se reduce la carga emocional por parte del personal.

Al igual que cuando finaliza la pelea, cuando finaliza el proceso del aborto, los restos humanos son recogidos por el personal sanitario para su evacuación, tras lo cual el abortorio vuelve a prepararse para una siguiente intervención. Terminado el acto quirúrgico, ciertos sectores de la población femenina afirman sentirse aliviadas. En cambio otras, al ser conscientes de lo acaecido, comienzan a manifestar unas emociones totalmente distintas a las que traían. Mientras tanto en las distintas estancias se habla en voz baja, solo se oyen susurros.

Las apuestas centrales corresponderían a los políticos y a su círculo de influencia, que basándose en los sentimientos mayoritarios de la sociedad a la que representan, y en la reducción del conflicto social, promulgan la necesidad de leyes o el cambio de éstas, de manera que estén a tono con actitudes sociales predominantes. Estos manejan los tiempos, modifican el lenguaje, hacen cómplices a los medios de comunicación para su inserción en la sociedad.

Las apuestas periféricas son bulliciosas y estarían realizadas por los distintos sectores sociales y/o plataformas sociales, que estando a favor, o no, de la liberación y decisión de la mujer a abortar, llenan el ambiente con sus manifestaciones, eslóganes, con el fin de atraer a los seguidores y convencer a las masas.

Y todo ello va progresando y acrecentándose debido a la elaboración de Leyes a cargo de los profesionales de la Justicia, al amparo y dependientes de la política. Leyes que protegen la salud sexual y reproductiva de la mujer asegurando que el aborto pueda perpetrarse con naturalidad y seguridad tanto para la mujer como seguridad jurídica de los centros y profesionales que realizan los abortos.

Nosotros, desde fuera y desde la formulación de nuestro objeto de estudio, los silencios y la manipulación de conceptos ha trasversado el interés por este tema. Por ello la reflexión en la pelea de gallos de Geertz, el autor que tanto ha aportado a la teoría interpretativa, quiere ser el arranque de este trabajo.

Todo lo aquí expuesto, me lleva a presentar una recogida en fuentes orales en las cuales partiendo de actitudes metodológicas, la finalidad de las mismas es mostrar la interpretación de las mujeres en torno a este hecho.

A lo largo de estas páginas no vamos a estar realizando con la recogida de información un análisis simbólico de la misma, sino que nuestros análisis van a ir en

todo momento unidos a las categorías que se van asentando a lo largo de esta exposición junto a los autores que nos ayudan a reflexionar en ellas, pero desde el principio hasta el final la teoría interpretativa trasvasa esta tesis

En el capítulo 2, Marco teórico, se ha realizado una contextualización lineal y progresiva a la mujer, de la maternidad y del aborto, desde 1900 hasta la actualidad. Para ello nos hemos basado en tres periodos de la historia de España, en el que conociendo que los hechos ocurrieron de una manera diacrónica, sólo por facilitar la contextualización y organización, están divididos, en primer lugar, desde los principios del siglo XX hasta la España de 1938. En estos años debido a la alta tasa de mortalidad materno-infantil, surgieron una serie de transformaciones y modificaciones socioculturales de la maternidad, todos ellos promovidos por hombres, en las que la mujer se convirtió en un receptora de las líneas educativas sanitarias de la época. No podemos obviar como en torno a la maternología surgieron dos movimientos opuestos en el control de la natalidad y de la práctica eugenésica: una visión elitista, cuya preocupación estaba enfocada más hacia la calidad de la maternidad que al modelo social existente, y un movimiento anarquista que trajo consigo una reforma sexual consistente en la emancipación de la mujer que, junto con un componente ideológico, transformó todos los ámbitos de la vida política, social, cultural. El segundo período en la historia estudiado fue a partir de la Guerra Civil y la época del franquismo que supuso un retroceso en los derechos adquiridos a raíz de la constitución de 1931. El tercer período tuvo una especial relevancia los años de la transición democrática que supuso una respuesta contracultural de la izquierda y donde el feminismo creó una revolución de los valores, la moral y las costumbres. El punto de inflexión se produjo en los años ochenta con la aprobación de la Constitución, a partir del cual las reivindicaciones

cuantitativas del feminismo de género se materializaron en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El aborto y la anticoncepción en España, trasvasan ambos periodos, aunque tuvieron su auge primero en la época anarquista con la propaganda de los métodos anticonceptivos, la creación de los centros de planificación familiar y la aprobación de la Ley del aborto aprobada por la Generalitat Catalana en diciembre de 1936. Dicha Ley supuso un fracaso ocasionado por el comienzo de la Guerra Civil. En la época franquista los métodos anticonceptivos estuvieron prohibidos y donde el aborto fue perseguido y penalizado. Y segundo, en 1985, con la llegada al poder del Partido Socialista, se despenalizó la Ley del aborto en los tres supuesto conocidos, como fueron el peligro en la salud física y psicológica de la embarazada, violación, y por malformaciones físicas del feto. Dicha Ley se mantuvo vigente durante veinticinco años, con gobiernos de la izquierda y de la derecha Española, hasta que en 2010, tras un año de polémicas y duros debates políticos, científicos, ético-morales por las realidades sociales existentes, se produjo un cambio de Ley, fundados en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y basados en una Ley de plazos.

Los conceptos del capítulo 3 corresponden a la metodología. Se recoge el diseño de la investigación, dando a conocer los objetivos de la tesis, los pasos que se llevaron a cabo en la apertura del campo narrativo, las actitudes metodológicas utilizadas así como el acceso a la memoria en la narrativa.

El apartado 4, es el gran capítulo donde se abordan los resultados. Comenzaremos con lo *los silencios sociales* que se establecen en torno al aborto y que se imponen desde el entorno más próximo de la mujer, hasta en la propia sociedad en general.

Esto produce un desconocimiento de la problemática que lleva a una mujer a abortar, así como a una trivialización del propio acto. Así mismo abordaremos *los silencios emocionales* a los que se le somete a la mujer ocultándole datos del propio proceso, como información en el consentimiento informado, y el silencio que le propia mujer se infringe por considerar el aborto un hecho privativo e íntimo, derivado del olvido de los acontecimientos o secundario a una ocultación de las emociones de culpa y vergüenza. Todo ello incide directamente en el cuerpo de la mujer y en incapacidad para canalizar las emociones.

Continuaremos con *la manipulación de conceptos* en el que se analizan los distintos factores que han propiciado una revolución cultural y un cambio de visión social acerca del aborto, favorecido por distintos planteamientos políticos y por los medios de comunicación mediados al servicio de una determinada ideología. Todo ello nos conduce a *la manipulación emocional* de las mujeres, en la que, si se consigue desnaturalizar la apariencia de los hechos, redundará en la importancia, o no, que se le conceda a las repercusiones emocionales del aborto.

En el capítulo 5 se aportan las conclusiones en torno a los cuatro ejes tratados en dicha tesis y que están basados en los testimonios aportados por las informantes.

Para finalizar, las fuentes de estudio se recogen en el apartado de bibliografía, y en los índices de gráficos y tablas se recopila el material de ilustración que hemos ido aportando a lo largo de este trabajo.

En los anexos se agregan aquellos documentos, como los *Diari Oficial de Catalunya* de 1937, así como la Ley de despenalización del aborto de 1985, como la Ley de educación sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo de 2010, que han sido decisivas en la implantación del aborto en España. A la vez que se adjunta el documento de elaboración propia, para la obtención del consentimiento informado que se ha utilizado en cada una de las informantes.

Para finalizar el anexo se acompaña de la publicación “El aborto: poder y manipulación de conceptos en el cuerpo de la mujer”⁵, que se convirtió en la antesala teórica para la elaboración de dicha tesis doctoral.

⁵ Ver p. 409, “Difusión científica”.

Mujer v aborto

MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL DE LA MUJER, DE LA MATERNIDAD Y DEL ABORTO

En los inicios del siglo XX, y más concretamente en las tres primeras décadas, comenzaron a surgir en ciertos sectores muy profesionalizados de la sociedad española, un cambio en el modelo cultural femenino, que junto con distintos discursos de índole ideológicos, afectaron directamente al entorno de la mujer. El resultado final de dichas transformaciones, si bien sufrieron una regresión en los años del franquismo, están claramente asentados e inmerso en la sociedad, desde la instauración de la democracia hasta la actualidad.

Este periodo en la historia de España, como los años próximos a la 2ª República, se la ha considerado como “un gran ámbito en el que se desarrollaron unas dinámicas vividas por las mujeres, entre ellas el desigual acceso a los recursos, junto con las diferentes ideológicas imperantes, que inciden en la gestión de las personas que vivieron durante esa época” (García-Orellán, 2011, p. 23).

Como hecho significativo destacamos un discurso que tuvo cierta significación social, ya que marcó las consiguientes pautas de comportamiento venideros, y constituyó la piedra angular de los sistemas de valores de hombres y mujeres. Fue lo relativo a la Maternidad, es decir al papel de la mujer en la procreación, en la crianza, en la socialización de los hijos y en el cuidado del hogar. A pesar de los intentos por cambiar el rol de la mujer, el cambio no se produjo súbitamente, sino que fue impregnando poco a poco ciertos sectores de la población, porque la maternidad

seguía manteniendo un significado cultural fuertemente arraigado y cuya misión y fin último constituía un medio para la autorrealización de la mujer. Nash (2003) señaló que “tanto las representaciones culturales más tradicionales de Ángel del Hogar¹, y Perfecta casada, como la más moderna versión del prototipo femenino asentada en el modelo de Mujer moderna o Mujer nueva, mantenían intacto el eje constitutivo del discurso tradicional de la domesticidad al asentar la maternidad como base esencial de la identidad cultural de la mujer” (p. 680).

El arquetipo cultural de la mujer, como ángel del hogar, comenzó a representar un elemento significativo en la modernización tanto en el ámbito de la economía, como en la construcción socio-cultural e histórico, por lo que el binomio maternidad-reproducción versus sexualidad, formó parte de una construcción discursiva y desempeñó un papel importante en la configuración de un orden social. En este sentido Foucault (1991) lo confirma al afirmar que, “lo esencial es la multiplicación de discursos sobre el sexo en el campo del ejercicio del poder mismo” (p. 25). Estos discursos desempeñaron un papel esencial en la conformación de un determinado orden social, y la forma de regulación se produjo “de distintos modos, y en distintos sistemas sociales que propician, favorecen e institucionalizan determinadas formas de expresión sexual, al tiempo que actúan de manera coercitiva o directamente prohibitiva con respecto a otras que se consideran potencialmente peligrosas y desestabilizadoras del orden social” (Andrés Granel, 2008, p. 2).

En esta época tuvo lugar tres hitos importantes, donde cabe destacar que su aparición estuvo unida, enlazada y relacionada unos con otros, y que todo ello derivó en realidades importantes que se materializaron en posiciones radicales.

¹ El arquetipo cultural de la mujer como ángel del hogar está basado en el culto a la maternidad como realización y fin, y a partir del cual la mujer construía su identidad. Pilar Sinúes de Marco, en su libro *El ángel del Hogar* (1859), describe a la mujer desde una exaltación del sentimiento católico frente a la modernidad que acechaba para alterar el orden tradicional.

Estos hechos fueron en primer lugar la legitimación masculina en la redefinición de las atribuciones sociales de la mujer y la profesionalidad de la maternidad; en segundo lugar el afloramiento del concepto de la maternidad consciente, del control de la natalidad y la eugenesia; y en tercer lugar, y derivado de todo lo anterior fue la emergencia de un problema social en España que a partir de los años 20 fue motivo de disputas y oposiciones que continúan en la actualidad. Nos estamos refiriendo al aborto inducido.

Finalizada la Guerra Civil, la etapa franquista proponía un modelo de mujer al unísono con el modelo de sociedad establecido, basada en un eje de moralidad social. En la postguerra más inmediata, la maternidad tuvo un papel preponderante, aunque la mujer controlaba su maternidad de distintas maneras. Sin embargo el aborto estuvo prohibido y perseguido.

Desde los años sesenta, asentándose en los setenta, fueron años de la transición democrática, en la que se establecieron una serie de cambios sociopolíticos como consecuencia de una respuesta contracultural de la izquierda. Hablamos del sentir de una legislación igualitaria y equitativa, una revolución en lo moral, las costumbres y en los modelos. Junto con el resurgir de un movimiento feminista, se fue creando una conciencia femenina, que dio paso a que se hablara de temas hasta entonces considerados tabú como fueron los relativos a la condición y a la sexualidad femenina. Se crearon unas comunidades sociales de mujeres, a la vez que fue apareciendo el término de feminismo liberal, que no sólo trataba de conquistas de plenos derechos y poderes, sino que ello fue dando paso a nuevos pareceres en torno a la sexualidad, al uso de los anticonceptivos, y a la desinhibición de las relaciones extramatrimoniales. Se pasó de la esfera privada a la visibilización de aquellas prácticas de forma pública.

A raíz de la primera conferencia en El Cairo, en 1975, convocada por las Naciones Unidas en conmemoración del Año Internacional de la Mujer, se celebraron unas Jornadas, tanto en Madrid, como en Barcelona, en donde eclosionó un feminismo radicalizado, tanto en el ámbito de la ideología como en la declaración de intenciones basados en el control del propio cuerpo de la mujer, la utilización de la sexualidad como relación de poder, y en la separación de la sexualidad de la reproducción. A estas reivindicaciones se le añadieron otras nuevas como fueron las relativas al derecho a la disposición del propio cuerpo concretado en la educación sexual, anticonceptivos a cargo de la Seguridad Social y derecho al aborto. El punto de inflexión en España aparece en los años ochenta con las manifestaciones realizadas por el feminismo más radical mientras se iba construyendo toda una línea ideológica de perspectiva de género que se materializaría con la 4ª conferencia del Cairo en 1994 y cuyo tema fue los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El derecho al aborto, no sólo fue una exigencia en el contexto de una ideología de género. Por el contrario, ya en las tres primeras décadas del siglo XX, y derivado de la Reforma Eugenésica establecida, la Generalitat de Catalunya aprobó dicha Ley, en plena Guerra Civil Española. Tras cuarenta años de franquismo, a esta Ley le siguió la Ley de despenalización del aborto de 1985 y posteriormente la Ley de educación sexual y reproductiva y derecho al aborto de 2010.

No obviaremos que el aborto es un tema conflictivo en donde persisten una serie de cuestiones controvertidas para los distintos sectores de la población sobre si deberían existir, o no, criterios decisivos para su práctica. Tampoco rehuiremos pensar en el poder político, ideológico, social, cultural y económico que subyace tras el aborto y que forma parte de un entramado de intereses y donde al final de una cadena de eslabones, tal y como se verá en posteriores capítulos, es la mujer la que se beneficia o a la que se le perjudica.

Como forma de introducción al presente capítulo, hemos realizado brevemente una contextualización histórico lineal de la mujer, de la maternidad y del aborto desde 1900 hasta la actualidad. A continuación se irán estudiando, dichas etapas más profundamente en su contexto y enriquecido con la teoría.

2.1.-De la maternidad a una ciencia maternológica

A principios del siglo XX comenzó a gestarse una serie de cambio en quienes tenían la autoridad de protagonizar los discursos acerca del ideario femenino, del rol de la mujer y del ideal de maternidad. Se trasladaron las argumentaciones basadas en un ideario religioso, a unas disertaciones fundamentadas en las últimas aportaciones de índole científicas y legitimadas por la clase médica masculina.

Se produjo una fase de transformación basados en un proceso de laicidad, que conllevó unas modificaciones socioculturales, a partir del cual éste colectivo no sólo se erigirá en estas cuestiones, sino que además se proclamaron portavoces en otros temas como el del control de la maternidad, y el aborto. Surgió una profesionalidad a partir del cual los hombres (ginecólogos, pediatras, higienistas etc.), fueron los únicos con autorización moral para tratar estos temas, difundiendo una nueva conceptualización de la maternidad basada en la medicalización y en la profesionalización de ésta. Nash (1993) completa estas consideraciones afirmando que “la consolidación de la clase médica como colectivo social con una proyección sociopolítica, constituye una de las características del escenario político cultural en las primeras décadas del siglo XX” (p. 689).

A la vez que se consolida el estamento médico, hubo un ensalzamiento de la maternidad como función social primordial de la mujer. Surgieron corrientes de pensamiento que consideraban el deber femenino como el que “desborda la propia

maternidad biológica, para abarcar una maternidad social, ya que se entiende que las mujeres son madres en potencia” (Nash, 2003, p. 691). Se ensalzaron los sentimientos de mujeres gloriosamente maternales como aquellas que no teniendo hijos, desarrollan su misión social al servicio de los hijos de los demás, socorriendo a las madres más necesitadas con recursos materiales, como con atenciones maternales. Igualmente se contemplaba a aquellas mujeres que ejercitaban una doble maternidad: la de ser abuela y cuidando de los nietos en ausencia de la madre biológica, ejerciendo de madre. Así lo recoge García-Orellán (2011) al afirmar “La madre trabaja de pescadora en la pescadería mientras que la abuela lleva la casa y cría a los nietos. Es habitual que si un niño hace una trastada, un adulto le recrimina en los siguientes términos: se lo voy a decir a tu abuela” (p. 111).

El análisis del discurso que se llevo a cabo desde instituciones y por políticas públicas, en la primera década del siglo XX, puso de relieve los problemas que se consideraron en torno a la maternidad. Los discursos unieron sus esfuerzos para construir un ideal de madre. Según la historiadora Nari (2004), “la maternalización no implicaba algo obvio, que las mujeres podían ser madres, sino que sólo deberían ser madre” (p. 101). Por lo tanto a partir de las políticas implementadas, así como de la hegemonía de los discursos, se promovió un modelo de maternidad que excluyó otros modelos posibles. Todo ello potenció y enfatizó, si cabe aún más, el poder constructivo del discurso imperante, que cobró vital importancia ya que como afirma Fairclough (1992) “el discurso contribuye a la construcción de identidades sociales y de posiciones para los sujetos sociales, ayuda a construir las relaciones sociales entre la gente y contribuye a la construcción de sistemas de conocimiento y de creencias sociales” (p. 70).

Sin embargo la maternidad nunca fue fácil para la mujer, y así lo pone de manifiesto Marañón (1927) al preguntarse “¿qué es la maternidad? si se lo preguntas a la mujer

occidental todavía no liberada, y en este caso están la casi totalidad de las mujeres española, la respuesta será la siguiente la: maternidad es educarse en la más atroz incultura, aprendiendo en el hogar, junto con la madre ignorante y heroica, las reglas elementales del manejo casero, y el resto del tiempo esperando la llegada del futuro marido tras una reja o yendo a capturarlo a los paseos y a los tés de moda”² (p. 87).

Surgieron otras voces, y esta vez de mujer, que se alzaron para expandir la misión de estar más allá del hogar. Entre las principales representantes se encontraba la escritora Sánchez Saornil, (1935), que achaca a los teóricos la manera que tiene de justificar la supeditación de la mujer a un desarrollo biológico: la procreación “convirtiéndola en una matriz tiránica que ejerce sus oscuras influencias hasta los últimos pliegues de su cerebro” (p. 2). Entre sus tesis se encuentra aquella en la que se reafirma en decir que la maternidad no puede anular a la mujer como individuo, ya que tiene la misma capacidad e igual potencial que el hombre y en absoluto puede limitarse a su función reproductiva, por lo que la maternidad se convierte en una opción más para la mujer.

Consideramos que cuatro fueron las dificultades que rodearon a la maternidad en el primer tercio de siglo XX, en el que el panorama socio sanitario en España era lamentable, ya que “el número de pobres oficiales, pauperismo institucionalizado o

² Marañón (1927:97) no habla de la mujer de clase alta, con cultura, aunque banal que la adquiere en los viajes, en las lecturas, “habla de la mujer del pueblo, de la mujer de los obreros de los campos y de las ciudades (...) cuando al pasar por las calles de los pueblos o por los suburbios de las grandes ciudades, donde viven, veáis a estas mujeres que descansan con un niño en brazos y varios en torno o que se afanan en los quehaceres domésticos, calcular su edad, y luego preguntádsela.

“Si a estas mujeres que han perdido todos los encantos de su sexo, agotadas, indiferentes y tristes, las preguntamos cuántos hijos han tenido, experimentamos un sentimiento de alivio al escuchar que han tenido ocho, diez, doce, quince. He aquí unas madres admirables, que sin ningún desahogo material en el hogar, no han vacilado en sacrificar su juventud al bien de la sociedad”.

pobres de solemnidad llegaron estar incluso censados” (González Canalejo, 2004, p. 213).

Destacaba, en primer lugar, el importante problema del analfabetismo femenino unido a una falta de cultura sanitaria. Arresti (2001), se refirió a este hecho afirmando que “Los médicos de principio de siglo insistieron hasta la saciedad en la falta de preparación de las mujeres españolas para cumplir con su función maternal, ya que constituye el primer factor de mortalidad infantil” (p. 171).

Junto al analfabetismo, existía una segunda realidad como fue la feminización de la pobreza, que abarcaba un amplio abanico de edades aunque predominaba la mujer en una edad fértil. La mayoría de ellas eran solteras y viudas, sin ningún tipo de recursos, y teniendo a su cargo un elevado número de hijos. Muchas emigraron del campo a la ciudad al amparo de los servicios sociales, en busca de oportunidades, ya fuesen en el sector de servicios, o en el “trabajo sumergido, en las que se encontraban las costureras, lavanderas, el pupilaje o el hospedaje muy unido a las necesidades de las oleadas emigratorias que la industrialización generó” (Mayoz, 2012, p. 78). Incluso se ofrecían como nodrizas ya que “vieron en los cuidados infantiles y en la lactancia una solución para su subsistencia” (González, 2002, p. 332).

En tercer lugar destacaría el alto índice de mortalidad materna. Predominaba una incultura sanitaria junto con “un cuidado prenatal escaso o nulo, una alimentación inadecuada debido a la pobreza, enfermedades infecciosas al principio del embarazo y la temida infección hospitalaria: la fiebre puerperal. En algunos casos también era consecuencia de dar a luz en manos de comadronas ignorantes y poco pulcras” (Donahue, 1985, p. 202).

No obviamos otras enfermedades, como la tuberculosis³, enfermedades venéreas, tracoma, propias de unas malas condiciones de salud, que unido al estilo de vida urbana, facilitaron el desencadenamiento de la enfermedades derivadas de una higiene deficiente junto con unas leyes de salud pública insuficientes, condujeron todo ello a todo tipo de plagas, portadores de infecciones, etc.

En cuarto lugar y derivado de lo anterior, la mortalidad maternal dejó a un numero de huérfanos muy alto⁴, que o bien fallecían a la vez que las madres, o quedándose huérfanos eran reclutado en los hospicios o inclusas. Estos centros en los que se recogía y criaba a los niños abandonados estaban a su vez sobrados de problemas, tal y como refleja Comín⁵ (1944) “respecto a la elevada mortalidad en estos centros, hemos de señalar que la mortalidad en las Inclusas Españolas es aterradora” (pp. 4-5).

Todo ello hizo que, promovido por pediatras, ginecólogos, higienistas y reformadores sociales, se profesionalizara la maternidad en una nueva ciencia que recibió el nombre de *Maternología* (Arresti, 2001, p. 173). Esto supuso un desplazamiento de la mujer a un segundo plano, convirtiéndose en receptoras de

³ Las habitaciones oscuras contribuían a aumentar los índices de tuberculosis. Puesto que no se entendía el valor del aire fresco, las puertas ventanas se cerraban cuando alguien estaba enfermo. Con frecuencia se bloqueaban o enladrillaban las ventanas de los hospitales y casa por razones económicas.

⁴ Entre 1919 a 1923 murieron en España por la llama diarrea infantil 253 niños menores de 2 años. “Se le puede considerar como el ataque más grave que la infección hace a la vitalidad de nuestra raza. Esta hecatombe crónica trascurre sin que nadie se de cuenta porque hemos acabado de aceptar la mortalidad infantil con un resignación de lo inexorable y fuera del alcance humano” (Marañón, 1929, p. 46).

⁵ El doctor Jorge Comín fue médico puericultor del estado y director de la escuela de puericultura de valencia. En la primera reunión de médicos puericultores españoles, y en una publicación presentada en la Real Académica de Medicina de Valencia, plantea el problema de la inclusas en España, estudiando con detalla el régimen y proponiendo modificaciones. Todo ello con sereno juicio e integrando todos los elementos que integraban el problema y los medios para lograr su solución.

conceptos de higiene, de alimentación y de cuidados en general de índole científico, frente a la trasmisión oral de una denominada sabiduría femenina basada en prácticas y saberes tradicionales. Las mujeres necesitaron del asesoramiento y de un adiestramiento de especialistas, fundamentalmente de hombres, que hicieron prevalecer su autoridad para el correcto desempeño de su rol de madre. La hegemonía masculina en dicha polémica, no sólo trajo consigo una minusvaloración de la mujer-madre necesitada de los cuidados médicos, sino que fue consolidándose una apropiación masculina de la maternidad biológica. Algunas comadronas participaron y colaboraron en ésta “labor de tutelaje” (Arresti, 2001, p. 172) colaborando en crear una corriente de opinión en torno a la maternidad.

En la difusión de la maternología se promovió la creación y difusión de una cultura sanitaria a través del cartelismo⁶, del cine⁷ y de la radio y cuyo fin fue la de modificar comportamientos de una determinada práctica, erradicar un alimento de la dieta o por el contrario consumirlo, o la promoción de un preparado farmacéutico o el tipo de medidas anticoncepcionales⁸.

⁶ A través de los carteles se intentaba educar en medidas higiénicas ante el paludismo, epidemia de gripe, o anunciando medidas antituberculosas.

⁷ Cinematográficamente causó un gran impacto el film *la lección terrible* que junto con el reparto de 18.000 carteles se iniciaron actividades de propaganda antivenérea muy organizada y bajo las ordenes del Dr. Bravo San Feliu” (Perdiguero, 2009, p. 2).

⁸ Termino utilizado en la época. En la actualidad hablamos de anticoncepción.



Ilustración nº 1. Propaganda de la lucha antipalúdica 1920.

Se utilizará un medio de comunicación como formación de masas: la radio, que “desde su condición de nueva tecnología puesta al servicio de la divulgación y la educación higiénico-sanitaria, se convertía en un instrumento capaz de hacer llegar a todos los lugares y hogares utilísimas enseñanzas “iba dirigido principalmente a madres de las clases humildes (...) además de insistir en el tono divulgativo de las intervenciones, la figura del experto resultaba fundamental en la trasmisión del mensaje” (Bernabéu, Rescastro, Galiana, 2011, p. 51).

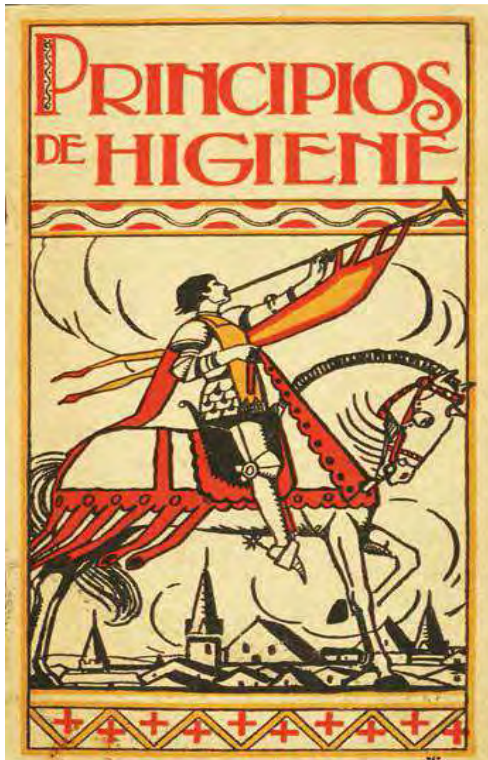


Ilustración nº 2. La oferta peligrosa. Cartel premiado por el comité ejecutivo antivenéreo en 1927.



Ilustración nº 3. Curación absoluta y radical en el Sanatorio para sifilíticos.

Por todo ello, para materializar unas determinadas directrices como una práctica regularizada, fue necesario la existencia de unas normativas reguladoras, de prevención y promoción de la salud a través de la publicidad, y que a su vez permitieran la reiteración de dichas prácticas consolidando los servicios sanitarios



Ilustraciones nº 4, 5, 6, 7: Carteles de pequeño tamaño con los principios generales de higiene.

2.2.-Maternidad consciente, control de la natalidad, y práctica eugénica

A raíz del alto grado de sensibilidad por los temas de salud pública e higiene y en vista las escasas actitudes que tenían las mujeres, se fue estableciendo un progresivo interés por las madres que pasaron a ocupar un lugar central, creándose un marco *Natalista*, que fue vivido y discutido en torno a dos diferentes visiones: desde un posicionamiento elitista eugénico reformista y desde el movimiento anarquista.

2.2.1.-Una visión elitista y reformista

Los protagonistas de dicha visión elitista, estaban más preocupados por la calidad de la maternidad, que por la cantidad de hijos traídos al mundo, no cuestionándose el modelo de sociedad que existía.

Fue Marañón (1929), quien expuso que “la maternidad no es un problema cuantitativo sino cualitativo. La mejor madre no era la que concebía mayor número de hijos, sino la que se acogía a “una *maternidad consciente*” (p. 48) y decidía “No procrear más hijos que los que estén en relación con las posibilidades biológicas y económicas de los padres” (p. 51). Aunque ya anteriormente Marañón (1927), manifestó que “La maternidad inconsciente, sin atenderse a las normas de fisiología de humanidad no debieran olvidarse, es también inadmisibles por perjudicial para la madre y para los hijos y por inútil para la organización humana (p. 104).

Esta etapa se caracterizó por la importancia que se le dió a las condiciones en las que se tenían los hijos, por lo que comenzó a cambiar la definición que de la maternidad imperaba desde sectores más tradicionalistas. Surgió un interés por “un análisis científico, social y político de la sexualidad y de sus incidencias en la salud

pública” (Barrachina, 2004, p. 1004) lo que hizo que los temas relacionados con la sexualidad /reproducción, la doble moralidad y lenguaje vigente, se abrieran a la mayoría, y se comenzara a debatirlo, rompiendo el silencio imperante.

El control en la reproducción se convirtió en una problema de cultura, ya que eran las clases más privilegiadas, cultas y con buena dotación genética, eran las que se reproducían en menor proporción que las clases baja, que, por su condición, conllevaba el hambre, la pobreza, las enfermedades crónicas. A la vez que, eran las familias de clase alta las que al tener un menor índice de natalidad, invertían más en recursos y en formación selecta, frente a los otros que no podían prestar a la prole la necesaria asistencia.



Ilustración nº 8. Sensibilidad burguesa.

Se entendía que la maternidad consciente debería normativizarse, y así lo expresó Ruiz Funes (1933), cuando escribió “toda norma de conducta, en cuanto que afecta a la conciencia social, se trasforma en una norma de cultura” (p. 132).

Desde el poder que ostentaba esta clase elitista, se configuró en España un movimiento eugénico, que promovía la sensibilización de la opinión pública sobre la problemática expuesta y cuyo peso social “se debía a su enorme influencia en los

altos estratos de la vida socio-política y cultural del país” (Nash, 1985, p. 196). Dado que la vía de difusión fue la Gaceta Médico Española, el Siglo Médico o la Revista Española de Obstetricia y Ginecología, la Revista de los Tribunales y de Legislación Universal, el peso de tal ideología se circunscribió a médicos y juristas.

La Eugenesia fue definida, por primera vez por Galton desde la visión moderna como “la ciencia que trata sobre las influencias que mejoran las cualidades innatas de la raza, y también con aquellas que se desarrollan hasta la mayor ventaja” (tal y como se citó en Bosh Fiol, 2011, p. 209).

Fue tal el auge que dicho ideario adquirió, que se celebró, el 2 de febrero 1928, el primer Curso Eugénico Español, en el recinto de la Facultad de Medicina de Madrid⁹. Estuvo patrocinado por la Gaceta Médica y a partir de la información que se ofrecía al colectivo médico acerca del congreso, se escribió en la rotativa de febrero 1928 la siguiente manifestación (tal como se citó en Nash, 1985, p. 197): “La eugénica o higiene de la raza trata de resolver una serie de problemas, de un lado puramente técnicos, de investigación biológica, de otro, eminentemente sociales, de ordenación moral y económica; ambos con la finalidad común del perfeccionamiento integral de la especie humana, por el mejoramiento de sus condiciones de producción y de la vida”.

⁹ El curso no se vio exento de polémicas. Constaba de 10 conferencias y entre los temas que trataron fueron la “Eugenesia y procreación” del ginecólogo catalán Dr. Sebastián Recaséns;; “El aspecto jurídico de la maternidad consciente” por el catedrático Luis Asúa Jiménez; “Los niños que vemos en nuestros hospitales” por José Estella catedrático de pediatría; “Pensamiento católico ante los problemas eugenésicos” por José A. Lauburu de la compañía de Jesús; “La maternidad y el infanticidio ante el derecho” por Joaquín Noguera; “Neuropatías producidas o influenciadas por la procreación excesiva o patológica de la pobreza en el mundo por José Sanchís; Banúa; “pruebas demográficas de la Eugenesia” por Luis de Hoyos; “*Non moecharis*; discreto ético-psíquico sobre la urgencia de la sexualidad por R.P. Francisco Sureda; “El problema de la maternidad en España” por Gregorio marañón y “Aspectos sociales de la procreación: medidas eugenésicas de buen gobierno aplicables en España por Ángel Ossorio y Gallardo.

En torno a las jornadas se estableció una polémica, más política que ética, ya que se vislumbraba, siempre en el sentir de instancias políticas y sociales, el carácter subversivo del orden familiar y social.

Destacamos de dichas Jornadas, dos visiones distintas en torno a la maternidad consciente, y con relación a la eugenesia:

-La visión de los juristas Asúa y Noguera y la del doctor Marañón. Ambos abogaban por “una ética basada en la prioridad del derecho de los individuos, y esta nueva ética debe sustituir a la ética anterior tradicional basada en la cantidad, la cual no se justifica más que por el interés de una minoría” (Barrachina, 2004, p. 1008).

Propusieron, con los medios técnicos de la época, el derecho a la limitación de nacimientos, lo que conlleva la protección de la salud de la madre, así como la protección frente a la transmisión de las enfermedades venéreas. Marañón (1929), postuló lo siguiente “Podemos decir escuetamente que no debe casarse quien no esté suficientemente sano (...) sin la salud no puede haber felicidad conyugal verdadera” (p. 50). Comenzó a responsabilizar al hombre como agente trasmisor, a la vez que le negaba el derecho a la paternidad cuando escribió “los jóvenes desechados por la vida del cuartel por enfermos, por defectuosos o por débiles... y que esa lacra tal vez contagiosa y hereditaria, no sea el menor obstáculo para que una mujer sana, la infecte y la haga concebir hijos degenerados o enfermos” (p. 54).



Ilustración nº 9.
Cartel distribuido por la Dirección General de Sanidad para luchar contra la mortalidad infantil.



Ilustración nº10.
La familia obrera (1900-1959).

Para Marañón (1929), por su formación resumía el gran dilema de la época en dos palabras “Higiene y Eugenesia”, p. 15)

-Otra de las tesis fueron las del doctor Recasens, en las que en su conferencia Eugenesia y Procreación, abogó, tras el impacto que le produjo el descubrimiento de los habitantes de las Hurdes, que “toda raza abandonada a sus propias fuerzas e instintos, degenera sin remedio” (como se citó Nash, 1985, p. 199). Sólo a través de una procreación limitada y de un matrimonio eugénico se consigue una mejora de la raza ya que con este mecanismo de selección el resultado sería: “No el que nazcan muchos niños, de los que nacen más de la mitad se mueren antes de alcanzar el primer año, sino que nazcan únicamente aquellos que, por su vigor físico sean capaces de triunfar en la vida y se hallan dispuestos para recibir las luces que por la inteligencia han de convertirlos en seres verdaderamente útiles” (tal como se citó Nash, 1985, p. 199).



Ilustraciones nº 11 y 12. Por las Hurdes.

En todo su discurso, no abordó la manera de conseguir ese matrimonio eugénico, simplemente propuso “la implantación de un certificado médico para impedir matrimonios disgénicos” (como se citó Nash, 1985, p. 199). Traslada al eugenismo las prácticas más tradicionales de las antiguas alianzas entre las familias de ambientes afines, a fin de que los matrimonios se basen en la elección de conyugues de herencia conocida: “es evidente que pueden venir de razas puras elementos mejores (...) el hecho patente es que de padres-bien salen hijos bien”, (Barrachina, 2004, p. 1010) a la que justifica que la “limitación de los nacimientos no se justifica si existe una verdadera política de protección por parte del Estado” (p. 1011).

En cuanto al certificado médico, Marañón (1929), no comparte del todo ese posicionamiento ya que según él “nada resolvería el certificado, porque lo médicos generalmente, emplean estos documentos para darse el gusto de decir en papel oficial cosas contrarias a la verdad.” (p. 53).

Recasens no se muestra sensible a la inagotable procreación de las mujeres. Sólo en el caso de graves problemas de salud y posible transmisión a los hijos de enfermedades, acepta la licitud de la limitación de los nacimientos tal como lo indica: “Se debe impedir que sean muchas veces madres, aquellas que por enfermedades cardiacas, renales, tuberculosas, sífilis terciaria, neurosis graves, pueda representar cada hijo que bien un factor destructivo y, por lo tanto, del elemento más indispensable para el buen desarrollo del recién nacido y en algunas ocasiones, como en las últimas enfermedades citadas, motivo de positivos trastornos degenerativos y venida al mundo de seres enfermos o depauperados” (como lo citó Nash, 1985, p. 200).

Marañón (1929), igualmente, comparte esta misma idea cuando afirma “El camino es distinto, hay evitar la insensatez, inculcando a tiempo, en la cabeza de los jóvenes que si no tienen salud no deben tener hijos, no tienen el derecho de tenerlos” (p. 53).

Recasens tampoco se pronuncia claramente acerca de la adopción de una política de planificación familiar ya que niega que la mujer limite su capacidad reproductiva en base a sus propias necesidades y afirma “yo no soy partidario de que la mujer se haga esterilizar sin indicación médica alguna y sólo con el fin de satisfacer los deseos sexuales, sin la secuela obligada, casi siempre de la maternidad” (como se citó en Nash 1985, p. 199). A la vez que prevé el máximo número de hijos entre parejas sanas con la previsión de un mayor apoyo económico por parte del Estado.

Marañón (1927), no fue tan contundente en sus afirmaciones. En todo momento enalteció a esas mujeres de un nivel socio cultural bajo, como aquellas “que han perdido todos los encantos de su sexo, agotadas, indiferentes y tristes, las preguntamos cuántos hijos han tenido, experimentamos un sentimiento de alivio al escuchar que han tenido ocho, diez, doce, quince. He aquí unas madres admirables,

que sin ningún desahogo material en el hogar, no han vacilado en sacrificar su juventud al bien de la sociedad” (p. 99).

2.2.2.-Un posicionamiento anarquista

Desde esta posición se promovió un cambio social junto a un proceso de transformación cultural, que unido a una nueva forma de relación, donde estuvieran excluidos la autoridad y la coacción, diera lugar a un nuevo concepto de la sexualidad construido en total rechazo y oposición a las patrones tradicionales vigentes.

Este paso en la historia de España, cuyo ideario procedía de la década de los setenta y ochenta (siglo XIX), llevaron a los anarquistas, junto con políticas feministas que aparecieron en el escenario más adelante, a considerar la reforma sexual y la emancipación de las mujeres como una ideología que transformará todos los ámbitos de la vida, tanto política, económica, cultural y social. La sexualidad estará estrechamente vinculada al interés político económico, a la vez que la concepción de una nueva sexualidad se centrará en dos aspectos: *en el amor libre y en el control de la natalidad*. Ahora bien, desde esta perspectiva, para que el cambio social fuera una realidad, debería de producirse dicha modificación, de forma paralela, tanto en el ámbito político como individual.

Desde concepciones anarquistas, la sexualidad era entendida como un hecho biológico, un instinto natural humano, que estaba reprimida por una coacción moral, y configurada por pautas de comportamiento sexual, que no eran naturales sino socialmente construidas.

Mientras que cierto sector de la sociedad eran más partidarios de coaccionar la libertad de expresión de la naturaleza sexual, otros en cambio, alegaban la legitimidad del deseo sexual como fuerza instintiva y natural y persistían en la idea de “fenómeno que constituye una construcción social sujeta a diversos condicionamientos sociales y culturales (Nash, 1995, p. 295).

Del carácter cultural de las normas de comportamiento sexual se sugiere que son totalmente modificables y de esta percepción, así como de la fuerza y del potencial de transformación que tienen dichos procesos culturales, se basaron para la construcción teórica del proyecto de reforma sexual. Para que dicho proyecto se llevara a cabo fue imprescindible la educación sexual, la difusión de conocimientos, y la modificación de conductas con respecto a la concepción y al comportamiento sexual.

Desde estas propuestas de liberación sexual, propias del movimiento anarquista y feminista imperante¹⁰, y a partir de las cuales “cualquier intento de institucionalización y reglamentación sociopolítica de las relaciones amorosas, la sexualidad debía expresarse libremente de acuerdo a la naturaleza humana” (Andrés Granel, 2008, p. 68).

Muchas de las críticas imperantes se centraron en la institución familiar y más concretamente en la familia burguesa, y en el papel de subordinación de las mujeres, así como de los matrimonios convenidos por intereses económicos, en la doble moral sexual que juzgaba de manera distinta a las mujeres y a los hombres, la prostitución que junto con el matrimonio estaban fundadas en la autoridad y en la opresión. Afirmaban, desde el análisis de estas dos formas de asociación sexual, que las parejas constituidas no se fundamentaban en las leyes naturales reguladoras de

¹⁰ Posteriormente fueron reivindicadas por el movimiento *hippie* y la contra cultura de los años sesenta, en donde se acuñaría el término *amor libre*.

la vida sexual, sino que constituyen un régimen político, de acuerdo a las conveniencias de un determinado orden social.

Las propuestas de la reforma sexual en el anarquismo se basaron en Malthus y en su obra *Ensayo sobre el principio de la población*, editado en 1798, en el que el autor ponía de manifiesto la desproporción que había entre el aumento de las subsistencias y el de la población. Consideraba que en el desequilibrio radicaban todos los males de la humanidad. Esta teoría tenía en sus argumentos científicos, un atractivo para ciertos anarquistas, y en un intento de dar salida a la ideología del anarquismo teórico, dio lugar a *Neomalthusianismo* revisado y reinterpretado a los propios principios ideológicos. Sus principios se basaban, no en una reducción de nacimientos para reducir las tasas de natalidad, frenando el desproporcionado aumento de la población mundial y todo ello mediante la abstinencia sexual y la castidad¹¹, sino que la idea de selección científica se fundamenta en la educación sexual mediante la divulgación de métodos anticonceptivos, de manera que éstos formaran parte del *control de la natalidad* y del ejercicio de la maternidad consciente.

El punto de partida de ésta nueva teoría fue la defensa de que “la felicidad humana está subordinada al equilibrio constante entre las necesidades del hombre y la posibilidad de poderlas satisfacer; es decir entre el número de la población y la cantidad de subsistencias existentes” (Abelló i Guell, 1985, p. 7), y según se logre este equilibrio se estará ante una sociedad armoniosa o una sociedad dominada por

¹¹ Tal y como lo propugnaba Malthus. Los individualistas neomalthusianos, como Armand, (1925) proclaman la total imposibilidad de la mayoría de los hombres de renunciar a todo contacto sexual con la mujer como método anticonceptivo natural ya que la naturaleza reclama sus derechos y demuestra las relaciones sexuales tienen otro fin, más allá de la procreación “la limitación moral, abstinencia sexual, la dejamos para los apocados de la vida, para los contempladores de la carne, para los negadores de la voluntad. Nosotros amamos la vida y sus alegrías, en tanto podemos razonarlas y apreciarlas” (p. 5).

la miseria. Para lograrlo se concebía el control de la natalidad o *birth control* como una “estrategia defensiva frente a las condiciones de vida impuestas por el capitalismo y como una estrategia de emancipación femenina” (Andrés Granel, 2008, p. 76).

Se fue ahondando en la idea de que la mujer tenía derecho a regular su maternidad, frente al discurso de que el Estado era el más interesada en una natalidad ilimitada “para engrosar los ejércitos, reconociendo también el negocio que suponía la emigración y los objetivos que tenían los poblacioncitas para abaratar los salarios” (Masjuan, 2002, p. 71).

La divulgación del ideario se realizaba por medio de la prensa escrita a través de periódicos, gacetas o revistas. Prueba de ello fueron entre otras las siguientes publicaciones en España: a través de la Liga Ibérica se impulsó una biblioteca denominada Amor y Maternidad Libre en 1904, en la que se escribían las ideas neomalthusianas del problema de la población o conceptos más feministas en las que se alentaba a las mujeres a decidir sobre su maternidad y poner fin a la esclavitud.

La Revista Blanca de corte anarquista individualista, de tirada quincenal y experta en temas de sociología ciencias y artes, y en la que se debatía ampliamente sobre el amor y la sexualidad, así como de la situación de la mujer y la procreación. En sus primeros años, “no concebían un control de la natalidad, y su búsqueda sólo hacía juego a los burgueses que querían ver disminuir el número de enemigos de la clase”. (Álvarez Peláez, 1995, p. 31). Defendían, eso sí, el derecho de tener hijos y poderlos criar en unas condiciones óptimas.



Ilustración nº13. Portada y contraportada de la Revista Blanca.

La prensa Salud y Fuerza (1905) donde se divulgaba los conocimientos y medios para evitar la maternidad no deseada, poniendo al servicio de la mujer toda la educación sexual, no sólo de medidas contraceptivas, sino también para evitar la trasmisión de las enfermedades venéreas.

En toda España se fueron creando agrupaciones neomalthusianas cuyo propósito era la de llevar a término la tarea educativa dentro del movimiento obrero para que los hombres tuvieran conciencia de la responsabilidad real que representaba tener hijos. Se preveía que todo ello fuera un proceso evolutivo que pasara de la clase obrera a un nivel más intelectual propia de la burguesía, de manera que ésta revolución iba a suponer el final de una etapa de un proceso de educación, que ellos la denominarían "La revolución de cerebros" (Abelló i Guell, 1985, p. 7), y donde los padres serían conscientes respecto al número de hijos que han de formar parte de la familia.



Ilustración nº 14



Ilustración nº 15



Ilustración nº 16

Otra revista fue Generación Consciente (1923) a la que se le atribuyen los mismos objetivos malthusianos¹² y su influencia de las ideas eugénicas y médicas a la vez que instruye a “la juventud presente que es quien puede terminar con la institución matrimonial vigente en España” (Masjuan, 2000, p. 377).

Estudios fue otra de las publicaciones de impacto social, que suplió a Generación Consciente, ya que ésta, se vio obligada a cambiar de nombre por presiones del gobierno. En esta publicación se constata el peso específico que tuvieron los temas relacionados con la salud, higiene, medicina y control de la natalidad, eugenesia, la esterilización forzosa en retrasados mentales y el aborto, así como la obligatoriedad en el certificado médico prenupcial.

¹²Debido a la censura tan extremada que tenían con las publicaciones, los anarquistas agudizaron el ingenio para poder colocar la propaganda de la maternidad consciente y de los anticonceptivos, de manera que éstos se presentaban en hojas sueltas en el interior de la revista. En dicha publicación se anunciaba la existencia del consultorio médico Generación Consciente, los médicos especialistas, y sus direcciones de trabajo y las ciudades donde pasaban consulta.

Cualesquiera que fueran las divulgaciones, a través de ellas se pretendió tratar el tema de la sexualidad de una forma desinhibida, abordándola desde una perspectiva laica y científica y a través de esa labor educativa se incidió en la transformación social. Los puntos que se trataron fueron la educación sexual, la abolición de la prostitución y la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, la libertad sexual de la mujer, y la maternidad consciente así como del control de la maternidad.

En este contexto destaco cuatro autores como fueron: Lacerda de Moura, Federica Montseny, Emile Armand, Isaac Puente, Luis Buñuel, que con sus publicaciones consiguieron colocarse entre los divulgadores profesionales de la ideología anarquista neomalthusiana.

En el discurso de Lacerda de Moura¹³ (1931), predominan varios aspectos, entre los que destaco dos de ellos. El primero cree que la mujer posee una “una energía digna de tenerse en cuenta, digna de ser explotada” (p. 19) y en cambio está sujeta de por vida al hombre para sus fines sectarios, dominantes, políticos, religiosos..., a su propio cuerpo, al trabajo, viviendo “al servicio de la esclavitud social (p. 19). Al incorporarse al movimiento social se ha convertido en una víctima y “cómplice de otras tiranías” (p. 20). El segundo aspecto es el que afirma que el verdadero problema femenino, “es el problema del derecho a la vida, la reivindicación individual de sí misma, del derecho a ser dueña de su propio cuerpo, de su voluntad, de sus deseos y de su expansión mental” (pp. 20-21).

¹³ De origen brasileña, fue una escritora anarquista feminista individualista. Ella misma se declara “libre de muletas, emancipada de toda religión ni partidaria ni militante de ninguna asociación femenina, ni partidaria del feminismo bélico. Ella aspira en cada uno “de los estremecimientos de la naturaleza buscando una forma más bella de los mundos y de los sueños) (Estudio, 1939, p. 19).

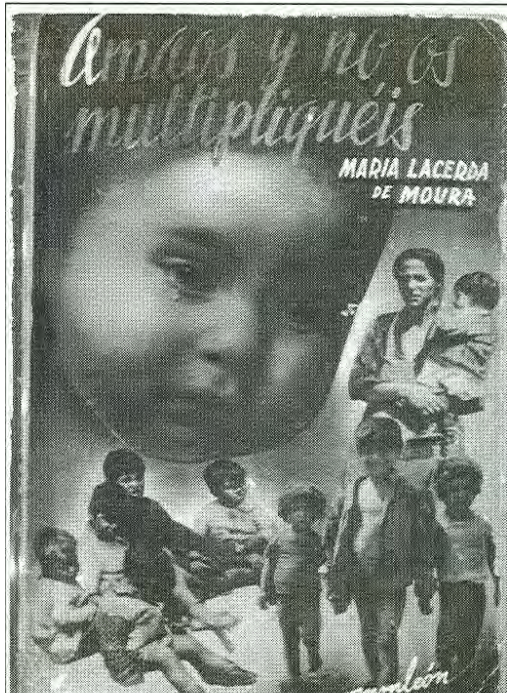


Ilustración nº 17. Portada de la edición española de 1936 del libro Neomalthusianismo de la publicista brasileña María Lacerda de Moura titulado “Amaos y no os multipliqueis”.

En cuanto a los planteamientos de Montseny¹⁴ (1927), sobresalen dos reflexiones. En la primera, Montseny cambia el perjuicio clásico de la feminidad, frente al concepto de nueva mujer que va en contra de todo tipo de sumisión ya sea a la sociedad, al hombre o a sus propios instintos ya que según ella, la mujer posee una “dignidad personal, en su fiereza y en su fuerza moral y física, que la hacen sublevarse ante toda imposición, lejana o próxima, teórica o práctica, de la masculinidad” (p. 81).

La segunda consideración de Montseny, es la relativa al concepto del matrimonio en el que asegura que la mujer debe convencerse que este se basa en la “sumisión de uno de los conyugues, y el cónyuge sumiso siempre es la mujer” (p. 681). En cuanto a los hijos ella no es partidaria de su supresión, al contrario piensa que “los hijos

¹⁴ Política y sindicalista anarquista española. Fue ministra durante la II República española, siendo la primera mujer en ocupar un cargo ministerial en la Europa Occidental. Colabora con la Revista Blanca, de la que su padre, periodista, que firmaba con el nombre de Federico Urales, era su responsable.

representan mañana la garantía sentimental y en nuestra sociedad también económica” (p. 682), aunque deja a criterio de María Lacerda, el juicio acerca de la maternidad consciente, por lo que “no plantea en sus escritos la cuestión de la prole, puesto que parece darse cuenta que los hijos son de la madre” (Álvarez Peláez, 1995, p. 32).

Montseny durante la época que estuvo al frente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (4 de noviembre de 1936 a 17 de mayo de 1937), supo rodearse de la presencia femenina, como las doctoras Mercedes Maestre que fue subsecretaria y de Amparo Poch, que fue Directora General de Sanidad. Entre los grandes retos de este Ministerio fue combatir las enfermedades infecciosas, atajar las epidemias, aprovechar las instituciones pertenecientes a la antigua beneficencia, pero erradicando el espíritu humillante de la caridad y aprovechando las dificultades que ofrecía una situación revolucionaria. Otro de los objetivos fue “el de encontrar medios para evitar la hecatombe de mujeres que eran víctimas de maniobras abortivas, que las mutilaban para siempre y que en muchas ocasiones les costaba la vida” (p. 10). Consciente de la necesidad de encontrar solución al caso, “sin ser partidaria, ni mucho menos, de la práctica del aborto” (p. 11) decidieron Maestre y ella preparar un decreto que permitiera “la interrupción voluntaria del embarazo. Decreto que quedó en suspenso en la cartera del presidente a causa de la oposición de la mayoría de miembros del gobierno” (p. 11).

Armand¹⁵ (1925) concibe, que si bien la mujer puede procrear cuando ella lo desee, pero que mientras “permanezca en la maternidad, la mujer es esclava, de su compañero, y de su progenie”. Se exime de la responsabilidad de la paternidad cuando afirma “el objeto del coito, no es, de ninguna manera, el de engendrar hijos

¹⁵ Influyente escritor y activista anarquista individualista francés, propagandista del amor libre/poliamor y anarco-pacifista.

únicamente” (p. 2) ó “la razón se niega a admitir que de un coito único, pueda resultar una maternidad” (p. 3) o bien “La tesis de la fecundidad irrazonada no es defendible en la sociedad actual. La fecundidad irreflexionada arrastra a la mujer hasta un rango de ponedora y hace al hombre que acepta el cargo, una bestia de carga” (p. 5).

En Puente (1931)¹⁶, el análisis que realiza, parte del conocimiento sexual de la realidad y de la necesidad de que los distintos gobiernos que estuvieron en España deberían estar dispuestos a apoyar. Para él la maternidad consciente “necesita conquistar primeros los medios para serlo, que aún vienen siendo perseguidos por los Gobiernos” (p. 3).

En cuanto a los métodos anticonceptivos, quiero significar el empeño, que el propio Puente da a dos sistemas de anticoncepción. Abogaba por la vasectomía como método anticonceptivo¹⁷. Puente (1931) lo describe la siguiente manera “no acarrea ningún trastorno corporal ni altera en lo más mínimo las demás funciones orgánicas”. Incluso llega a explicar la intervención cuando la describe como “una

¹⁶ Médico anarquista y activista de la Confederación Española del trabajo y de la Federación anárquica Ibérica. Colaboró estrechamente con la revista *Generación Consciente* y posteriormente en *Estudios*, Estuvo al frente del gabinete médico asesorando en materia de anticoncepción e higiene sexual, a la vez que incorporó la vertiente eugénica, puericultura y el naturismo como ideal filosófico en su vida.

Publicó la obra *Embriología* con el fin de dar a conocer a los jóvenes los conocimientos básicos de la anatomía sexual, en la que se vivía en la más absoluta ignorancia. “Fue uno de los que extendió el de la generación consciente y voluntaria en todos los aspectos de la existencia humana. Firmaba sus escritos con el pseudónimo de médico rural.

¹⁷ Tras el éxito de esta intervención a través de las realizadas en Austria por el médico Norbert Barsedock y su posterior publicación en 1933 en el periódico *Solidaridad Obrera* de sus resultados de intervención quirúrgica sencilla e inofensiva.

Sin embargo se propagaba un prejuicio en la Europa de 1935, y era el comparar el método con las esterilizaciones forzosas con fines racistas y políticas que se estaban realizando en la Alemania nazi. En su defensa “los anarquistas esgrimen, que la vasectomía no tiene nada que ver con las esterilizaciones forzosas, ya que sólo se realiza a quien lo solicita” (Masjuan, 2000, p. 407).

simple escisión a cada lado y en la parte alta de las bolsa, basta para realizar la operación, que apenas exige un cuarto de hora para realizarse, haciéndose bajo anestesia local” (pp. 24-25). Inclusive daban a dicho método el carácter de reversibilidad por lo que llegó a considerarse un anticonceptivo temporal y de total eficacia. Pero su posterior experimentación debió de malograr las expectativas, en cuanto que no fue posible la repermiabilización de los conductos eferentes.

En la investigación por encontrar aquel anticonceptivo más eficaz, Puente y otros médicos anarquistas, comenzaron a trabajar el método Ogino y en su comparación entre los dos métodos. Puente (1931) prefiere el método natural porque “decidirse por la vasectomía es tener motivos serios y permanentes para renunciar a la reproducción”, a pesar de todo, éste método tuvo detractores por varios motivos: en primer lugar “porque lo consideran un método nada preciso basado en la probabilidad”, en segundo lugar “porque limita y contiene la actividad sexual”, y en tercer lugar “es sospechoso que la iglesia católica que condena cualquier tipo de restricción voluntaria de la natalidad, pueda aceptar dicho método” (tal como lo cito todo lo relativo a Puente, Isaac, en Masjuan, 2000, pp. 406-9).

Bulffi propagó el monográfico “Huelga de Vientres” para ilustrar al proletariado sobre asuntos de tanta trascendencia como lo relativo a la procreación, la higiene y al ejercicio sexual. Cuestiones éstas que él consideraba que se encontraban silenciadas e influidos por postulados religiosos, patrióticos y burgueses. Como los anteriores autores, Bulffi (1909) defendía que dicha información les sirve “para gozar del amor intensamente sin que se dé un embarazo no deseado” (p. 5), diferenciando el concepto de “amor procreación” y “amor voluptuosidad” (p. 7).



Ilustración nº 18. Información de los medios prácticos para evitar las familias numerosas.

Para ello propone una serie de métodos, entre los que se encuentran, los medios mecánicos como el preservativo, el pesario, y el obturador uterino (que además se anunciaban en Salud y fuerza) a la vez que señalaba quien había sido su inventor, e indicaba donde comprarlo, su precio y las indicaciones de utilización.

PESAR SECURITAS

MODO DE EMPLEARSE

Siempre que se coloque nuevamente el pesario «Securitas» debe ser desinfectado convenientemente; para lo cual basta con hervirlo durante algunos minutos en agua clara.

Para introducir el aparato es necesario estar acostada boca arriba con las piernas dobladas en puente. La mano izquierda buscará la entrada del cuello de la matriz, y una vez señalada ésta con el dedo, se introduce en ella el pesario con la mano derecha mediante el instrumento de introducción, como lo demuestra el grabado. En esta misma posición se puede retirar el aparato también fácilmente con la mano. El pesario puede colocarse con con más facilidad después de terminada la regla mensual, pues en estos días la matriz está más abierta.

Cómo se ha dicho ya en el prospecto, el pesario «Securitas» puede llevarse sin perjuicio alguno, del fin de una menstruación hasta el principio de la siguiente.

Antes del acto del coito se procurará que el pesario esté bien colocado, y en el caso que se hubiese salido de su sitio, será preciso utilizar el número próximo mayor.

Una vez terminado el acto es necesario darse una irrigación de agua mezclada con ácido acético, o mejor con ácido pirrolignoso, pero sin sacar el pesario. Se advierte que, teniendo el aparato puesto, no deben darse irrigaciones con sublimado ni sosa, porque estos productos deterioran el pesario. Pero caso de tener recomendadas irrigaciones con desinfectante, puede emplearse permanganato, lysol o lysoforma.

Existen tres diferentes tamaños de pesarios: Para nulíparas (mujeres que no han tenido ningún parto). Para uníparas (mujeres con un parto). Para multíparas (mujeres que han dado a luz varias veces).


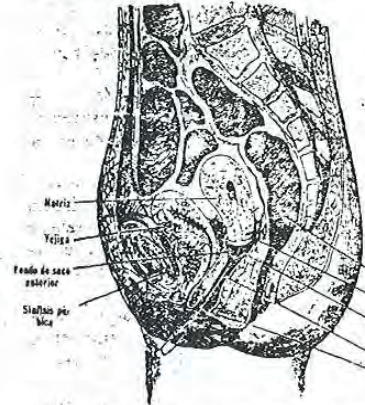


Ilustración nº 19. Divulgación, modo de empleo y venta del pesario “Securitas”, desde Generación Consciente, 1924.

¡Viva el amor y la procreación voluntaria!!
¡Guerra a la miseria!!

¡He aquí la verdadera seguridad de la mujer!

• El pesario **Securitas** es lo más práctico, lo más eficaz, lo más útil, lo más seguro y lo más inofensivo **PARA EVITAR EL EMBARAZO**. Es el pesario de más seguridad, el único que ofrece a la mujer absoluta garantía de no quedar embarazada, teniéndolo colocado.

• Es el más consistente, porque dura toda la vida; es el más práctico, porque puede la mujer llevarlo colocado sin molestia alguna, y su colocación es muy sencilla; y es el más barato, porque su uso no exige un gasto continuo, como ocurre con los demás.

• Usando el pesario **Securitas**, compuesto de excelente material a base de aluminio-platino, no hay necesidad de gastar más dinero, como sucede con los demás pesarios de dudoso resultado.

• El pesario **Securitas** está reconocido y recomendado unánimemente por la clase médica alemana; es una de las invenciones modernas más importantes en el terreno médico ortopédico.

• Se envía por correo certificado, cuidadosamente resguardado en su estuche, acompañado del instrumento para su colocación.

• **Su precio, 26 pesetas, libre de gastos de envío.**

• No dude usted más, y encargue el envío de este pesario, anticipando el dinero por giro postal. Ponga sus señas bien claras, para hacer el envío inmediatamente.

• A todo pesario y aparato, para su colocación, acompaña prospecto explicativo ilustrado con grabados, sobre el modo de colocarlo.

Ilustración nº 20. Hoja suelta de la revista Generación Consciente en 1924 y en la que se anuncia la venta de contraceptivos y su administración.

Entre los métodos químicos, Bulffi recomendaba su utilización inmediatamente después de la cópula, y consistía en la irrigación de agua más la sustancia antiséptica a elegir, como por ejemplo: “ácido acético, o ácido cítrico, tartárico, bórico, fénico, sulfato de cobre, de zinc, bicloruro de mercurio o alumbre”¹⁸ (p. 8). Sin embargo la sustancia que reúne todas las cualidades y que Bulffi se refiere a este como “el preservativo ideal” (...) es el “aldehído fórmico que el farmacéutico Mr. Veignault ha puesto al alcance de todos (...) de sus cualidades y poder bactericida nos da prueba la medalla de oro obtenida en la exposición internacional de Higiene en París en 1904” (p. 8).

¹⁸ De los 100 a 500 millones de espermatozoides que son eyaculados en la vagina, medio este hostil por su pH ácido, ya que proviene de un medio muy alcalino como es el plasma seminal “este revulsivo permite incrementar su motilidad y encontrar el cuello uterino, cuyo moco cervical, alcalino es un buen refugio para mantenerse fecundantes varios días” (Vanrell, Simón, 1999, p. 39).

La irrigación como método anticonceptivo dejaba mucho que desear, ya que no se eliminaban por arrastre todos los espermatozoides ya que parte de éstos se refugian en las criptas mucosas de la vagina.

**¡A las mujeres! ¡A los proletarios!
¡A todos los hombres de conciencia libre!**

Engendrar hijos cuando no se dispone de medios suficientes para nutrirlos y educarlos debidamente, no sólo es una imprudencia y una vergüenza: es una infamia; es un crimen que sólo la ignorancia y la estupidez humana pueden disculpar.

No hay que confiar a la Suerte, diosa venerada por la imbecilidad, el cretinismo y la impotencia, que haga felices a toda esa podredumbre humana, a todo ese montón horrible de hijos no deseados, nacidos contra la voluntad de sus padres, y cuya existencia es un sufrimiento continuo.

El mundo presenta un espantoso cuadro de dolor, de miseria y de maldades sin fin. Todos debemos interesarnos por no echar carne a este abismo de crueldades odiosas, a este fratricidio horrendo.

La misión del hombre es dar Vida; Vida de esplendor y optimismo, y no vida miserable, de languidez y degeneración física y moral.

En el hombre debe imperar la voz de la razón y no la del instinto grosero.

Lea usted los libros de esta Biblioteca, y evitará el hacer más

He aquí tres pequeños-grandes libros, destinados a proporcionar la felicidad y amor a la humanidad:

¡Huelga de Vientres!

Por LUIS BULFFI

Medios prácticos para evitar las familias numerosas; con mil grabados.—Precio, 25 céntimos.

A nuestros corresponsales y suscriptores, a 20 céntimos, desde 20 ejemplares en adelante.

Generación Consciente

Por FRANCK SUTOR

Anatomía, fisiología, preservación científica y racional de la fecundación no deseada. Texto ilustrado con varios grabados.—Precio, 75 céntimos.

A nuestros corresponsales y suscriptores, a 50 céntimos, desde 10 ejemplares en adelante.

La Educación Sexual

Por JEAN MARESTAN

Anatomía, fisiología e higiene de los órganos genitales.—Preservación y curación de las enfermedades venéreas.—Medios científicos y prácticos de evitar el embarazo.—Razones morales y sociales del neo-malthusianismo.—El amor libre y la maternidad.—La procreación consciente y limitada.

Ilustrada con varios grabados.—Precio, 3'50 ptas.

A nuestros corresponsales y lectores, a 2'50 ptas, de 5 ejemplares en adelante.

Ilustración nº 21. Hoja de la publicación neomalthusiana de Valencia, Generación Consciente de 1924, en la que se recomienda las lecturas de la procreación consciente antes editadas por Salud y Fuerza Barcelona.

A raíz de esta propagación popular en un país como España, donde la educación sexual era nula, la “situó a la vanguardia progresista de Europa en cuestiones demográficas, sexuales y de emancipación de la mujer, a partir de necesidades de los obreros inmersos en pleno proceso de industrialización y de emigración del campo a la ciudad o extranjero” (Masjuan, 2002, p. 69).

Sin embargo no hay nada registrado que indique si aumentó el número de mujeres que hicieran uso de los métodos anticonceptivos. Es posible que la mujer no los utilizara en la misma proporción como lo fue la difusión y la formación, debido, en

primer lugar, a la estigmatización que suponía su adquisición. Sociablemente el método anticonceptivo “se asociaba a la prostitución” (Nash, 1988, p. 25), por lo que su compra en una farmacia suponía una sospecha en la reputación. Y en segundo lugar, todo método anticonceptivo conllevaba un asesoramiento y una supervisión. Todo ello supuso tres inconvenientes. Por una parte hablar de la anticoncepción, incluso con el médico, era un tema indecoroso y más aun cuando el médico fuera hostil a la regulación de la maternidad. Por otra parte pocas mujeres podían permitirse pagar unos honorarios médicos, por lo que pocas mujeres tenían acceso a la asesoramiento, y si lo hacían era porque recurrían a las comadronas, que por otra parte tenían unos honorarios más bajos. Por último era el coste alto que tenían los productos anticonceptivos. El precio de los conos preservativos era de 2,50 pesetas, o el obturador uterino a 8 pesetas, y las pastillas de Formolodor Veignault, para su disolución en agua y su posterior irrigación, costaban 2,50 pesetas en un tubo de 15 pastillas¹⁹.

¹⁹ Información obtenida de la propagando que de los mismos se hacía y publicada en Salud y fuerza del 8 de diciembre de 1906.

Generación Consciente
REVISTA ECLECTICA MENSUAL

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

Dara España, Portugal y América: Un año (12 números) . . . 6 Ptas.
Para los demás países: Un año (12 números) 8 " "

Número suelto, 50 céntimos

A los correspondientes y librerías el 50 por 100 de descuento.
Toda correspondencia, giros, etc., al Administrador: **J. Juan Pastor**, Apartado 158.—VALENCIA.

Consultorio Médico de Generación Consciente

Con el fin de que los lectores de **GENERACION CONSCIENTE** en todos los casos de índole física y de naturaleza fisiológica, puedan recurrir al tratamiento y a la orientación de aquellos hombres que a sus conocimientos científicos unen sus ideas de regeneración física y moral de la humanidad, hacemos a continuación un grupo de los doctores que forman parte del Consultorio Médico de **GENERACION CONSCIENTE**, y a los cuales pueden consultar nuestros lectores personalmente o por correspondencia:

<p>DR. ISAAC PUENTE MÉDICO VIRGALA MAYOR (Álava)</p> <p>Precios de consulta Completamente gratis a los lectores de GENERACION CONSCIENTE. Basta la presentación del cupón insertado a continuación. Para las consultas por correspondencia, añádase, además del cupón, el sello para el franqueo de la contestación.</p> <p>Dr. Roberto Remartínez MÉDICO FISIATRA Conde Salvatierra, 19. -- VALENCIA Hidroterapia. Cromoterapia. Fototerapia. Electroterapia. Sol artificial. Rayos X. Dietética, etcétera. Consultas por correspondencia, rigurosamente referidas. Pídanse cuestionario. Personalmente consulta todos los días laborables de 9 a 12. A los lectores que presenten el cupón adjunto, descuentos del 50 por 100 en la primera consulta, y el 25 por 100 en las sucesivas, y de un 25 por 100 en los tratamientos en la clínica, exploración con los Rayos X, etc., etc.</p>	<p>DR. E. ALFONSO MÉDICO NATURISTA Príncipe, 18 y 20. - MADRID</p> <p>Precios de consulta: Pídanse cuestionario para consultas por correspondencia. A los lectores de esta Revista que acompañen el cupón adjunto se les descontará a pesetas en la primera consulta, y 1 peseta en las sucesivas.</p> <p>DR. L. ALVAREZ MÉDICO NATURISTA Duque de la Victoria, 16, pral. VALLADOLID</p> <p>Precios de consulta: Pídanse cuestionario para consultas por correspondencia. A los lectores de esta Revista que acompañen el cupón adjunto se les descontará a pesetas en la primera consulta, y 1 peseta en las sucesivas.</p> <p>Dr. M. Aguado Escribano MÉDICO FISIATRA Ambrosio de Morales, 10.-CÓRDOBA</p> <p>Pídanse cuestionario para consultas por correspondencia. A los lectores de esta Revista que acompañen el cupón adjunto, descuento del 50 % en la primera consulta, y el 25 % en las sucesivas.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Generación Consciente
CUPÓN CONSULTA
Núm. 47. — Julio 1937

Cótese el adjunto cupón e inclúyase al formular la consulta, para tener opción al descuento especial.

Ilustración nº 22. Grupo de médicos que componen el consultorio de Generación Consciente.

Hasta ahora hemos ido presentando distintos discursos en torno a la maternidad y a la mujer, discursos realizados mayoritariamente por hombres, pero lo que era evidente es que para que esto se llevara adelante, fue necesaria la participación activa de la mujer, no tanto en la cimentación de la ideología, como en la reivindicación a favor de su emancipación.

Desde un modelo de relación entre hombres y mujeres y del rol cultural asignado, observamos que existía una diferencia entre los sexos pero sin igualdad, debido a la inferioridad y subordinación de la mujer con respecto al varón y con una dependencia de éste en todos los órdenes: sexual, afectivo, económico, sanitario, jurídico, etc.

En consonancia con Elósegui (2011), “Esta tesis, no sostenible científicamente, se agravaba por el hecho de que las funciones atribuidas a uno y otros sexo no recibían la misma valoración social. Al varón se le asignaba las funciones que determinaban el curso de la sociedad, era así el que ostentaba el poder en el ámbito público...; a la mujer que se desenvolvía en el ámbito privado, se le asignaba las tareas relacionadas con la reproducción, crianza y educación de los hijos y la economía doméstica, infravalorados socialmente” (p. 57).

Por todo lo anteriormente expuesto, si además la mujer no participaba en la vida política ni social ni económica del país, tampoco tenía formación cultural, si la incorporación al mundo laboral en muchas ocasiones se trataba de una teoría porque no se llevó a la práctica, se produjo una importante corriente que defendía la igualdad entre hombres y mujeres, “todo ello supuso que en la 2ª República salieran a la calle para reclamar sus derechos que la Constitución de 1931 les había concebido en teoría” (Sánchez Blanco, 2007, p. 231).

De manera que desde el movimiento anarquista femenino se decidió crear su propia organización para conseguir la igualdad en los ámbitos económicos, culturales, políticos, y sociales y así nació Mujeres Libres en abril de 1936, tres meses antes de la Guerra Civil Española.

La organización se proponía diseñar sus espacios colectivos que facilitaran el encuentro y la capacitación laboral y educacional de las mujeres de la clase obrera y, además, les proporcionara independencia respecto al resto de organizaciones regidas por los hombres. Además la liberación sexual, y el control en la decisión cuando y con quien iban a tener hijos, se convirtió igualmente en un objetivo de libertad frente a la subordinación del matrimonio.

En España nació un *Feminismo* de carácter social, que desdeñó la lucha centrada en la consecución de derechos políticos, para centrarse en reivindicaciones de carácter laboral y educativo, y “en algunas ocasiones buscando legitimidad mediante la apelación de los roles” (Nash, 1975, p. 17).

2.3.- La etapa del franquismo y el movimiento de liberación de la mujer

El modelo de mujer que se propuso al finalizar la Guerra Civil supuso un retroceso en cuanto a los derechos, al menos teóricos, adquiridos a raíz de la constitución de 1931. Durante la dictadura franquista se implantó un modelo de sociedad en la que las mujeres no poseían ningún tipo de autonomía individual y se las convertía en el eje de la moralidad social.

En la post-guerra, debido a las exigencias demográficas, se le dotó a la maternidad de un papel preponderante, y prueba de ello, es que debía de prevalecer en el matrimonio. Sin embargo no siempre se llevó a cabo, como así lo recoge García-Orellán (2011), en un contexto portuario, “estas mujeres consideran que tener tres hijos era el máximo y si llegaban al cuarto se debía a un <<descuido>>; se trataba de dar a la prole más de lo que ellas tuvieron” (p. 51). Para ello el control de la natalidad se practicaba siguiendo unos métodos que no distaban de los empleados en años atrás (irrigaciones) pero los que nunca fallaban era “En el caso de que el marido trabajara en el puerto o de arrantzale al día, la medida de contracepción más utilizada consistía en acostarse tarde por la noche, aprovechando la costumbre de coser o calcetar, ya que la ropa se confeccionaba en casa (p. 52).

El aborto estaba prohibido y perseguido, así como también estaban censurados los métodos anticonceptivos o cualquier tipo de información que se diera de índole sexual Pero las mujeres en torno a la anticoncepción se establecieron en dos

posiciones claramente definidas y distintas, pero que convivieron de forma pareja. Por un lado estaban las mujeres que utilizaron la anticoncepción, pero qué, ante la ideología imperante “hacen que se instauren ciertos silencios colectivos en la época (...) y que confían estos hechos en un contexto de silencio” (García-Orellán, 2011, p. 54). Por otro lado, se encuentran las mujeres que llevaron a cabo estrategias de control de natalidad pero “con arreglo a que su papel fundamental es el de la maternidad” (p. 54).

Tuvieron una gran importancia los años de la transición democrática, fundamentalmente en la década de los años 1965 a 1975, donde debido a la dilatación del mismo, existen 3 posturas con respecto a cuándo se estableció dicha transición. Algunos autores lo señalan a partir de la aprobación de la Ley Orgánica del Estado de 1966, otros coinciden a partir del asesinato del Almirante Luis Carrero Blanco, por aquel entonces Presidente del consejo de Ministros de España, y un tercer grupo la sitúan a partir de la muerte de Franco, el 20 de noviembre de 1975 y con las primeras elecciones democráticas el 15 de junio de 1977, años éstos en que el país está en un desarrollismo gracias al turismo, la emigración a Europa y la vuelta de estos emigrantes a España y la inversión extranjera.

Durante esta década los casamientos se produce entre parejas jóvenes, hay trabajo en España y la ideología de la falange respecto a la mujer, ama de casa, se asienta plenamente. Sin embargo es un orgullo del hombre ganar y llevar el pan para su familia, a partir del cual su masculinidad se construye en contraposición a esta postura.



Ilustración nº 23. Familia numerosa de los años sesenta.

Era frecuente que la mujer abandonara su trabajo al contraer matrimonio, pesar de que en la sociedad ya existiera una preocupación hacia la *condición femenina*, que estuvo asociado a dos hechos importantes como fueron “las transformaciones estructurales que el proceso de industrialización y crecimiento económico estaba desencadenando (...) y a las perspectivas de la lucha de la democracia articulada en amplios movimientos sociales” (Grau Biosca, 1993, pp. 736-37). Dichos movimientos sociales estuvieron claramente enmarcados en corrientes políticas de oposición frente al franquismo.



Ilustraciones nº24 y 25: Los cambios en el mercado de trabajo femenino y la propaganda de la época. Fuente: *Arxiu Historia de la Ciutat de Barcelona*.

Según Farge (1991), en la transición “las luchas de las mujeres se producen, en la mayoría de los casos, en contextos de crisis social y política como si hubiera reivindicaciones latentes que aprovecharan la ocasión para manifestarse” (p. 97). Nuevamente vemos este rebrote de carácter femenino donde sobresale y está presente la mujer, no como una simple espectadora, sino como resistencia frente a los cambios sociopolíticos que están acaeciendo y como una fuerza y un valor añadido.

Prueba de ello fue la respuesta contracultural de la izquierda de los años setenta-ochenta, en el que el feminismo tuvo un papel destacado, ya que se iniciaron una serie de cambios en cuanto a los derechos de voto, educativos, y profesionales, a la vez que, en el sentir del feminismo, se hacía necesario una revisión de la legislación con el fin de hacerla igualitaria y equitativa. Se hicieron revisiones, y reformas

legales que permitió a las mujeres una libertad, tanto en ámbitos privados como públicos. Como lo refleja Valcárcel (2000) “la revolución en la moral, las costumbres y los modales, el conjunto que solemos conocer por mores, se iba produciendo en paralelo con la renovación legislativa” (p. 16).

El cambio en *los mores*, como cambio contracultural, dió lugar a la formalización de un objetivo global (...), y una nueva forma de concebir a la política como fue pensar que “lo personal es político”²⁰ (p. 16). Este aspecto adquiere gran importancia ya que nos encontramos ante la visualización de la esfera privada a la pública dentro de la reivindicación de género que desarrollo más adelante.

Para ello se fueron formando grupos de mujeres, uniones que se realizaban fundamentalmente por afinidad a la militancia y por amistad, similitudes y vinculaciones. Y así en esta década de los 70 se crearon dos grupos de fuerzas democráticas. El formado por mujeres de tradición liberal representadas por el Seminario de Estudios Sociológicos de la Mujer (SESM), a partir del cual consideraban a las mujeres como grupo social atrasado y no integrado en la sociedad moderna, y cuya solución se encontraba en la promoción de la mujer en cuanto a su educación y en su inserción en el mercado laboral. Por otro lado, un grupo de ideología marxista, socialista y comunista, que trabajaban en la clandestinidad y cuya organización trabajaba impulsados por el Partido Comunista de España y por el *Partit Socialista Unificat de Catalunya*. Estamos hablando de como los Movimientos Democráticos de Mujeres (MDM), que consideraban la opresión de mujer, en tanto que opresión de clase que sufría el proletariado.

²⁰ A través de la puesta en común de múltiples experiencias personales, se exponían a debate público a la vez que se sometían a la contrastación. El resultado final era que los integrantes del grupo iban recordando y rehaciendo sus vidas, sus traumas, etc. Resultado de ello fueron los libros de Política Sexual de Kate Millet y la dialéctica del sexo de Sulamith Firestone.

El impulso, la fuerza y el dinamismo del nuevo movimiento feminista surgió por medio de conexiones entre distintas mujeres, a partir de las cuales, se crearon grupos informales mediante contactos interpersonales que estaban basadas en la adhesión. Dichos grupos se iniciaban con una estrategia a la hora de dar cohesión y capacidad de movilización. Se trataba de concienciar a las mujeres de forma individual mediante la constitución de pequeños grupos, a partir del cual, “antes de nombrar el malestar e identificar la opresión doméstica fue un paso previo imprescindible en la constitución del movimiento” (Nash, 2004, p. 176).

Se fue creando lo que Kaplan (1990) denominó “conciencia femenina”, es decir “el reconocimiento de lo que una clase particular, cultura y periodo histórico, espera de las mujeres, crea un sentimiento de derechos y obligaciones que proporciona fuerza motriz para acciones diferentes” (p. 267). Reconocer la presencia de una conciencia femenina es necesario para poder orientar la teoría política para “colocar la necesidad humana por encima de otras exigencias humanas y políticas, (...) la conciencia femenina crea la visión de una sociedad que todavía no ha hecho su aparición” (p. 267).

Los grupos comenzaron con encuentros informales de alrededor de diez mujeres, que eran amigas, vecinas, o compañeras de trabajo o familiares, originariamente empezaron reuniéndose en sus casas para posteriormente hacerlo en espacios propios. Hablaban de sus cosas personales, de la familia, del trabajo del hogar, de sus frustraciones, de sus relaciones sexuales, de la maternidad, de su identidad..., en definitiva rompían el silencio, descubrían su voz y manifestaban sus problemas. En sus discursos comenzaron aparecer unos nuevos derechos, que décadas posteriores se denominarían sexuales y reproductivas. Se fue rompiendo el tabú para hablar de la sexualidad femenina, y como señala Nash (2004) “la autonomía sexual y la

libertad de decisión sobre el cuerpo femenino se convirtieron en el debate central del nuevo feminismo” (p. 192).

Siguiendo en la década de los 70, las agrupaciones fueron cuajando a través de llevar la anécdota a categoría, mediante los discursos, experiencias y confesiones personales e íntimas, y con todo ello, se entretejía toda una red de apoyo basada en la adhesión, en el intercambio de confidencias y de experiencias compartidas. De tal manera se ponía en evidencia que “el malestar sin nombre no era un problema de fracaso o de inadaptación individual al rol de ama de casa y al canon de feminidad, sino que se trataba de un fenómeno social común a muchas mujeres” (Nash, 2004, p. 176).



Ilustración nº26. Celebración del primer 8 de marzo 1975. Fuente: mujeres en red.

De los testimonios surgieron representaciones culturales de denuncia que aparecieron en el imaginario feminista, y lo fueron dando a conocer mediante el cartelismo que tenía una clara connotación simbólica de la multitud de tareas que realiza una mujer en el hogar. Todas las prácticas iban dirigidas a la acción política como demostración de la existencia de alternativas de vida y de los nuevos significados y representaciones culturales del ser mujer.



Ilustración nº 27. Cartel de la asociación de vecinos de la izquierda del ensanche de Barcelona 1977.

Sin embargo todo ello, no significaba terminar de golpe con la situación de la mujer, por el contrario, era sólo el comienzo por el cual se aportaba una concienciación de una situación, de ahí que “tanto el diagnóstico como la concepción de objetivos era político (...) se incidía en lo público desde un espacio semiprivado (...) se buscaba la transformación de cada mujer en una distinta, liberada” (Valcárcel, 2000, p. 18).

Se trataban de cuestiones nucleares en la construcción de la identidad femenina. “Una identidad que en la práctica se fue construyendo partiendo del nosotras, de la identidad de unas mujeres con otras” (Verdugo Martí, 2010, p. 266). Por solidaridad con las otras, se entró en una dinámica de un yo desafiante e incluso auto

inculpatorio, como se podían leer en ciertos eslóganes: *yo también soy adúltera, yo también tomo anticonceptivos, yo también he abortado.*



Ilustración nº 28. Manifestación movimiento feminista, años 70, en España.

Haciendo con las manos el símbolo del movimiento feminista, estas mujeres piden libertad para abortar.

Tanto en el resto de los países de Europa y EEUU, como en España, se promovieron éstas campañas repletas de simbolismo femenino de lo propio y biológico de la mujer, de tal manera que representaron no sólo la solidaridad sino también el poder de las mujeres, “en las manifestaciones feministas la sustitución del puño cerrado de las militantes de la izquierda por las manos en forma de vulva era una forma más de señalar la alteridad femenina respecto a la política y el poder masculino” (Verdugo Martí, 2010, p. 266).

En sus protestas utilizaron, con gran imaginación y creatividad, formas de expresión tales como mujeres anuncio con lemas que incitaban a la polémica, o mujeres con una almohada debajo de la ropa a modo de embarazo en manifestaciones pro aborto, consignas acerca de la sumisión al hogar: *Manolo hazte la cena solo, mujeres unidas jamás serán vencidas*, o sobre expresiones relacionadas con la sexualidad: *anticonceptivos para no abortar, sexualidad no es maternidad, planificar a cargo de la seguridad social, etc.*

Se sabía del poder de los eslóganes y de los símbolos en la construcción de un identidad, se conocía el poder de convocatoria, de movilización y de participación, a la vez que constituyó un medio para fomentar la emociones y de forma grupal se fue labrando una identidad y una solidaridad especial, que es lo que Rosenwein (2006) denominó “comunidades emocionales”. Rosenwein (2006), las definió como “grupos en los cuales las personas se adhieren a unas normas de expresión emocional y valoran y evalúan las mismas o parecidas emociones” (p. 2). Dichas comunidades están formadas por “un grupo en el cual la gente tiene sus intereses, valores y objetivos comunes. Por lo tanto suele ser una comunidad social” (pp. 24-25).

El sentido de comunidad entre unas y otras mujeres de su clase, surgen de las rutinas compartidas e “influye en lo que piensan y en cómo lo piensan, la proximidad física (...) contribuyen al poder de la comunidad femenina” (Kaplan, 1990, p. 270). La adhesión al grupo está basada en las vivencias que se logran a través de la participación en experiencias comunes y en toda una serie de ideas, y de pensamientos moldeados en clave de mujer y forjados por la propia historia individual y por las normas sociales.



Ilustración nº 29. Vindicación Feminista²¹ (1976-79). Derechos adquiridos de la mujer.

²¹ La vindicación de derechos se refiere cómo las mujeres son sujetos de la praxis política.

La pertenencia a un grupo comporta múltiples beneficios, ya sean materiales como simbólicos, porque favorece la solidaridad, cómo el intercambio, ya que se transforman las cosas intercambiadas en señal de reconocimiento.

La adquisición de una red de relaciones basándose en las relaciones de intercambio, ya sean de índole material y/o simbólico, contribuyen a su mantenimiento ya que al ser institucionalizados adquieren el rango garantía social. Sin embargo la existencia de esa red de relaciones no se establece de forma natural ni social, por el contrario es el “producto de un esfuerzo continuado de institucionalización” (Bourdieu, 2001, p. 151) fundamentado en estrategias individuales o colectivas, conscientes o no, y cuyo fin último es lograr un beneficio a largo o medio plazo.

Estas comunidades se asemejan al concepto Bordiano de comunidades sociales o más concretamente de espacios sociales entendidas éstas como construcciones analíticas reales, que están compuestas por distintos individuos, de manera que por el proceso de agrupación, las personas son lo más parecido en la mayor parte de los aspectos. Bourdieu (2001) afirma que dichos espacios son “capaces de otorgar fuerza, poder y por lo tanto provecho a sus proveedores” (p. 106). Además los que ocupan una misma posición comparten de manera intrínseca el mismo “hábitus”, que viene a ser considerado como “el conjunto de disposiciones de los agentes en el que las prácticas se convierten en generadoras de nuevas prácticas (p. 24).

Fue a través de discusión y de reflexión teórica acerca de la política sexual, del desafío en las relaciones entre hombres y mujeres, que fue apareciendo un término muy común incluso de forma coloquial como fue el de *movimiento por la liberación de la mujer*, o *feminismo liberal* o *feminismo de equidad* lo que significa que las mujeres deben de tener tanta libertad como los hombres en la sociedad.

Este movimiento de liberación de la mujer se formó en España como un movimiento plural y con diversidad de expresiones de los nuevos feminismos. El feminismo “trata de conquistar plenos derechos y poderes tanto en el contexto de clase como el de sistema político dominante (...) y atacan la división del trabajo por sexos porque los roles limitan la libertad y porque señalar distinciones es implicar superioridad e inferioridad” (Kaplan, 1990, p. 269) De ahí que la liberación estaba enfocada en la incorporación de la mujer al trabajo laboral remunerado, a la igualdad jurídica respecto a los hombres, el acceso al control de la natalidad, a la enseñanza y a la atención sanitaria.

Sin embargo, lo que fue más notorio fueron los pareceres que emergieron en torno a la sexualidad y las nuevas libertades sexuales de la nueva mujer liberada, que se tradujo en la utilización de los anticonceptivos propios de la época, así como en la desinhibición de las relaciones extramatrimoniales. Se pasó de la esfera privada y encubierta a la visibilización pública y abiertamente manifestada de ésta práctica por parte de las nuevas comunidades emocionales.

2.4.-Feminismo radical e Ideología de Género

No fue hasta 1975, a raíz de la Primera Conferencia convocada por las Naciones Unidas, en Méjico en conmemoración del Año Internacional de la Mujer²², a partir

²² La conferencia de México D.F. fue convocada con el objetivo de concentrar la atención Internacional en la necesidad de elaborar objetivos orientados hacia las estrategias y planes de acción futuras enfocadas en el adelanto de la mujer. Los 3 objetivos fueron: la igualdad plena de género y la eliminación por motivos de género; la integración y plena participación de la mujer en el desarrollo, la contribución de la mujer en el fortalecimiento de la paz mundial.

Según consta Informe de la Conferencia. Párrafo 37. Documento ONU: E/CONF. 66/34 (76.IV.1), 1976 “El establecimiento constitucional y legislativo de garantías respecto al principio de no discriminación por sexo e igualdad de derechos y responsabilidades de hombres y mujeres es esencial. Deben, por tanto, promoverse la aceptación general de los principios contenidos en tal legislación y un cambio en las actitudes referidas a ellos a fin de fortalecerlos. Es así mismo esencial asegurar que la adopción y

de la cual se produjeron dos encuentros de mujeres en España, el primero fue concretamente en Madrid en diciembre de 1975, donde se celebraron las Primeras Jornadas por la Liberación de la Mujer, y el segundo fue en mayo de 1976 en Barcelona, *Las Primeres Jornades Catalanes de la Dona*, a partir de las cuales se configuraron “espacios democráticos de mujeres frente a la dictadura, pero también ante las fuerzas de la oposición democrática, dándole el carácter de fuerza social autónoma” (Grau Biosca, 1993, p. 739).

Secundario a las Jornadas, y como principios de renovación del discurso feminista, se produjo la eclosión de un grupo que ya se venía fraguando en los años anteriores, denominado *feminismo más radicalizado*. En el ámbito de la ideología, su ideario superaba a la antigua reivindicación de la anticoncepción como medio del control de la natalidad, pasando a una declaración de intención sobre cuatro aspectos como fueron: control sobre el propio cuerpo, el debate acerca de la dominación a través de sexualidad masculina para centrarse en el descubrimiento de la sexualidad en las mujeres, la utilización de la sexualidad como relación de placer y no de sometimiento, la separación la sexualidad de la reproducción, lo que produjo en ciertos sectores hasta un rechazo hacia la maternidad.

Prueba de ello es el sentir de la feminista Firestone (1976) que considera a la reproducción “como una trama amarga” y en su análisis nos dice que “la liberación se alcanzaría con las transformaciones en la tecnología de la reproducción, que en un futuro no demasiado lejano podría eliminar la necesidad de los cuerpos de las mujeres como agentes reproductores” (p. 9).

consolidación de esa legislación pueda por si misma tener influencia significativa en el cambio de actitudes y valores tanto en los medios públicos como privados”.

En esta época, las potentes reivindicaciones feministas no son ajenas a la situación de expansión democrática que se detectaba en la calle, y, a pesar de no ser distintas a las demandas democráticas de la década anterior, se añadían unas nuevas como fueron las relativas a “el derecho a la disposición del propio cuerpo concretado en la reivindicación de educación sexual, anticonceptivos a cargo de la Seguridad social, y legalización del aborto” (Grau Biosca, 1993, p. 740).

El punto de inflexión aparece en España a finales de los setenta, principios de los años ochenta, con la aprobación de la Constitución (1978) y el establecimiento de una democracia parlamentaria, así como la celebración de unas elecciones legislativas que permitió la incorporación de grupos feministas hacia puestos de representación en las Cámaras, ayuntamientos, etc. Se llevaron a cabo reivindicaciones cuantitativas del feminismo radical a la vez que se fue construyendo y derivando en toda una línea ideológica y práctica de *perspectiva de género*, que se materializaría en la 4ª conferencia en El Cairo en 1994, y cuyo tema fue el de *los derechos sexuales y reproductivos* de las mujeres del mundo. En la conferencia del Cairo se argumentaba que todo ser humano tiene derecho a la vida, lo que a su vez incluye derecho a la salud. Por lo tanto si el aborto inseguro supone una amenaza para la salud de las mujeres, debería incluirse el aborto seguro y por lo tanto éste debe de ser legal.

El termino perspectiva de género hace referencia a una coalición de grupos²³ de interés que promueven la *agenda de género* y cuyo objetivo es “la adopción de

²³ Si bien los líderes de la coalición de grupos que promueven la agenda de género se autodenominan feminista, sin embargo este grupo no se limita a mujeres ni a aquellas personas cuyo principal interés es el feminismo, El apoyo viene de activistas, todos ellos interrelacionados con intereses comunes como los controladores de población, libertarios sexuales, activistas pro derechos de los homosexuales, los que promueven lo políticamente correcto, los ambientalistas extremos, los progresistas neo marxistas, y los post-modernistas o deconstruccionistas (O`Learly,2007, p. 33).

perspectivas de género en todos los programas y en todas las políticas del sector público y el privado” (O’Learly, 2007, p. 34).

Ahora bien, ¿Qué significa asumir una perspectiva de género?

Significa distinguir entre lo que es natural y biológico y lo que se construye social y culturalmente, y lo es en el proceso de “renegociar los límites entre lo natural, y por ende relativamente inflexible, y lo social, y por lo tanto relativamente transformable” (*Gender Concepts in Development Planning: Basic Approach*, 1995, p. 11, tal como se citó en O’Learly, 2007, p. 32).

Dado que su interés radica en introducir el género como un espacio dentro de la organización de nuestra sociedad, sería más adecuado hablar de *Sistema de Género*, ya que “la promoción de la perspectiva de género no lo están llevando a cabo activistas de grupos de base, o mujeres corrientes, sino personas que se han establecido en varios centros de poder²⁴ y están utilizando su influencia para impulsar la agenda” (O’Learly, 2007, p. 32), a la vez que entre sus planes se encuentra trasladar dicha perspectiva a todas las escuelas universidades, negocios, espacios y programas públicos y privados de todos los países y niveles.

El término género surgió desde ámbitos de la Sociología y Antropología Cultural, y comenzó aplicarse en Psicología y Antropología con un significado diferente al de la lingüística²⁵. Se utilizaba para explicar cómo en los diferentes roles del hombre y de

²⁴ Alison Jagger identificó las siguientes: forma separatista liberales, marxistas, socialistas, radicales, lesbianas y matriarcales del feminismo²⁴ (Alison Jagger, *Political Philosophy. Of Women’s Liberation* 1977 5-37).

²⁵ La palabra género entraña un término polisémico en dos sentidos ya que lingüísticamente se ha utilizado para designar la diferencia biológica entre los sexos, y a partir del cual se definían los tres géneros: masculino, femenino y neutro, y también se utiliza como forma conceptual al agrupar individuos o cosas de similares características.

la mujer intervenían dos tipos de elementos, unos derivados de la propia realidad humana, y otros contruidos social y culturalmente.

Es a partir de este movimiento de grupos feministas, en la década de los noventa, como el concepto de género fue integrándose plenamente en el ámbito académico universitario a través de los estudios de género²⁶ tanto de grado o postgrado y surgió lo que se conocería con el término de *feminismo académico* y cuyos escritos se concretaban en las críticas efectuadas a los distintos sistemas políticos y de poder en cuya trayectoria se produjeron los patrones de dominación femenina. Se elaboró un nuevo vocabulario para designar los mecanismos que intervenían en la opresión femenina, y cuyos términos eran patriarcado, sexismo, violencia sexual, política sexual..., y todos ellos se convirtieron en categorías de análisis en los estudios de las mujeres. Fue a través de los estudios anglosajones de género elaborados en los programas de *Women Studies*, cuando dicho término adquirió una connotación más radical, de manera que se comenzó hablar del concepto de *ideología de género o postfeminismo de género*. El objetivo de dichos estudios, fueron según Gruhun, de “carácter político: la ideología debe ser propagada de la forma más amplia posible, con el fin último de lograr el cambio social (tal como se citó en Scala, 2010, p. 23).

El establecimiento del sistema género supuso dar un paso más allá de la reivindicación de que la mujer debía de ocupar el mismo espacio público que el hombre. En el modelo que nos ocupa está superada la situación anterior, sino que lo que se persigue es “denigrar como contrapartida los aspectos reproductivos de la sexualidad” (Elósegui 2011, p. 58) y a partir del cual se opta por pensar que la desigualdad entre hombre y mujer está causada por la condición sexual, de manera que se “intenta prescindir de esa realidad y construir un mundo social y público, y el

mundo laboral, como un mundo asexuado, en el que sea indiferente ser hombre y mujer” (p. 58).

Se produjo una disociación entre la categoría de sexo (biología) y género (cultura), por lo que el género se caracterizó por la total autonomía respecto al aspecto biológico, de manera que toda diferencia entre hombre y mujer está determinada por un proceso de socialización y enculturación. En este sentido la reivindicación va más allá, ya que el sexo biológico será totalmente irrelevante en el ámbito personal, social e incluso jurídico. Aparisi (2011) lo complementa de la siguiente manera “este segundo contexto, sexo y género ya no son dimensiones complementarias, sino antagónicas. Encontramos un enfrentamiento entre naturaleza, entendida en sentido biológico y ontológico, y cultura; o, más bien una aniquilación de la primera en beneficio de la segunda” (p. 21).

Es por ello que el feminismo de género se sitúa en el extremo opuesto del biologicismo, concibiéndolo de una forma extremista, que el componente cultural y la autonomía de la propia voluntad son los únicos factores que contribuyen a formar la identidad sexual. Aunque según Aparisi (2011), “dichas líneas argumentales defienden, incluso, la absoluta irrelevancia e indiferencia, no sólo del sexo biológico, sino también del género, sosteniendo una noción de identidad sexual deconstruible y reconstruible, social e individualmente” (p. 21).

Todo ello influye en el rol sexual que hombre o mujer desarrollan en la sociedad, manifestándose en patrones de comportamiento, en actitudes y atributos, que están todos ellos mediados por el contexto histórico y cultural en el que se desarrollan. De tal manera que sexo y género serían dos dimensiones que confluyen en la identidad sexual del ser humano: el sexo como dimensión biológica dual del hombre/mujer (lo que es dado, lo no es elegible) y el género en la vertiente de una

construcción antropológica/cultural (lo construido) que determina la identidad hombre-mujer a partir de los condicionamientos social y cultural.

A partir de esta dimensión cultural, ajena totalmente a la naturaleza de la persona, “la sexualidad es optativa, porque ser hombre o mujer forma parte de roles socialmente construidos” (Requejo, 2011, p. 206). Por lo tanto el género ya no significa sexo, sino que se relaciona con la forma en que se actúa y se percibe al hombre /mujer, es decir por la forma en que la sociedad está organizada y no por las diferencias biológicas.

Como afirmó Bella Abzug (1995), en la Conferencia de Pekín²⁷ “no nos obligarán a regresar a la idea de que la biología es el destino, la cual trata de definir, confinar y reducir a las mujeres a sus características sexuales físicas” “El concepto género está imbricado en el discurso social, político, y legal contemporáneo. Se ha integrado en el discurso social, político y legal contemporáneo....el significado de la palabra género ha evolucionado hacia uno que se diferencia de la palabra sexo, para expresar la realidad de que los papeles y la condición de los hombres y las mujeres son estructurados socialmente y están sujetos al cambio” (tal como se citó en O`Learly, 2007, p. 129). Aparisi (2011) lo refuerza afirmando que “para conseguir social, política y jurídicamente la total equiparación e identidad entre varones y mujeres es imprescindible el reconocimiento social y jurídico de los denominados nuevos derechos humanos” (p. 28). Dentro de éstos derechos, se encuentran *los nuevos derechos sexuales y reproductivos* que, en la línea de la ideología de género, se consideran parte integral de los derechos humanos ya que garantizan el disfrute

²⁷ 5ª Conferencia Internacional, donde se estableció un abismo entre la percepción social que se tenía del feminismo y la realidad teórica de las feministas. Daba la sensación que retrocedíamos a una época marxista donde se hablaba de lucha de clases, opresión, patriarcado..., las palabras sonaban en esa melodía. Sin olvidarnos de ideario de Engels en el que la gran aportación que hizo a la revolución fue a la revolución sexual y al análisis del matrimonio y a la familia patriarcal.

indispensable para alcanzar el bienestar físico, mental y social. Por lo que, en consonancia con lo anteriormente expuesto, es necesario que se respete el derecho de las personas a decidir de forma libre y responsable sobre las cuestiones relacionadas con su propio cuerpo, como es entre otros, el de la maternidad. De manera que se convierta en un derecho de elección, ya que ésta se considera que debe ser deseada porque si no se convierte en una carga, y se repite un hecho histórico que las mujeres han tenido que soportar. Se debe incluir la garantía al derecho al acceso a la información y servicios públicos sobre salud sexual y reproductiva gratis, integrales y de calidad, a decidir cuándo cómo y con quién se mantiene las relaciones sexuales, y en caso de embarazo inesperado el aborto debe estar asegurado y sin riesgo para la salud.

Al constituirse el modelo social sobre dicha base, los discursos feministas se interiorizan en cada uno de los miembros y sus consignas se incorporan al lenguaje coloquial, y todo ello para lograr un objetivo y una adaptabilidad de la ideología a la vida humana. Tenemos la experiencia de aquellas mujeres que avalan sus discursos feministas, mediante su personificación, sus comunidades emocionales, “en maneras corporales o hexis como en actitudes o apreciaciones morales o ethos” (Bourdieu, 2001, p. 28).

Según esta visión, la ideología es una forma primaria de relaciones de poder, o dicho de una manera “el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder” (Scott, 1990, p. 26), aunque el género no es el único campo, parece que influye de manera persistente y recurrente.

En este sentido Bourdieu (1991) considera el poder como “la división del mundo” (pp. 246-247) basada en referencia a “las diferencias biológicas y sobre todo a las que se refieren a la división del trabajo, de procreación y reproducción.” (p. 247), por eso y siguiendo con el mismo autor “los conceptos de género estructuran la

percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda vida social” (p. 366), es decir el género se implica de tal manera en la concepción y en la construcción del poder, que regula el significado de las reglas o representaciones y constituye las conexiones entre las múltiples formas de relaciones entre las personas.

La organización en la articulación del poder enfocado a los procesos de la vida, al control del cuerpo, y más concretamente en la reproducción es lo que Foucault (1991), denominó “bio poder” (p. 84).

Varias son las consecuencias que derivan del biopoder cuando éste se sitúa a la altura de la vida tomándola su cargo y asumiendo el poder en el acceso al cuerpo.

En primer lugar hace referencia cuando lo biológico se refleja de en la política. En éstos casos se podría hablar de “bio política, para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos que convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana” (p. 85).

En segundo lugar, un poder que “tiene como tarea tomar la vida a su cargo, necesita de mecanismos continuos, reguladores y correctivos” (p. 86) que los obtiene a costa de un sistema jurídico de la Ley, de manera que éstas funcionan como normas y con una continua función reguladora. Ante proclamaciones tales como *derecho a la vida o derecho al aborto*, la vida queda inmersa en un continuo debate político entre los distintos partidos políticos, convirtiéndose en una de las manifestaciones más significativas de las actuaciones del poder.

Con todo ello se desprende la importancia que adquiere el sexo en el juego político, no sólo como el acceso al cuerpo, a la vida, sino también como afirma Foucault en el “principio de las regulaciones (...) convirtiéndose en tema de operaciones políticas, campañas ideológicas de moralización o de responsabilidad” (p. 87).

Por ello no debemos extrañarnos que el juego político se articule en el cuerpo, y se dirija al cuerpo, siendo objeto y blanco de sus intervenciones, la vida y aquello que se desarrolla, pero también aquello que se puede dominar y manipular.

2.5.-El aborto en España

El control de la natalidad ha supuesto una preocupación y se ha convertido en un tema recurrente en la mujer, a pesar de que ha sido un hecho la desigualdad a su acceso en distintos momentos de la historia. Por otra parte, el aborto ha existido desde el principio de los tiempos, y debemos considerarlo como un hecho transversal en la historia de la mujer. La mujer siempre ha intentado regular su reproducción, y el aborto ha sido uno de sus métodos.

En las tres primeras décadas de la historia de España (1900 a 1937), independientemente de la clase social, el aborto se realizaba como escribió Aza (1928) “por un embarazo que pregonaba su deshonor, porque las invalidaba para la vida social, o las desventuradas mujeres de vida regular, y en las cuales un hijo constituía un pesado lastre, que dificultaba y vedaba sus actividades sexuales, único modo de sostenerse y de vivir”, (p. 152). Sin embargo no podemos obviar como ante los años de enfermedad, pobreza, hambre y miseria provocaba que muchas mujeres se encontraran ante la dificultad de mantener a un nuevo hijo. Y para su ejecución, el aborto se efectuó “recurriendo donde todo el mundo sabe y conoce, aunque oficialmente sean desconocidos e ignorados de todos. Sitios, lugares y personas que mediante una tarifa facilitan y practican el aborto” (p. 432). Y para ello se valían de toda una red femenina de solidaridad, ya fuese legal o clandestina, compuesta por comadronas y por las llamadas mujeres sabias, que sin ningún título académico

reconocido, extendían sus saberes en torno a los productos, hierbas, los remedios caseros y a la atención médica.

Fue la élite profesional sanitaria, jurídica y política, de la que hemos estado refiriendo en este capítulo, quién lo sacó a la luz difundiéndolo como un problema social. La creciente sensibilidad en torno al aborto, fue motivo de controversia entre distintos sectores de la sociedad, y se convirtió en un debate con connotaciones “éticas, morales, religiosas, sanitarias, médicas, eugénicas y legales” (Nash, 1988, p. 19)²⁸.

A pesar de las críticas que fueron apareciendo, en sectores de la sociedad Española, contra el movimiento anarquista, el aborto no fue considerado como un método anticonceptivo durante la primera etapa del neomaltusianismo. En su defensa comenzó a aparecer en la revista *Salud y fuerza* (1906) el aviso de que “no se atenderán consultas sobre abortos” (tal como se citó en Abelló i Guel, 1985).

Este tema pudo ser un pretexto para que se pudiera dar más fuerza a su propaganda anticonceptiva, que estaba resultando reiterativa en las distintas publicaciones. Así lo confirman al asentir que “el aborto no es el neomaltusianismo, ni admitimos

²⁸ Además de estar condenado moralmente, estuvo perseguido tal y como lo evidencian la *Gaceta de Madrid* (1870, p. 48) en su artículo 425 castiga “con pena de reclusión temporal si ejerciere la violencia en la persona de la mujer embarazada” o “de prisión mayor si actuara sin consentimiento de la mujer”. En su artículo 427 “la mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause será castigada con prisión correccional en sus grados medio y máximo”. En su artículo 428 la pena va dirigida hacia el facultativo que lo ejecutaba “quien causare o cooperase e él incurrirá respectivamente en su grado máximo en las penas señaladas en el artículo 425”. Al farmacéutico que expediré un abortivo “incurrirá en penas de arresto mayor y multa de 125 a 1250 pesetas”.

Las penas de cárcel aumentan, y así en la *Gaceta de Madrid* (1928, p. 1498) se señala en el artículo 525 todo aquel que causare un aborto “penas de ocho a quince años si se ejerciera violencia contra la mujer embarazada”, “de dos a cuatro años si la mujer lo consintiera. A la mujer también se le aumentan las penas de prisión si causare su aborto “de dos a cuatro años”, “a los médicos, matronas o partera que abusando de su profesión causare un aborto, será castigado con prisión de dos a cuatro años”.

tampoco que sea una desviación neomalthusiana ya que la práctica de los medios preventivos nada tienen que ver con los abortivos” (Salud y Fuerza, 1911)

Los anarquistas manifestaron, no sólo su rechazo al aborto, sino también la demostración de que es mejor evitarlo: “El aborto y el infanticidio, no nos interesan. Ni pedimos leyes para que se castiguen ni nos entusiasma, al contrario nos da pena, porque son cosas que se pueden evitar (...) son una consecuencia de la sociedad capitalista que se obstina en esconder los medios preservativos del embarazo; son la fuerza más exacta de que el neomaltusianismo es necesario” (Salud y Fuerza, 1911) (como se citó en Abelló i Guel, 1985).

No existen fuentes, precisas y fiables en torno a la incidencia del aborto en España en esos años. La información que existe es escasa y en este sentido, Nash (1986) declara que “la documentación existente es deficiente y adolece de una serie de fallos básicos tales como la ausencia de una política de recopilación sistemática de los datos por parte de los organismos oficiales y entidades sanitarias, la disparidad y la confusión de la terminología empleada” (p. 334). A la vez que Brossa (1930) se reafirma en la problemática cuando afirma “las dificultades en que se topa para hacer un trabajo estadístico algo compete a este asunto. Las publicaciones son poco numerosas, incompletas, y sobre todo, salen a la luz, con un retraso lamentable” (p. 4-5). “Por ello no se puede hacer ninguna estadística de los abortos en, por falta casi de declaración” (p.6) Podríamos añadir la dificultad existente en la época de diferenciar a una mujer con un aborto el natural o espontáneo y provocado, ya que en opinión de los ginecólogos de la época “el aborto se presenta espontáneamente en el 20% de todos los embarazos, con fuerte predominio de las primeras fecundaciones” (p. 6). Lo que sí parece claro, siguiendo a Brossa, es que “el número de abortos provocados, aumenta cada día por el perfeccionamiento de las técnicas

abortivas, la disminución del sentimiento religioso, carestía de la vida, egoísmo de la gente etc. (p. 6).

Según Castellsaguer (1924) los abortos inscritos en los Juzgados de Madrid fueron “en 1900 se registraron 15.303 y en 1921 se registraron 18.686” (p. 427).

En el ámbito jurídico y médico existían dos vertientes: por un lado, aquellos que lo penalizaban y por otro, los que mantenían cierto grado de tolerancia con el mismo.

La normativa penal vigente de la época, que databa de 1848, establecía que “la provocación de un aborto por parte de un facultativo sólo constituía *per se* un delito cuando existía un abuso de su arte” (Nash 1986, p. 232), ya que no existía ningún otro motivo, debido a que la jurisprudencia aún no había definido lo que se entendía por aborto. Para algunos juristas fue precisamente el término *abuso de su parte*, diferenciándolo del término *haciendo uso*, el elemento clave del argumento a favor de la licitud del primer supuesto, el terapéutico, que justificaría la práctica del aborto al considerarse legítimo y lícito la defensa de la salud de la madre.

Algunos profesionales de la medicina defendían la diferencia entre el aborto criminal y aborto terapéutico, y fue Otaola²⁹ (1927) quien dejó clara su postura al escribir “Aborto intencionado. Puede comprender en esta designación todos los abortos provocados, tanto clandestinos o criminales como terapéuticos, ya que ambos son intencionados, diferenciándose por el fin con que se ejecutan; uno es punible; el otro el legal, lo que no libra a unos y otros de las complicaciones anejas a los defectos técnicos de su realización” (tal como se citó en Nash 1988, p. 27).

Se produjo, en el ámbito médico-ginecológico, una cierta dualidad en torno a los tipos de aborto. Por un lado estaba el aborto provocado, que “constituía una de las

²⁹ Queda reflejado en su libro *Aborto y su tratamiento*.

llagas sociales tolerados y consentidos, siendo lo más grave que su difusión aumenta sin cesar, alentada por la impunidad de que gozan quienes ejercen tal industria, amparados por la imposibilidad de la prueba material” (Castellsaguer, 1924, pp. 431-432). Y el aborto terapéutico que se realiza “cuando la vida del feto se halle desconcertado y carente de valor positivo. Cuando no hay posibilidad de salvar de ninguna manera y por ningún procedimiento” (p. 450).

Sin embargo, no todos los médicos estuvieron de acuerdo con éstas definiciones, y en este sentido destaca la apreciación más detallada que realizó Aza (1928), al afirmar “que todo aborto provocado será un aborto criminal” (p. 150) a la vez que reflexiona sobre la relación que existe entre quien efectúa el aborto y el peso de su sanción jurídica, “nuestro código no admite el aborto terapéutico (...) y en sus artículos 425 y 426 juzga como delectiva toda interrupción voluntaria del embarazo, severidad acaso saludable, pero desde luego excesiva; no fácilmente explicada por un fundamental rigorismo ya que esta dureza de criterio contrasta con la blandura con que el delito es sancionado en Derecho y con la facilidad con que se diluyen responsabilidades y se atenúan las sanciones” (pp. 150-151).

Y para constatar el número creciente de abortos, Aza (1928) nos remite a “la clientela privada o de las pequeñas clínicas”, para decirnos que no sólo la clase pobre se veía en la necesidad de someterse a un aborto. Castellsaguer (1924), supone un error considerar que todos los abortos provocados recaían en mujeres solteras, “por el contrario, mujeres legítimamente casadas, legítimamente embarazadas, han consentido su aborto como un método anticonceptivo de acuerdo con su marido” (p. 434).

Veamos como ejemplo unos casos que nos relata el Dr. Aza (1928) y que él los vivió en su consulta:

“Como justificación para solicitar que un embarazo fuera interrumpido, nos decía una señora –de encumbrada posición social- que ella no podía seguir embarazada, porque estaban para llegarle unos costosos modelos de vestidos que encargó para lucimiento de su gentil figura, y que no eran compatibles con la deformación que un embarazo siempre supone” (p. 153).

“Una bella señora fundaba sus deseos de hacerse abortar en que su esposo había de partir en un largo viaje por Europa –con una misión diplomática-, y había prometido llevarla si no estaba embarazada; pues la gestación -con su cortejo de vómitos y molestias- era una rémora para la vida de fiestas y viajes que se proponía hacer”. “Siempre recordamos la impresión que nos hizo la respuesta (al amenazarla con el disgusto que iba a proporcionar a su marido cuando éste se enterara de su reprochable propósito) nos dio la señora al decirnos que, no sólo no se enfadaría su esposo, <<sino que le había prometido una joya espléndida si lo lograba>>” (pp. 154-155).

La ambigüedad en torno al aborto dió pie a su justificación por parte de un sector de los médicos españoles, fue un gesto donde normativa jurídica y realidad social comenzaban a entrelazarse. Se estaba produciendo un cambio, en los sectores que detentan el poder ideológico, de una toma de posición frente a posiciones más radicales. Y así fue cómo fue que en los años treinta, los anarquistas que divulgaban el neomaltusianismo cambiaron de postura frente a la práctica abortiva, motivado fundamentalmente por el uso clandestino que del mismo se realizaba. Era muy bajo el número de mujeres que acudían a los hospitales. Se daba a luz en casa con o sin ayuda de una comadrona o partera, dependiendo si se la podía pagar. A la hora de abortar solo las clases acomodadas acudían a la consulta o clínica privada, las clases más bajas, como no disponían del dinero, se ponían en manos de pseudo profesionales o como les denomina Aza (1928) “al gremio, bien conocido por todos,

de los abortadores y abortadoras de oficio” (p. 174) causantes de una multitud de desastres, de perforaciones, de lesiones uterinas y tras realizar la intervención mal y a medias, origina infecciones agudas, que requerían una asistencia médica posterior, “registrándose el 5% de las defunciones” (Castellsaguer, 1924, p. 451).

Este hecho motivó que en el Proyecto de Interrupción Artificial del Embarazo (25 diciembre 1936) ordenara “Acabar con el oprobio de los abortos clandestinos, fuente de mortandad maternal, para que la interrupción del embarazo pase a ser un instrumento al servicio de los intereses de la raza y efectuado por aquellos que tengan solvencia científica y autorización legal para realizarlo”. Esta iniciativa no fue por decisión del sector eugénico reformista, sino que fue de la mano anarquista y se encuadraba dentro de una ideología donde “debe entenderse en el marco del movimiento libertario a favor de la reforma sexual y del contexto socio-político específico de la doble estrategia de guerra antifascista y luchas revolucionaria durante la Guerra Civil” (Nash, 2000, p. 173).

Del mismo modo que ocurrió con la maternidad consciente y con la eugenesia, el aborto volvió a profesionalizarse en manos de la clase de élite, como fueron los médicos y juristas, convirtiéndose éstos en jueces y árbitros de esta problemática, por lo que esta medicalización y profesionalización, adquirió nuevamente un carácter totalmente masculino. Aunque todos ellos se parapetaban y ponían de frente una autogestión reproductiva y fundamentalmente dirigida hacia la clase obrera.

A modo de ejemplo son los escritos de médico anarquista Martí Ibáñez³⁰(1937), impulsor de la legalización de las prácticas abortivas, poniendo fin a su clandestinidad, y proponiendo una práctica en condiciones de higiene y estando

³⁰ Fue director general de la *Conselleria* de Sanidad, y autor de la Ley de Reforma Eugénica del Aborto.

regulados por personal médico y psicológico, a la vez que él estaba convencido que la legalización de dicha práctica iba a disminuir las mortalidades derivadas de acto. Escribió “paralelamente a los centros destinados a interrumpir artificialmente el embarazo, funcionaran otros centros en proyecto destinados a la difusión popular de recursos anticoncepcionales, pues nuestro ideal eugénico es que la mujer posea una sólida cultura eugénica que le permita evitar el aborto y no recurrir a él sino como último recurso, puesto que los medios anticoncepcionales le facilitarán el evitar el embarazo cuando éste sea indispensable (p. 12).

Prueba de ello, y del continuo pensamiento que los anarquistas venían defendiendo en pro de la libertad de la maternidad de la mujer pobre, fue la apertura en 1906 en Barcelona de un gabinete gratuito de consultas para la prevención de embarazos, denominado “Clínica de Salud y Fuerza” (Masjuan, 2002, p. 73).

Además los hechos derivados de la Reforma Eugénica, culminaron con dos situaciones, como fueron la aprobación de la Ley del aborto, y la apertura de una Escuela de Maternidad, ambos hitos se realizaron en Cataluña.

-La primera. Publicación de *Ley de Reforma Eugénica del Aborto*, aprobada por la Generalitat Catalana el 25 de diciembre de 1936³¹, firmado por el *Conseller en Cap*, Josep Tarradellas y por los *Consellers* de Sanidad y Asistencia Social y de Justicia, Pere Herrera y Rafael Vidiella.

³¹ Ver anexo 1, p. 369. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 9, enero de 1937.



Ilustración nº30. Ley del aborto 25 de diciembre de 1936 de la Generalitat, publicada el 9 de enero de 1937, en el Diari Oficial de la Generalitat. Páginas 114-115.

Esta Ley supuso la confirmación del proyecto anarquista de promoción de los centros de planificación familiar en un cambio de un nuevo orden social, tal y como lo recoge el Diari Oficial de la Generalitat (1936) la Ley de Reforma Eugénica del Aborto, que en su entidad representa “una de las mayores conquistas revolucionarias en Sanidad, comienza su plan de acción mediante la incorporación a la legislación sanitaria de un hecho hasta hoy efectuado lejos de todo control científico, a la sombra y por personas incompetentes y que desde este momento adquiere categoría biológica y social” (p. 114)

Con esta Ley, Cataluña se ponía a la vanguardia Europea sobre la legalización del aborto³², por dos motivos, el primero porque se creó, manteniendo una política muy poco restrictiva en cuanto a las condiciones para su realización que exigían que “no fuera practicado en los casos que sobrepasase los tres primeros meses de embarazo” (artículo 4º, p. 114)³³, y en segundo lugar porque los cuatros supuestos que justificaban su práctica como fueron “las razones de orden terapéuticas, las motivaciones eugénicas, los factores neomalthusianos y razones sentimentales o éticas” (artículo 2º, p. 114)³⁴, también fueron muy permisivos.

Cuando hablamos de causas terapéuticas, la Ley hace referencia a cualquier enfermedad mental o física de la madre que contraindicaba su embarazo. Las causas eugénicas se justifican en todo tipo de enfermedades que la madre pudiera transmitir al hijo, ya sean físicas o mentales, así como también se contemplaba el incesto. Las derivadas de motivos malthusianos bastaban con la voluntad de practicar el control de la natalidad. Las causas éticas o sentimentales se entiende que es cuando una madre no deseaba ese embarazo por motivos sentimentales u otros.

Y así lo expuso Martí Ibáñez (1937) “enfermedad mental o física de la madre que contraindica el parto y al motivo eugénico-incesto paterno o taras que podrían propagarse el nuevo ser, los factores neomalthusianos, deseo consiente de limitación voluntaria de la natalidad y sentimental o ético-maternidad indeseada para la madre por diversas causas de orden amoroso o emotivo, los cuatros puntales medico-sociales, sobre los que descansa la reforma eugénica del aborto” (p. 12). Como vemos la nueva legislación tenía un alto contenido de emancipación femenina, permitiendo a las mujeres “superar su mandato biológico de la

³² No existen fuentes que de manera sistemática tengan datos relativo a la incidencia en el número de abortos y lo que existe dificultan el establecimiento de cifras fiables.

³³ Es una traducción del texto original en catalán.

³⁴ Es una traducción del texto original en catalán.

reproducción no sólo por motivos terapéuticos o eugénicos, sino también en base a la autodeterminación femenina (Nash, 1988, p. 31).

-La segunda situación por el que la Ley del aborto fuera vanguardista en Cataluña, se debió al hecho que en Barcelona se abriera una *Escuela de Maternidad Libre Consciente*, por el colectivo de Mujeres Libres, a la cabeza la doctora Amparo Poch, así como de los libertarios de las mujeres prostitutas. Este centro estaba en concordancia con la Ley que indicaba habilitar dispensarios y salas destinadas a la interrupción del embarazo, o la utilización de locales dentro de las instalaciones sanitarias, o en caso necesario “se pedirá a la Conselleria de Sanidad i Asistencia social la autorización para la utilización de sus locales destinados a estos efectos” (artículo 7º)³⁵.

Los centros no llegaron a crearse, excepto la Escuela de Maternidad Consciente. Dicho centro se concibió para informar y asesorar acerca de los métodos anticonceptivos, ya que a pesar de que se admitía el aborto por los motivos neomalthusianos de limitación voluntaria en el número de hijos, la legislación no calificaba el aborto como un sustituto del control de natalidad.

Por el contrario la Ley estaba sujeta a restricciones para evitar su utilización como un método anticonceptivo más, tal y “no se permitirá a la misma mujer la interrupción del



Ilustración nº 31.
Propaganda a favor de los métodos de control de la natalidad.

³⁵ Es una traducción del texto original en catalán

embarazo más de una vez al año, si no existiese una causa terapéutica que lo exigiese” (artículo 5º)³⁶.

Para que se pudiera efectuar un aborto era necesaria una serie de requisitos previos, que fueron de carácter obligatorio. Por ello fue necesario, se dictaron en el Diari Oficial de la Generalitat (1937)³⁷, “las Normas que regulin la interrupció artificial del l’embaràs” como fueron “Ficha médica, psicológica, eugénica i social de todas las mujeres que soliciten les sea practicada la interrupción voluntaria del embarazo.” (Artículo 10º, p. 996)³⁸, así como el “reconocimiento médico previo para conocer la capacidad vital y la resistencia para la intervención” (Artículo 10º b, p. 996)³⁹.

GENERALITAT DE CATALUNYA
DEPARTAMENT DE SANITAT I ASSISTÈNCIA SOCIAL

Servicio de la interrupción artificial del embarazo

EXPLORACIÓN

Apellidos y nombre Efectuada la intervención el de de 193

Presentado al servicio de exploración de el de de 193

Alto al de de 193

Natural de Residente en plaza calle n.º piso puerta

Edad Estado
¿Sabe leer y escribir? Profesión

Datos familiares

Motivo alegado:

Historia tocoginecológica (antecedentes familiares, antecedentes personales y estado actual)

Historia médicopsicológica (antecedentes familiares, antecedentes personales y estado actual físico y psicológico)

Carácter, constitución, temperamento y sílisis de su vida amorosa y sexual

Datos de laboratorio. (Proteín, albúmina, glucosa, conteje eritrocitario y otros datos que se crean convenientes)

Pasado a intervención el día de de 193

Denegada la intervención el día de de 193. por (causas)

Tratamiento preoperatorio necesario en caso de contraindicación médica. Empezado el día de de 193. Terminado el día de

OBSERVACIONES:

(Firma del Servicio)

Ilustración nº 32. Documento que debía cumplimentar para la realización del aborto.

³⁶ Es una traducción del texto original en catalán.

³⁷ Ver anexo 2, p. 375. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 64, marzo de 1937.

³⁸ Es una traducción del texto original en catalán.

³⁹ Es una traducción del texto original en catalán.

En lo relativo al requisito de un informe de índole físico o psicológico, Aza (1928) aborda el tema, desde su experiencia, donde en ocasiones el deseo de abortar se enmascara con amenaza para la vida de la embarazada si continuase con su gestación “Amenazas no bien definidas ni suficientemente probadas; pero que dichas –de buena o mala fe- por el médico encargado de asistir a la embarazada, hacen gran presión sobre el especialista llamado a consulta, y al que con esos dictámenes médicos, se quiere forzar para que científicamente decrete un aborto para lo cual no hay casi nunca suficiente justificación” (p. 156).

A esta consideración Aza (1928) lo denominó “aborto pseudoterapéutico” (p. 156) en el que no confluyen las condiciones exigidas por lo que no se podía autorizar dicho aborto. A modo de ejemplo recuerda dos casos clínicos que se iban a convertir en tipos de abortos.

“Tratábase de una embarazada por quinta vez... en seis años de matrimonio, a la que, según el criterio del médico de cabecera debía de hacerse abortar inmediatamente, a causas de una grave hiperémesis. Cuando pasamos a la alcoba de la embarazada, nos encontramos a una joven robusta de 70 ó 75 kilos de peso, y con 82 pulsaciones por minutos. Nos basto esto para decir al médico de cabecera que <<no dudamos de la intención enorme de los vómitos..., pero que como la embarazada estaba, orgánicamente, para seguir vomitando un mes más>> entonces hablaríamos”.

“En otra ocasión vimos en consulta una embarazada, madre de dos niños, en la cual <<el aborto se imponía>> por graves ataques de arritmias y crisis frecuentes de excitación nerviosa; nos pronunciamos francamente en contra de toda maniobra abortiva, y solicitamos, y obtuvimos un plazo de <<dos semanas>> para tomar definitiva solución. En cinco días, muere el segundo de los niños de esta embarazada –víctima de una terrible escarlatina- y desde entonces, y a pesar de la gran

impresión que a la madre le causó, el estado psíquico mejora, no aparecen nuevos ataques de arritmias, y el embarazo continua, y pare a término y felizmente un niño”(p. 158).

Parece adecuado preguntarse ¿cómo se explica que la mujer no participara en el debate público en torno al aborto y no interviniera en su regulación?

Quizás pueda ser derivada de varios causas que paso a explicar.

En primer lugar, porque el acceso y la proyección de las mujeres en el ámbito público y político estaba restringido, motivo por el cual las mujeres que hicieran cualquier manifestación en público de temas como el aborto, el control de la maternidad, estaba mal visto y podía descalificar moral y socialmente a la mujer. El hecho de que una mujer en público mostrara interés por estos temas, podía ser interpretado como un acto de promiscuidad, lascivia e indecencia. La mujer solo hablaba de temas relacionados con la maternología y el hogar.

Aunque había mujeres intelectuales, como Federica Montseny, Hildegart Rodríguez, Amparo Poch, éstas “que participaban en los foros públicos pertenecían a una élite minoritaria, y desde luego no eran representativas de las españolas como colectivo” (Nash, 2000, p. 172).

En segundo lugar, y derivado de la anterior circunstancia, el modelo cultural de feminidad implicaba un código de conducta que establecía una clara frontera entre el hombre y la mujer, por lo que tratar ciertos temas se consideraba tabú a la vez que eran moralmente inadmisibles.

En tercer lugar, era el varón el que poseía los conocimientos en torno a la sexualidad y control de la natalidad, además eran ellos los que educaban sexualmente a sus

mujeres. “Las mujeres no discutían en privado dichas cuestiones ya que podía ser considerado como signo de moralidad dudosa y deseos antinaturales” (p. 172).

En cuarto lugar, como consecuencia de las numerosas restricciones, se produjo un retraimiento femenino que explica el silencio público de las mujeres en torno al aborto y a los métodos anticoncepcionales, “a excepción de las mujeres sabias y las comadronas” (Nash, 1988, p. 21). Por eso cuando se inició el debate en torno al aborto, no estuvo motivado por “los derechos reproductivos de la mujer, sino por otros: las altas tasas de mortalidad, la higiene, el eugenismo, la salud pública, o incluso el cambio social” (p. 22). Lacerda de Moura (1931) lo refleja perfectamente al hacer referencia a las veces que las mujeres creyeron reivindicar sus derechos, participaban en la emancipación y por lo tanto cada vez conllevaban mayores responsabilidades, pero sus desesperación, enfado y desaliento aparece cuando van desapareciendo las ilusiones y es cuando se pregunta “¿cuál fue el partido o el programa que haya presentado una solución real al problema femenino?” (p. 20).

Por lo tanto nos encontramos ante dos ámbitos distintos, donde a pesar de no haber estado interrelacionados, cada uno de ellos mantuvo su forma de actuación. Por un parte el visible, el que ostentaba el poder, el discurso público profesional, el de los políticos y autoridades de la Sanidad Pública. Por otro lado, el entorno oculto, clandestino, privado, y silenciado por el primero, es la esfera de las mujeres con sus redes de soporte femeninas, bien de parientes, amigas, vecinas. A partir de éstas se transmitía la información acerca de los medios anticoncepcionales, abortivos, remedios caseros, direcciones de los abortorios, nombre de las comadronas implicadas en los abortos, prestamos para abonar los servicios etc. Mujeres a las que nadie pidió su parecer frente al aborto, mujeres que como grupo social apenas nadie contó con ellas en la elaboración de la leyes, mujeres a las que nadie les dio voz para

expresar sus actitudes o contar sus experiencias, mujeres a las que nadie les brindó una alternativa diferente para hacer frente a un nuevo embarazo.

2.5.1.-Fracaso del aborto en Cataluña como cambio social

Mediante la Ley de Reforma Eugénica del aborto de 1936, se intentó conseguir una definitiva autodeterminación femenina necesaria para lograr la emancipación de la mujer. Pero a pesar del intento la Ley, todo parece indicar un fracaso en la aplicación de la reforma.

Las cifras numéricas del número de abortos realizados en Cataluña nos dan datos que corroboran este hecho. Según la historiadora Nash (1988), “La documentación del Hospital de la Santa Cruz y de Dan Pablo de muestra que el servicio de abortos fue insignificante. Para los años 1937 y 1938 demuestran que de los 281 abortos documentados, únicamente 15 pueden considerarse como abortos voluntarios reconocidos de forma abierta” (p. 32).

“La casa de la Maternidad se atendieron dos mil ciento cuarenta pacientes y se registraron un total de quince abortos en el Departamento de Ginecología y de seis en el departamento de Obstetricia para los años 1937-1938. Es un hecho que de las quince mujeres atendidas en el departamento de Ginecología, sólo una procedía de Barcelona ciudad, otra de la provincia de Barcelona, dos eran extranjeras y las demás procedían de otras regiones de España” (Nash, 1988. pp. 32-33).

La escasa documentación que ha quedado del Hospital Clínico, hace difícil confirmar el dato que aporta Martí Ibáñez en su biografía de que en un único mes (1937) se habían practicado trescientos abortos en el Hospital Clínico, de los cuales nada menos que veinte uno se realizaron en una sola mañana.

El fracaso de la Ley pudo ser debido a la combinación de varios factores enfocados hacia el momento histórico-político que se vivía en Cataluña y por ende en España, como fueron: el rechazo de la profesión médica a la Ley, a la escasa propaganda que se hizo de la reforma y quizás por último, y no por ello menos importante, al escaso uso que de la ley hicieron las mujeres de la época.

La reforma eugénica del aborto se elaboró enmarcada en el contexto de Guerra Civil Española, lo que hizo posible la legalización, pero difícil su aplicación. Los servicios sanitarios se dedicaron a la atención médica de una realidad urgente como eran los heridos de guerra, en un contexto hospitalario de falta de recursos materiales y humanos, así como a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Además existió una hostilidad de los ginecólogos a la aplicación de la Ley, por varios motivos. En primer lugar porque coartaba la libertad de conciencia de éstos ya que se hizo obligatorio su aceptación por normativa según se recoge en el Diari Oficial de la *Generalitat* (1937), en el anexo de 5 de marzo de 1937 del Decreto del 25 de diciembre de 1937, en los siguientes artículos:

“Todos los médicos de la especialidad de Toco-Ginecología de Cataluña, que residieran en poblaciones en las cuales tuviesen uno o más Hospitales Generales, Comarcales o Municipales, en el que esté organizado este servicio, estarán obligados a prestarlo, según la Ordenación establecida por esta consejería de Sanidad y Asistencia social”⁴⁰ (artículo 4º).

“Se entenderán por médicos de Toco-Ginecología de los efectos de estas normas, a todos los colegiados del colegio Oficial de Médicos de Cataluña que hayan declarado practicar alguna de estas especialidades” (artículo 5º).

⁴⁰ Es una traducción del texto original en catalán.

“El Colegio Oficial de Cataluña confeccionará una lista de los colegiados comprendidos en el artículo anterior, que presentará a la Consejería de Sanidad y Asistencia Social” (artículo 6º).

Pero en la imposición y obligatoriedad intervenía a su vez las cuestiones de conciencia que suponía, como consultores de los médicos de cabecera, aceptar y dar por legítimas las razones que el facultativo indicaba, y que ellos debían de firmar, para que el aborto fuera legal. Además hubo otro factor que creó cierta hostilidad en el sector médico y fue el carácter político, de corte anarquista, que adquirió la Ley. Esta situación derivó en un rechazo total, ignorancia a la Ley e incluso boicot por la intromisión en cuestiones de sanidad que desde sectores neomalthusianos anarquistas quisieron poner en marcha.

La propaganda que se hizo de la Ley de Reforma eugénica del aborto fue muy escasa, a pesar de que la *Generalitat* desplegara una campaña de publicidad a través de alguna emisión en la radio e incluso la publicación de un folleto informativo sobre la Ley. Pero apenas hubo sensibilidad en la opinión pública, y fundamentalmente en las mujeres debido al elevado grado de analfabetización, y a la falta de recursos.

Por último, los dos ámbitos público y privado nunca llegaron a cruzarse por lo que las mujeres que querían abortar continuaron haciéndolo en la clandestinidad y no utilizaron los servicios que se les ofrecía.

Este hecho pudo ser debido a que el aborto voluntario seguía estando socialmente no aceptado, y públicamente se mantenía la reprobación moral y suponía un estigma social. Además la burocracia a la hora de rellenar las fichas en los centros de abortos o clínicas, impedía el anonimato, por lo que ante las repercusiones sociales que pudieran aparecer decidían hacerlo en el más absoluto anonimato. Por otro

lado la organización anarquista Mujeres libres no llevaba en su programa el aborto. Sus objetivos primordiales eran la libertad de la mujer, la educación básica para acabar con la ignorancia, el logro de un empleo que les permitiera una independencia económica, la liberación sexual y el control de la natalidad. Como organización y como mujeres no participaron en la Ley, por lo que no se identificaron en la nueva política sanitaria.

Terminada la Guerra Civil, las prácticas abortivas volvieron a estar prohibidas, aunque se seguían realizando, sin condiciones médicas, ni asépticas más imprescindibles. Entre los sistemas más frecuentes se usaban las lavativas, la mortal aguja de hacer punto y el cornezuelo de centeno que desencadenaba las contracciones del útero que causaban el parto.

2.5.2.-El aborto en la España Democrática

No fue hasta octubre de 1982, en el Partido Socialista Obrero Español ganó las elecciones generales. Con el PSOE en el poder, el movimiento feminista tuvo la posibilidad de abogar por la despenalización del aborto ya que fue una de sus promesas electorales. En febrero de 1983 se aprueba en el Consejo de Ministros, el texto para la elaboración de un nuevo artículo del Código Penal, el artículo 417 bis a partir del cual el aborto seguiría siendo delito en España, puesto que se establecían algunas indicaciones en los cuales no estaría sancionado. Tras dos años de trámites se aprueba el texto del artículo 417 bis mediante la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio por el que se despenalizaba el aborto en determinados supuestos, es decir “se establecieron ciertas excepciones a la criminalización de las conductas conducentes a la terminación de la vida prenatal” (Souto García, 2009, p. 777). La Ley consta de un único artículo, en el que con la inclusión del artículo 417 bis se

articula un sistema de indicaciones de tipo terapéutico, ético y eugenésico o embriopático, con o sin plazos y donde según las situaciones que se consideren “la vida prenatal cede ante otros intereses. Estos serían la salud física y psíquica de la mujer y el libre desarrollo de la personalidad de la mujer o del propio nasciturus una vez nacido” (p. 777). Las indicaciones, a excepción de la indicación terapéutica se acompañan de plazos.

La Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio⁴¹, queda redactado de la siguiente manera: “No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1ª. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2ª. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3ª. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de

⁴¹ Ver anexo 3, p. 383. Ley Orgánica 9/1985, 5 de julio, Reforma del Código Penal.

gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto”.

Como observamos, dicha Ley difiere en muy pocos aspectos, por no decir que son un calco de la Ley de Reforma eugenésica del aborto del 25 de diciembre de 1936, ya que en 49 años que separa una Ley de otra de otra y tras realidades sociales distintas, las indicaciones para el sometimiento voluntario a un aborto son los mismos.

La mencionada Ley de 1985 fue recurrida al Tribunal Constitucional ya que se consideraba que las indicaciones de la Ley vulneraban el derecho a la vida del concebido no nacido y fundamentalmente la vulneración recaía en el artículo 15 de la constitución que dice “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra”.

Tras dicha argumentación “el Tribunal Constitucional dictamina en la sentencia 53/1985 “que la vida del *nasciturus* en cuanto éste encarna un valor fundamental-la vida humana-garantizado en art 15 de la Constitución, constituye un bien jurídico cuya protección encuentra en dicho precepto fundamento constitucional”.

“Esta protección que la constitución dispensa al *nasciturus* implica para el Estado con carácter general dos consideraciones: la de abstenerse de interrumpir el proceso natural de la gestación, y la de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma (...). Ello no significa que

dicha protección haya de revestir carácter absoluto, pues como sucede en relación de todos los bienes y derechos constitucionalmente reconocidos, en determinados supuestos puede y aún debe estar sujeta a limitaciones”.

“Tal es el caso de los supuestos en los cuales la vida del *nasciturus*, entra en colisión con derechos relativos a los valores constitucionales, como la vida y la dignidad de la mujer”.

“Pero a pesar de tratarse de un bien jurídico, el *nasciturus* no es titular del derecho a la vida (...) la vida en formación es un bien jurídico, pero como tal es algo menos que un derecho fundamental” (BOE nº 119. Suplemento).

Por lo tanto cuando el Tribunal Constitucional evalúa la constitucionalidad de las indicaciones de la Ley Orgánica, entiende que existe un conflicto de intereses entre el bien jurídico, que sería la vida prenatal, y otros derechos que le son reconocidos a la mujer. Por lo “que en dicho conflicto de intereses entre la vida prenatal y la libertad de la mujer, éste último cede ante el primero” (Souto García, 2009, p. 781)

Dicha Ley fue calificada por los diversos grupos feministas de débil ya que los argumentos sólo justificaban un sistema de plazos y no se contemplaba un cuarto supuesto que es aquél que tiene una clara indicación de carácter socio económico. También fue criticada porque su texto no recogía que la mujer decidiera por ella misma si seguía o no con la gestación, sino que necesitaba un motivo contemplado en la Ley para la realización de un informe legal, por lo que se encontraba a expensas de otra persona para su aceptación.

El problema se plantea cuando distintos sectores de la población se posicionaron en distintos bandos con respecto a la Ley, tal y como señala Muñoz Conde (2007) cuando afirma que hay quienes consideran “que el interés preponderante es la vida

dependiente, es decir el feto, convirtiendo a la mujer embarazada en simple receptáculo de un ser superior al que deben rendirse todos los demás” (p. 83). En cambio para otros consideran que “el interés preponderante es siempre el de la mujer embarazada, constituyendo, constituyendo el feto una simple prolongación del vientre de la mujer, carente por completo de protección al margen de la que merece la mujer misma” (p. 83).

Este debate suscitó todo un bombardeo de argumentos entre distintos sectores abriéndose la polémica y así Sampedro (2009) recoge las tesis de las más altas instancias de instituciones científicas, como es el caso de Nombela⁴², que aseguró que “El aborto no es en ningún caso un derecho, sino una tragedia y un delito que se ha despenalizado en algunos supuestos”. Defendió que el embrión es un “ser humano desde la concepción”, por lo que “no es de recibo que la mujer decida por él” (El País digital). O desde estancias de la magistratura, como Molina Blázquez, Sieira Mucientes (2000) afirmaron que “aquellos que considerando ilícito el aborto no lo persiguen penalmente ni de otra manera, se equiparan totalmente a los sistemas de plazos, y que en el fondo suponen en la práctica la institucionalización de un derecho absoluto al aborto durante un tiempo determinado, y, por tanto, la prevalencia absoluta del libre desarrollo de la personalidad de la mujer, que desplaza en todos los supuestos, graves y no graves, el bien vida del nasciturus” (p. 35).

En cambio otros sectores concibieron la legislación de ambigua, ya que como posteriormente se demostró no se respetaron las indicaciones legales para abortar, a la vez que no se ejerció un control de las irregularidades. En este sentido fue

⁴² Como el profesor de Microbiología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid dirigió la Cátedra Extraordinaria de Genómica y Proteómica y es presidente de la Fundación Carmen y Severo Ochoa por designación testamentaria del Nobel. Miembro del Comité de Bioética de España.

significativo el hecho de que distintos medios de comunicación denunciaran públicamente a través de diferentes artículos la existencia de un turismo europeo para abortar, es decir un movimiento de mujeres procedentes de otros países europeos que consideran nuestro país como el que tenía la legislación más permisiva ya que “las legislaciones de sus países de referencia son más estrictas en la aplicación de las indicaciones” (Souto García, 2009, p. 783).

Prueba de ello es lo que escribió Martínez Bujan (2007) en el periódico El País “Hasta ahora muchas de las 20.000 mujeres que abortaban clandestinamente cada año en Portugal acudían a diversas clínicas españolas de ciudades fronterizas, entre ellas a Vigo. La razón de ello estribaba en que mientras el aborto era punible en Portugal, resultaba impune en España (...) existe una diferencia trascendental en la interpretación jurisprudencial: mientras que en España se ha ido imponiendo paulatinamente una exégesis muy laxa de la indicación basada en el peligro para la salud psíquica de la madre, en Portugal la interpretación ha sido muy restrictiva”⁴³.

⁴³ El escándalo mediático saltó a raíz de un reportaje de la televisión danesa, en octubre de 2006, en el que una periodista del canal acudió a una clínica barcelonesa haciéndose pasar por una embarazada de 30 semanas que quería abortar, por lo que se trataba de un aborto tardío y no contemplado en la Ley de plazos. En reportaje, se escuchaban además de las conversaciones entre paciente y personal médico, se vieron las trituradoras de restos biológicos que utilizaban como método de desecho. Tras los hechos se admitió a trámite la querrela presentada por la asociación E-Cristians. Tras 5 años pendientes de sentencia, la Audiencia de Barcelona absuelve al médico y todos los acusados implicados por practicar 89 supuestos abortos ilegales a mujeres en avanzado estado de gestación.

Por el efecto bola de nieve numerosas clínicas de Madrid fueron demandadas “al encontrar expedientes de varios abortos practicados en el centro que no figuraban en el libro de quirófano, así como varios informes firmados por un psiquiatra sin los datos de las pacientes” (Del Amo, 2012, p. 141) y todo ello provocó distintas reacciones de un lado y otro de las posiciones, con distintas acusaciones de politizar el aborto, la falta de parcialidad en el Gobierno vigente, e incluso, ante las acusaciones éstas “no se basan en la realidad, sino en intoxicaciones interesadas por parte de colectivos dependientes de fundamentalismos religiosos” (Del Amo, 2012, p. 142).

Villasante (2008), del periódico La Razón en su artículo la ultima embestida del aborto, va más allá cuando afirma que “Basta con conseguir o falsificar un informe psicológico. Eso fue lo que ocurrió, a la luz de las investigaciones, en clínicas abortistas como las del Doctor Carlos Morín, en las que llegaron a practicarse abortos de 32 semanas. España es un destino preferente del turismo abortivo, incluso para mujeres europeas, donde las leyes permiten la interrupción sin supuestos hasta las 10 semanas (Portugal), las 12 (Francia, Alemania, Bélgica o Dinamarca) o las 24 (Holanda). Con 100.000 abortos anuales y un precio que puede oscilar entre los 400 y los 6000 euros, el aborto se ha convertido en un negocio lucrativo para las clínicas privadas, cuyas prácticas conocidas mueven más de 40 millones de euros al año” (p. 34).

A la vez que desde diferentes editoriales, como es la del Mundo (2008), en la que tras el anuncio del gobierno de que iba a impulsar una nueva Ley del aborto, y aludiendo a la Ley vigente, afirma que “el daño psicológico para la madre, para el que no existen plazos, se ha convertido en un coladero por el que pasan de forma fraudulenta todo tipo de casos, incluyendo auténticos infanticidio”.

Parece oportuno indicar que en España se estableció un coladero, como indica Souto García (2009) “un fraude” a cuenta de la indicación terapéutica, y en este sentido afirma que “se ha adoptado como práctica común en los centros privados acreditados para realizar interrupciones voluntarias del embarazo, el emitir informes psicológicos que aconsejan realizar un aborto para evitar daños en la salud psíquica de las mujeres, y se hace, incluso cuando no existe este riesgo de menoscabo de la salud. Este fraude legal a la indicación terapéutica se efectúa utilizando su propia dinámica” (p. 782).

Como nuevamente observamos la realización de “trampas” como resultado de la falta de seguimiento a las indicaciones de los supuestos del aborto, no difiere a la que se realizaron en la España del 1936, tal y como lo relata el doctor Aza, a propósito de aquellas mujeres que acudían a su consulta para que les practicara un aborto aludiendo compromisos sociales, o cambios en su figura.

Es en este marco, tras 23 años de la entrada en vigor de la Ley de despenalización del aborto, se planteó una reforma de la legislación del aborto en vigor. Fue la prensa escrita, editoriales y tertulias radiofónicas, las que reabrieron el debate y se erigieron en plataformas institucionalizadas de la construcción social de la realidad, a la vez que se escribieron ríos de tinta en editoriales, columnas de opinión, etc. de las reivindicaciones de los distintos campos sociales.

En este sentido muestro las editoriales de dos periódicos con ideologías opuestas, pero que permiten recoger de modo suficiente el clima de opinión que imperaba en esos años.

Y de esta manera, el periódico El País (2008), en sus editorial, considera que la Ley de despenalización del aborto en los tres supuestos “ha quedado reducida a un parche legal desfasado de la realidad social lo cual no quita que, en su momento fuera una conquista legal y social de primer orden”, por lo que insta a distintas fuerzas y grupos sociales que no se muestren beligerantes, porque “la cuestión es si las mujeres españolas pueden seguir sometidas a una Ley que, aún permitiéndoles abortar, lo hace con unas tutelas y con un coste cada vez menos asumible”.

Por el contrario, el editorial del periódico ABC (2009) hizo un llamamiento a “la movilización social, para oponerse a una medida que degrada los valores sociales”. Prosigue defendiendo que argumentar con la datos científicos provenientes de la genética, biología celular o bioética, no significa entrar en un debate sobre

cuestiones religiosas, ya “que responden a la pregunta de cuándo comienza la vida humana a partir de sus conocimientos técnicos comprobados y analizados sin interferencias confesionales”.

Se produjo un enorme revuelo social, a partir del cual surgieron dos plataformas que de forma masiva manifestaron su disconformidad a la vez que emitieron sus respectivos informes. Hablamos de de la Declaración de Madrid y de la Plataforma de Mujeres contra el aborto.

La Declaración de Madrid supuso la firma de 2000 académicos⁴⁴ tales como biólogos, pediatras, juristas, psiquiatras y ginecólogos, que pretendieron fundamentar su rechazo a la reforma del aborto basándose en los conocimientos de genética, embriología y biología celular más actuales. En sus argumentos destacaban el rechazo específico a la reforma legal de una Ley de supuestos por una Ley de plazos, ya que dicen actuar “en defensa de la vida humana en su etapa inicial, embrionaria y fetal” (Agencia EFE. El País, 2009).

Manifestaron que "existe sobrada evidencia científica de que la vida empieza en el momento de la fecundación... los conocimientos más actuales así lo demuestran, uno de esos conocimientos es la genética, que señala que la fecundación es el momento en que se constituye la identidad genética singular... La embriología describe el desarrollo y revela cómo se desenvuelve sin solución de continuidad". “Pero los datos científicos disponibles sobre las etapas del desarrollo embrionario son hechos objetivables, cuya interpretación y difusión han de estar exentas de influencias ideológicas o creencias religiosas" (Agencia EFE. El País, 2009).

⁴⁴ Sus principales promotores científicos son los catedráticos Nicolás Jouve, Luis Franco Vera y César Nombela.

Dicha declaración trajo consigo un contra manifiesto publicado en El País, y titulado “En contra de la utilización ideológica de los hechos científicos” (Sampedro, 2009)⁴⁵ en la que consideran importante no “se confunda a la sociedad contaminando problemas de carácter social, y por lo tanto de convivencia, con argumentos a los que la ciencia no otorga legitimidad”, a la vez que reivindican la suficiente libertad para adoptar una postura “propia de cualquier iniciativas legislativa, en función de nuestras ideas y creencias” (Sampedro, 2009).

La aparición de la plataforma de *Mujeres contra el aborto* supuso la llegada de un nuevo y distinto campo social y una alternativa a la ideología imperante de género. Estuvo integrada y promovida por mujeres periodistas, que como ellas se denominaban eran “profundamente feministas y profundamente reaccionarias” (...) y que les unía el hecho de ser madres y (...) “el haber pasado su vida combatiendo el machismo aún imperante en muchos ámbitos de la sociedad” (Agencia EFE. El País, 2009). Lograron el apoyo de 30.000 firmas de mujeres de todo “signo político, ideológico, social o cultural” (El País, 2009) que juntas defendían la vida humana desde el primer momento de la concepción. Es núcleo central de su manifiesto fue “Levantamos la voz en nombre propio y en el de millones de mujeres silenciadas por la presión del –pensamiento único-, que prevalece actualmente en nuestra sociedad respecto de todo lo concerniente a nuestro sexo y que vincula obligatoriamente los conceptos –mujer- y –aborto” (El País, 2009).

Paralelo al debate social estaba abierto el debate de carácter político sobre la reforma en materia de aborto. Desde el Ministerio de Igualdad, una comisión

⁴⁵ Firmado por un Príncipe de Asturias, Ginés Morata; tres premios nacionales de investigación Jesús Ávila, Carlos Belmonte y Carlos López Otín.

formada por ocho expertos⁴⁶, elaboraron en el plazo de 6 meses un estudio de legislación comparada de leyes europeas, analizando en que ha funcionado y en que no la legislación de despenalización del aborto. Desde dicho ministerio se comentaba que la nueva Ley sería aquella que garantizara la seguridad jurídica de las mujeres que aborten y de los profesionales que las atienden, y donde permitiera lograr el igualitarismo territorial.

Si el objetivo pretendía ser el de alcanzar la mejor Ley posible, mediante un debate tranquilo, sereno, sin dogmas ni posiciones, con diálogo y respeto a todas las posiciones, se excluyó a toda asociación y persona experta en la ayuda de la mujer embarazada⁴⁷.

Paralelamente al trabajo del comité se creó una Subcomisión Parlamentaria en el Congreso, para alcanzar el mayor consenso a través de la participación de algunos grupos políticos, y en el que se planteaba un cambio a la Ley. Se hacía necesaria una reforma en la que la legislación debía de ser revisada, ya que era evidente que “La aplicación de la Ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los

⁴⁶ Cuyo perfil es claramente pro aborto ya sea porque se han pronunciado abiertamente estar a favor del aborto, o bien porque han desempeñado cargos en centros públicos abortistas (Catedráticos de Derecho Penal, Catedrático de Enfermería, Ginecólogos, Abogada feminista, y Presidenta de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAI).

⁴⁷ Múltiples voces se han alzado para denunciar dicha situación, y así desde la Asociación de Víctimas del aborto ⁴⁷(AVA septiembre 2008), su presidenta Beatriz Mariscal, se prestó a colaborar con la comisión de expertos y “explicar todos los trastornos vinculados con un aborto provocado, así como aportar el testimonio de las víctimas”. Teresa Boné, abogada de AVA, indica que “cualquier comisión que trate un tema tan delicado debe reunirse con mujeres que hayan sufrido abusos y manipulación durante su proceso del aborto para aprender de los errores que están encubriendo y fomentando”. Asociación de víctimas del aborto Informe de AVA sobre el Real Decreto de Confidencialidad y la Ley del Aborto 2008. Disponible en: <http://www.vozvictimas.org/documentos/documento.php?ID=262>. [Recuperado el 23 de agosto de 2008].

profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo” (Ley orgánica 2/2010, Preámbulo II, p. 21002).

Los grupos políticos que apoyaron la reforma coincidieron en que el cambio debería ir dirigido a un sistema de plazos manteniendo el de las indicaciones vigentes. Se trataría de sustituir el sistema de indicaciones instituidas en la Ley Orgánica 9/1985 por un sistema de plazos donde “como prioritario y novedoso, al plantearse como expresión de los derechos de la embarazada a la libre decisión, y que vendría a dar cabida a la gran mayoría de las intervenciones abortivas directas que se practican en nuestro país, lo que no impide seguir previniendo las indicaciones ya establecidas” (p. 4). De manera muy generalizada se entiende, tal y como lo expresaron Casado, Corcoy, Ros, Royes (2008)⁴⁸, que “el sistema de plazos es el único que no traslada la decisión a un tercero, es decir, es el que en mayor medida toma en consideración el ejercicio de la libertad de la mujer” (p. 7).

Las conclusiones de ambos foros sirvieron para la elaboración del proyecto de la nueva Ley que entró en vigor 4 de marzo del 2010 publicándose en el BOE, nº 55, la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁴⁹.

La citada Ley señala que la decisión de cuándo y cuántos hijos se desea tener forma parte de una decisión personal e íntima con lo que las personas en un momento de su vida lo reflexionan y lo llevan a cabo. Para ello los poderes públicos, si bien no deben interferir en dichos planteamientos, deben poner al alcance de las personas

⁴⁸ Miembros del Observatorio de Bioética y Derecho, y quienes elaboraron el documento de opinión sobre la interrupción voluntaria del embarazo, así como proponer normativas que pongan fin a la situación de inseguridad jurídica derivada de “la distorsionada aplicación que efectúa la desfasada legislación vigente”.

⁴⁹ Ver anexo 4, p. 387. Ley Orgánica 2/2010, 5 de julio, Reforma del Código Penal.

los mecanismos para que dichas decisiones se tomen de manera libre, y todo ello mediante un correcto servicio de atención sanitaria que le permita ejercer las decisiones, y el asesoramiento e información acerca de la educación sobre planificación familiar.

El espíritu que inspiró la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fue la de “adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, procurando que la innovación normativa genere certeza y seguridad en las personas a quienes se destina, pues la libertad sólo encuentra refugio en el suelo firme de la claridad y precisión de la Ley” (Sec. I, p. 21002).

La ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, queda redactado de la siguiente manera respecto al Título II de la interrupción del embarazo, Capítulo I condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo.

“Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación” (artículo 12º, p. v21008).

“En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad” (artículo 13, apartado 4º, p. 21009).

“Podrá interrumpirse el embarazo a petición de la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación, siempre que concurren los siguientes requisitos:

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas”.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada y la realización de la intervención. (artículo 14º, p. 21009).

“Podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas, cuando concurren los siguientes requisitos:

- a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico especialista.
- b) Que no superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgos de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas del que lo practique o dirija.
- c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico” (artículo 15º, p. 21009).

“La información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la

interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados, y los trámites para acceder a la prestación.

2. En este caso las mujeres recibirán en un sobre cerrado la siguiente información:
 - a) Las ayudas públicas disponibles y la cobertura sanitaria durante el embarazo y parto.
 - b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad, las ayudas para el cuidado y atención de los hijos, los beneficios fiscales.
 - c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
 - d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción” (artículo 17º, p. 21010).

A raíz de la reforma de la Ley, podría pensarse que la realidad social se inclina hacia una aceptación y total asunción del aborto de manera que éste se materializa como una práctica regularizada y con un ideario normalizado, o en palabras de Foucault “un ideal regulatorio” (tal como se citó en Butler, p. 18).

Para considerar el aborto como una práctica regularizada, es necesaria la existencia de unas normas reguladoras que permitan la reiteración de prácticas abortivas para posteriormente llegar a una materialización del mismo. Las normas reguladoras se cumplen a partir de cualquiera de las dos Leyes acaecidas en España, y del hecho consuetudinario de las conductas abortivas, cuyo uso repetitivo y generalizado terminan constituyéndose costumbre.

Las normas reguladoras acerca del aborto se logran de una manera performativa para llegar a su materialización. “La performatividad” (Butler, 2008, p. 18) debe entenderse no sólo como un discurso, sino como “acto singular y deliberado, como una práctica referencial y reiterativa de una norma o de un conjunto de normas mediante las cuales produce los efectos deseados en el presente” (p. 18).

En la teoría discursiva se considera performativo toda práctica discursiva que realiza o produce lo que nombra. La performatividad se construye con el poder que tiene el discurso para producir los efectos tras la reiteración. En este sentido Foucault (1991) afirma que “el poder regulador produce a los sujetos que controla, el poder no sólo se impone externamente, sino que funciona como el medio regulador y normativo que permite la formación de los sujetos” (pp. 82-83).

La materialidad de una determinada norma debe concebirse como “el efecto del poder, el efecto más productivo del poder” (Butler, 2008, p. 18). De manera que una vez que se acepta el aborto como un conjunto de normas aplicables a esa determinada actividad desde la normatividad, la materialidad ya no se concibe independientemente de la naturaleza de dichas normas reguladoras y por lo tanto el aborto llega ya a ser viable.

Nos encontramos, por lo tanto, ante el poder en acción que está representado en cuatro elementos como son: las posibilidades y facilidades que ofrecen una ley reguladora, la materialización de dicha ley, la identificación con tales demandas normativas y por último la adjudicación o apropiación de la Ley por parte de sectores de la sociedad.

Por todo ello existen una serie de cuestiones que debemos tener en cuenta.

- En primer lugar se debe considerar a la ideología del aborto como el efecto de una dinámica de poder, de tal modo que éste es indisoluble de las normas

reguladoras que gobiernan su materialización y la significación de cualquiera que fueran sus efectos.

- En segundo lugar hay que conceder y reconocer a la performatividad el poder reiterativo del discurso, gracias al cual ven la luz los fenómenos que regula e impone.
- En tercer lugar lo que está en torno a la ideología del aborto, no es algo que se implanta artificialmente, si no que se constituye en cultura para dirigir la materialidad del contexto que rodea a los embarazos inesperados que resulten no deseados.
- Y por último, en cuarto lugar, se produce una identificación con los medios discursivos, excluyendo, repudiando e incluso considerando despreciable otras cuestiones y alternativas distintas a una interrupción voluntaria del embarazo.

Por lo tanto cabría preguntarse ¿a través de qué normas reguladoras se ha perpetuado el aborto?

Lo importante es que la construcción no es, ni un sujeto, ni sus actos, tampoco es un acto único ni un proceso causal que culmina con una serie de efectos fijados, si no “que es un proceso reiterativo mediante el cual emergen los sujetos y los actos” (Butler, 2008, p. 28).

No hay un solo poder que actúe directamente. Lo que existen son reiteradas intervenciones, a través de discursos políticos, medios de comunicación de masas, que se convierten en poder en virtud de la perseverancia y que a la larga se perpetúan en unas determinadas normas.

La construcción no sólo se realiza en el tiempo, sino por medio de un proceso lineal y temporal que actúa mediante la reiteración de normas, a través de la

performatividad. “El proceso de materialización se estabiliza a través del tiempo para producir el efecto de frontera, de permanencia” (p. 28) y es mediante la sedimentación de esas prácticas reiterativas, por lo que el aborto adquiere ese efecto naturalizador.

Como parecía previsible dicha Ley Orgánica 2/2010 contó con duros opositores y firmes partidarios, por lo que la pluralidad de opiniones acerca del tema del aborto se inscribe, y es el reflejo del marco general del modelo de sociedad que existe actualmente. La cuestión y problemática del aborto se puede abordar desde múltiples enfoques y su estudio se centra en diversas disciplinas, pero como nos refiere Schooyans (1991) “hay disciplinas con pretensiones de imperialismo científico, como si su método les permitiera agotar la complejidad del problema. En este terreno, ni el punto de vista del médico, ni del jurista, ni del sociólogo, y ni tan siquiera el del moralista es soberano” (p. 23).

En su lugar, Schooyans (1991) aboga por el “hombre que es el que está llamado a pronunciarse sobre el tema, (...) y es el hombre, sea quien fuere, se encuentra siempre situado” (p. 23).

Y ni duda cabe que el aborto incumbe a las personas, es por lo que comenzamos revisando algunas posturas sociales que se debaten legítimamente en la sociedad.

2.6.-Posicionamientos sociales frente al aborto

A raíz de un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 1981, acerca de las representaciones colectivas sobre la mujer y la familia, y realizado por Ramos (1981) de conformidad con los resultados de distintas

encuestas estadísticas realizadas y tras al análisis de las ideologías dominantes en el comienzo de los años ochenta, se distingue al menos tres posiciones ideológicas diferentes, que se caracterizan por discursos opuestos, pero con una gran coherencia por la época cuando se hizo tal trabajo, como por el sentir de los grupos.

Estos distintos idearios vienen determinados por las siguientes “La posición y discurso integrista o prohibicionista, lanzada a una intransigente oposición a todo supuesto de despenalización. Es muy probable que esta minoría integrista no llegue a superar el diez por ciento de la población adulta, pero no hay duda de que se ha constituido por el momento en la minoría ideológicamente dirigente del bloque conservador, y que según la encuesta es asumida por un 25 por ciento de la población adulta. La posición y el discurso progresista reivindicativo, que demanda una despenalización (o legalización) muy amplia del aborto, cuyo único límite consiste en la determinación de unos plazos razonables dentro de los cuales pueda ser legítimamente realizado. Esta posición es asumida por otro 25 por ciento de la población adulta. Frente a estas posiciones extremas, la mayoría de la población adulta, en torno al 50 por ciento, se sitúa en lo que se podría denominar campo de tolerancia, que se caracteriza por una posición ideológica predispuesta a admitir una despenalización restringida del aborto, limitada exclusivamente a los casos graves y extremos” (p. 244).

Consideramos que tanto la aceptación rápida y acrítica del fenómeno, como la descalificación fácil y gratuita son dos comportamientos irresponsables, por lo que estimo más conveniente hacer referencia a las distinciones sociales que Domingo Moratalla (2008) establece al señalar que existen al menos tres posicionamientos como son: “la humanista, la positivista y mayoría silenciosa” (p. 35). Ambas corrientes se caracterizan por la gran coherencia interna que poseen, porque siempre han compartido un mismo espacio social a pesar de las tensiones muy

acaloradas que se desencadenan, y que hoy en día son más vivas que nunca y si nada cambia tenderán a avivarse mucho más.

La primera posición corresponde a la de la *minoría humanista, personalista y crítica-reflexiva*, que manifiestan una confianza reflexiva, mediada y condicionada por el valor del ser humano” (p. 35). Anteponen los derechos del feto sobre el derecho de autodeterminación de la mujer, refutando la posibilidad de aborto sea cual sea la semana de gestación y en cualquier circunstancia. Defienden que el aborto libre supondría transformar, lo que sería una práctica excepcional, en un anticonceptivo y en un método de regular la natalidad. Son los denominados grupos pro-vida.

La segunda y tercera posición se refiere a “las minorías positivistas, ilustrada, moderna que están convencidos de que la única medida moral es la utilidad, la satisfacción y el bienestar” (p.36). Este grupo es mucho más heterogéneo, ya que está compuesto por quienes creen a ultranza en el *derecho sexual y reproductivo de la mujer* en todas sus circunstancias, y aquellos que, reconociendo la existencia de vida desde la concepción, piensan que se debe encontrar un equilibrio entre la mujer y el embrión/feto según ciertas circunstancias sociales, por lo que manifiestan y anteponen el total derecho de la madre frente al del feto, “llegando a olvidarse del padre, del niño y el de la sociedad” (Schooyans, 1991, p. 23). En el discurso ideológico consideran el aborto, en primer lugar, como un derecho conquistado que tiene que ver con separar la maternidad de la sexualidad y en segundo lugar lo consideran como un derecho humano que reconoce la capacidad de elección y autodeterminación. Si bien el proceso de realización del aborto puede ser un hecho invasivo y traumático, aquella mujer que así lo deseara utilizarlo debería tener el derecho de poderlo hacer, y el Estado debe utilizar todos los recursos para salvaguardar los derechos de la mujer. Al confrontar el derecho a la libertad de la

mujer con el derecho a la vida, son los denominados grupos pro-elección (*pro choice*).

Como señalan Casado *et al.* (2008) el debate público entre estas dos formas de pensamiento, la pro-vida y la pro-elección, se basan “en los valores de cientificidad, laicidad y el pluralismo democrático” (p. 8), elementos éstos que vamos a pasar a considerar.

Desde el punto de **vista científico** el gran debate está en la cuestión acerca de cuanto comienza la vida humana y fundamentalmente el definir el estatuto biológico del embrión humano, especialmente del embrión de pocos días de vida.

Aznar (2005) sostiene que “la realidad antropológica, filosófica y jurídica del embrión, es decir, la base de sus posibles derechos humanos, hay que construirla sobre *su realidad biológica*” (p. 1).

Y en este punto existen al menos tres posturas: la que considera que el embrión humano en sus primeros días es un conglomerado de células sin estructura ni organización biológica; o aquellos que considera el embrión humano, “de una sola célula, polarizada y asimétrica, el cigoto, obtenido natural o artificialmente, es un ser vivo de nuestra especie, portador, por lo tanto, de la dignidad que todo ser humano posee” (p. 2); la última posición incluye a un grupo de científicos que, ni afirman ni niegan la identidad humana del embrión, “simplemente manifiestan que a ellos solamente les incumbe la vertiente científica, y que al discutir el valor ontológico de ese ente biológico que utilizan, no afecta a su quehacer científico” (p. 2). Este último caso estaría más próximo a aquellos que trabajan en la reproducción asistida.

La primera y tercera postura estaría más de acuerdo con la corriente de pensamiento pro-elección ya que éstos a su vez sostienen que el embrión es parte “de un proceso evolutivo potencial” (...) y desde el punto de vista biológico “la vida únicamente se perpetúa, no tiene un inicio” (Casado *et al.*, 2008). Defienden que la vida humana comienza alrededor del segundo trimestre de gestación (23 semanas de gestación) “cuando se inician las conexiones sinápticas de la corteza cerebral y en el interior de ésta”⁵⁰. Por lo tanto sobre el embrión debe establecerse una protección progresiva que va acaeciando partir de que comience el estado de conciencia, convirtiéndose en un ser, ya que posee un centro neurológico que experimenta el dolor, y por lo tanto es sujeto con unos derechos (p. 30).

En este sentido Singer (1991) escribió: “es muy improbable que los fetos de menos de 18 semanas sean capaces de sentir nada en absoluto, puesto que en este momento el sistema nervioso parece no estar suficientemente desarrollado para funcionar. Un aborto practicado antes de este momento pone término a una existencia que no tiene absolutamente ningún valor intrínseco” (p. 151).

En estas posiciones ideológicas nos hemos encontrado con un vacío de artículos científicos que demuestren de una manera experimental las aseveraciones establecidas, y donde por el contrario se aporta a la literatura más escritos desde perspectivas de conceptos de ideología de género que datos científicos.

La segunda postura está en íntima conexión con la perspectiva de la corriente de pensamiento pro vida. Y en este sentido existe una gran cantidad de material de investigación acerca del desarrollo de la vida de un nuevo ser, que puede observarse

⁵⁰ Este argumento es coherente con esta visión ya que tanto el principio como el final de la vida depende de la actividad de la corteza cerebral.

experimentalmente, por lo que pueden describir todos los fenómenos estructurales y funcionales del embrión como un sistema integrado. Y es por este sistema integrado, que conlleva una capacidad de autorregulación en su propio desarrollo lo que le hace un ser humano completamente organizado y con las propiedades que se le confieren como son la diferenciación, desarrollo y el crecimiento.

Por todo ello los discursos de índole científica, sin ser exhaustiva ni pudiendo abarcar todos los aspectos, que por otra parte no corresponden al objeto de esta tesis, los establezco en torno a tres consideraciones que los considero de vital importancia y que difieren de las tesis anteriores:

-Con respecto a cuándo se inicia la vida humana. En el contexto actual es demostrado por un amplio sector de la comunidad científica que la vida del embrión humano se inicia a partir del cigoto, resultado del proceso natural de la fecundación, o a través de otros medios, por la unión del espermatozoide y el ovocito. “La fecundación no es un instante, sino un proceso que dura horas, y solo tras la constitución del cigoto, al final del proceso de fusión de los gametos, se establece la identidad genética del nuevo individuo” (López Moratalla, 2004, p. 7).

La formación y desarrollo del individuo referido al proceso embrionario se inicia a partir de la fecundación donde tiene lugar primera división celular, cigoto, y a partir que se van multiplicando “las células adquieren rutas de especialización de acuerdo con el momento y lugar en que se producen. Esto se debe al cumplimiento de un programa de expresión diferencial de los genes que han de ser activos en dicho instante (momento del desarrollo) y sitio (órgano)” (Aznar, Pastor, 2008, p. 22).

Por lo tanto los cambios de apariencia son etapas sucesivas, no de un cambio cualitativo, sino simplemente “de crecimiento y desarrollo inicial (...) desde la concepción está completamente programado y tiene la disposición activa a

utilizar esa información para su autodesarrollo hasta el estadio maduro” (George Tollefsen, 2012), por lo que parece evidente es que si “en un ser vivo hay un *continuum* genético, hay un *continuum* biológico” (Aznar, Pastor, 2008, p. 22).

-Con respecto a las ideas contrapuestas de si el embrión es un conglomerado de células, o por el contrario, es un individuo. “En la biología actual, el concepto de individuo nos remite a la idea de organización unitaria y no a la imposibilidad de disgregación de alguna de sus partes” (López Moratalla, 2004, p. 7).

Y en este sentido, el embrión: “posee una unidad intrínseca donde las partes están en función del todo en orden a vivir, (...), la heterogeneidad de sus partes hace del embrión desde su inicio un pequeño organismo con capacidad de moverse así mismo. Con el paso del tiempo, y siempre con un diálogo molecular y celular entre las partes y con el medio, van actualizándose las potencialidades de cada etapa⁵¹. Por lo tanto, el embrión no es un ser inerte, sino que en su desarrollo se rige por una finalidad intrínseca, así como con una fuerte comunicación bioquímica con la madre, (...) es pues una realidad distinta a la madre, que crece que tiene su propio metabolismo, (...) desde el inicio de su desarrollo, las partes se encuentran subordinadas al todo, y el embrión, del mismo modo que ocurre en cualquier sistema dinámico complejo, con un comportamiento lineal, es mucho más que la suma de sus partes. Por lo que se puede decir que desde la primera división del cigoto es verdaderamente una unidad integrada, autónoma, derivada, orientada, y finalizada, capaz de avanzar en su desarrollo a lo largo de un sendero epigénico⁵² de

⁵¹ Etapas como son las propias del cigoto, entre una y dos semanas como embrión preimplantado, y posteriormente como feto que nacerá, crecerá y entrará en la etapa de la juventud, adulto y anciano.

⁵² El concepto epigénico hace referencia a que durante el desarrollo del ser vivo se va produciendo, por interacción del genoma con el medio, la emergencia de una nueva formación génica, que no está expresada en el genoma primitivo. Esa información es la epigénica.

progresiva, irreversible e irreplicable auto-organización de la cual emergen formas y cualidades sistemáticas totalmente nuevas o inexistentes en cada una de sus partes aisladas” (Aznar, 2008, p. 24).

Todo lo anterior expuesto modifica la idea muy extendida del concepto constructivista del embrión que es como se puede imaginar el comienzo de la vida humana, es decir como aquella que se va fabricando. A diferencia de las cosas, los seres humanos no se los fabrican, porque como nos indica Stith (2008) “No existe un constructor externo porque la vida humana no se hace, sino que se desarrolla”. De ahí que si en la construcción de un edificio la forma de la casa va apareciendo de manera progresiva cuando que se van incorporando nuevos elementos desde el exterior, en cambio en el desarrollo, “el principio vital está desde el principio”. A los organismos vivos no se les forma ni se les define desde fuera. Se definen y se forman a sí mismos.

Considerar el desarrollo frente a la construcción, supone concebir al embrión como ser viviente independientemente de su aspecto y de su función, y avenirse a la idea de que no es un puñado de células, sino una vida humana naciente.

-La última consideración tiene que ver con las declaraciones de la que fue Ministra de Igualdad la señora Aido, contestó ante la pregunta ¿...? ¿Un feto un ser vivo? Un ser vivo, claro. Lo que no podemos hablar es de ser humano, porque no tiene ninguna base científica (Cadena de radio SER, 19.05.2009).

George, Tollefsen, (2012) refieren que el embrión es un ser humano, porque “tiene la constitución genética característica de los seres humanos” (p. 59) y lo que es más importante “el embrión es un organismo completo, si bien inmaduro, (...) desde la concepción en adelante, está completamente programado y tiene la disposición de

todos los elementos genéticos y epigénicos, y que se encuentra en los primeros de su desarrollo natural por lo que si no existen daños en su entorno natural, ni sufre daños externos, seguirá produciéndose su funcionamiento orgánico hacia la siguiente etapa, mucho más madura, como es la fetal.

Ahora bien, la naturaleza de un ser vivo no solamente está en sus genes desde el principio. Siguiendo a López Moratalla (2004) nos dice que “la identificación entre genoma e individuo es un error biológico; los cromosomas y genes que determinan las características de un individuo dentro de la especie no le hacen ser un individuo; no son más –ni tampoco menos- que lo que determina las características de ese ser y dirige su desarrollo; pero lo que lo constituye en un viviente, en un individuo de esa especie, es el arranque de la emisión de su programa de desarrollo, programa que no está expresado en el genoma , sino que se va expresando paulatinamente, es la expresión epigénica” (p. 7).

Por todo ello y como conclusión de este apartado enfocado hacia una visión biologicista, podemos señalar que desde la contemplación de los descubrimientos biomédicos que apoyan el desarrollo continuo del embrión, éste presenta cuatro propiedades que refuerzan dichas tesis y que como recoge Aznar, Pastor (2008) los podemos resumir en:

1. La coordinación entendida como la sucesión de actividades moleculares y celulares que están dirigidas por el propio embrión, por lo que se habla de “capacidad de autorregulación” y que se caracteriza por la autodeterminación, autogobierno biológico” (p. 25).
2. La continuidad que indica que el embrión es “un todo, mostrando una evolución sin quiebras en todas sus fases, tanto a nivel morfológico, como molecular, y

donde los cambios se dan de forma gradual, de acuerdo con el ciclo vital de cada especie, con una rigurosa unidad y sin solución de continuidad”.

3. La propia autonomía, y no siendo un apéndice de la madre, aunque ésta le proporciona un adecuado ambiente para su desarrollo⁵³. “La madre no tiene una influencia absoluta sobre el control del desarrollo interno y en su diferenciación, aunque es importante el ambiente materno para su crecimiento” (p. 26).
4. La interactividad con el medio, lo que se explica cómo desde el inicio del desarrollo “es modificado por el ambiente o él lo modifica, produciéndose cambios epigénicos dependientes del medio, sino, en ocasiones, adaptaciones de ese ser vivo a ambientes hostiles o estresantes” (p. 26).

Una vez desarrollados los puntos de vista científicos, por lo que se refiere al *carácter laico* del debate, la relación entre el laicismo y el *pluralismo de las sociedades democráticas* ha cobrado mucho vigor en los últimos tiempos.

Los términos laicidad y laicismo se utilizan, a veces como sinónimos y a veces como antónimos, o al menos en sentidos contrario dentro de su campo semántico común, tal y como nos señala Gonzalez Vila (2004) cuando afirma: “Aunque laicidad es término cada vez más frecuente utilizado en español y se encuentra registrado en los correspondientes bancos de datos de la Real Academia, aún no ha sido objeto de acogida oficial en el diccionario de ésta (el DRAE), en el que sólo encontramos precisamente laicismo. Esto sin duda explica que sea el término –laicismo– el que todavía más se utiliza para significar también esa nota positiva del Estado que aquí consideramos mejor expresada con el término laicidad. Y por esta ambigüedad que

⁵³ Este hecho de autonomía biológica se pone de manifiesto en las FIV.

envuelve a ambos sustantivos –laicidad y laicismo- se ven también inevitablemente afectados los usos que se hacen de los adjetivos”.

Cuando nos referimos al concepto de laico, hablamos de lo que es opuesto al Estado confesional, todo aquello que es ajeno a una confesión religiosa, e incluso en el vocabulario del día a día lo laico ha dejado de ser un estatus para “empezar a ser una política” (Esparza, 2008).

En una sociedad pluralista la laicidad “es únicamente el respeto de todas las creencias por parte del Estado, que asegura el libre ejercicio de las actividades de culto, espirituales, culturales y caritativas” (López-Sidro, 2008, p. 614).

En esta reclamada pluralidad, la laicidad es una forma de comunicación entre tradiciones espirituales y el estado, de ahí que “un diálogo sano entre el Estado y las iglesias –que no son adversarios sino interlocutores- puede, sin duda, favorecer el desarrollo integral de la persona humana y la armonía de la sociedad” (Juan Pablo II, 2005)⁵⁴.

Y en este sentido es donde, a mi juicio, se encuentra el núcleo del problema y tal como lo señala Esparza (2008) “cuando la iglesia dice laico habla de lo que no es clerical pero que convive al lado de la religión; por el contrario, cuando lo laico se enarbola como bandera política, suele implicar una actitud hostil hacia la presencia religiosa en la vida pública”.

Savater (2004) manifiesta que “en cuestiones como esta, en que la ceguera pasional lleva a muchos a tomar por enemistad diabólica con Dios, el veto a ciertos

⁵⁴ En referencia a la carta que remitió al Presidente de la Conferencia Episcopal de Francia, con ocasión del centenario de la Ley de Separación entre Estado e Iglesia.

sacristanes, y demasiados inquisidores, conviene clarificar los argumentos para dar precisión a lo que se plantea” (p. 1).

Savater expone su razonamiento en cinco tesis, de las cuales tres son las que vamos a referir. En primer lugar, es innegable que durante siglos la tradición religiosa, ha sido la encargada de vertebrar moralmente a las sociedades, pero en las democracias modernas los acuerdos se basan en leyes y acuerdos legítimos, con capacidad de ser discutibles y revocables, y de aceptación voluntaria y humanamente acordada. “Este marco institucional secular no excluye ni menos persigue las creencias religiosas: al contrario, las protege a las unas frente a las otras” (p. 1). En segundo lugar, si en las sociedades laicas tienen cabida las creencias religiosas en cuanto que es un derecho por quien las profesa, pero no como el deber de imposición a nadie. “De modo que es necesaria una disposición secularizada y tolerante de la religión, incompatible con la visión que tiende a convertir los dogmas propios en obligaciones sociales para otros y para todos” (p. 1) y por último las religiones deben orientar a sus fieles acerca de las conductas propias de su condición, pero no establecen a que se debe considerar legalmente delito, porque “la legalidad establecida en la sociedad laica marca los límites socialmente aceptables dentro de los que debemos movernos, sean cuales sean las creencia o incredulidades”(p. 2).

No en un total acuerdo en todos los principios, el grupo de opinión del observatorio de bioética y derecho⁵⁵, consideran que “En la discusión pública sobre el aborto no debe introducirse criterios procedentes de concepciones religiosas sobre el bien o sobre la vida ideal, apropiadas para imponerse a uno mismo voluntariamente, pero

⁵⁵ Contrariamente a la pluralidad que se abogaba desde el Comité de Bioética, éste está compuesto.

no materia de corrección moral que pueda imponerse a los demás” (Casado *et al.*, 2008, p. 24).

Desde un claro pluralismo se aboga por una sociedad abierta, plural, donde exista una tolerancia de planteamientos mediante una libertad de pensamiento y de conciencia, es decir se debe defender tanto el derecho a abortar como el derecho a no hacerlo, pero no imponer una ideología a quien no piensa de la misma forma.

Sin embargo en la realidad social supone una firme postura que “implica por fuerza el destierro político de la religión, a la que no se le reconoce derecho a estar en la plaza pública, y el laicismo es la consumación política de este movimiento y se sustancia en una propuesta radical: confinar lo religioso a la vida privada” (Esparza, 2008).

Ciertos sectores de la sociedad española, se mueven ante posturas de total actualidad, en la que se considera a la iglesia católica como la gran amenaza para el estado, es decir nos situamos frente al denominado “laicismo ideológico” (Juan Pablo II, 2005) o “laicidad negativa (...) que pretende arrinconar la religión al ámbito privado, sin consentir que sea inspiradora de la vida pública” (Munilla, 2008).

Esta exclusión de lo religioso en la arena pública “de manera unilateral reclama la propiedad del terreno público a favor de la increencia, como un espacio religiosamente vacío confundido con la no confesionalidad del Estado” (Villar Saldaña, 2008). Por ello, las convicciones particulares en torno a la defensa de la vida, no deben manifestarse en un espacio público por que propicia que las creencias de unos ocupen el terreno de los todos.

Por lo tanto lo que se reclama es que, si en el debate acerca del aborto se abordan las cuestiones desde un punto de vista “metafísico-teológico, lo que se discute es

una cuestión de absolutos” (Casado *et al.*, 2008, p. 25), y esto es del todo no aceptable por dos motivos. Primero porque se va a provocar “un choque de absolutos al otorgar unos derechos dominantes al feto sobre la madre” (p. 25), al prohibir el aborto en cualquier circunstancia y al no poder la madre disponer de la libre decisión de hacer con su embarazo lo que estime pertinente. Y segundo porque es innegable, desde esta perspectiva, no existe acuerdo de la comunidad científica “por establecer las verdades fundamentales sobre la naturaleza del embrión” (p. 26). Por lo tanto lo que se propone es que en su lugar sería conveniente enfocarlo desde una orientación más idónea dándole un carácter cultural y social, basado en la construcción de valores morales y culturales y en la cristalización de normas.

Desde un pensamiento provida se pueden hacer varias reflexiones a estas consideraciones:

La primera es la relativa a que no todos los que creen en la dignidad y conservación del embrión se declaran católicos, a la vez que no se cuestiona, porque son ciertos, los antecedentes de que la Iglesia Católica ha mantenido una postura invariable a lo largo de la historia y constituye la principal voz en defensa del derecho a la vida de la que el hombre es deudor de Dios que lo ha creado. No se debe utilizar como un cajón de sastre sin considerar la existencia de personas que están a favor de la vida sin ninguna aceptación religiosa, y donde se encuentran entre otros, ateos y otras confesiones.

Es por ello que la protección del embrión no es un patrimonio exclusivo de los católicos, ni como afirma Schooyans (2008) “los cristianos no tienen el monopolio de la defensa de la vida humana. El respeto de toda vida humana es un precepto fundamental de la moral universal proclamado en todas las grandes civilizaciones, y es el tejido de toda sociedad democrática” (p. 15).

A modo de ejemplo detallamos el pensamiento de dos de las religiones más presentes y multitudinarias por la cantidad de seguidores y fieles que la profesan, como son el islamismo y en budismo.

La vida del feto es importante en la jurisprudencia islámica por considerar que éste es un ser vivo⁵⁶, y prohíbe atentar contra esa vida incluso en manos del padre o de la madre, y además en caso de relación extramatrimonial está descartado el aborto porque “el feto es inocente” (Moneir, 2008) y “a nadie se le cargará con la carga de otro” (17-15).

Para el Islam, la vida es un “don de Dios. En ella se percibe la belleza y la precisión de su creación” (Moneir, 2008). El Islam está para corregir muchas de las opiniones y prácticas erróneas que cometía el ser humano contra sí mismo como atentar contra las almas de los inocentes. Uno de los aspectos de estos atentados indescriptibles es asesinar al recién nacido por temor a la pobreza o a la deshonra de una recién nacida.

En el Corán (2005) se nos detalla en varios versículos “Asimismo hay muchos ídólatras a los que los asociados que ellos atribuyen, les hacen que les parezca bien matar a sus propios hijos” (6-137), y “no matéis a vuestros hijos por temor a la pobreza. Nosotros os proveemos a vosotros y a ellos” (6-151).

En el Budismo la discusión ética ha estado generalmente dominada por dos posiciones extremistas, que se identifican con los eslóganes de “la vida” y “elección”. En el pensamiento budista son los llamados “eternalismo y aniquilacionismo”. Para el budismo, “el aborto es claramente considerado como la

⁵⁶ De tal manera que se le permite a la mujer embarazada no cumplir con el tercer pilar del Islam y no ayunar si temiese por la vida de su hijo.

muerte intencional de un ser humano” (Bhikkhu Sujato⁵⁷, 2013). Juntos con los eternalistas se piensa que un embrión, desde el momento de la concepción, está dotado de una propiedad no física que le otorga el derecho a una consideración moral, y que dicha consideración no es estática, sino que aumenta gradualmente con el desarrollo del embrión hacia la consciencia completa. Sin embargo no se acepta que esté demostrado que el inicio de la consideración tenga lugar a partir de los tres o cuatro meses. “Esta es un fecha arbitraria, la cual simplemente no marca los actuales límites del conocimiento científico, y nada nos dice del estatus moral del embrión” (Bhikkhu Sujato, 2013).

La segunda reflexión es que la laicidad sólo se entiende como una autonomía en la arena civil y política, de la religiosa, como si no entraran los propios principios morales del individuo, de ahí que ya Ratzinger (2005) escribiera: “en las sociedades pluralistas de hoy, en las que coexisten diversas orientaciones religiosas, culturales e ideológicas, resulta cada vez más difícil garantizar una base común de valores éticos en las que todos estén de acuerdo y que puedan ser el fundamento de una democrática suficientemente estable”(p. 57).

Frente a la cuestión de que la sociedad laica ha generado un sistema basado en el individualismo y en la creencia de que deben prevalecer algunos derechos de ciertas personas respecto a otras, es cierto que la democracia es un ordenamiento y por lo tanto un instrumento, no todo lo que se hace y se decide en nombre de la democracia es justo y conforme con la dignidad de la persona.

El riesgo de quienes en nombre de una ideología imponen a los demás su concepción, implica que aquello que decida la mayoría, aunque suponga la

⁵⁷ Bhikkhu Sujato es monje theravada australiano. Recibió la ordenación en 1994 y en la actualidad es abad del *Santi Forest Monastery* en Australia.

eliminación de la vida humana, pueda ser legal. Ratzinger (2005) lo reflexionó en el *derecho de la fuerza, la fuerza del Derecho*, al afirmar que existe un derecho totalmente aceptado, como es el de la libertad individual a expresarse y actuar con un orden. Desde la concepción de la libertad se he establecido el derecho de la mujer, del hombre y de la sociedad a obrar en plena libertad frente al aborto, pero a la vez que se reivindican unos derechos, hay otros que son: “en detrimento de la vida de un ser humano inocente, cuyos derechos, por el contrario ni siquiera se toman en consideración (...), uno se obceca frente al derecho a la vida que tiene el otro, el más pequeño y más débil, el que no tiene voz” (p. 57). Y continúa “sin que la mayoría sea consciente, se van minando las bases de una auténtica democracia que se funda en el ordenamiento de la justicia (...) así se entiende que un Estado que se arroge la prerrogativa de establecer quién es, o no, sujeto a derechos y que, en consecuencia, reconozca a algunos el poder de violar el derecho fundamental a la vida de otros, contradice el ideal democrático al que continuamente se acoge y, a la vez, mina las bases sobre las que descansa. Al aceptar que se violen los derechos del más débil, acepta que el derecho de la fuerza llegue a prevalecer sobre la fuerza del derecho” (p. 58).

Así entendido, “el derecho a la vida y muerte ya no es un privilegio absoluto” (Foucault, 1991, p. 163), por el contrario estará condicionada por la defensa de la mujer en busca de su propia supervivencia. Por lo tanto, “¿hay que considerar el derecho como una trasposición del derecho de cada cual a defender su vida al precio del otro?” (p. 163), de todos modos el derecho de vida o muerte “tanto en esa forma moderna, relativa y limitada, como en su forma más absoluta, es un derecho disimétrico” (p. 163). No se ejerce el derecho sobre la vida sino poniendo en acción su derecho a eliminar al no nacido o por el contrario reteniéndolo, por lo

tanto el derecho que se formula “como de vida o muerte es en realidad el derecho de hacer morir o dejar vivir” (p. 163).

Pero más allá de los límites democráticos, la laicidad no tiene que mermarse en el caso de aquellos ciudadanos que profesen una determinada religión, y que en defensa del respeto a la vida y los derechos humanos, sigan libre y responsablemente las enseñanzas que proclame su determinado credo. Por el contrario, “la laicidad indica en primer lugar la actitud de quien respeta las verdades que emanan del conocimiento natural sobre el hombre que vive en la sociedad, aunque tales verdades sean enseñadas al mismo tiempo por una religión específica”. (López-Sidro, 2008, p. 615).

Y esto se traduce en una justa autonomía que las personas deben mantener en la vida profesional y personal, una autonomía-libertad que está muy cuestionada, en lo que a la defensa de la vida se refiere, en dos grandes sectores como son el de las profesiones sanitarias y en los políticos, al estar en el punto de mira de “un laicismo intolerante, quienes actúan en coherencia con sus propias convicciones” (p. 616).

Por ello el peligro de fanatismo de quienes en nombre de un pluralismo imponen a los demás su concepción de la verdad, implica que aquello que decida la mayoría, aunque suponga la eliminación de la vida humana, tenga que ser admitido por todo el mundo. Nos encontramos ante dos abismos, por un lado el pluralismo puede excluir posturas como las aquí mostradas, y por otro lado la laicidad de López-Sidro podría llevarnos a la exclusión de posturas de colectivos que están fuera de las creencias con una base moral religiosa.

La tercera reflexión hace referencia al concepto que introdujo el que fue Presidente de la República Francesa, Sarkozy en el 2007, en su discurso en la basílica de Letrans de en el que proponía un laicismo positivo como el camino más adecuado para el

análisis del papel que las religiones juegan en la vida pública y que se basan en varias ideas fundamentales, ya sea como “una necesidad, y eso decirlo, como una oportunidad. Se ha convertido en una condición de la paz civil”, “una laicidad que, sin dejar de velar por la libertad de pensar, de creer o de no creer, considere que las religiones no son un peligro, sino un triunfo” (tal como se citó en Escamilla, 2007, p. 2).

Y en este sentido Benedicto XVI (2008), no se queda al margen, al contrario con su discurso supuso un antes y un después en las relaciones en dicho país. Y así ante “la bella expresión laicidad positiva, expresión para designar esta comprensión más abierta, (...) estoy profundamente convencido de que una nueva reflexión sobre el significado auténtico y sobre la importancia de la laicidad es cada vez más necesaria (...) es fundamental, por un parte, insistir en la distinción entre el ámbito político y el religioso para tutelar tanto la libertad religiosa de los ciudadanos, como la responsabilidad del Estado ante ellos, y por otra parte, para adquirir una más clara conciencia de las funciones insustituibles de la religión para la formación de las conciencias y de la contribución que puede aportar, junto a otras instancias, para la creación de un consenso ético de fondo en la sociedad” (p. 1).

Sin embargo el paso a este nuevo concepto no está exento de un debate político y cultural. En contra de lo parece, desde las filas de los defensores del laicismo se ha defendido a ultranza un pluralismo nihilista en defensa de la libertad. Sin embargo como afirma Muñoz Conde (2008) “la estricta aplicación de ese laicismo ha reducido la dimensión pública de los religiosos a una no presencia casi habitual. Esto ha conducido a una negación arbitraria de derechos básicos como la libertad de opinión, en grandes cuestiones que suscitan un debate ético en profundidad” (...) por lo que se ha “entorpecido la calidad de la reflexión y la virtualidad en las prácticas sociales” (p. 3).

En el concepto de laicismo positivo es necesario conocer cuál es el papel de la iglesia en la sociedad. Esta debe dar a conocer su opinión sobre aquellos aspectos de la legislación de un país si, a su criterio, es contraria a la ley natural o del bien común, a la vez que debe respetar y ser respetado. Ahora bien, “respetar no significa ser indiferente, sino mirar con atención, al mismo tiempo que se conserva la libertad de hacer saber lo que debe ser rectificado o modificado” (Muñoz Conde, 2008, p. 4), a la vez que se pronuncia libremente sin que sea denunciado de invadir temas que, ciertos sectores, lo consideran de su exclusiva competencia. Esta idea difiere de la obligación que debe de tener la iglesia de guardar silencio sobre cualquier cuestión que afecte al dominio público en cuestiones éticas o sobre una determinada legislación.

Por lo tanto no debemos de concebir a la laicidad en clave de confrontación entre instituciones, personas e ideología, por el contrario es necesario concebirla en armonía y complementaria entre ambas instituciones, abierta al dialogo y a la colaboración mutua y sin olvidar que “aceptar la religión como un hecho más entre los que existen socialmente por estricta decisión de los ciudadanos, no del Estado” (Villar Saldaña, 2008).

La cuarta reflexión es la relativa a que es cierto que la religión católica confina el concepto de valores morales a partir de los cuales se establecen las acciones o las conductas de las personas con respecto al bien y al mal, que son condiciones necesarias y sirven de guía a la persona para el pleno desarrollo de sus capacidades de conocimiento y de amor.

En lo que se refiere al aborto si bien es una realidad la condena, sin embargo no todos son reproches ante el acto en sí, sino que lo que manifiesta es toda una manifestación del valor de la vida y de la dignidad de la persona, tal como se expone

en el Catecismo de la Iglesia Católica (1992) “la vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos sus derechos de persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida” (nº 2270).

Esta afirmación del valor de la vida humana y de la exigencia absoluta de respetarla, y en concreto la vida del nasciturus, es una constante en la Tradición de la Iglesia, desde los primeros siglos hasta la actualidad. Ahora bien, “la condena al aborto no es la condena de la persona” (Vives Soto, 2007, p. 76), y de la misma manera que no existen inquisidores, me remito a las palabras de Juan Pablo II, en su Encíclica *Evangelium Vitae* (1995), cuando se refiere a las mujeres que han abortado “una reflexión especial quisiera tener con vosotras, mujeres que habéis recurrido al aborto. La iglesia sabe cuántos condicionamientos pueden haber influido en vuestra decisión, y no duda que en muchos casos se ha tratado de una decisión dolorosa e incluso dramática”

Por lo tanto, ante la claridad, e incluso dureza con que la Iglesia Católica rechaza el aborto, en ningún caso entraña un juicio hacia quien se ha sometido al mismo y por lo tanto no supone el rechazo de la mujer.

Una vez mostradas las posturas ante el aborto desde la perspectiva de género, laicismo, pro-vida, así como desde el posicionamiento de diferentes religiones, todo ello nos sitúa en un escenario de posiciones claramente enfrentadas que están íntimamente unidas a diferentes posicionamientos, bien sean religiosos, científicos, ideológicos.

Somos testigos de cómo el pluralismo puede excluir posturas de colectivos con base moral religiosa. Por ello debemos abrir la reflexión en la legislación del aborto, la

posibilidad de que sean representadas las diferentes corrientes que existen en la sociedad.

Siendo el cuerpo de la mujer en quien en última instancia recae la práctica del aborto, es en dicha práctica donde abrimos los siguientes capítulos de este trabajo, contemplando los silencios y la manipulación tanto social como la emocional partiendo de la experiencia y la voz de la mujer.

3

METODOLOGIA

“Toda verdad, incluso si es universal y también si puede ser expresada con la fórmula abstracta de tipo matemático (para la tribu de los teóricos) debe su eficiencia al ser expresada en los lenguajes de las situaciones concretas particulares: si no es expresable en lenguas particulares es una abstracción bizantina y escolástica, buena para el solaz de los rumiadores de frases” (De Gramsci, tal y como lo recogió Rockwell, 1987).

Comenzaremos este capítulo justificando el trabajo y aportando las reflexiones personales que nos llevaron a plantear esta investigación. Dichas consideraciones están en consonancia con el contacto directo que se mantuvo con el aborto, como acto quirúrgico, y con la mujer a la que se lo realizaron. El planteamiento de la investigación surgió desde el abordaje de una perspectiva biográfica utilizando el método etnográfico como sistema en la recogida de datos acerca de los testimonios de las informantes.

Iniciaremos exponiendo las tres estrategias que se utilizaron para la apertura del campo narrativo, para posteriormente, dar paso a las actitudes metodológicas que se manejaron en la puesta en marcha de dicho trabajo. A fin de hacerlas más didácticas las dividimos en aquellas actitudes que están relacionadas con el método, y las actitudes relacionadas con la disposición que ha prevalecido a lo largo de la

recogida de datos. Para finalizar nos acercamos someramente al estudio del uso de la memoria en la narrativa, desde el campo de la neurociencia con las aportaciones del neurólogo Antonio Damasio, así como desde la perspectiva de las dinámicas sociales de la mano del sociólogo Maurice Halwachs y del antropólogo Marc Augé.

3.1.- Diseño de la investigación

Al comenzar a reflexionar sobre nuestro trabajo de investigación, nos planteamos una serie de cuestiones, de las que Malinowski (1922) denominó “problemas preliminares”, que es distinto a tener ideas preconcebidas, ya que según el autor “las ideas preconcebidas son perniciosas en cualquier tipo de trabajo científico. Sin embargo aventurar problemas preliminares es la principal cualidad de un científico, y esos problemas se revelan por primera vez al observador a partir de sus estudios teóricos” (pp. 8-9).

Nuestro contacto más directo y teórico con el tema de la mujer que se somete a un aborto provocado surge cuando, en 2008, leemos la siguiente carta remitida al periódico La Razón (Anónimo, 2008):

“Tengo 31 años y he matado deliberadamente a mi hijo (...) ¡Dios santo! Qué imbécil soy. Ahora, cada minuto pienso en mi niño, pienso que soy egoísta, fría, criminal... Seguro que podría haber salido adelante como tantas mujeres han hecho. ¿Quién me perdonará esto? Mi niño ya no está, yo estoy vacía, completamente vacía. Quiero que Dios me perdone, pero creo que lo que he hecho es tan duro, que ni siquiera Dios puede perdonarme (...). Mi niño, por el que ahora estoy llorando... Espero, mi niño,

que algún día me puedas perdonar... Yo no me lo perdonaré mientras viva..." (p. 34).

Testimonios como éste, en los que las mujeres que han abortado manifiestan profundos sentimientos por lo que han hecho, comenzaron a proliferar en los medios de comunicación con mayor frecuencia. Se multiplicaron las páginas web¹ que describían los desórdenes emocionales que experimentan las mujeres después de abortar, a la vez que ofrecen ayuda psicológica y acompañamiento personalizado para superar las secuelas que el aborto deja en tantas mujeres. Se publican, cada vez con más frecuencia, artículos en revistas médicas especializadas en los que los psiquiatras advierten que el aborto voluntario supone un riesgo importante para la salud mental de las madres. Plataformas, asociaciones y foros familiares, solicitan a los políticos que analicen la documentación científica sobre el problema del aborto, antes de la modificación de la ley y que defiendan a las mujeres de las presiones que reciben para realizar el aborto.

Todos estos hechos contrastan con otros argumentos que califican de supuestos los daños que padecen las mujeres después del aborto, y afirman que sólo aparecen en un número muy escaso de mujeres, la mayor parte de ellas con antecedentes psiquiátricos.

A partir de estos argumentos existe una concatenación de aspectos que llaman nuestra atención, como son:

¹ Asociación de Víctimas del Aborto (AVA). No más silencio, Hazte oír. Derecho a vivir, entre otras.

-El aborto inducido es un hecho transversal a la historia de la mujer, y en la actualidad está fuertemente arraigado en un sector de la sociedad ya que consideran que es la única solución frente al problema de un embarazo inesperado y no deseado.

-El hombre se ha desentendido del empleo de los métodos anticonceptivos, por lo que es la mujer la que soporta la responsabilidad del uso de los mismos en el mantenimiento de las relaciones sexuales. Cuando éstos fallan, o no se utilizan, el varón se desdice de todo deber, siendo la mujer la que asume nuevamente la responsabilidad no compartida de ese embarazo inesperado, sometiéndose a la práctica abortiva como método anticonceptivo.

-El estado que ha liberalizado el aborto declarando salvaguardar la libertad y los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, ha puesto en marcha un mecanismo por el que se invisibiliza los posibles efectos que el aborto genera en el cuerpo de la mujer.

-Si con la elaboración de las leyes relacionadas con el apoyo al aborto, se ha buscado el derecho a decidir, y por lo tanto el bien de la mujer, es necesario estudiar los discursos sociales que se producen en torno al aborto, así como conocer directamente de las mujeres que han abortado la interpretación que dan a su experiencia, tanto en la toma de decisión como en el tiempo del post-aborto.

A partir de estas reflexiones, el planteamiento de nuestra investigación surge del objeto de estudio, por lo que veo la necesidad de aproximarme a lo que (Bertaux, 2005) llamó como “la perspectiva biográfica” mediante el uso del método etnográfico, que dicho autor lo definió como “un tipo de investigación empírica basada en el trabajo de campo, inspirada en la tradición etnográfica para sus

técnicas de observación, pero que construye sus objetivos por referencia a ciertas problemáticas sociales (p. 15). Con ello no se pretende acceder a biografía de la persona, sino como Sarabia refiere (1985) son retazos, “vidas narradas por quienes las han vivido, o informes producidos por los sujetos sobre sus propias vidas (...) narraciones parciales de ciertas etapas o momentos biográficos” (p. 171).

La problemática social que pretendemos abordar es la de la interrupción voluntaria del embarazo y, es a través de la investigación etnográfica, que podemos conocer cómo funciona ese mundo social o una situación social determinada que se desarrolla específicamente en nuestra investigación en torno al aborto. Para ello utilizaremos “todo un proceso de observación y de reflexión que aplicamos a lo largo de la recogida biográfica” (García-Orellán, 2012, p. 67).

En la recogida de datos que efectuamos a lo largo de nuestra investigación, los marcos conceptuales y epistemológicos no permanecen inmutables, por lo que nos vemos avocados a cuestionarnos de manera paulatina dichos marcos, para ir construyendo progresivamente una nueva perspectiva.

Por lo tanto el paradigma en el que basamos nuestro estudio de investigación es el de la etnografía fenomenológica, entendida la fenomenología como “el estudio de los fenómenos, no de los hechos. Y por fenómeno debe entenderse lo que se muestra por sí mismo, aquello cuya realidad es precisamente la apariencia” (Sastre, 1971, p. 20). Es relevante como del campo de la filosofía se abre el camino hacia campos teóricos de la antropología que es recogido en este caso por Geertz en su obra *La interpretación de las culturas*, y desde aquí trabajamos exponiendo la interpretación de nuestros informantes en las temáticas que estamos llevando a

cabo. Mijaíl Bajtin, anterior a Sartre, también habla en estas líneas de polifonía de textos, que junto a la oralidad, intercalamos distintas reflexiones de corrientes científicas.

Para la consecución de nuestra investigación etnográfica, trabajaremos desde el relato de vida o el itinerario biográfico de la mujer, considerados ambos como un estilo particular de entrevista narrativa en el que se le pide a la mujer que, de manera oral y espontánea, narre un aspecto puntual o parte de su experiencia vital, vivida en primera persona, al someterse a una interrupción voluntaria del embarazo, y en el contexto en que esta experiencia se produjo. Junto con el relato se combinan dos elementos como son la formulación de preguntas y la observación, y todo ello enmarcado en una relación de dialogo con la informante.

El trabajo estuvo diseñado para la obtención de veinte relatos de vida de mujeres residentes en la Comunidad Autónoma Vasca, de las cuales diez serían de nacionalidad española y otras diez de otros países. Sin pretender hacer un estudio comparativo, lo que se quería estudiar es si la experiencia vital pudo ser vivida de diferente manera, según distintas procedencias con distintas culturas.

Por lo tanto nuestros objetivos, dando voz a las mujeres que han abortado, son para:

1. Conocer y analizar cómo fue la experiencia vital y las consecuencias que dicha práctica ha producido en el cuerpo de la mujer.
2. Averiguar si existe un apoyo social para la mujer que ha abortado, así como el marco adecuado para afrontar sus consecuencias, o si por el contrario ésta se ve sometida al silencio total.
3. Conocer de qué manera están manipulados los conceptos emocionales y las propias emociones relacionadas con el aborto y cómo inciden en la mujer.

3.2.-La apertura del campo narrativo

La apertura del campo narrativo supuso concebir una reflexiva estrategia que se elaboró siguiendo tres pasos:

El primer paso fue dar a conocer el tema de investigación entre la población femenina para poder establecer el contacto con futuras mujeres que se hubieran sometido a un aborto. Para ello se elaboró en media cuartilla una información, en la que me daba a conocer como miembro de la comunidad de profesores de la UPV/EHU, indicando el propósito de nuestro trabajo, y un teléfono de contacto por si alguna mujer estuviera interesada en colaborar. En definitiva como señala Bertaux (2005) “construía mi identidad de investigadora” (p. 58), sin engaños, pero con convicción y sin asomo de dudas de cuál era nuestra intención. Dicha información se repartió en forma de carteles y tarjetones, entre las comadronas de los centros de salud de Guipúzcoa, centros de educación sexual de planificación familiar, centros donde se realizaban los abortos, asociaciones de mujeres, farmacias. La información se fue dando de manera particular, ya sea hablando por teléfono como concertando una entrevista en el centro o lugar de trabajo.

Este proceso transcurrió durante los meses de abril, mayo y junio del 2011.

Comprender los obstáculos que nos hemos encontrado en el proceso de apertura de campo, equivale a comprender un poco ese campo de silencios. Hasta conseguir una muestra de veinte mujeres, se contactó directamente con treinta, desde abril de 2011 a marzo del 2012, de las cuales sólo veinte fueron contactos fructíferos.

De las veinte mujeres, trece fueron de nacionalidad española y las otras siete de otros países.



Gráfico 1. Representación ilustrativa en relación con el número de mujeres dependiendo de distintas nacionalidades. Elaboración propia.

Durante la tentativa para la realización de los contacto, hemos obtenido numerosas negativas, que podríamos considerarlos según refiere Bertaux, (2005), como “mensajes silenciosos sobre el clima que reina sobre lo que está en juego, sobre los conflictos que no afloran a la superficie y la configuración de los entramados” (p. 59).

Topamos ante determinadas negativas para hablar como fueron,

“no puedo, ni quiero hurgar en el pasado” (recogido en el diario de campo, 3 junio 2011).

En otra ocasión, en el que a pesar de la buena disposición de la informante, a los días nos contestó por e-mail en los siguientes términos:

“No va a poder ser. Después de hablar con mi marido, éste no lo ve conveniente. La verdad es que no sabía que le hubiera afectado tanto y que todavía le afectara...y aunque sería hablar de mi experiencia y no la suya, es

tan celoso de su intimidad que ahora han salido cosas a la luz que no sabía que tenía guardadas. ¡Pero, si ha sido para bien, la verdad!” (recibido el 22 de junio de 2011 y recogido en el diario de campo).

Hubo quien estuvo dudando durante 15 días, hasta que al final se despidió con un *“lo siento, creo de momento no va a poder ser”* (conversación telefónica mantenida el 23 de junio y recogido en el diario de campo).

Sin embargo no todo fueron negativas, ya que en ocasiones se concertó la entrevista y no acudieron, manteniendo el teléfono fuera de servicio.

En otras ocasiones ha existido una incorrecta información por parte del centro de planificación que repercutió en una desconfianza de las mujeres. La más evidente se produjo en uno de los centros abortivos, en el que el lunes 30 de mayo de 2011 recibimos una llamada telefónica suya, para decirnos que estaban repartiendo la información que les habíamos entregado, pero que las mujeres quieren saber cómo pensábamos acerca del aborto y cuál era el motivo que nos movía para entrevistarlas, según palabras textuales, *“tienen miedo que con tus preguntas les puedas hacer sentir culpables”* (recogida en el diario de campo). Es una clara situación de desconfianza y de miedo a que les pueda dogmatizar, ignorando que nuestra misión es mostrar una situación, sin posicionamientos, ni intentos de juzgar ni a los hechos, ni a las mujeres.

Mujer y aborto

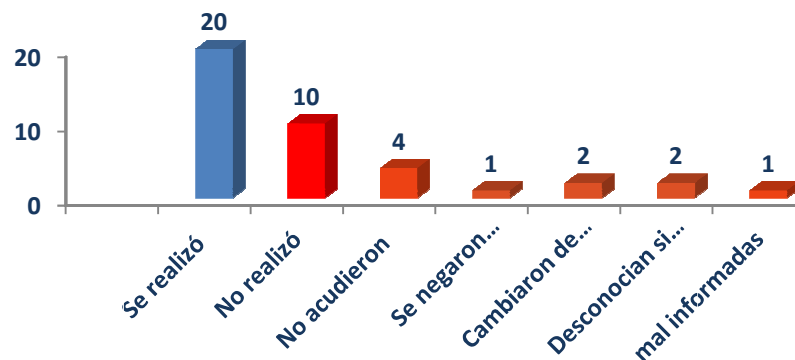


Gráfico 2. Representación ilustrativa de los contactos establecidos y de las causas por las que no se pudieron realizar. Elaboración propia.

A raíz de los problemas y de estas primeras experiencias de campo, nos vimos en la necesidad de contactar con una persona que hiciera la función de mediador o *portero*, permitiéndonos acceder a las informantes, al poseer la autoridad o el poder para que se nos abran las puertas de las distintas asociaciones. Como aseguran Hammersley y Atkinson (1994) “los porteros suelen ejercitar algún grado de vigilancia y control, tanto para bloquear ciertas líneas de investigación como para guiar al trabajador de campo en una dirección u otra” (p. 80).

Tras contactar con una asociación concreta de mujeres, explicando el objetivo, no sólo hicieron de mediadoras avalando el paso a informadoras centrales, sino que unas informantes nos fueron poniendo en contacto con otras, es decir se va produciendo el mencionado *snowball sampling*, o efecto bola de nieve.

De los veinte contactos definitivos a los que pudimos acceder, once de ellos fue por medio de mediadores o porteros y nueve a través de denominado efecto bola de nieve.

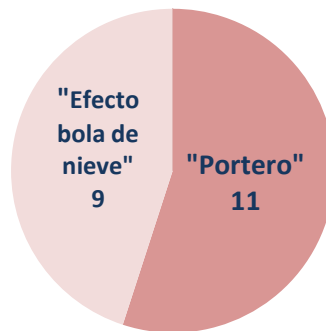


Gráfico 3. Representación ilustrativa de la forma de contacto con las informantes. Elaboración propia.

En definitiva, no se deben desestimar las dificultades iniciales a sabiendas de que pueden existir periodos de aridez, pero tampoco hay que sobrestimarla, ya que es importante conocer que las personas pueden tener sus propias razones para hablar o no hablar.

El segundo paso comienza cuando la mujer, que está dispuesta a colaborar, llama al teléfono convenido y mantenemos un primer contacto. Es en este momento donde la informante expresa sus dudas y de forma precisa y clara, se le explica cómo va a ser la entrevista. Si acepta proponemos un encuentro, dándole a elegir el día y la hora y proponiéndole el lugar de encuentro, fijando la fecha lo más cercana posible a esta primera conversación.

El tercer paso es cuando comienza la entrevista donde previamente se le entrega, para su lectura y firma, el documento de consentimiento informado², como parte del procedimiento de confidencialidad y destinado a la protección de los datos y al

² Ver anexo 5, p. 403. Documento de consentimiento informado.

uso de los mismos que van a estar grabados como material para nuestro trabajo. No debemos olvidar que la informante está allí porque, al elegirla como testigo de un episodio de su vida, ella ha aceptado y nos es de gran ayuda al querer recordar para nosotros un episodio de su vida. Es por esto que al empezar la entrevista, es necesario darle las gracias por brindarnos esa oportunidad. Una vez aceptado y firmado el consentimiento se enciende la grabadora donde va a quedar registrado todo el proceso y con un “cuéntame cómo fue tu experiencia”, comienza el relato.

Conforme la mujer va narrando su vivencia y experiencia, ésta va asumiendo el papel de narradora y en donde en todo el proceso no debemos interrumpirla, y ante dudas que nos sugiera su exposición, debemos anotarlas, y cuando haya acabado, planteárselas.

Las preguntas pueden ir enfocadas a pedirle aclaración sobre una palabra. Por ejemplo estaba con una mujer de origen Colombiano y en múltiples ocasiones empleaba el término duro, “a mi esa parte me da un poco de duro”, ó ahora me da duro”, por lo que le pedí “Defíneme el duro porque es un término que lo has utilizado varias veces y no sé muy bien lo que significa” (Ego a informante D 14 SA).

Otro tipo de preguntas es cuando se le pide a la informante que describa un determinado contexto que puede ser rico en elementos sociales. Por ejemplo, otra de mis informantes en la que me estaba narrando como en los años 60, en su círculo de relaciones sociales, dos de cada tres se sometieron a un aborto en la zona de Francia, evidenciando que fue algo que lo vivían con gran naturalidad. Y al comparar la situación social de ella y de su época, con la de su hija le pregunté “Tu hija no ha vivido el movimiento feminista, tu hija está en una situación como tú dices, en el que se les ha dado todo en muchas situaciones no ha tenido que luchar ¿Por qué crees que dice a lo hecho pecho? (Ego a informante MM 4 E).

Otro tipo de preguntas se realizan para hacer más explícita una secuencia, de manera que se vea la conexión entre una situación y una acción. Por ejemplo “Has dicho que en un principio decidiste seguir adelante con el embarazo, que tenias tus dudas, pero lo decidiste..., pero luego no ¿Qué pasó ahí? ¿Qué te hizo cambiar de opinión?” (Ego a informante M 2 E).

Y en todo este proceso va surgiendo una relación de intersubjetividad por medio de una estrecha observación que se establece a lo largo de todo el relato, y que se origina en dos direcciones: de la informante hacia la persona que investiga, y en dirección opuesta, del investigador hacia la informante. Es en este desarrollo que se van recogiendo aspectos emocionales y conductuales propios de la comunicación no verbal en cuanto a silencios prolongados, gestos, expresiones del rostro, movimiento de los ojos, cambio del volumen de voz y entonación, y que en su conjunto son necesarios para su análisis. Todos ellos son situaciones emocionales que surgen al recordar momentos dramáticos, duros, que provocan desazón, pero que son necesarios, porque significa que se ha recordado un momento con una gran carga emocional. Lo que se nos pide, como personas que llevamos las riendas de la investigación, es lo que Bertaux (2005) señala con el término “administrar lo inesperado” (p. 69). Esto significa no temer a las reacciones de la mujer que está contando un momento puntual, como tampoco negar las propias, aún a sabiendas de que debemos controlarlas.

Una situación dura concreta puede ser cuando se está escuchando un proceso narrativo, y se producen los largos silencios por parte de la informante. En una ocasión a petición de una informante me llamó para ofrecerse a contarme su episodio del aborto. Al finalizar la misma y tras despedirme de ella escribí en mi

diario de campo “Fue una entrevista dura, muy dura, difícil de llevar y reencauzar por los larguísimos silencios que se producían. La tengo transcrita nada más terminar ya que tenía que escucharla de tirón, situarme y hacerme una idea global” (23 de junio de 2011). Cuando la informante mantiene un mutismo durante un buen rato, produce, no solo una situación de malestar, sino que conlleva una situación expectante, incómoda, que cuesta afrontarlo sabiendo que la única manera de restablecer el contacto es que uno de los interlocutores comente algo, incluso cuando no estaba en el guión. Aún así Bertaux (2005) ya nos advierte de estos silencios prolongados, y que como ha hemos comentado siempre que se producen se acompaña de la evocación de momentos de pesadumbre, desasosiego interior o inquietud.

3.3.-Actitudes metodológicas

Previo a la realización de las entrevistas hemos trabajado ciertos autores que nos muestran las actitudes metodológicas que son necesarias tener para trabajar fuentes orales. Hablamos de Fraser (1989), Bertaux (2005-2011), Llona (2012) García-Orellán (2012), todos ellos me dotan del marco que debo contemplar al abordar este tipo de investigación.

En la perspectiva biográfica, las actitudes metodológicas le colocan al investigador en “una posición de sujeto metodológico” (García-Orellán, 2012, p. 69), es decir, sitúan al investigador en un equilibrio constante dentro y fuera del campo a investigar y en contextos variables.

Las actitudes metodológicas conservan una unicidad en su puesta en marcha, sin embargo, para hacerlas más didácticas, nos referiremos a ellas, en primer lugar

como aquellas que tienen relación con *el método* que llevamos a cabo en nuestra investigación y que guardan relación con las preguntas y dudas que nos iban surgiendo al comenzar dicho trabajo. Y así hablamos de:

-Tiempo de la entrevista. A efectos prácticos y según la experiencia que fuimos adquiriendo a lo largo del año de recogida de relatos de vida, las narraciones no deben de superar la hora. Como forma subjetiva, es cierto que las informantes necesitan tiempo para sentirse cómodos y decir lo que quieren, de manera que algunas mujeres han llegado con una forma narrativa previamente estructurada, como por ejemplo la siguiente *“Yo he estado pensando un poquito en como situarte en mi decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo”* (M 2 E), en cambio otras por el contrario *“No sé por dónde empezar, si me guiaras, si me empezaras a decir que es lo que más te interesa”* (J 8 E).

En todo momento nos hemos amoldado a las situaciones de las informantes, a sus circunstancias particulares, a los tiempos que éstas nos han ido marcando, siendo cautelosa, aunque en ningún momento en nuestro trabajo se ha tenido que posponer para otra ocasión.

-Tamaño de la muestra. No es infrecuente preguntarse por el número de relatos de vida que debe realizarse para que exista una validez en la investigación. La clave de este problema relativo a la cantidad, nos la desvela Bertaux (2011), por lo menos en parte, con el concepto de *saturación*, entendida como “el fenómeno por el cual después de un cierto número de entrevistas el investigador o el equipo tiene la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto sociológico de la entrevista (p. 2). Por ello los casos no deben ser fijados

previamente, sino que en la medida que hayamos considerados conscientemente diversificar los informantes, y estos son representativos para nuestro objeto de estudio, es cuando se confiere una base sólida, y las conclusiones que se vayan a extraer son válidas.

-Los problemas con la verdad narrativa. Debido a que los relatos de vida son de carácter subjetivo, no es trabajo de la investigadora averiguar la verdad de dichas narraciones, sino más bien, y siguiendo a García-Orellán (2012), lo que se debe es “penetrar en el entramado de los mismos, donde se construye y reconstruye las relaciones sociales, que está emergiendo a través de la incorporación de experiencias, que la persona muestra en su relato” (p. 77). Fraser (1989), también lo señala cuando afirma “mi tarea era la de interpretar estas versiones convencido que no había ninguna verdad única, absoluta. E interpretarlas de modo que intentara proporcionar explicaciones causales de lo que había sucedido” (p. 135).

Por eso lo más importante, además de aceptar la subjetividad, es la de abstraernos con nuestro objeto de estudio trabajando junto con los datos, el contexto de la época, y contrastar la información con las fuentes que se encuentren a nuestra disposición.

En ocasiones la mentira en el relato está relacionada con el hecho de dar mayor confianza con sus palabras. En una ocasión nos ocurrió lo expuesto al preguntarle a la informante:

Ego: Si tú hubieses tenido el apoyo de tus padres, ¿hubieses abortado?

E: *“Si. A mí el aborto o sea yo creo en Dios soy muy católica pero en esas situaciones, ¡hay que verse en la situación! que un niño hay que tenerlo*

cuando realmente quieres tener y creo que hay que tener un padre y una madre que le quiera y no tener así un niño sola³ que no, que en aquel entonces yo no tenía cabeza para tener un niño que va”⁴.

Me sorprendió como comenzó la contestación, así que trascurridos unos minutos, le pregunté:

Ego: ¿Por qué me has dicho que eres católica?

E: *“Porque he visto ahí....y supongo que tú serás”*

En este caso era como si la informante tuviera la necesidad de evidenciar coherencia personal, o una aceptación por parte de la investigadora.

La mentira o las verdades a medias tienen que llevarnos a una profunda reflexión teórica, y entender porque se produce y a que es debido. En lo expuesto no guardaba una relación directa con mi objeto de estudio, fue más bien un querer quedar bien, sin embargo en otras ocasiones pueden significar dinámicas, pactos internos, tipo de relaciones etc., qué habría que considerarlos como un elemento más del análisis.

-El registro de la entrevista. De todo el relato que queda registrado en la grabadora, se transcribe toda la conversación, palabra a palabra dicha por la informante, junto

³ Cambia el tono más alto y segura.

⁴ Bajito y mirando hacia abajo.

con el cambio de entonación de voz a la vez que vamos añadiendo las notas que se han ido recogiendo de comunicación de verbal (gestos, expresiones del rostro).

La operación de retranscripción es un trabajo a añadir dentro de la investigación, de manera que una hora de entrevista le corresponden de cuatro a cinco horas con una buena grabadora. Al escuchar de nuevo la entrevista y al leer del texto transcrito se añadirán las palabras que faltan, se indicarán los silencios con su duración y se analizarán las entonaciones, las voces. Por eso este proceso hay que realizarlo lo antes posible tras finalizar la grabación para no perder los detalles que con el tiempo se olvidan.

Los relatos de vida no debemos considerarlos sólo como una narrativa, por el contrario, para completarlos hay que interpretarlos, y es en esta interpretación “donde se encuentran los consensos sociales de lo que se debe hacer o decir o en definitiva argumentar” (García-Orellán, 2009, p. 16). El análisis de los datos se va realizando a lo largo de todo el proceso donde existen múltiples idas y venidas, porque siguiendo a García-Orellán “Los datos cuentan un modo de vida y una perspectiva multicéntrica que la llevamos en la investigación al contextualizarlos y enmarcarlos.

Una vez abordadas las actitudes metodológicas relacionadas con el método, a continuación nos referiremos a las actitudes metodológicas que tiene que ver con *la disposición* respecto a la informante, entre las que se encuentran:

-Liberarte de tu yo. Significa no ser nadie cuando comienza la narración de la informante. Como afirma Fraser (1989), “no es una abdicación del ser, si no una suspensión; necesito vaciarme de las tensiones internas que, cinco minutos antes, y de nuevo cinco minutos después de la entrevista, puedan preocuparme” (p. 133). Es un estado de espera como si nos vaciáramos por dentro para dedicarse al otro.

Conlleva estar allí únicamente para la informante, con el ansía de rellenarnos e impregnarnos de su información, a la vez con los sentidos alertas para detectar frases, palabras, que nos sugiere una situación interna conflictiva, o no, de nuestra informante, a través de la transferencia o contratransferencia. Fraser hace de ese estar ahí, con todas nuestras potencialidades abiertas, un símil muy exclusivo, cuando afirma “estamos como comadronas en la recreación de la historia de una vida” (p. 133).

Esta situación es un estado de empatía porque nos lleva a comprender y a identificarnos mentalmente con el estado de ánimo del otro y todo ello trasciende los propios sentimientos del entrevistador, por eso como se ha señalado en palabras de Fraser, la importancia de “vaciar el yo” (p. 139). Es por esta empatía cuando las mujeres hablan de forma más desinhibida, aun en presencia de una desconocida y de una grabadora.

-Escucha activa. Exige en una actitud del investigador que debe ser vivida como una competencia esencial y que se traduce en ayudar a la mujer a exponer su situación y en saber detectar lo que ellas no han dicho.

Existen algunos factores que ayudan en la escucha activa. El primero es el propio ambiente. Para facilitarle a la informante que exponga su situación y saber detectar lo que ella nos va narrando, se debe buscar y proveer del ambiente más idóneo, sin ruidos molestos del entorno, ni interrupciones por llamadas telefónicas o intromisiones en la habitación donde se está efectuando la entrevista. Las informantes deben sentirse adecuadamente cómodas para contar lo que quieren contar.

En la investigación, todos los encuentros con los informantes se han realizado en mi despacho profesional, en una franja horaria donde sabíamos que no iban a existir estorbos ni interrupciones innecesarias. Solo una de ellas y por petición expresa de la mujer, se realizó en la calle, en la terraza de una cafetería y a primera hora de la mañana, por lo que la charla se desarrollo de forma amena y sin problemas.

El segundo factor que ayuda en la escucha activa hace referencia a área emocional. Inevitablemente durante la interacción con la mujer informante, surgen en el investigador emociones cuando escuchamos a una mujer expresar un acontecimiento doloroso o recuerdos del pasado, o los momentos puntuales en la toma de decisiones, incluso los olores o visiones, y que se agudiza más en quien escucha, si lo que transmite la mujer se acompaña mediante el llanto etc. Y es en ese momento cuando por parte del investigador es necesario “poder poner aparte los sentimientos en un momento dado para poder escuchar al otro. Así el autoconocimiento nos dirá el modo emocional en que nos encontramos a la hora de llegar a la escucha del otro y poder apartar nuestros sentimientos” (Aseguinolaza Tazón, 2000, p. 139).

Aún en el caso de descargarnos de la carga emocional que en ocasiones conlleva un relato, consideramos que hay que ser cuidadoso y prudente con uno mismo, sabiendo dosificar el tiempo y el ritmo de las entrevistas, no sobrepasando la hora sobre todo cuando el ritmo de las mismas es muy seguido.

El tercero factor corresponde al área cognitiva, lo que significa que por parte del investigador no deben existir gestos o comentarios acerca de lo que está escuchando y que denoten un rechazo en la informante. Además que significa una

falta de respeto, obstaculizaría totalmente la escucha activa debido a que la mujer puede sentirse juzgada o percibe que su exposición no es creíble.

En cuanto a la táctica que hemos seguido con nuestras informantes, ha consistido en considerar a cada mujer como un ser único que posee una biografía y unas circunstancias únicas que la hacen persona. Las expectativas que cada mujer trae consigo y lo que espera tras contar lo que le ha pasado, son totalmente distintas, por lo que deberemos detectarlo, ya sea directamente a través de la conversación, o preguntándolo de manera que sepamos si lo que espera de nosotros es un comentario, o por el contrario simplemente que se la escuche. Es decir, ser un indagador neutral. Fraser (1989), nos enseña que “yo estaba allí para ellos, para oír su historia, y no para ofrecer opiniones subjetivas o juzgadoras, a menos que me lo pidieran. Y aun en este caso, intentaba volver sobre sus experiencias lo más rápidamente posible para sí asegurarles que había venido a oírles hablar” (p. 139).

En la escucha activa, tanto en el cuerpo de la teoría, como en nuestras informantes, indica la importancia y la acción terapéutica que sobre ellas ha tenido dicho proceso, al dar una oportunidad a una persona para que hable de su situación. En otras ocasiones le ayuda a clarificar sus ideas a la vez que le proporciona una descarga emocional, disminuye la tensión interna y la hostilidad producida por la situación en la que se encuentra.

Un muestra del valor terapéutico de la narración fue cuando un mitad de la entrevista, y sin venir a cuento, me dice: *“Hace 10 años que no lo hablaba, lo tenía que soltar y me va a venir muy bien”* (M 5 E). En otra ocasión, al presentar a la informante cual era mi objetivo, ella comenzó diciéndonos como se encontraba y

como el hecho de hablarlo le iba ayudar “yo he sido criada en raíces de mucha religión he sido parte de comunidades de iglesia y todo pues claro te sientes un poco mal un poco sucia, a la vez esto me sirve para poder sacar porque claro a todo el mundo no se le puede contar estas cosas” (D 14 SA).

-Confianza, pero como matiza García-Orellán (2012) “que no adhesión” (pp. 69-70). En la mayoría de las ocasiones, hablar por primera vez de un episodio íntimo que se mantiene oculto con una persona a la que no conoces de nada, exige que en el primer contacto se establezca una buena relación interpersonal marcada por la subjetividad, de manera que la percepción e imagen que proyectemos puede influir en la manera en que discurra toda la narrativa.

Facilita un clima de confianza, o bien que la informante previamente a solicitarle su colaboración nos conozca, o bien que se acuda a terceras personas que actúan como porteros.

A partir de este primer paso hay que ir activando y reforzando ese principio de confianza que puede venir de la argumentación a cerca de la importancia del documento de consentimiento informado para su firma y donde se establece un pacto de confidencialidad y de discrecionalidad con todo lo que narre, a pesar de estar grabada la conversación.

Otro aspecto que favorece dicho clima es la actitud corporal del investigador. Con la corporalidad podemos establecer una *comunicación verbal* que incluye desde un tono de voz que capte la atención y lo importante que es para nosotras esa persona, hasta saber estar en silencio haciendo anotaciones de las preguntas que en un momento determinado le realizaremos Y una *comunicación no verbal* en el que se debe mantener lo más posible el contacto visual, indicando con gestos facilitadores que seguimos con sintonía el relato (estructura, cronología). También

es importante nuestra postura corporal que debe ser relajada, manteniendo cierta distancia.

3.4.-El acceso a la memoria en la narrativa

El estudio acerca de la memoria y su aplicación en la investigación constituye un importante campo de reflexión en la investigación cualitativa, ya que es la forma de acceso que poseemos para la recogida biográfica, aunque es cierto que en la actualidad existe un desconocimiento acerca de la naturaleza de la memoria y su funcionamiento.

En relación a la memoria narrativa, vamos a mostrar dos aspectos: el primero hace mención al campo de la neurociencia y se analiza a Antonio Damasio y el segundo hace referencia a las dinámicas sociales, en las que Maurice Halwachs fundamenta la relación entre memoria individual y memoria colectiva en la selección del recuerdo que hacen las personas. O las del antropólogo Marc Augé que, sin ningún tipo de articulación, profundiza sobre los elementos del tiempo y del espacio en la aplicación de una teoría de conjunto, y la relación entre de la memoria individual y colectiva.

Desde una perspectiva fisiológica, Antonio Damasio, apoya la idea de que el ser humano está organizado por lo que él denomina *protoser*, *ser central* y *ser autobiográfico*. De manera “desde formas más simples, preceden y sustentan las formas más complejas, interpretativas y autobiográficos del ser consciente” (Damasio, 2001, p. 151).

Si lo asemejáramos a una pirámide cognoscitiva, en la base se encontraría el *protoser* “localizado en el cortex de las regiones parieto-temporal, el hipocampo y el cerebelo” (p 161), que estarían formados por conexiones neuronales auditivas, visuales, olfativas y sensoriales, de las que no somos conscientes, pero que son los responsables de la construcción de imágenes mentales.

En un nivel medio se encuentra *el ser central* que proporciona al ser humano la conciencia de ser (el yo) a través de lo que el organismo es, siente y se ve afectado por las cosas, mandando al cerebro un informe de “las imágenes que de si mismo tiene el organismo” (p. 187).

En tercer lugar mediante las conexiones neurales y cognitivas, del protoser no consciente al ser central consciente, surge la conciencia biográfica que tiene la facultad de conectar el ser central con las vivencias vividas del pasado y con el futuro previsto, siendo éstos últimos “recuerdos del futuros, es decir, recuerdos que concebimos como anhelos, deseos, expectativas u obligaciones” (p. 202).

Todas estas atribuciones de carácter mental, operan en el cuerpo, al mismo tiempo que éste funciona como referencia de “un punto de continuidad en el universo cambiante que representa el cambio del tiempo” (Llona, 2012, p. 19), y a partir del cual el cambio y la continuidad son procesados por la memoria. Para Damasio (2011), el cuerpo configuraría “la sede de subjetividad, de un ser autobiográfico que logra conectar su efímera experiencia del presente con sus vivencias pasadas y con sus experiencias de futuro” (p. 145).

La conexión del cuerpo con el exterior se engancha mediante las emociones, constituyendo una huella emocional imprescindible para el proceso de fijación de

los recuerdos, por eso las emociones son las que “entretajan la experiencia humana del mundo, y por ello, constituyen un componente sustancial de la memoria” (Llona, 2012, p. 19), de ahí que sea tan relevante para la historia oral de las informantes, ya que “permite conectar con la concepción fenomenológica del sujeto” (p. 19).

Cuando cualquiera de nuestras informantes pasa por la experiencia de un aborto provocado, va construyendo significados cuya información la va guardando en forma de imágenes en su cerebro. Ahora bien, la consolidación de dichas imágenes no es una copia exacta de lo ocurrido. Damasio (1999) lo argumenta afirmando que “lo que tiene almacenado en su comunidad de sinapsis no es una imagen, sino un medio de reconstruir una imagen” (p. 126). De ahí que cuando está recordando su proceso, lo hace evocando la construcción que lleva a cabo durante su experiencia vivida. Su reconstrucción está mediatizada por el conocimiento que tiene del mundo en ese momento, ya que esa construcción se realiza sobre base de “la movilización de nuestras necesidades, prejuicios, creencias, estereotipos, hábitos, convencionalismos culturales y un sinfín de factores, eliminando algunos detalles, cambiando otros e introduciendo elementos nuevos” (Llona, 2012, p. 21). El sentido y el significado de una vida se va construyendo a lo largo de ésta a la vez que va cambiando según las distintas experiencias que componen una vida, de ahí que no se narre igual en la vejez “cuando esa persona se encuentra ante una posición reflexiva autobiográfica” (Llona, p. 32).

Por lo tanto podemos decir de la memoria que es un sistema dinámico, que capta la información la interpreta y modifica llevando a cabo una nueva interpretación. Opera desde la rememoración de situaciones del presente pero interactuando con

el pasado, produciendo distorsiones, ya que construye los hechos a la medida de cada uno.

¿Significa por lo tanto que la memoria no es ni segura ni exacta ya que deforma los hechos? Para Damasio (1999), si bien plantea qué algunas sinapsis neuronales son modificados constantemente, otros “permanecen estables garantizando a los individuos la capacidad de reconocerse entre sí y de mantener el sentido de su propia biografía” (p. 138).

Respecto a Halbwachs (1950)⁵, éste establece la relación entre la memoria individual y la memoria colectiva. Según los contextos sociales, el recuerdo se sostiene en los cuadros sociales de la memoria, por lo que los contextos en los que se desarrollan las personas, les llevan a seleccionar o desechar unos hechos u otros. Es decir que “cuando se recuerda, se recuerda por medio de las claves específicas que se corresponden a los grupos” (p. 38), sobre los que se esté recordando. Pero también por medio de “la aceptación implícita de marcos más amplios que prescriben determinadas configuraciones básicas sobre el espacio, el tiempo y el lenguaje” (p. 38). Recordar implica, “asumir una determinada representación de la temporalidad, la espacialidad y el lenguaje” (Halbwachs, 1950, p. 38).

El texto que se va elaborando, según lo recogido por la informante, es un documento de carácter subjetivo donde se incluirán silencios, errores, y “precisamente, es la obtención de este tipo de información, lo que constituye el verdadero atractivo de la historia oral, y lo que nos permite afirmar que los

⁵ En su obra *La memoria colectiva*.

recuerdos no sólo revelan lo que pasó, sino el significado de lo que pasó” (Llona, 2012, p. 33).

A través del lenguaje y la narrativa, que la informante da forma y sentido a los recuerdos que se encuentran en la propia cartografía mental. El objetivo de una historia de vida no es obtener una información totalmente objetiva basada en evidencias bien contrastadas, si no que lo importante y el fin primordial, es conseguir un registro subjetivo que muestre como la mujer contempla un determinado aspecto de su vida. De ahí que la forma de hablar, de llevar un orden en la narrativa, el énfasis que le pone a ciertos aspectos, los silencios, las palabras que omite o dice a medias son datos importantes para la comprensión y posterior análisis.

Respecto a Augé (1998)⁶, refiere que “El olvido, en suma, es la fuerza viva de la memoria y el recuerdo el producto de éste” (p. 28). Como puntualiza García-Orellán (2002) “aunque parece que confluyen la memoria con el recuerdo, lo cierto es que es el olvido, junto con la memoria, constituye una unidad inseparable” (p. 15). Igualmente afirma que en proceso narrativo, “en cuanto asumimos el riesgo de plasmar los recuerdos en un relato, asumimos también el de poder recordar únicamente el primer relato o los que le siguieron, confiriendo un orden y claridad a lo que en un principio no eran más que impresiones confusas y singulares” (p. 19). Los recuerdos podemos considerarlos como realidades que están ocultas en algún punto de la memoria y que reaparecen a través de una palabra, un olor, un sabor, una impresión táctil e incluso por un hecho carente de importancia. Nos encontramos ante la evocación, el hilo conductor que activa un determinado recuerdo a partir de experiencias detectadas en nuestro cuerpo. Por ello al recoger

⁶ En su monografía *Las formas del olvido*.

el testimonio de nuestras informantes debemos adaptarnos en la organización de la narrativa que puede empezar “desde un amplio campo de evocaciones que le permitan el acceso a la memoria, que emerge de la interacción dialéctica entre el informante y la persona investigadora” (García-Orellán, 2011, p. 82).

Todo ello constituye las actitudes metodológicas que explicamos a lo largo de esta presentación, el garante del rigor científico en esta investigación cualitativa que desarrollo a lo largo de la elaboración de esta tesis.

GRAN CAPÍTULO DE RESULTADOS

Intentar conocer, distinguir y comprender la variedad de respuestas que presenta la mujer ante su aborto es francamente complicado, porque cada mujer y sus circunstancias son diferentes, y el aborto puede afectarla en diferentes dimensiones, ya sean filosóficas, religiosas, familiares, sociales, médicas. Por lo tanto debemos considerar el aborto como una experiencia compleja que en ocasiones ni la propia mujer que lo ha padecido lo entiende. Cuanto más difícil será comprenderlo por parte de los demás: familia, amigos, personal sanitario y sociedad.

Tanto si se es un defensor acérrimo del derecho al aborto, como leer que el aborto es un ataque a la mujer, puede producir una absoluta incredulidad, ya que lo expuesto va en contra de su más arraigada ideología y supondría un retroceso en la liberación y en la reducción del poder. Por el contrario, si quien lo lee es un defensor de la vida, puede cargarse de razones aludiendo que desde diversas plataformas o asociaciones se viene comentando desde hace tiempo dicha situación. Por ello creo conveniente dejar a un lado sea cual sea el planteamiento ideológico que se tenga, y mantener una mente abierta para poder leer las experiencias y testimonios vividos por las mujeres que lo han manifestado.

4.1.-Los silencios sociales

En este primer epígrafe comenzaremos a entreteter los datos empíricos obtenidos de las informantes con la reflexión y el análisis del marco teórico. Lo que analizamos son la existencia de distintas situaciones sociales que tenemos en torno al aborto, y no tanto la representatividad. Para ello ponemos sobre la mesa los testimonios de 20 mujeres que nos van a ir relatando si realmente se han beneficiado, o no se han beneficiado, de contexto social para abortar, y si dichos contextos de referencia apoyan a la mujer una vez que haya abortado. También mediante sus testimonios conoceremos si el aborto como experiencia vital es un hecho deseado o no deseado, y si la sociedad le ofrece el marco adecuado para cotejar sus consecuencias, o si por el contrario la sociedad apoya a la mujer pero posteriormente la somete a un silencio social.

Parece oportuno en un tema tan delicado, definir o dar nombre a los silencios. Los vamos a dividir en dos categorías, los *silencios sociales* entendidos éstos como aquellos que se imponen desde el contexto de referencia que rodea a la mujer y hablaremos de la sociedad, en cuanto que familiares, amigos, etc., así como la existencia, o no, de comunidades sociales. Y *silencios emocionales*, que se tratarán en el siguiente epígrafe, y que se establecen en el propio proceso ginecológico junto con los silencios que se impone la mujer.

Dicha categorización se efectúa como un método efectivo para poder organizar los datos y para poder realizar el análisis de los aspectos que a continuación iré exponiendo.

4.1.1.-La sociedad lo desconoce o no lo quiere reconocer porque se oculta

Burke (2009) afirmó lo siguiente “Como sociedad entendemos el aborto. Lo debatimos. Hacemos leyes sobre él. Discutimos sobre el aborto a nivel moral y político. Pero no lo entendemos como una experiencia que cambia la vida” (p. 32), y esta aseveración de Burke, que ya es significativa, se completa con lo que afirmó Gutiérrez Vallejo (2003) “la sociedad no puede admitir que una mujer esté atormentada por algo que la sociedad misma le ha procurado. A los ojos del mundo no pasa nada porque el aborto es legal y lo que es legal es bueno y no puede hacer mal”.

De ahí que, si el aborto se percibe como una elección voluntaria de la mujer, una acción que ella consiente, o porque así lo quiere, el resultado final debería ser de un cierto alivio. Por el contrario, si aparecen sentimientos de pesadumbre, éstos no se entienden, no se esperan, considerándolo como un pesar carente de todo contenido y de toda importancia.

Esto da a entender que la política del aborto no debe de suponer ni un solo riesgo, de ningún tipo, para la mujer. Y todo ello lo ratificamos cuando los familiares, amigos o compañeros de trabajo preguntan a la mujer como está después de su aborto. Esta pueda contestar (a modo de ejemplo selecciono alguna de las informaciones remitidas por la mujer).

Ego: ¿Y después del aborto como te quedaste?

“Bien, liberada” (E3E).

“No fue para nada traumático” (C7E).

“No podía hacer nada porque mis padres no lo sabían, hacerme la tonta y seguir con mi vida normal, con un compresión así de gordo, mi vida normal si hubo momentos en que salían unos coágulos y te entra otra vez la neura ¡no me lo han quitado todo!” (M9E).

“Normal. Estaba estudiando, estaba sacándome el grado medio, pues como tenía que ir a clase y luego trabajaba también” (GA17SA).

“Bien. Ahora hay que seguir adelante hay que dar el siguiente paso o volver a empezar a intentarlo o hay que aceptarlo, asumirlo y para adelante (A1E).

“Bueno lo pasas mal pero bueno ya se te pasa” (E18SA).

Cualquier expresión de normalidad o de alivio es interpretado como una señal de que todo está controlado, por lo tanto ante la frase “todo va bien”, nadie volverá a preguntar más, porque no hay nada en que profundizar, y la mujer en ningún momento podrá expresar su pesar y si lo hace podría encontrar contestaciones como esta:

“mi prima me dijo, que ya lo has hecho, ha sido de pronto fue lo mejor. Tu aquí estás sola nosotros te hemos apoyado pero no es lo mismo. Me empezó a trabajar y fue como ¡ya lo has hecho ya toma pecho! ya no podías hacer más nada” (D14SA).

Y sin embargo sabemos que cuando alguien fallece, lo menos indicado es decir -ha sido lo mejor, ó es mejor así- porque lo que se está transmitiendo a la persona que

está sufriendo es que no se entiende, ni se reconoce la pérdida ni el dolor que en ese momento se está sintiendo.

Por lo tanto la concepción social del aborto se refleja en frases como las anteriormente transcritas, y dichas expresiones no hacen más que respaldar la percepción social de que el aborto no tiene mayor importancia. Los amigos y parientes a menudo trasladan esta impresión a otras mujeres que están pensando en abortar, animándolas con frases como esta: “Silvia abortó. No pasa nada. Se encuentra muy bien”.

De ahí que la sociedad, a la larga, no pueda opinar de lo que desconoce, y lo desconoce porque no se cuenta, no se habla de lo que hay tras el aborto, y no se habla porque la propia mujer se ve mediatizada por el qué dirán.

En este sentido (M2E) es una mujer joven, profesional de la salud y madre de una niña y que al quedarse embarazada de nuevo abortó a su segundo hijo, como ella misma dijo, por la siguiente situación:

“que no era capaz de pasar otra vez por todo lo que había pasado con mi pareja, con mi suegra, yo decía es que no soy capaz de...psicológicamente no me veo capaz de sacar otro niño adelante”.

A pesar de las dudas de seguir adelante, cuando se enteró de que estaba embarazada, ella misma relata:

“una sensación de ¡que tengo que seguir, porque tengo que seguir!, pero al final socialmente tampoco está bien visto el tema de interrumpir el embarazo, a mi parece, o sea en mi entorno, yo creo que en mi cuadrilla, que

yo sepa, yo he sido la única, o sea que tampoco... y no es fácil hablar de ello entonces yo creo que si se mezcla un poco el sentimiento de vergüenza o del qué dirán”.

Si difícil es para ella contarlo por el rechazo de la sociedad, más difícil supuso contárselo a su madre, y más aún cuando existe el temor a ser juzgada por parte de quien se lo cuentas,

“...mi ama no sabe que he interrumpido, solo lo sabe mi hermana. Si yo creo que le dijera a ama que había interrumpido el embarazo ¡buf!. Yo creo que me apoyaría, pero tendría un disgusto, no llegaría a entender, me apoyaría porque soy su hija, pero no llegaría a entender le parecería algo terrible”.

Contrariamente a lo que se cree, socialmente el aborto no está bien visto, y por lo tanto se oculta, fundamentalmente porque todavía importa el qué dirán, y ese sentimiento de sentirse juzgada proviene por la evocación aprendida del bien y del mal, tal como (M2E) nos sigue narrando:

“Yo creo que por....aunque hoy en día la religión no tenga tanto poder, pues el tema moral desde pequeños nos han metido...yo no soy practicante de ninguna religión. Creo en algo pero tampoco soy practicante, pero sí que creo que está bien marcado en la sociedad lo que está moralmente correcto y lo que es incorrecto moralmente y el aborto yo creo que está ...Yo creo que la religión aunque en esta sociedad la juventud no es que sea muy practicante, pues mi ama y gente de su generación, gente del entorno de los 60 años, han tenido una educación religiosa católica religiosa, y bueno luego en nuestra

educación esa educación que has recibido de ellos ha influenciado en nuestra educación y entonces desde pequeña si te han inculcado esas cosas...”.

Pero ese pudor al qué dirán lo traslada también a su propio grupo de amigas, donde el juicio que se iban a formar por su actuación está condicionado para guardar silencio:

“Lo que pasa es que en mi cuadrilla somos 15, en mi cuadrilla si saben algunas que he interrumpido el embarazo, pero justo otras de mi cuadrilla habían tenido embarazo ectópico y tampoco les iba a comentar ¡no mira yo es que he interrumpido el embarazo! Además ellas no consiguen quedarse embarazadas. La hermana de otra de mi cuadrilla había tenido un aborto espontáneo, entonces decirlo así tan airosamente -yo he decidido interrumpirlo- a esas personas me parecía como egoísta. Pues estáis sufriendo en casa por circunstancias que tenéis y yo he decidido sin tener ningún problema para.... Es más utilizando método anticonceptivos, que no sé en qué momentos fallaron, me he quedado embarazada y decido con mi chulería entre comillas interrumpir el embarazo”.

4.1.2.-Silencio, ocultamiento, tabú

Las mujeres no hablan de su/s aborto/s de la misma manera que hablan de sus embarazos, ya que no es materia de una conversación normal. Como nos dice Burke (2009) “se comparte con entusiasmo sus historias sobre partos y embarazo, tomando un té con sus amigas, y sin embargo no se les ocurrirá hablar de sus sentimientos y recuerdos relacionados con su aborto” (p. 35). En el caso de hablarlo,

las reglas del juego difieren mucho de las propias en una conversación íntima, donde lo que verbaliza son esas emociones que salen al exterior de lo más profundo de la persona. Quizás la conversación vaya por derroteros más asépticos, donde se procura dar la impresión de una normalidad, indiferencia y despreocupación. Esto mismo lo viví una de las informante (S6E):

“No entiendo muy bien para que quieras el consentimiento informado, en mi caso fue algo natural un embarazo no deseado y punto (tajante en su voz y en la forma de mover las manos) No se qué utilidad le puedas dar tú a lo que yo te diga, ni qué interés para tienes para querer oírlo”.

En el transcurso de la entrevista con esta informante (S6E), ocurrió que ella fue adquiriendo, como escribió García-Orellán (2011), “roles múltiples que constituye en cierto modo un juego de máscaras” (p. 81) ya que fue pasando de la indiferencia a la de pesadumbre, para terminar con una máscara de serenidad al finalizar la narrativa.

Relativizar el aborto quitándole importancia, u ocultarlo de la realidad por lo que supone y por el qué dirán, implica a la larga “una supresión, una elisión de lo innombrable. Y el referente de lo innombrable es siempre lo no deseado por una cultura determinada” (Cueto, 2005, p. 25).

A este respecto, (E13E) desde la perspectiva de personal sanitario reflexiona sobre el aspecto de tabú ante este tema:

“Ves la televisión y parece todo tan fácil. Hay un tabú todavía, antes era la salud mental, el enfermo psiquiátrico era ¡uf!, había que tapar, luego fue el cáncer no había que decir que se ha muerto de un cáncer o que tomaba tratamiento psiquiátrico, pero ahora parece mentira que en pleno siglo XXI, el tabú es el aborto. Es estupendo, es maravilloso, te lo venden pero nadie habla de ello, nunca oyes una conversación sobre los abortos provocados... A nosotros nos ha cambiado la vida por completo. Hablan del aborto pero no saben lo que hay después que es muchísimo más duro que lo que pasas. Pero yo, como personal sanitaria, no tenía ni puñetera idea de lo que era esto”.

En la sociedad considera *el tabú* como un veto, y que según Cazeneuve (1971), puede ser “la causa y la consecuencia de que algo esté fuera del orden común, es un símbolo de que aquello que escapa a la regla (p. 63). El término tabú es complejo por el alcance y la magnitud que puede llegar a adquirir, aún sabiendo que, como afirma García Martínez (2005), “el tabú se manifiesta y opera en gran número de ámbitos de la cultura y de la sociedad y, sin duda, en los más determinantes” (p. 144).

Por eso, a lo largo de la historia, y en desarrollo de las sociedades, algunos tabúes han desaparecido, mientras que, otros nuevos o no, han ido surgiendo. Algunos de éstos perduran, y se han ido desplazando de un ámbito a otro de la sociedad. Este es el caso del aborto, y fundamentalmente en los silencios en torno al mismo, donde se encuentra un poderoso tabú relacionado con dos aspectos fundamentalmente. El primer aspecto es el relacionado con el cuerpo de la mujer, un hecho que hay que ocultarlo, ya que si bien el aborto no está prohibido, como afirma Lèvi-Strauss (1981) “...es más frecuente que lo que deja suponer, la convención colectiva de

silenciarlo” (p. 51). Y quizás uno de los motivos por lo que existe esta cultura del silencio es porque durante las generaciones en donde el aborto ha estado prohibido y penado, se convirtió en algo clandestino, y las personas pertenecientes a la generación de la guerra civil y las siguientes, “nacieron con la evidencia, que de forma implícita, resulta molesto para la comunidad y los testimonios en este caso son indirectos” (García-Orellán, 2011, p. 82).

Partiendo de ese encubrimiento, se asientan las relaciones de poder, pero relaciones de poder ocultas, porque la propia sociedad lo silencia “por considerarlo perjudicial para sus intereses” (Lèvi-Strauss, 1981 p. 51). Prueba de ello es que mientras que se aprueba las Leyes, se silencia el aborto, esta ambivalencia no es “más que el vestigio, la supervivencia, de ese conjunto complejo de creencias y prohibiciones cuyas raíces se hunden en un sistema religioso donde, en definitiva, reside la explicación (p. 54).

Podríamos preguntarnos ¿sólo las personas que tienen una formación religiosa silencian el aborto, o este silencio es transversal a grupos de personas creyentes y no creyentes?

De todos los casos, 6 mujeres han hecho referencia a la religión, bien directamente, como en algún momento de la entrevista. Tres de ellas han sido de la Comunidad Autónoma Vasca y las otras tres no nacionales, de procedencia latinoamericana. No hemos encontrado estudios que hagan referencia al aborto desde el punto de vista pastoral, aunque si existe una valoración moral-teológica bastante extensa. En busca de orientación hemos consultado a sacerdotes que están en situación de tratar un número elevado de personas y entre las que se encuentran mujeres que han abortado.

Consultado con un confesor de la Catedral de Santiago de Compostela, I.O., el 15 de septiembre de 2013, y formulándole la pregunta “si solo los católicos son los que se acusan en la confesión de haber abortado”, se refirió a ello con los siguientes argumentos:

“Los peregrinos que llegan a Santiago de Compostela y se acercan al confesionario son de diversos tipos. Algunos son cristianos practicantes, que hacen el Camino de Santiago como peregrinación, y se confiesan con cierta frecuencia: cada mes o cada pocos meses. Otros son cristianos no muy practicantes, que hacen el Camino por motivos culturales, deportivos, y de moda o actualidad, aparte del religioso, y que hace años que no se confiesan. Además se acerca por el confesionario gente no creyente, que no sabe muy bien lo que desean.

Para todas estas personas, en general, el Camino ha sido una experiencia única: aparte de salir de la rutina urbana y disfrutar de la naturaleza, se vive un ambiente de solidaridad, se convive y aprende de los demás. También hay muchos momentos de caminar en silencio, de reflexión sobre estilos de vida y los errores cometidos, que suele desembocar en una confesión –por parte de los creyentes-, o en una charla con el sacerdote –los que no tienen fe-.

En todos ellos, si ha habido un aborto en su vida, hay siempre una herida más o menos dolorosa, pero nunca cerrada. Es una experiencia que va más allá de la fe que tengan o del grado de práctica religiosa.

Es una práctica pastoral extendida, resaltar que el sacramento de la penitencia como sacramento de la alegría, no solo por el alivio que proporciona quitarse de encima una carga pesada, sino por la alegría de la reconciliación con Dios, que perdona y olvida los pecados confesados.

Una de las formas de ayudar a estas mujeres es recordarles que cuando se ha cometido una injusticia no es suficiente confesar el pecado sino que existe la obligación de reparar el daño causado. Junto con una penitencia exigente, les ayuda el recordarles que todavía pueden hacer algo por su hijo, rezar por él, también tienen una tarea por delante, ayudar a otras mujeres a que no cometan el mismo error que ellas”.

Y si no trasvasa, ello significa que el problema se encuentra en un conjunto de referentes más amplio. Nos referimos al segundo aspecto que hace referencia al biopoder de Foucault (1991), y sostiene que el poder se utiliza de una manera extensiva hacia el sexo en su sentido de acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie, utilizándolo como un concepto que entra en el juego de distintas opciones políticas, y de determinadas campañas ideológicas. Por ello “los mecanismos de poder se dirigen al cuerpo, a la vida, a lo que la hace proliferar, a lo que refuerza la especie, su capacidad de dominar o su aptitud para ser utilizada. (...) El poder habla de la sexualidad y a la sexualidad, no es marca o símbolo, es objeto y blanco” (p. 88).

Sin embargo, a pesar del tabú del silencio, se ha podido comprobar cómo algunas de las mujeres han podido contar con una comunidad de apoyo emocional. Dichas comunidades no son monolíticas, por el contrario, Rosenwein (2006) nos dice que “Las comunidades emocionales no solo se constituyen por una o dos emociones, sino por constelaciones de emociones. Sus estilos característicos dependen no solo de las emociones que se enfatizan, sino también de las que denostan” (p. 26). Es decir las distintas formas de vivir el aborto, hacen que las mujeres se integren en unas comunidades o en otras de manera que compartan distintas emociones.

Dichas comunidades emocionales puedan estar formadas por un grupo de amigas como las que a continuación se relatan:

“Entonces les llamé y les dije lo que me pasaba. Fui con ellas, fui con una de ellas, me acompañó, fue una cosa muy tranquila, sabía a lo que iba, sabía lo que clínicamente iba a pasar, era por aspiración y estuve acompañada de una amiga, luego llegué a casa me habían preparado la camita, un caldo, vinieron mis amigas, digamos las poquitas que sabían esto, que supieron lo que había pasado. Pues ese día estuve en la cama y recibiendo poco menos y charlando y hablando con hondura, no era una cosa frívola. Hablábamos de lo que a mí me suponía, yo tenía muy claro que no iba a seguir adelante un embarazo, ni en ese momento, ni de esa persona, ni en esas condiciones. Y lo hablamos mucho, algunas de ellas tenían experiencia otras no. Me cuidaron muy bien mis amigas” (MM4E).

“Entonces por medio de mi cuadrilla, me ayudó la madre de una amiga y nos fuimos a Biarritz. Ella ya sabía cómo era la historia y, bueno, pues nos fuimos” (C7E).

“Mis amigas más próximas, más íntimas, porque soy una chica abierta. Muy difícil tener un secreto, como te explico, cuando tengo un problema o algo me pasa, tengo una amiga que lo cuento todo. Cuando tienes una persona que te escucha y está ahí en el momento para darte fuerzas, cuando lo cuentas, ya sientes como alivio, no lo tienes dentro tuyo solo para ti, hay alguien que tu sabes que puedes confiar para compartir algo” (AM15SA).

Siguiendo a Nussbaum (2006), en dichas comunidades, las mujeres encuentran su seguridad en la idea de un grupo, por lo que al estar integradas las personas se definen como “normales, completas y buenas, y al rodearse de ellas se sienten reconfortadas y tienen la ilusión de la seguridad” (p. 256).

Ahora bien, este desaguadero sólo ha estado presente en 3 relatos, de las 20 mujeres entrevistadas, lo que supone que únicamente una minoría de las mujeres ha tenido la posibilidad de contar con alguien o con algo a lo que agarrarse antes, durante y después de su aborto. Si esto es así, se le está sometiendo a la mujer a una gran soledad y se la deja sin ningún tipo de recursos. Así nos los relata las siguientes informantes:

“Claro me sentí sola claro. El estar allí sola cuando entras al centro, estás sola, miras a la gente a tu alrededor, entonces no sé, me sentía sola, que no me había ido nadie acompañar” (E3E).

“Cuando vi que era positivo me eché una llorera, me eché una gran llorera, porque quería, entonces lloré sola, además sola, quería llorarlo lo que tenía que decidir” (MM 4E).

“La soledad que notaba al principio comparado con la que tengo ahora no, tiene nada que ver. Porque estás sola y solo tengo ganas de llorar” (SL20E).

“Pues lo peor que no se debe hacer, que se debe buscar ayuda, que se yo. Yo de haberlo sabido, que en algunas partes te ayudaban, no hubiera hecho eso, pero me sentía sola, sin familia, sin amigos, sin nada, no tenía apoyo. Pues no porque allí me hubiera apoyado mi familia, pero es que aquí no tenía a nadie. Sólo éramos mi pareja y yo” (SILE19SA).

“Cuando alguien quiere o siente esa llamada como mujer para tener un hijo, sería estupendo que hubiera adonde ir a que te apoyaran en esa decisión cuando no hay una familia por detrás que te apoya. Yo no la tuve” (C12E).

De ahí que insistir en negar la realidad que representa el aborto en algunas mujeres solo sirve para abandonarla, aislarlas de otros grupos de mujeres que manifiestan dificultades semejantes, impedirles que exterioricen sus sentimientos, y en definitiva impedir que puedan recibir la ayuda necesaria.

E incluso, existiendo estos grupos de apoyo, resulta complicado hablar de este tema de manera íntima y personal, porque es difícil enfrentarse, en concreto, a esta pesadumbre ajena, ya que “demasiados detalles, demasiado arrepentimiento, demasiado dolor sólo hace que todos se sientan incómodos” (Burke, 2009, p. 59).

4.1.3.-Compasion, Empatía

Cabría preguntarse ¿Presenta la sociedad algún tipo expresión emocional frente a la mujer que aborta?

Para poder responder a esta pregunta, me ciño a la idea de Nussbaum (2008) cuando afirma que “la creencia de que éstas preguntas se plantean mejor si se le dedica una atención detallada a cada una de las emociones, en lugar de generalizaciones sobre las mismas” (p. 337). Y para ello se fija en una de ellas que está fuertemente arraigada en la tradición del debate filosófico de las emociones, como es *la compasión* (p. 337).

Nussbaum define *la compasión* como “una emoción dolorosa ocasionada por la conciencia del infortunio inmerecido de otra persona (p. 339).

Es frecuente, cuando hablamos de compasión, asemejar dicha emoción al concepto de piedad, empatía y simpatía, dada nuestra tradición judeo cristiana, de manera que no se establece una diferencia conceptual entre ambas. Sin embargo, es la propia Nussbaum (2008) la que nos muestra la diferencia. Según ella, *la piedad* adquiere un viso de “condescendencia y superioridad sobre el que la recibe” (p. 340), por lo que debido al sentido que se le da, considero que es preferible evitar dicho término cuando me refiera a la mujer que ha abortado.

Por otro lado, *la empatía* la define no como una emoción, si no como una “reconstrucción imaginativa de la experiencia de otra persona, ya sea que la experiencia sea triste o feliz, placentera, dolorosa o indiferente, y ya sea que el sujeto que imagina piense que la situación de la otra persona es buena, mala o ni una cosa ni otra” (p. 340).

Y por último, el término *simpatía* era el término que antiguamente se usaba indistintamente al referirse al termino compasión, y que en la actualidad la diferencia entre los dos conceptos es la de que “la compasión parece más intensa y sugiere un grado más alto de sufrimiento, tanto por parte de la persona afligida como por parte de aquella que se compadece de ella” (Nussbaum, 2008, p. 340). Por lo tanto, la compasión como la simpatía, son dos emociones en la que la estructura cognitiva de la persona que siente, se conmueve ante lo angustioso o malo en la otra persona.

¿Pero qué condiciones son necesarias para que el individuo y la sociedad puedan sentir compasión o empatía?

Para que los miembros de una colectividad puedan sentir compasión por la mujer que ha abortado es necesario que se den al menos tres requisitos:

- El primero de ellos se refiere a que cuando se siente dicha emoción, está como señala Nussbaum (2008) “ligada al valor: implica el reconocimiento de que la situación es relevante para el florecimiento de la persona” (p. 344). la emoción está ligada al valor, es decir, es el interior de nuestra emoción, que sentimos que lo que está en juego es algo importante, no es trivial, sino que es, como escribié “algo que tiene magnitud. La estimación de la magnitud puede reflejar la evaluación de la persona que sufre, pero eso no tiene que ser siempre así” (p. 67). Y esto no siempre es así porque la compasión puede ir canalizada hacia la mujer que sufre porque comprende la gravedad de la pérdida, mientras que en otras que no están en esta tesitura, la sociedad puede “asumir la postura de un espectador juicioso, y construimos de la mejor manera una opinión del mal que aqueja a la persona en cuestión” (Nussbaum, 2006, p. 67).
- El segundo requisito es el relativo a que la compasión puede ir relacionada con la idea de que somos vulnerables de maneras similares, relacionando “a la persona que sufre con las posibilidades y la vulnerabilidad de quien se conmisera” (Nussbaum, 2006, p. 67). El problema del aborto es el problema de la vida, y por eso ninguna mujer es distinta a otra mujer que se queda embarazada de manera inesperada, y que se le puede pasar por la cabeza la idea de abortar. Tal como escribió López Schlichting (2005), “es la diferencia entre afrontar el desafío radical de un cambio de vida o proseguir tranquilamente con la indiferencia burguesa del

día anterior a la relación sexual” (p. 115). Y esta idea de vulnerabilidad puede ser el elemento clave y más intenso de la compasión y una causa para el amparo, pero al contrario, “también explica porqué la gente que piensa que sus posibilidades están completamente por encima de los otros, puede no sentir compasión por los problemas de esas personas” (López Schlichting, 2005, p. 115).

- El tercer requisito expone la idea de Nussbaum (2006, 2008) que para tener compasión es necesario elaborar “un juicio eudaimonista” entendido cómo desde las teorías de éticas de la antigua Grecia, qué es lo que entiende una persona “por vida plena (...) y que incluye todo aquello a lo que el agente atribuye un valor intrínseco” (Nussbaum, 2008, p. 54). Dicho juicio se detenta en una doble vertiente, por un lado la compasión se produce al estar significativamente receptivo al tema del aborto, y por otro lado porque se conoce la problemática, y existe una preocupación por las mujeres que padecen.

Ahora bien, la compasión puede estar incorrectamente dirigida, no sentirla, o no existir, y nos encontramos en torno a cuatro elementos que están todos ellos unidos a modo de eslabones de una cadena, como son:

- El primer eslabón es aquel que existe cuando se producen cambios en la forma de ver diferentes aspectos trascendentales y relevantes de la vida que producen “cambios de las formas de vida que dan lugar a nuevos trances” (Nussbaum, 2008, p. 347).

López Schlichting (2005) cuando afirmó que “los hechos existen. Es más, los hechos son portadores de una identidad insoslayable y positiva. El feto existe te pongas como te pongas. Te venga bien o mal, te haga feliz o no, te dificulte o no la existencia” (p. 117).

Y son en estas cuestiones relevantes donde están implícitas una concepción antropológica del embrión, del hombre y de la mujer respecto a la manera de entender la sexualidad, la maternidad y la vida, o en la manera de considerar la oportunidad o no de un embarazo, o las consecuencias de una malformación fetal y su relación en la calidad de vida. Todos estos aspectos que influyen en la decisión de la mujer para abortar, son significativos para sentir o no la compasión cuando la decisión adoptada por la mujer está a su favor o se vuelve en contra de ella, y su pena, o dolor no es entendido por la sociedad que la rodea, por lo que será muy difícil que puedan compadecerse con la situación de mujer.

- El segundo eslabón es el que hace referencia a cuando no se capta la gravedad de la problemática, y esto puede ser debido a una insensibilidad porque no hay una correcta información, y lo que no se conoce no se habla, terminando por silenciar el aborto y el mundo que lo rodea. Como refiere Puente¹ (2009) “la ignorancia sobre la cruda realidad del aborto da lugar a esa lógica en la que queda atrapada la mujer que ha abortado: todo el mundo tiene una opinión sobre el aborto; quien más, quien menos, piensa que es un asunto cuya valoración se hace desde lo subjetivo o lo religioso” (p. 64).

Y como señala Nussbaum (2008), “muchos juicios sobre el sufrimiento de los demás están sesgados por una falta de atención, por malos aprendizajes sociales o por alguna teoría falsa de la vida humana” (p. 349).

¹ Esperanza Puente es la autora del libro *Rompiendo el silencio* que fue escrito a raíz de que se sometió a un aborto, A partir de entonces no ha dejado de lamentar esa decisión, convirtiéndose en un testimonio para que la sociedad tome conciencia de los problemas a los que se enfrenta una mujer tras un embarazo inesperado y su posterior aborto.

- El tercer eslabón se refiere a que en ocasiones la compasión se percibe como que la persona que padece ese sufrimiento se lo merece, y en lugar de compadecerla lo que se está es culpándola y reprochándola; o por el contrario puede ser que en otras ocasiones si se siente compasión ya que se “adjudica la responsabilidad de su dolor a ciertos actos a las personas que los causaron” (Nussbaum, 2006, p. 69).
- Y el cuarto eslabón, podríamos considerarlo como el colofón, cuando decimos que la compasión no está bien encaminada cuando se incluyen muy pocas personas, sus circunstancias, sus vidas, sus situaciones, en el círculo de preocupación tanto individual como colectiva.

Y este eslabón puede darse en un sentido u en otro, bien porque el contexto social no quiera escuchar ningún tipo de quejas, pesar, arrepentimiento o remordimientos de la mujer que ha abortado, o porque como profesionales de la salud discriminan a la mujer que han abortado mediante un trato en los cuidados de enfermería, de naturaleza desigual que los que dan al resto en una unidad de obstetricia y ginecología. Este estado de marginación se observó por parte de Anjos Gesteira², Freire Diniz y Menicucci de Oliveira (2008) a raíz de un estudio de casos mediante un abordaje cualitativo y donde se pretendía analizar el discurso de los profesionales de enfermería con relación a la asistencia prestada a las mujeres en proceso de aborto provocado en una maternidad pública de Salvador (Brasil). Y destacaría un aspecto que se refiere a cómo “los profesionales tienen la percepción de que discriminan a las mujeres que provocan su aborto cuando les prestan la asistencia. Declaran priorizar la asistencia a las parturientas, puérperas o gestantes de alto riesgo en

²Este artículo es parte de una tesis de doctorado titulada “Asistencia prestada a la mujer en proceso de aborto provocado: discurso de las mujeres y de los profesionales de enfermería” presentada en el programa de post-graduación del departamento de enfermería de la Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil.

detrimento de la asistencia a las mujeres que abortan”³ (p. 452). En dicho país el aborto, por ser ilegal, estaba relegado al ámbito doméstico y por ende a la condenación social. De ahí que “las enfermeras no se dan cuenta de que el proceso puede desencadenar episodio de estrés pos aborto”⁴ (p. 452). Por todo ello, las mujeres inducidas a un aborto “siguen considerándose elementos reprimidos, que impiden el diálogo en los servicios donde son atendidas, y haciéndose más palpable la imposibilidad de una asistencia humanizada sin distinción de cualquier naturaleza”⁵ (p. 452).

Tal y como sugieren García-Orellán, Ortega (2011), “la sociedad ante el dolor tras un aborto ni está, ni se le espera, ni se permite, porque se desconoce o porque no se quiere reconocer, observando que incluso es rechazado por los profesionales de la salud y por el propio colectivo de mujeres” (p. 183).

Como se ha definido, para que surja la empatía se requiere la reconstrucción imaginativa de la experiencia de otra persona. Y para ello es necesaria una representación mental de la situación del que sufre junto con la idea de que uno mismo no es el que sufre. De ahí que las circunstancias del otro separadas de uno mismo son fundamentales. Como indica Nussbaum (2008) que “la empatía pueda relacionarse estrechamente con la compasión: si hemos de sentir compasión por otro, y no por uno mismo, debemos ser conscientes tanto del infortunio del que sufre como del hecho de que su suerte, justo en ese momento, no es la nuestra” (p. 367).

³ Es una traducción del texto original en portugués.

⁴ Es una traducción del texto original en portugués.

⁵ Es una traducción del texto original.

Se establece, por lo tanto, esa “diferencia cualitativa” (Nussbaum, 2008) entre el nosotros y el otro, a la vez que requiere un tipo de “atención doble en la que uno imagina lo que sería estar en el lugar del otro que sufre, y de forma simultánea, conserva a salvo su conciencia de que no está en su lugar” (p. 367).

¿De qué manera se relacionan la compasión y la empatía?

La compasión la podemos relacionar con la empatía de tres maneras.

- La primera es que se puede sentir empatía ante situaciones alegres y la compasión reservarla para cuando la situación sea mala. Pero incluso cuando “se trata de acontecimientos desgraciados, la empatía no es suficiente para sentir compasión” (Nussbaum, 2008, p. 367). De hecho en la vida diaria se puede manifestar una empatía considerable, sin que se compadezca del sufrimiento. Se puede empatizar con la mujer que ha abortado, comprender lo que ha hecho, sin ninguna inclinación hacia la comparecencia.
- La segunda, es que se puede empatizar con alguien sin compadecernos, mientras se considere que la mujer es responsable de la situación en la que se encuentra. Podríamos recurrir a expresiones coloquiales como a *lo hecho, pecho*, es decir, ya que la mujer ha decidido someterse a un aborto, entonces solo ella tiene que cargar las consecuencias de tal acto. Esto crea un gran desamparo, ya que la mujer puede sentir la necesidad de compartirlo con alguien, y sin embargo el miedo a ser juzgada la hace callar y seguir en silencio.
- En tercer lugar, podemos no sentir ninguna compasión ya que cómo afirma Nussbaum (2008) “no vemos a la persona como una parte importante de nuestro esquema de objetivos y proyectos”. Se vienen asumiendo formas de vivir y de pensar, que nos permite, como señala Puente (2009): “nos hacen la vida más cómoda y nos permiten evadirnos de las dificultades y mirar para otro lado cuando

nos encontramos con algo que tal vez nos pueda abrir los ojos; siempre resulta más cómodo volver la cabeza. Sin embargo, lo que no tenemos en cuenta es que, aunque muchas veces pasen inadvertidos, los problemas siguen ahí, y a veces se agravan por nuestra indiferencia” (p. 62).

Y es en esta última situación en la que se encuentra la sociedad, en la que por un lado se ha ido ensordeciendo y no ha sido capaz de oír los susurros que le iban llegando, y por otro lado la mujer se ha ido adaptando al silencio que le ha sido impuesto por gran parte de la colectividad, los políticos y los medios de comunicación. Como señala Puente (2008) “ante la realidad de la pérdida de su hijo, se encuentra con un entorno humano y social incapaz de entenderla, porque reduce a esquemas ideológicos lo que tal vez haya sido el peor suceso de su vida” (p. 64). Además existe una tendencia en desprestigiar los aspectos de la personalidad que se ven como femeninos: la compasión, la tristeza, la necesidad, son un ejemplo de éstos. De ahí que a los ojos de la sociedad se debe ser una persona dura, pero no blanda, porque esta no es una cualidad propia de los miembros dominantes de nuestra cultura.

Tras todo lo manifestado en este primer capítulo, podemos acabar concluyendo que la sociedad entiende poco el aborto y a quienes abortan. Se habla sobre el tema y se discute en aspectos legales, morales y políticos, pero muy poco se sabe acerca de cómo el aborto puede cambiar radicalmente la vida de ciertas mujeres.

Es inherente a la sociedad que el aborto es un logro en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, por lo que la mujer que se somete a dicha práctica, excepto en casos específicos, además de hacerlo plenamente convencida, lo realiza ajustándose a derecho y en aras de su libertad. Por lo tanto no caben la

pesadumbre, el arrepentimiento o la culpabilidad. Ahora bien existe una clara dicotomía entre lo que socialmente se habla, con voz fuerte, enarbolando la bandera a favor de la libre decisión de la mujer, y los silencios y la ocultación que la mujer se impone ante ella misma y ante los demás y todo ello para no juzgarse y no ser juzgada.

Estos silencios ocultos que la mujer permite que se instalen, traen a la larga una relativización del aborto, una supresión de aquello que teniendo nombre no se debe nombrar. Ni la mujer ni la sociedad desea nombrar ni hablar del aborto, llegando a convertirse en tabú, manifestándose y operando en amplios sectores tanto de la cultura como de la sociedad, y esto nos indica, como afirma Cazeneuve (1971) el tabú “es la causa y la consecuencia de que algo está fuera del orden común”.

Existe el convencimiento social de que el aborto debe ser silenciado, porque este hecho puede estar relacionado, tanto como el cuerpo de la mujer, cómo por una tradición mantenida durante generaciones de ocultación cuando el aborto estaba penado, perseguido y convirtiéndose en clandestino. Y partiendo de este encubrimiento se asientan y trasvasan, en la sociedad, las relaciones de poder. En el caso de no trasvasar, el poder se utiliza de una forma extensiva hacia el sexo, a la vida del no nacido y a la vida del hombre y donde el biopoder entra en escena y es el protagonista de las distintas opciones políticas como de determinadas campañas ideológicas.

Ahora bien, en ocasiones, la mujer es capaz de encontrar una comunidad emocional, en la que hable con distintas mujeres con problemáticas semejantes, de manera que se puedan canalizar las emociones, y la mujer se sienta reconfortada y segura. En caso contrario, si la mujer no encuentra donde desahogarse, se la somete a una gran soledad, sin ningún tipo de recursos y a una gran carga emocional, aislándola de

otras mujeres que manifiesten dificultades parecidas, impidiéndolas que puedan recibir la ayuda necesaria.

Es a raíz de ese silencio colectivo que retrotrae a la mujer a un mundo abandonado y desconocido en el que la sociedad se ha desentendido, o bien porque desconoce la gravedad de la pérdida, o no es receptiva y desconoce la problemática que una mujer puede acarrear, ya sea por una insensibilización o falta de información. Todo ello hace que se culpe a la mujer o que se trivialice la problemática considerándola un debate propio de progresistas o conservadores, y donde dicha problemática báscula entre lo subjetivo y lo religioso, según de qué lado se posicione el que habla. Los progresistas tachan a los que entre sus ideales figura la de defender la vida, supuestamente de conservadores, junto con un matiz que se inclina más hacia la el binominio defensa de la vida-religión. Mientras que los conservadores, a su vez tachan a los progresistas de obviar cualquier referencia científica en cuanto al comienzo de la vida, a favor de una actitud claramente abierta al aborto. Y al final la mujer se encuentra, ante quienes prefieren callar o ante quienes los defienden, sin que lleguen a entender y conocer absolutamente nada de lo traumática que puede ser la experiencia.

4.2.-Los silencios emocionales

Seguiremos entrelazando los datos empíricos de las informantes y empezaremos a considerar los silencios emocionales, entendidos éstos como las reservas, omisiones y ocultaciones que se somete a la mujer, para preservarla de distintos tipos de

conmociones afectivas de intensidad variable, relacionado con su proceso de aborto, así como los silencios emocionales que la propia mujer se infringe.

Los silencios comienzan, en ocasiones, con el propio proceso ginecológico en el que no se abordan, y por lo tanto se ocultan, datos relativos a la falta de información dada a la mujer a través del consentimiento informado y del desconocimiento del acto quirúrgico o farmacológico al que se va a enfrentar, así como la forma en que se va a desarrollar la fase post-aborto. En el propio proceso nos encontraremos con el ambiente físico y trato humano con el que tienen que enfrentarse dichas mujeres en las consultas o en los centros donde se les realiza el aborto.

Nos plantearemos las tres causas por las que una mujer guarda silencio tras un aborto, como son la privacidad, los olvidos y las emociones de vergüenza y culpa. Se expondrán las causas de cada una de ellas relacionándolas con el testimonio recibido de las propias informantes. Para finalizar, nos aproximaremos a las distintas terapias y asociaciones que tratan dichas respuestas ante el dolor emocional.

4.2.1.- En el proceso ginecológico. ¿Se contempla mostrar a la mujer qué es el aborto, o se silencian ciertas cuestiones?

Por supuesto que se contempla mostrar qué es el aborto, el problema radica en cómo se muestra y qué es lo que se muestra.

Antes de comenzar a describir lo que los silencios esconden a raíz de las experiencias vividas por las mujeres que han abortado, hemos detectado en toda la información acumulada, cierta arbitrariedad en el personal sanitario (médicos, matronas, psicólogos) que atiende a la mujer que se acerca a una consulta o a un centro abortivo y en donde la información circula en una sola dirección, la del aborto,

silenciando otras opciones como si la del aborto fuera la única y no hubiera otra solución.

“Cuando me dieron el test, que era de orina, me dijeron que debería bajar hablar con la matrona para ver las opciones que había, y cuando yo le conté a la matrona cual era mi situación, pues me dijo que abortara. Me dio las clínicas en las que había abortos”. “El ginecólogo me dijo que era como una alubia” (A10E).

Ya nos ofertó el día 1 cuando fuimos, estaba de tres días de falta y la opción que nos dio era abortar. Yo tenía claro que en el momento que me dio positivo yo tenía a mi bebe, y él para quitarle importancia, nos dijo aquí en la ecografía te lo tienes que imaginar. Esto ¡bah, no es nada! Esto no es prácticamente nada, vamos a esperar esta semana porque a lo mejor lo echas y ya está” (E13E).

En el primer aborto me aconsejo la matrona de planificación familiar, me echó una charla sobre la liberación de la mujer y tal, y yo con lo agobiada que estaba por las circunstancias... (E18SA).

En los abortos que se regían por la Ley de 1985, era necesario además del informe del psicólogo, el consentimiento informado, y así se contemplaba explícitamente en el Real Decreto 2409/1986 de 21 de noviembre, en el apartado III, artículo 9, donde se señala que “los profesionales sanitarios deben informar a las solicitantes sobre consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, como de la de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar”.

A raíz de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, fue de obligado cumplimiento la entrega a la mujer, por parte del personal, ya sea de los centros de salud que derivan a la mujer a la clínica abortiva, como de la propia clínica, de un sobre donde se recoge tal como se indica en el mismo es una “Información sobre la IVE⁶. Artículo 17 de la Ley Orgánica 2/2010 la Información previa al consentimiento de la Interrupción voluntaria del embarazo en el que en el apartado 1 dice que: “todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente”.

En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado y la información que se oferta en forma de folletos es la siguiente:

- Primer folleto de información general acerca del concepto y métodos (con un máximo de ocho líneas), las condiciones que la Ley prevé para la práctica de la IVE, y los trámites necesarios para acceder a la prestación de la IVE.
- Segundo folleto acerca de la Interrupción Voluntaria del embarazo cuyo contenido es una lista de siete centros públicos, de la Comunidad Autónoma Vasca, y que están disponibles para recibir información sobre anticoncepción y

⁶ Las siglas IVE, correspondientes a la interrupción voluntaria del embarazo, son tal cual vienen en la información publicado por el Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo.

sexo seguro. Además se informa de los centros de salud, de las tres provincias de la Comunidad Autónoma Vasca, divididos por Comarcas, en las que se ofertan consultas de matronas y/o ginecología.

- Tercer folleto donde se informa de tres aspectos puntuales. En primer lugar de las ayudas públicas para mujeres embarazadas y ayudas al nacimiento o por descendencia, donde se incluye las ayudas a familias con hijos/as; las ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral y por último las ayudas en materia de empleo. En segundo lugar los beneficios fiscales por descendencia. En tercer lugar de la protección frente a la discriminación.
- Cuarto folleto se refiere a las Políticas Activas de Apoyo a la Mujer Embarazada y a la Maternidad y comprende los siguientes apoyos: Asistencia Sanitaria quienes se benefician, cuales son las prestaciones y quien dispensa la asistencia; Prestaciones familiares de dos tipos de carácter no contributivo y contributivo; Los beneficios laborales donde se incluyen los detalles de los beneficios, permiso por maternidad y por paternidad: Beneficios fiscales y ayudas en materia de empleo.

¿Qué podemos considerar que falta en esta información? No existe una información acerca las repercusiones físicas y psicológicas del aborto, y no hay una comunicación acerca de la existencia de otras alternativas frente al aborto. Direcciones de ONGs, u otras asociaciones que asesoren de las diferentes alternativas para que la mujer que lo desee pueda seguir adelante con su embarazo sin tener que renunciar a él por soledad, presiones o falta de medios.

De todos los testimonios recogidos, ¿Saben lo que firmaron? ¿Se acuerdan del contenido del consentimiento informado o de la información que contenían los folletos?

Vamos a ejemplarizarlo con algunas situaciones:

(Llorando) *“No te explican, no te dicen nada, no sabes nada, no te hacen ningún tipo de test psicológico. Solo vas y te dicen que vayas al día siguiente y te dicen que no te preocupes que te van a dar un valium”* (E13E).

(con voz baja y hablando muy lentamente) *“Y no sé, me puse tan nerviosa, empecé a darle vueltas y no me enteré, la verdad, no me acuerdo lo que me dijeron”* (A1E).

“Entré en la clínica y claro me sentí sola, claro llegué allí y eran todo emigrantes, si me acuerdo, firmé un papel que ponía...(largo silencio intentando recordar) no me acuerdo realmente lo que ponía” (más silencio)(E3E).

“Fui a la clínica, me hicieron una ecografía y me dijeron que justo coincidía con lo que me había hecho la matrona que estaba, (mirando hacia abajo en voz baja)... no me acuerdo, y a la semana siguiente, porque lo tenía que hacer ya, que fuera a la clínica y que pasaría por un psicólogo y no sé lo que me dicho, más o menos, pero no me acuerdo de más” (A10E).

“No sé lo que he firmado, firmé un papel. Me lo leí, no. Si estaba llorar que llorar, me ofrecían kleenex y valium y no sé ni lo que firmé” (E13E).

El resto de las informantes que no hacen mención a la información, todas ellas coinciden en que fueron a la consulta de manera privada dentro y fuera⁷ de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) y no derivadas por la matrona de *Osakidetza*.

Sólo dos de las veinte mujeres que han narrado su experiencia, han verbalizado que supiese, antes de que se lo hicieran⁸, que tipo de aborto se les iba a practicar. El resto no sólo no sabían en qué consistía, sino que se enteraron una vez realizado, también desconocían las consecuencia que podían derivarse⁹ y prueba de ello es que no sabían que era un aborto. Tal como señala Burke (2009), “la mayoría de las mujeres que buscan abortar saben muy poco o nada acerca del procedimiento abortivo, sus riesgos o sobre el desarrollo del feto” (p. 38).

Según lo expuesto por Burke, queremos dar voz a nuestras informantes en dos faltas de información sobre el procedimiento abortivo que considero relevantes.

La primera falta de información hace referencia a los silencios y ocultación del propio proceso y es significativo lo que detallan acerca *del dolor* del acto abortivo que fue por aspiración en estos casos:

“Era dolor, un dolor punzante, no sé cómo decirte.... era un dolor intenso pero no sé, igual era aspiración, no sé. Desde luego que hoy en día lo pienso y digo, jode que te metes a un sitio y te dejas hacer lo que...y realmente no sabes lo que te han hecho” (E3E).

⁷ En Francia las clínicas que señalan están en Hendaya y Biarritz. También Londres. Otra informante solo informó de una clínica en el otro lado. Otro de los aborto se realizó en Londres.

⁸ Coincidían que las ambas pertenecían a profesiones sanitarias: médico y enfermera.

⁹ Dichas consecuencias se verán en el siguiente capítulo.

“Si supuestamente me pusieron anestesia pero yo noté muchísimo dolor, mucho, mucho, pero igual era de (se señala con el dedo la cabeza) porque el dolor no se me iba y lloraba mucho, no sé” (M5E).

“¡Uf! increíble, era como retortijones todo el rato (hace el ruido del aspirador)” (M9E).

“Lo único que sé es que me dolió mogollón, fueron 5 minutos pero se me hicieron eternos, y yo no soy quejita (...), pero no lo volvería a repetir, o sea no lo volveré a repetir y conozco a gente que lo ha hecho más de una vez y yo no sé cómo han podido, porque lo pasé fatal” (A10E).

“En ese me anestesian, que es como si me dan una gominola y noté todo. O sea yo le decía que parara porque no podía con el dolor, ya no era el psicológico, era el físico, era horroroso (vuelve a revivirlo y vuelve a llorar), era horroroso, fue horrible, agarré la mano a la enfermera que no sé si le rompí algún dedo” (Z11E).

“Empecé a notarme que me mareaba. Tenía unos entuertos que me moría, tenía un dolor terrible. Sé lo que es parir con dolor y no tenía nada que ver con lo que me pasaba. Tenía un dolor que me desgarraba por dentro. Si que era un tercero y el útero estaba dilatado y demás y ahí empezó la pesadilla que continua” (E 3E).

“Ya me llevaron hacerlo yo le dije al médico, no sé porque de pronto se me vino como a mí me gusta todo esto de ver como hacen las cosas las operaciones y todo siempre me he dedicado a ver programas así, yo le dije al

médico que en el momento que lo estaba sacando que me metió el aspiradorcito que volteara, que yo lo quería ver. Y en principio yo lo empecé a ver y no me dio tanta impresión como ya después que salí, después de que me lo sacaran todo que ya empecé a sentir un poco el dolorcito me dio la impresión de ver como lo aspiraban que hacían y después caí como en un shock” (D14SA).

“Si me duele mucho. Porque no toma ninguna medicina para que tu duermes y quitarlo. Ninguna. Hay que mirar cuando quita, entonces hay mucho dolor” (Br16AF).

“Lo pasé mal pues pensando en ello, y luego el dolor físicamente” (E18SA).

En otras informantes el dolor sobrevino posterior al aborto. Por ejemplo:

“Fuimos en metro, me llevó a ese lugar y me tuvieron allí una hora, fue rápido me hicieron lo que me tenían que hacer y luego me metieron a una habitación de descanso, me dijeron te sientes bien y más o menos y luego ahí nos retiraban rápido y al salir de allí estaba toda mareada no podía pararme, y en el trayecto así seguía con náuseas. Y al otro día, así buscar empleo, dejar curriculum, y en el trayecto me vino así un sangrado con coágulos como carne, con mucho dolor, no sé que me bajaba y de allí nos fuimos al piso y me seguía bajando y estaba mal. Yo no fui al lugar donde me hicieron eso. Y venía mala mal y no pude hasta que me internaron ahí en el Miguel Servet y tenía un sangrado así y entonces me dijeron que has venido a tiempo porque me dijeron que seguía teniendo restos y eso me estaba haciendo mal” (Sil19SA).

De este relato hay que destacar algún aspecto además de este dolor físico, que ninguna de las informantes lo han olvidado, y que muchas al recordarlo lloran de nuevo, y es que a ninguna de las mujeres les fue advertido de que podía producirse la situación arriba indicada.

Burke (2009) nos dice que “cuanto más intensos sean los sentimientos negativos de la mujer tras el aborto, más aversión sentirá a la hora de acercarse a la clínica o a sus asesores, dado que están vinculados emocionalmente con su dolor” (p. 40) y así nos lo testimoniaron “yo no fui al lugar donde me hicieron eso” (Sil19SA).

Además de ese testimonio, se asienta mucho más la argumentación con lo explicado por (E13E):

“Yo tengo el recuerdo de bajar al parking, coger el coche y ya me empecé a marear, me empecé a encontrar mal, y de echo pensé que me había pasado. Bajé a la panadería y empecé a notarme que me mareaba, que no podía ni con el bolso. Estaba subiendo las escaleras y ya no podía abrir la puerta de casa, entré tiré todo en mitad del pasillo y me tumbé en el sofá. Como pude llegué a la habitación, me tumbé en la cama y le llamé y le dije V... ven porque me estoy muriendo en la cama. ¿Dónde vas? No tienes nada, y que les digo es que he estado donde este médico y no sé ni lo que me ha hecho. A la mañana él me llamó por teléfono de un móvil, para preguntar qué tal estaba su paciente porque como me había visto un poco así. Le dije me estoy yendo en sangre pero yo no voy a volver a ese sitio. Yo tenía una hemorragia, eran unos coágulos de sangre como de la palma de la mano, exagerado, me estaba yendo en sangre y no podía ir a ningún sitio”.

La segunda falta de información se refiere al desconocimiento que tenían sobre el concepto del proceso del aborto, de ahí que al preguntarles si sabían lo que era un

aborto, me encontré con las siguientes definiciones que están dadas en base a sus creencias. Entresaco las más significativas:

Ego: ¿Qué es para ti el aborto?

“Pues hombre...eh (largo silencio) en realidad fue que se vino abajo unas expectativas de futuro a nivel familiar, unas ilusiones, no sé y se rompen de repente y encima como de una manera brusca, no es que lo pierdes es que te lo tienen que quitar no digamos. No sé pasas de estar la misma mañana embarazada a no estarlo. No sé pues (silencio mirando hacia abajo) (A1E).

“Un aborto (silencio larguísimo, mirando hacia abajo) según la situación de la persona (sonriendo y con risa nerviosa). No, no, ya sé que hay una vida dentro pero... hoy en día no sería quien soy” (E3E).

“Pues nada. Era tener la posibilidad de no tener un hijo si no querías. O sea el aborto era la posibilidad, para quien voluntariamente no quisiera, no tenerlo. Eso era, una posibilidad legal para quien no quisiera tener un hijo no lo tuviera. Que ese hijo no naciera en contra de la voluntad de su madre. Era una posibilidad, pero no una obligación y pienso que se ha convertido en una obligación” (C12E).

“Pues te va a parecer curioso, no me parecía algo de lo que ahora estoy viviendo, a pesar de ser sanitaria y tener información, como te lo venden, como que no es para tanto, pues no lo veía tan grave”(E13E).

“Pues si realmente te das cuenta que si tú no te ves capaz ni siquiera de estar bien tu mismo y poder cuidar de ti misma y mucho menos te sientes capaz de poder salir adelante con un bebe, pues yo creo que si tomas esa decisión no tienes por qué ser mala persona” (SL20E).

Como leemos en estos ejemplos, el concepto de aborto solo se define en tanto en cuanto está supeditado a las situaciones personales, de manera que se elimina todo concepto que suponga *deshacerse de, eliminar a...* Y esto es transversal en todos los relatos, excepto en las narraciones de las mujeres extranjeras, que es distinto. Vamos a verlo a continuación con la misma pregunta:

Ego: ¿Qué es para ti el aborto?

“Perdí la oportunidad de criar aquel que también perdí, que perdí no, que lo voté, porque eso no es perder, eso es votar” (D14SA).

“Bueno es una cosa que me ha dolido un poco porque no se hace porque es como si fuese estar matando un ser humano, desde el primer día ya está funcionando” (AJ15AF).

“Es como uno mata. Mira como así yo soy una asesina a mi no me gusta. Cuando mata a un niño es como matar a ti misma. Es mi sangre” (Br 16AF).

“Lloraba, hombre porque es mi bebe y me sentía culpable de lo que estaba haciendo, porque realmente es una vida” (GA17SA).

Las tres informantes que quedan, y no pertenecientes a la CAV, son latinoamericanas, y no supieron responder, pero todas ellas lloraban en el momento de la entrevista.

Sin que éstas informantes den una definición científica del aborto, observamos que la forma en que ellas lo manifiestan difiere mucho de los testimonios de las informantes de la CAV, ya que estas mujeres extranjeras exteriorizan conceptos tales como *realmente es una vida, es como uno mata, matando a un ser humano, o*

voté. Todas ellas con los términos que emplean se acercan a la propia definición médica de aborto, que se define como “toda interrupción del embarazo, en cualquier momento de la vida intrauterina, desde la fecundación hasta que el feto es viable y significa muerte del feto” (Jiménez Vargas; López García, 1975, p. 133).

Por ello es necesaria la ecuanimidad en el personal que asesorara a la mujer, de manera que estuvieran abiertos a una mayor información acerca del propio acto, a las consecuencias que pudiera acarrear, y hacia otras alternativas posibles y distintas a la del aborto, Y todo ello con un respeto absoluto a la libertad individual de la mujer, incluso si la situación fuera de una menor. Si es posible el aborto en adolescentes, también debe ser posible su decisión de seguir adelante con su embarazo. Al respecto de esto, presentamos lo que narra una de nuestras informantes, trabajadora social, que se sometió a dos abortos, y que cuenta su experiencia profesional de esta realidad del día a día:

“Yo me he encontrado en una mesa trabajando con asistentes sociales. Y cuando ha habido algún embarazo deseado de alguna adolescente, deseado e inesperado, le hemos planteado a la cría que abortara, porque es lo primero que se le ha planteado, que abortara desde la asistencia social y la niña que ha dicho que no, se ha hecho todo lo posible para que abortara. Es decir la propia institución hemos fomentado el aborto y las propias mujeres profesionales del ámbito de la salud en general, creo que la salud mental y la salud anímica también debe de estar incluida en la salud” (C12E).

Otra de las consecuencias que esta información unidireccional provoca es que se escuche poco a la mujer, de manera que no se detecten esas necesidades no verbalizadas en las que éstas están pidiendo una ayuda distinta a la del aborto.

“El psicólogo, me dijo unas preguntas cuando fui abortar, que fue aquí mismo en San Sebastián, y evidentemente yo le dije lo que me pasaba, pero el psicólogo lo único que necesitaba era mi permiso para el sí del aborto, pero en realidad no estaba haciendo caso a lo que a mí me estaba pasando, porque yo no quería” (C12E).

“Iba un poco forzada por la situación y estaba esperando que entraría alguien y por la puerta decirme ¡vete que esto no es para ti” (E13E).

Sin embargo, las clínicas abortivas tienen la convicción que cuando una mujer entra en su clínica su decisión es firme por lo que no deben provocar ninguna duda acerca de las decisiones tomadas, de ahí que den la mínima explicación y ni tan solo respuestas que descarten o minimicen las preocupaciones de la paciente. Como dice Burke (2009) “temen que si se les explica todo se vayan a crear ansiedad o dudas. Intentan dar respuestas que descarten o minimicen las preocupaciones de la paciente” (p. 43).

El testimonio de (E13E) refleja claramente la falta de convencimiento e inseguridad que tenía al llegar a la clínica, su visible situación emocional, y el papel de promotores del aborto que ostentó el personal de la clínica, en lugar de detectar y asesorar sobre el conflictos emocionales que llevaba (E13E) y que estaban sin solucionar, e incluso desaconsejarlo. Este es su testimonio:

“La chica que estaba allí estaba casi convencida de que nosotros no íbamos a ir, y yo creo que ella tampoco lo tiene muy claro, pero es su trabajo, porque ella nos insistía... bueno pues estás segura...”.

“Nos dijeron que tenían mucho trabajo y que fuéramos a las 12, nos fuimos a dar una vuelta y entonces sí que él (hace referencia a su marido) me decía bueno lo tenemos y decidimos en ese momento de que lo íbamos a tener y me decía no vamos a ir donde éste y yo le digo ya que nos han dicho de ir, ijo parece como que quedas mal teniendo una cita y no yendo! Y fuimos y maldita hora en la que fuimos. Fuimos el día 29 de noviembre a las 12 del mediodía. Nos explicó y nos dijo la chica si quieres vienes mañana día 30 a las 11 de la mañana. Si vienes yo te voy a pasar seguido para que no lo pienses, no des vueltas, no estés mal, y si no vienes pues no vienes. Entonces él decía no vamos a venir”.

“Cuando entré, me vio la chica, y ya sabía, me metió en la sala de espera y me tuvo muy poco tiempo, y me chocó y me sigo acordando perfectamente de la situación de las caras, de las ropas, de todo. Iba todo el mundo acompañado y había dos chavalas que iban acompañadas de la madre y si no había una adulta no les podían hacer porque eran menores. ¡Si yo estoy así como estarán esas! Yo tengo una hija que va hacer seis años y no me gustaría que lo pase esto ni mi peor enemigo, pero mi hija mucho menos”.

“Me pasaron seguido, estuve 5 minutos en una sala de espera, pasé, me dio un valium, me lo tomé, y como no podía parar de llorar, me metían en salitas pequeñas, en vez de llevarme a la sala de espera, y donde me dieron el Metergil y el antibiótico, y me metían de sala en sala, escondiéndome para que el resto de la gente no me viera. Claro porque era para pensar y como estaba, me caía por los rincones porque estaba desecha. Me ayudaron a entrar, me metieron en la habitación, me ayudaron a entrar en el quirófano y subir a la camilla, porque no era capaz me temblaba el cuerpo. Como en el momento del aborto que estaba temblando y llorando como una loca, la

enfermera con la que estaba me agarraba para que no me moviera, y cuando vi que no, quería salir, que me quería marchar decía, que no, que me voy, que no puedo, y fue cuando me dijo que ya se había acabado todo, que quedaban dos minutos pero que ya no había vuelta atrás". (Aquí se pone a llorar de una manera desconsolada y su marido, que estaba en la silla de al lado, igualmente lloraba).

"La enfermera que estaba allí conmigo también se echó a llorar. Tuvo una pequeña discusión con el médico porque no había puesto las perneras a su gusto, y yo ahora lo pienso y esa chica no lloraba porque le había echado la bronca por las perneras. Porque para ella también es un trabajo pero lo que tienes que ver allí" (Sigue llorando).

A tenor de lo expuesto, el ambiente que se crea en las clínicas es la de una atmosfera fría, silenciosa y aséptica, sin ningún tipo de implicación emocional, ni consideración hacia la situación de la mujer.

Existe más testimonio que vienen a apoyar estas afirmaciones:

"Interrumpirlo lo hice aquí en Guipúzcoa, y ahí sí que me sentí un poco....bueno aparte de que no sentí un apoyo psicológico que necesitas en el momento (noto que se le llenan los ojos de lagrimas) yo entiendo que igual va gente, no sé personas, niñas adolescentes, (cambia el tono de voz lo va subiendo como enfadada pero sigue con los ojos llenos de lagrimas) que se han quedado embarazadas y que no le han dado ninguna importancia que bueno que deciden interrumpir el embarazo y ya está, pero yo en ese aspecto si eche un poquito ese aspecto de apoyo o de preguntarte que tal estas. Yo

entré ahí apareció una ginecóloga bastante fría, estás de 5 semanas y punto pelota, y me dijo pasa a la otra habitación que en seguida te explican lo que tienes que hacer” (M2E).

“Salí de ahí, y es que me acuerdo del sitio como si hubiese sido ayer, la habitación la frialdad con la que me trataron. Los médicos estaban acostumbrados y juno másj Era una clínica privada que sólo se dedicaban a ello,(muy bajito dice), lo peor” (M5E).

Mi médico fue un frívolo. De hecho cuando yo me estaba recetando unas gotas que me tenía que tomar, salgo de la mesa, me pongo una compresa me pongo la ropa, no me podía sentar, estaba de pie y me dijo ¡qué nariz más bonita tenía! y me guiñó un ojo y yo pensé, que hijo de puta, con perdón, o sea que fuerte (Z11E).

“Pero allí nada, bastante frío todo la verdad sí. Bastante frío el asunto”. (C7E).

“Frío. En plan como automático, como si te dijeran ¡no eres la única que estas aquí!” (M9E).

“Me dieron de alta en un pabellón y me mandaron a ginecología y allí es donde me lo hice, y es como que, las propias enfermeras, porque yo tenía tiritona, tenía mucho frío, y como que atendían mejor a las personas que estaban allí porque intentaban quedarse embarazadas y no podían, que a ti te miraban mal” (SL20E).

“Salí de ahí, y es que me acuerdo del sitio como si hubiese sido ayer, la habitación, la frialdad con la que me trataron” (M5E).

La sala de espera no se escapa a las situaciones descritas, lo ilustra a la perfección esta informante:

“Mira, en la sala de espera enfrente mío había una chica de color que estaba acompañada por uno de aquí, uno blanco por lo menos, estaban las dos niñas con las madres, y la chica estaba igual que yo. No cruzamos una palabra, porque estábamos en la otra punta de la sala, pero sólo con mirarnos las dos nos estábamos diciendo lo mismo. Ninguna de las dos queríamos estar allí. Y a la chica le caían lágrimas, él le agarraba de la mano, pero para adelante. Sólo con verle la expresión y los ojos que tenía y el cómo nos mirábamos las dos, no hacía falta que nos dijéramos nada” (E13E).

“Nadie hablaba. La tensión era asfixiante, el ambiente era muy frío” (SL20E).

Parece oportuno, en este momento, preguntarse las siguientes cuestiones. ¿Qué pasa con el resto de las informantes? ¿Acaso consideraban que la información recibida era la adecuada, no necesitaron dicha información, o acaso no sintieron la frialdad en el trato, o les daba igual en entorno porque lo que querían era arreglar lo antes posible el problema que les llevo a la clínica?

Al hilo de la pregunta anterior, es probable que ciertas mujeres se sitúen en el grupo de aquellas que se sorprendían por “tener que esperar un periodo obligatorio de información sobre el aborto hasta decidir la intervención” tal y como establece la nueva Ley de la interrupción voluntaria del embarazo (Sahuquillo, 2010). La periodista en el periódico El País del 5 de julio, recoge la sorpresa de portavoces de ciertas clínicas abortistas que confirman que “las mujeres están llamando para pedir cita y cuando les dices que tienen que esperar tres días para pensárselo, se

muestran muy sorprendidas” (Empar Pineda, tal como se recoge en Sahuquillo, 2010).

Con todo ello y con la parcialidad que detectamos da la sensación que los abortos se realizan como en una cadena de producción y que a las clínicas les mueve una causa más económica que una consideración hacia la problemática de la mujer. De hecho desde distintos sectores de la población se habla que por la rapidez en la que se realizan las intervenciones, y la cantidad de mujeres que pasan al día por los abortorios, “su trabajo es vender abortos” (Burke, 2009, p. 39). A pesar de que el término se puede considerar políticamente incorrecto, recurrimos a nuestras informantes para corroborar este hecho, ya que así es como ellas lo han vivido:

(Con un tono de voz muy irónico dice) “Claro tiene que ser para el día siguiente porque si sales de allí, ya no vuelves y es negocio. Eres un número que entras, que facturas sin ningún tipo de pruebas, sin nada, no eres más que algo que me va a dar dinero” (E13E).

“O sea fui hacerme una ecografía me dijeron que estaba embarazada, mientras me hacían la ecografía, no sé si es que pensaban que no quería tenerlo, me metieron las pastillas, me metieron en un despacho, hablé con el doctor y me estaba diciendo que si tenía el dinero me hacían el aborto” (M9E).

“No, sólo les preocupaba si llevaba el dinero, pagué, me pusieron una bata, (muy bajito) entré y eso” (M5E).

“Los médicos generalmente lo que quieren es más dinero y que les da igual como esté la paciente y lo que sienta la paciente” (Z 11E).

Parece ser que, movidos por su propia ideología, el personal sanitario, como el propio personal de las clínicas abortivas, consideran que ante todo embarazado no deseado, es un derecho de la mujer decidir cuál es la alternativa que va a tomar, y que para ellos el aborto supone la única decisión posible y correcta ante un embarazo problemático. Además, aunque se pueda obviar cierta información a las mujeres, es probable que la mayoría de las personas que trabajan en dichas clínicas, realmente se preocupen por el bienestar de las mujeres, por lo que no es lógico que en su espíritu esté el engañar a propósito, más bien al contrario, ya que seguro que su percepción es la de que su trabajo es beneficioso¹⁰.

Sin embargo muy pocas personas de las clínicas aceptan que existe un porcentaje de mujeres que han pasado por sus centros o consultas y que no se han beneficiado de este acto quirúrgico, porque se desconoce las historias posteriores al aborto que relatan las mujeres, y porque es muy difícil aceptar que una parte de todas aquellas mujeres a las que se les ha asesorado manifiestan su perjuicio. Puede existir otra razón y es la referente a un estudio realizado por Mayor, Mueller y Hildebrandt (1985) en el que se examinaron las futuras reacciones de las mujeres que habían superado algún momento negativo de su vida. Para ello se realizó una evaluación en relación con las atribuciones de su embarazo, la importancia de la gestación y en qué grado éste había sido planeado. Después del aborto, a las tres semanas del mismo, se evaluó el estado afectivo, las consecuencias negativas y la depresión. El resultado fue que “las mujeres con gran capacidad de superación antes del aborto,

¹⁰ Esta es una reflexión que realizo desde fuera, es decir no he podido entrevistar al personal sanitario de una clínica abortista si bien lo he intentado. Los problemas de acceso con los que me he encontrado me han llevado a centrarme en mis informantes y reflexiono partiendo de los testimonios de mis ellas.

llevaron mejor el proceso que aquellas con bajas expectativas”¹¹ (p. 590). Este argumento ha sido decisivo para no dar toda la información a las mujeres, ya que ese sería un motivo de ansiedad y de aumento de problemas emocionales en un futuro.

Sin embargo, esto no concuerda con Coleman, Reardon y Lee (2006) en su estudio acerca de las preferencias de los pacientes para informarse de los distintos opciones acerca métodos a elegir para su aborto.

De 187 mujeres entrevistadas¹², el 95% indicaron “su preferencia por recibir la mayor información posible sobre las complicaciones que podían tener los métodos ginecológicos o otros posibles métodos a elegir”¹³. Y el 69% argumentaron que deseaban ser informadas de otras alternativas frente al aborto”¹⁴.

Como vemos, encontramos distintos planteamientos sobre si se debe informar o no, y sin embargo conocemos que solo se es libre quien tiene y conoce las alternativas para optar, ya que existe una estrecha relación entre la el saber y la libertad, de manera que la ocultación o la mera ausencia de información conlleva limitar la capacidad de decisión libre de la mujer.

¹¹Es una traducción del texto original en inglés.

¹²Se efectuó en la sala de espera del centro médico *St. Joseph Regional Medical Center*, en Milwaukee (Florida); en el 2006, donde habían ido para recibir atención obstétrica o ginecológica.

¹³Es una traducción del texto original en inglés.

¹⁴ Es una traducción del texto original en inglés.

4.2.2.-La propia mujer. Que nadie se entere de mí sufrir

Dado la complejidad del aborto, muchas mujeres eligen el aborto en ocasiones, como ellas mismas manifiestan porque *“no había otra alternativa”*.

“Yo aborté, físicamente no ocurrió nada, pero psicológicamente, pues ocurrió mucho. Ocurrió que yo me había negado a mi misma la posibilidad de ser madre y eso fue un... mucho en contra de mi autoestima. Todavía era joven y no tan consciente de que todo eso iba a tener una importancia muy grande en mi vida” (C12E).

“Muy mal el aborto no se debe hacer porque tiene muchos métodos que tienes que tomar para prevenir, bastante y gratuito y abortar para mí, yo nunca concordé con aborto, yo soy contra, prefiero que cuando estás embarazada siga adelante o cuidarse mayor posible porque no solo es sobre el aborto sino sobre el riesgo que tenemos sobre enfermedad que hay bastante, claro, yo soy contra aborto, me toco hacerlo porque estaba en un momento con muchas dudas mucha desesperación si seguir adelante y pensaba ¡otro matrimonio, otro hijo diferente de padre!”(AM15SA).

“Si cuando ya me he abortado, da pena porque a mí no me gusta eso. Es porque yo no tengo dinero para manejarlo y por eso yo ha quitado. Para la segunda vez yo no quería quitar, yo quería tener la hijo pero yo no tener dinero, no tener trabajo ni nada. Es como uno mata. Mira como así yo soy una asesina a mi no me gusta. Cuando mata a un niño es como matar a ti misma. Es mi sangre” (Br16AF).

“Estaba contenta porque tenía un bebé y disgustada porque, bueno, a partir de que le dije de que estaba embarazada pues cambió. Me vi sola, no tenía una caricia, no tenía un beso, estaba sola, Le das vueltas a todo. Al final piensas en todo menos en lo que quería yo. Y yo quería tener a mi bebé” (E13E).

Hemos detectado tres causas por las que una mujer silencia que su aborto:

La primera corresponde a la esfera más privada y personal, de manera que esa experiencia vital se convierte en un acto íntimo, que en muchos casos se esconde de los demás por el qué dirán.

Todas las informantes manifiestan esa privacidad a la hora de contarlo, porque *“Las mujeres en algún momento de nuestra vida nos vemos abocadas a tomar decisiones así y eso no tiene que decidir ni la sociedad ni el tío, son decisiones de intimidad”* y porque además *“las cuestiones íntimas se entregan con un pacto de confianza y con un pacto de respeto”* (MM4E). Si esto no se produce, entonces la mujer se lo calla y se lo guarda en lo más íntimo de su ser.

Como es en el caso de (A1E) que por preservar su intimidad no fue a ninguno de los Hospitales de la red de *Osakidetza*, decantándose por un hospital privado para someterse a un aborto terapéutico fuera de los ojos y de las posibles habladurías de sus compañeros de clase.

“Pues mira, me dijeron que fuera a Cruces. Pero no quería ir a Cruces. Estaban todos mis compañeros de universidad y no me apetecía nada y entonces fui a un sitio privado a una ginecóloga que conozco y me lo hicieron allí, (tono de voz bajo) en una clínica, porque en Basurto pasaba lo mismo, claro, estaban

los compañeros de clase y no me apetecía nada, ni que compartieran conmigo algo así, ni que luego fuera causa de comentarios,...no, no, no me apetecía nada, lo tenía clarísimo”.

Ego: No te apetecía compartir ese momento triste para ti.

“No, ni que lo supieran, es compartirlo claro. No vivirlo con ellos ni recordarlo no. Creo que tiene que ser anónimo y mejor no conocer a la gente, (mueca de sonrisa) no sé y además aquí la mayoría tienen 18 años y ¡buff!, si fuera gente madura, igual no me hubiera importado tanto”.

Ego: Esto se lo has contado a... tus amigas ¿esto quien lo sabe?

“No, lo saben mis amigas más cercanas y luego ellas dos (refiriéndose a las dos compañeras que le han acompañado) porque aquí al ser más mayores tenemos más relación y se lo dije después de perder en marzo de tener el aborto espontáneo porque claro en marzo falté estuve en reposo y falté a clase 3 semanas o así y les dije el motivo, pero no lo sabe nadie más, mis padres y mis hermanos y no sé si alguien más”.

En cuanto a cómo la mujer expresa esa privacidad, lo puede hacer de múltiples maneras y argumentando todo tipo de consideraciones, pero en definitiva todas llevan a lo mismo, es decir al concepto del aborto como decisión unidireccional y personal.

“Si sale la conversación si no me importa, además no tengo ningún problema con el que dirán, ni no me dirán, así de claro. Pero no voy a contar una cosa si

no viene a cuento. Es una cosa mía personal, pero si yo digo yo tuve una experiencia, la gente se queda... y no,... no, aquí el más tonto relojero, la gente calla que no veas, pero al final eso está a la orden del día y ahora también, yo creo porque ahora tenemos más deslices o inconsciencia” (C7E).

“La gente me dice ¿pero que te ha pasado en navidades? Yo les digo mira sí me ha pasado algo, pero no lo voy a contar. Algún día si estoy mejor os lo voy a contar, pero ahora mismo no. Tampoco voy a contar toda la verdad” (E13E).

Las personas tienen la necesidad de sentir la aprobación de sus actos en los demás. De hecho se teme la crítica, especialmente por aquellas personas más cercanas, de ahí que el miedo al rechazo o a sentirse fuera de lugar puede ser determinante en la autoestima y en la percepción de uno mismo. Una confidencia a un conocido acerca de un momento íntimo en la vida de la mujer que lo narra, puede suponer un detonante que dé lugar a que se tengan opiniones positivas o negativas sobre quien ha sido el artífice de la narración.

Mayor, Gramzow (1999) nos dicen que “muchas mujeres que han tenido un aborto se sienten vulnerables a ser estigmatizadas por otros por su acción, y de ahí que se sienten obligadas a guardar un secreto. Aunque la ocultación de un aborto pueda traer ventajas interpersonales como no ser estigmatizada por otros, suponemos que la ocultación de un aborto también puede tener un coste intra psíquico. En particular argumentamos que el esfuerzo por mantener el secreto del aborto instiga

a procesos cognitivos y emocionales que exacerbaban la angustia psicológica con el tiempo” (p. 735)¹⁵.

Por eso llega un momento en el que la mujer decide contar aquello que decide que es mejor para ella misma, sin perjudicar a terceros y sin emplear una energía en balde destinada a complacer los deseos o expectativas ajenas.

A este respecto, esto es lo que referenciaron:

“Yo ante una pregunta directa, a todo el mundo, eso lo he pensado siempre. Si a mi alguien me pregunta, ¿tú has abortado, has interrumpido un embarazo? Siempre le diría que sí. No tengo necesidad de mentir fuese en el contexto que fuese. Me lo pregunte mi madre, que nunca me lo ha preguntado, o me lo pregunte una religiosa. Lo que si digo es la parte de discreción que ves, es algo que requiere un poco de tiempo, y además creo que siempre va a ser así. Entonces si yo sé que con la persona con la que trabajo tiene unas creencias religiosas o tiene una visión diferente, si creo que eso puede, digamos hasta hacerle cambiar el punto de vista sobre otras cosas, porque los humanos somos así, es decir alguien te ve de una manera y si de repente hay un episodio de éstos en la vida que le impide seguirte viendo cómo te veía o que de repente ese filtro modifique otras cosas, es decir es lo de la intimidad” (MM4E).

¹⁵ Es una traducción del texto original en inglés.

Prueba del recelo al qué dirán, e incluso a la trasgresión a los propios valores culturales, la siguiente mujer me dio la clave a la desconfianza que yo percibía entre mis informantes que no eran de la CAV, y a la pregunta si había confiado en alguna amiga y le había contado su experiencia por el aborto, ésta me contestó lo siguiente:

“No, porque como te digo somos de una cultura que aunque a veces venimos aquí y nos liberamos y queremos ser un poco más como las mujeres de aquí que son abiertas, aunque estén aquí siguen siendo con la misma raíz de allá. Yo se lo comentaría a una persona que me lo comentaría a mí, y depende de qué persona, pero yo es que a todo el mundo no, y con personas aquí tampoco me da como por contar” (D14SA).

La ocultación que ejerce la mujer sobre su aborto viene determinada por la existencia de comentarios muchos de los cuales, y de manera irremediabilmente, hacen que la mujer esté expuesta hacia todo tipo de personas que no le guste lo que oye, y sea la protagonista de críticas:

“Yo pensaba, sólo la parafernalia que hay alrededor de esto, entre la ocultación, el juicio que puedan sentir de sí mismas y de los demás, tiene que ser terrible. O sea al final esto queda como una herida, que uno le puede llamar la pérdida del hijo no nacido, pero también le podría llamar enfréntate a un mundo hostil contigo, te van a acusar” (MM4E).

“Sé que hay mucha gente que tiene muchos tabúes con esas cosas y no es una cosa que la cuenta fácilmente, pero por aquí ha pasado muchísima gente, lo que pasa que es una cosa como que la ocultan” (C7E).

Este testimonio no hace sino corroborar como (E18SA) se condujo. Ella es una mujer boliviana de 24 años que se sometió a dos abortos provocados fruto de dos relaciones distintas. El primero fue en Bolivia a los 16 años cuando mantenía una relación con el que entonces era su novio. Y el segundo aborto se produjo al llegar a Bilbao, como consecuencia de una relación muy esporádica con un chico de origen Marroquí. Cuando conoció a su actual pareja, con la que se casó, y por el miedo a sentirse juzgada, o que esa relación no funcionara y que la abandonaran, decidió, como ella misma narra:

“no contárselo bien no, pero él sabe que he abortado, pero no sabe detalles”.

(SilE19 SA) me contaba como en su matrimonio ha existido un profundo silencio desde que se sometió al aborto, que incluso ella misma se ha tenido que violentar para no hablarlo,

“Sí, porque muchas veces he querido decir lo que siento pero me lo he tenido que aguantar, callar”.

Y el callarlo y ocultarlo, como si nunca hubiera existido, estuvo determinado para evitar abrir viejas heridas, que conllevaba echarse le culpa mutua.

“Me hubiera gustado contarlo a personas que no conozca o tal vez contárselo a mi pareja, pero es mover muchos sentimientos (...). Si como le digo anteriormente, después de eso nos echamos la culpa mutuamente y ya con él no he vuelto a tocar ese tema porque para no llegar a eso, pero él, bien, es buen padre, es un buen hombre”.

Ocultar un aborto a los demás proporciona una serie de beneficios inmediatos a corto plazo, y se realiza para “evitar la desaprobación de los demás y evitar los conflictos sociales, y en definitiva para prevenir la pérdida de importantes redes sociales y preservar el apoyo social¹⁶” (Mayor et Gramzow, 1999, p. 736).

La segunda causa de los silencios son los olvidos. En realidad la mujer no olvida su aborto. El episodio puede estar oculto, adormecido o en situación de hibernación, pero a las mujeres que han permitido compartir su experiencia, tenían la necesidad de hablar con otra persona acerca de ese acontecimiento de su vida y de un aspecto importante de su identidad. De ahí que cuando se concertó la entrevista al empezar diciéndoles “cuéntame cómo fue tu experiencia” todas ellas han sabido por dónde empezar porque mentalmente habían preparado la entrevista, y han podido empezar con frases como éstas: *“Yo he estado pensando un poquito en como situarte en mi decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo”* (M2E). Es un ejercicio de traer sus recuerdos al presente. Augé (1998) nos dice que “el recuerdo es una impresión: la impresión que permanece en la memoria”, y define la impresión como “el efecto que los objetos exteriores provocan en los órganos de los sentidos” (p. 23).

Polaino (2008) asegura que aunque “la memoria se empeña en olvidar, pero no logra alcanzarlo cuando se trata del hecho de haber truncado una vida humana. Los hechos permanecen, tal vez porque se les ha cerrado cualquier vía de salida” (p. 108). Esta idea en el que los recuerdos puedan permanecer encerrados sin vía de escape, Mayor et Gramzow (1999) nos llevan al terreno más teórico cuando afirman que impedir la divulgación de una emoción genera “el proceso cognitivo de la

¹⁶ Es una traducción del texto original.

represión y la intrusión”. De manera que todo esfuerzo por mantener el control mental de un episodio mediante la contención, “da lugar a pensamientos intrusivos de la misma cosa” (p. 736). Este efecto es un ejemplo irónico de cómo pensamientos no deseados vienen a la mente, precisamente por eso, porque no son deseados. El secreto se involucra en el intento de suprimir el pensamiento intrusivo para nuevamente mantener ese secreto. Y así se va creando y evolucionando un patrón cíclico represivo que Lan Wegner lo denominan “obsesión preocupación” (citado en Mayor et Gramzow, 1999) y en el que los procesos cognitivos de la represión y la intrusión puede “perseverar y conducir a una angustia psicológica” (p. 736). El modelo Pennebaker (citado en Cabrera Casimiro 2006) nos señala “los principales efectos psicológicos y físicos de escribir sobre los propios traumas” (p. 9). A través de la técnica de la escritura, diaria con una duración de unos veinte minutos y durante cuatro días, la persona debe relatar su experiencia traumática o cualquier experiencia que le haya marcado profundamente, con la que sueñe, siga pensando frecuentemente en ello o incluso murmure regularmente sobre el mismo hecho. Pennebaker (citado en Cabrera Casimiro, 2006), observó que escribir sobre la experiencia traumática producía varios efectos: “No solo tiene relación con mejoras en los indicadores de salud psicológica. Las personas perciben de forma inmediata malestar, tristeza, pero a largo plazo los síntomas depresivos, la rumiación mental y la ansiedad general se reducen. Las personas suelen visitar menos al médico, muestran una mejor función inmunológica, reduce la presión sanguínea y el ritmo cardiaco” (p. 11).

Podríamos decir que es una forma cognitiva de asimilar los recuerdos en torno al aborto, de manera que éstos salen al exterior a través de la escritura, los pensamientos intrusivos se calman y disminuye el impacto emocional que dichos pensamientos produce. Como nos dice Augé (1998) “recordar y olvidar es hacer una

labor de jardinero, seleccionar, podar. Los recuerdos son como las plantas: hay algunos que deben ser eliminados rápidamente para ayudar al resto a desarrollarse, a transformarse, a florecer” (p. 23).

Los acontecimientos están camuflados entre los quehaceres del día a día. Pueden estar opacos y adormecidos en ocasiones, en otros vivos y lacerantes, a la espera de que alguien los invoque para hacerse presentes como una pesada carga en la conciencia de cada mujer.

La tercera causa que le lleva a la mujer al silenciar su aborto, además de ser secundario a la falta del reconocimiento por parte de la sociedad de la pérdida vivida, y al miedo a ser juzgada, también influye, como nos decía MM4E, *“el juicio que pueda sentir de sí misma”*. Y derivado de todo ello, las dos emociones que las mujeres perciben y que más daño les puede originar como son la de la vergüenza y la culpa.

La vergüenza y la culpa son dos de las emociones que más están influidos por factores sociales, culturales, religiosos, familiares y personales, y en las que las dos implica el darse cuenta de que se es débil o lo que se ha hecho es inapropiado cuando lo que se espera es que se sea apropiado.

Y en este sentido no sólo nos referiremos a la adecuación o no de haber abortado, sino fundamentalmente al hecho de sentirse avergonzadas o con culpa por haberse quedado embarazada y haber tenido que abortar.

Nussbaum (2006), define la vergüenza como “una emoción dolorosa que responde a una sensación de no poder alcanzar un estado ideal” (p. 218). En cambio para Rojas Marcos (2009) la define como “la sensación de pérdida de la propia dignidad ocasionado por una falta cometida, por una ofensa, por la humillación o por la

deshonra (p. 27). En cambio para Descartes, “la vergüenza nace de la consideración del mal del que hemos sido culpables, que nos empuja a la virtud por el temor a la opinión de los demás puedan tener de nosotros” (según se cita en Rojas Marcos, p. 28). Las tres definiciones no son excluyentes sino complementarias, tal y como vamos a ir viendo a través de la narrativa de las informantes.

Cuando una mujer ha manifestado sentir vergüenza “*Vergüenza, miedo, nos sé yo, creo que vergüenza*” (M5E); *Bueno, me cuesta, vergüenza sí, y me cuesta contarlo* (M9E), en relatar su experiencia puede experimentar, en ciertas circunstancias y en ciertas mujeres, una sensación de tristeza al pensar que puede estar siendo censurada, unido a una falta de seguridad en sí misma.

De ahí que el sentimiento de vergüenza, en ocasiones aparezca cuando se tiene conciencia que lo que se ha hecho es inadecuado, por lo que está relacionado, muy directamente, con el hecho de nuestra condición humana y es por lo tanto una manifestación de la vulnerabilidad, debilidad e impotencia de las personas. Por ello al no tener control o perfección en ciertos aspectos, se tomará distancia o se esconderán las evidencias de esa falta de control o de imperfección.

De ahí que como sigue afirmando Nussbaum (2006), “la vergüenza cala más profundo que cualquier orientación social específica respecto a las normas y sirve como una manera altamente volátil con la que los seres humanos negocian algunas tensiones inherentes a su humanidad, es decir, en su conciencia de sí mismos como seres humanos finitos y marcados por demandas y expectativas” (p. 207).

La vergüenza, al ser una emoción muy poderosa del ser humano¹⁷, puede implicar sentimiento de culpa y encubrimiento, a la vez que no es infrecuente “contrastar la vergüenza con la culpa” (Nussbaum, 2006, p. 244). Existe una clara diferencia entre ambas emociones. Mientras que “la vergüenza supone un defecto o imperfección en algún aspecto del ser de la persona, la culpa está focalizada en la acción. Es un tipo de ira dirigida contra uno mismo, pues se reacciona ante la percepción de que uno ha cometido una injusticia o ha causado un daño” (Nussbaum, 2006, p. 244).

Existen muchas formas en las que la mujer pueda verbalizar su culpa, ya que no tiene porque ser expresado específicamente con ese término. Puede hacerlo mediante expresiones como las de cobardía por haber abortado, manifestando sentirse egoísta, entre otras.

Ahora bien, ¿de qué se sienten culpables las mujeres entrevistadas? y ¿dónde se encuentra el núcleo de la culpabilidad: en el acto en sí, o en las causas que derivaron en el aborto?

Las propias mujeres nos van a ir dando la contestación a través de sus relatos:

“Pero ya con doce semanas que ya está formado si no me confundo el corazón, que ya late y eso, pues ahí es lo que me siento culpable de que he matado a una vida y que él no iba a venir si yo no hubiera querido si yo no hubiera puesto los métodos y yo pues lo he matado, es esa la sensación que

¹⁷ A pesar de que Nussbaum la considera como una de las emociones más poderosas, yo considero que la emoción más poderosa del ser humano es el miedo, es lo primero que reconocemos en nuestra mente, es nuestra herramienta de sobrevivencia, nos acompaña toda la vida y está a nuestro lado hasta en el momento de morir.

tengo de que lo he matado y puse los pros y los contras y vi que era la mejor opción.

Más que nada porque estaba de 3 meses y no es que sepa mucho pero yo sé que con tres meses...yo no lo quise ver, cuando me hice la ecografía yo no lo quise ver, el ginecólogo me dijo que era como una alubia pero yo no lo quise ver y ahora veo a mi hermana que está de 3 meses y medio y he visto la ecografía y es que se ve todo, o sea se ve la forma del bebe y me siento culpable de no haberlo hecho antes” (A10E).

“Hubo mucha ansiedad por medio para que no se enterasen, para que no supiesen para que... por el miedo, más que miedo era porque me sentía culpable, sentía que había hecho algo mal, aunque desde el primer momento tuve claro que deseaba abortar. Yo no quería ese bebe. Sí, claro me sentía culpable, pero no me sentía culpable por haber abortado, me sentía culpable por las decisiones que había tomado que había dado lugar a estar en esa situación. Es decir yo soy una persona sumamente exigente conmigo misma y cosas que a otras personas se las puedo perdonar, a mí misma no me las perdono. Entonces el hecho de haberme dejado utilizar, como me deje utilizar por esa persona, de haberme engañado a mí misma, de no haber sido lo suficientemente lista de ver lo que había, de haber tragado por el hecho de practicar sexo sin protección, eso es lo que no me perdono a mí misma” (S6E).

“Si tuve parte de culpa y tuve la irresponsabilidad de hacer un acto sexual sin la necesidad de un preservativo sabiendo que yo no me estaba cuidando con los anticonceptivos” (D14SA).

“Pero es que, si no pensaba en mí, ¡qué iba a hacer! No tenía nada que hacer. Ni esa persona era mi pareja, no tenía nada (...) la razón es que al final tienes que plantearte las dos maneras, si lo tienes o no lo tienes y es como una balanza, es lo que nos suele pasar a veces, vas pensando igual he hecho mal, igual he hecho bien, pero al final cada uno pensamos en nosotros mismos. Que pensaba solamente en mí, es que no me paré a pensar que me he desecho de un niño, soy súper egoísta, en ningún momento pensé me he desecho de un crío o de una cría” (M9E).

“Hombre, porque es mi bebe y me sentía culpable de lo que estaba haciendo, porque realmente es una vida, pero también al mismo tiempo yo sabía que no estaba en condiciones de decir ¡bah voy a poder con esto!. Yo no me sentía segura de decir pues igual yo soy capaz de sacarlo adelante yo sola en un momento dado, de que la situación no vaya bien con la pareja. Entonces sabía que no estaba preparada para ser madre. Lo que yo creía en ese momento” (GA17SA).

“Creo que fue una decisión responsable, me hubiera gustado no tenerla que tomar, pero joder había tenido siempre cuidado, había utilizado métodos anticonceptivos, pues en aquella, hala una canita al aire, pues nada eso sí que lo pensaba ¡eres una imbécil, eres una irresponsable! no tenía que haber pasado, pero también me daba cuenta que no tenía sentido darle muchas vueltas a eso, sino convertir la malo en bueno en la medida que se puede, y que si yo había tomado la decisión en función de ser una buena profesional y hacer bien mis cosas y decía tía no tienes excusa, tienes que trabajar. Me

hubiera gustado hubiera preferido no tener que pasar por ello pero no me considero traumatizada. Ahora sí creo que puede ser algo duro y traumático para una mujer tener que interrumpir un embarazo.” Además “evité ese pensamiento, digamos hasta cierto punto masoquista: estoy ahí, lo que hay ahí dentro y tal una vida, te quiero decir, que no sé, me ayudaba mi formación lo que sabía que tenía era, pues eso, un inicio de un desarrollo que podía devenir en lo que fuera” (MM4E).

“Mi marido y yo fuimos a ese viaje pensando que teníamos un problema grave, que teníamos que atajarlo y que seguramente teníamos dos opciones y que ninguna de las dos era buena, de hecho ya nos habían planteado las dos posibilidades. Éramos conscientes de que ninguna de las dos era buena y que teníamos que elegir la menos peor. El seguir adelante con el embarazo, el tener un hijo con malformaciones si es que llegaba a término ese embarazo, porque no había tampoco certeza de que pudiera llegar a término, y el tener un hijo gravemente enfermo, sin posibilidades de que se curara al que le tenía que dar una atención muy especializada, el que mi hijo mayor tuviera un hermano ya con estas características desde que naciera.., eran muchas cosas las que pensábamos que iba a ser pero, y a posteriori si he puesto en la balanza, he pensado ¿acerté yo y mi marido con esta decisión? y siempre he pensado que sí” (J8E).

“Todos los médicos que vieron mi caso me desearon un aborto natural e inmediato, porque todo el mundo coincidió en que no había una posibilidad de nacimiento, pero no podía sufrir la idea de que sufriera dentro de mí hasta

podrirse, de llevarle dentro agonizando, así que desde ese momento no dejé de buscar hasta encontrar un médico que practicara la interrupción” (SL20E).

En ocasiones la culpa ha estado compartida entre el marido y la mujer. Como el caso de (E13E) que estuvo en todo momento con su marido en el relato.

Su marido afirma “Ella tiene que descargar conmigo, primero porque soy el único que lo sé y segundo porque soy el máximo culpable de esto. Ella dice: no, somos los dos. Continúa su marido con quien va a cargar. Yo prefiero que cargue contra mí, que no se ponga de mala leche con A, con P (refiriéndose a sus hijos) o con su madre o con quien sea. Ella dice: si es cierto que estoy mucho más irascible (E13E).

Por las diversas narrativas que hemos ido viendo, la mujer en estos casos no se siente culpable de haber abortado, sino que lo que le produce la culpabilidad son aquellas situaciones previas que le han derivado a no tener otra alternativa que la de someterse a un aborto. Entre estas causas o antecedentes podemos encontrar: la falta de anticonceptivos en la relaciones sexuales o el mal uso de éstos, la soledad a la que se veía abocada por la ausencia de la pareja o porque ésta pensaban que no era la adecuada para sumir la paternidad, la temprana edad junto con el desconocimiento de medios para seguir adelante con el embarazo, la convicción de que una misma debe decidir cuándo tomar las riendas de la maternidad que no tiene que ser cuando ésta venga impuesta, y por último tener la certeza de que racionalmente ni emocionalmente se puede provocar la idea de un ser viviente en desarrollo.

Sean cuales sean los antecedentes, algunas de las mujeres entrevistadas y cuya experiencia acabamos de leer, se encuentran tan mal después del aborto, que se perciben a sí mismas como seres indignos, con una severa alteración en su autoestima. Este es el ejemplo de (E13E) cuando me lo refería, envuelta en lágrimas, como se encontraba:

“Yo me quiero morir, porque me siento fatal, porque he perdido a mi bebé y yo soy madre de dos hijos y por mis hijos les daría mi vida, y a mi pequeño se le he quitado, y no le he dejado vivir, entonces yo me siento como una mierda, fracasada como mujer, como madre y como todo”.

O el caso de (EL20E) que se siente tan culpable de su existencia que no se consideraba merecedora de nada buena de lo que la vida le pudiera dar:

“Mi autoestima ha desaparecido. Ya no soy merecedora de casi nada. He intentado anestesiarme al dolor, pero ya no puedo más”.

Sin embargo las trayectorias vitales de cada mujer son muy diversas, lo que hace que las perspectivas que se adquieren ante determinados temas estén influenciadas por sus propias experiencias, y sus contextos de referencia que le lleva a planteamientos muy diversos.

Y en este sentido, para algunas, la culpa brota cuando se siente que ese aborto no cumple con las expectativas esperadas, y en estos casos la culpa es como una red que las atrapa y las priva de todo sentimiento de felicidad. Por eso no es raro que manifiesten:

“Porque al final lo teníamos todo, no teníamos unos súper sueldos, pero sobre todo éramos súper felices y ahora eso: yo personalmente no soy feliz” (E12E).

“No te sientes una persona normal como yo me sentía antes, esa felicidad que tu, que no debías nada a nadie, que no debías nada malo” (D14SA).

Al respecto de lo que estas dos informantes nos dicen, quisiera señalar que otra de las conclusiones a la que llegaron Mayor et al (1985) fue que “las mujeres que consideraban su embarazo como muy importante se sintieron mucho peor después de abortar que aquellas en las que su embarazo no les importó tanto”¹⁸ (p. 596). Esta conclusión es lógica, ya que como afirma Burke (2009) “es muy probable que estas mujeres tengan expectativas negativas acerca de su capacidad de sobrellevar la situación, precisamente porque son conscientes de los conflictos interiores que causaría su decisión” (p. 45). En estas y en otras ocasiones la mujer se ha visto que en el aborto se han violentando sus deseos como mujer el sentimiento de madre e incluso su propia conciencia ética y moral, ya que se han visto presionadas por las circunstancias porque no han tenido otra opción. Infundirles seguridad en el aborto, no hace más que reducir una ansiedad o una culpa a corto plazo, pero apareciendo otras a medio plazo, ya que tenemos casos en las que se sienten engañadas por el personal sanitario, por el médico, etc.

Prueba evidente es la reacción de (E13E) que estaba como enloquecida por encontrarse con el médico y gritarle y decirle porqué había seguido con el aborto cuando la veía tan mal:

¹⁸ Es una traducción del texto original.

“Me entran unas ganas de plantarme allí un viernes a la mañana, pero encima me van a llevar los municipales y me van a llevar a chirona. Otra vez no pude hablar más y le colgué el teléfono. Estaba muy valiente cuando cogí el teléfono pero me derrumbé. Yo pensaba que me lo iba a comer y veo que estoy peor de lo que pensaba”.

En cambio, otras niegan esa culpa y no existe, en su lugar se encuentra una más de las muchas responsabilidades en la toma de decisiones que la mujer ha tenido que llevar a cabo a lo largo de la vida. A este respecto (MM4E) se manifiesta en dos hechos. Por un parte:

“Entiendo que las mujeres han tenido que vivir verdaderas tragedias porque todo estaba en su contra para tomar una decisión. Seguro que la mayoría de ellas sabía que era la decisión más lógica y más responsable en ese momento, y sin embargo tenían que seguir adelante con ese embarazo Siempre me ha parecido terrible que el mundo haya sido tan duro con ellas”.

Por otro lado, propone un cambio de la palabra culpa, ya que ésta puede ir acompañada de una connotación más de tipo religioso:

“cambemos el nombre de culpa porque puede tener connotaciones de otro tipo, llamémoslo responsabilidad. Yo fui responsable tanto de mantener relaciones sin protección como de la decisión de interrumpir aquel embarazo. Culpable, si alguien quiere llamarle eso”.

Por todo lo cual, diferentes mujeres, diferentes situaciones por las que abortar, diferentes reacciones tras el aborto, y todo ello nos lleva a pensar que no podemos hacer una lectura plana de la sociedad, si no que la lectura debe ser multicéntrica, reconociendo que los distintos actores sociales actúan de diversas formas.

Ahora bien, cuando la persona que se siente vulnerable se puede esconder de sí misma y de los demás, para dar paso al, concepto que Nussbaum denominó “falso *self*” con el que los seres humanos se presentan al mundo, y que consiste en ocultar aspectos concretos de la persona. Es una protección a modo de escudo para que no se vean los miedos, las necesidades y la vulnerabilidad, en definitiva es “una defensa contra un tipo de vergüenza social razonable” (Nussbaum, 2006, p. 227), ó “una forma de no llevar el corazón siempre a la vista” (p. 230).

Con todo lo expuesto nos preguntamos, ¿Comporta algún beneficio a la mujer los sentimientos de vergüenza y culpa?

Como hemos visto al diferenciar la vergüenza y la culpa, ésta última está focalizada en la acción ya que se origina en la percepción que han sido vulnerados los derechos de un tercero, y por si misma “la culpa reconoce los derechos de los demás” (Nussbaum, 2006, p. 245). Cuando con ella se llega a percibir el sentido del bien y del mal así como a diferenciar las diferentes conductas, podríamos decir que la culpa tiene un enfoque constructivo. En este sentido este concepto del bien o del mal sí ha estado presente en los relatos, y la mayoría de ellos llevaba implícito, directa o indirectamente, un componente religioso, como señalamos:

“Los dos porque sí he ido a iglesias cuando estaba allá en mi país, pero cuando era más pelada. La iglesia evangélica y ahí sabemos que es lo bueno y que es lo malo y yo lo que hice pues obviamente está mal” (SILE19SA).

“Al principio me costó porque yo decía como podía ser eso, somos de un país que creemos tanto en esas cosas de Dios, somos muy creyentes que de un momento a otro te sientes un poco mal y eso está visto como un poco asesinato o algo malo que tú has hecho como un pecado más bien y yo he sido criada en raíces de mucha religión, he sido parte de comunidades de iglesia y todo, pues claro te sientes un poco mal un poco sucia” (D14SA).

En cambio una culpa puede dejar de tener ese carácter constructivo cuando, como afirma Rojas Marcos (2009), “nos flagelamos a nosotros mismos de forma exhaustiva y sin compasión” (p. 25). Y la mujer se convierte en su peor enemiga emocionalmente, flagelándose con ideas obsesivas que llegan a ofuscarla con lo que ha hecho. Prueba de ello es como se encuentran algunas de mis informantes.

“Yo me he quedado con pena de no tener un tercero, pero no me va a dar Dios otro hijo con lo que he hecho, y lo he tenido porque Dios me lo ha dado y... yo no me merezco ni que Dios me perdone” (E13E).

“Muchas cosas en la vida que tú piensas que te están saliendo mala las cosas o que te está pasando algo mal, tú piensas que es por eso porque has hecho y has obrado en algo que no tenía porque ser así” (D14SA).

En esta culpa destructiva nos encontramos con un sentimiento de fracaso que emocionalmente es una mezcla explosiva de falta de paz interior y de alegría, que impide ver el lado positivo de las cosas y donde todo lo malo que puede suceder se achaca inevitablemente a un castigo divino.

Sin embargo es necesario sentir culpa a pesar del dolor y del sufrimiento que a veces produzca porque ésta “está vinculada con proyectos de reparación en donde se trata de expiar el mal que se ha hecho o se ha deseado”(Klein, 1984, tal como se cita en Nussbaum, 2006) y siempre siguiendo a Nussbaum (2006) “para la culpa el antídoto es el perdón; la vergüenza tiende a buscar la respuesta curativa de la aceptación; del ser más allá de sus debilidades, defectos y fracasos” (p. 235) e incluso afirma como la culpa puede ser “potencialmente creativa, relacionada con la reparación, el perdón” (p. 245).

Dos narrativas de informantes, que no son de la CAV, así lo expresan con un sentimiento de culpabilidad y con el deseo de ser perdonada.

“Al principio sí. Una semanita después de abortar siento como culpable, ¿porque, por qué has hecho eso? ¡Que Dios te perdonej porque hay muchos cuentos que dice que cuando tú haces aborto aquí, cuando tú vas para otro mundo lo cargas, como un peso.

Sí pienso que todo el mundo tiene posibilidades de equivocarse y ser perdonado” (AJ15AF).

“Ahorita en mis oraciones, de pedir, agradecer al Señor, de pedir perdón, no me canso de pedir perdón siento que a veces no me puedo perdonar yo misma” (SiE19SA).

Este último testimonio en el que la mujer no puede perdonarse a sí misma no es un hecho nada despreciable. I.O (2013) nos comentó que: “Entre las mujeres que han abortado no es raro el hecho de que no encuentren la paz. No sirve de mucho insistir en la misericordia infinita de Dios, para el que no existe pecado tan grande

que no pueda ser perdonado. El problema es, como comentan, que aunque Dios me haya perdonado, yo no puedo perdonarme”.

Como prueba del deseo de perdón que ciertas mujeres tenían, y conscientes del dolor que puede llegar a provocar el aborto en quienes se han sometido al mismo, fue el encargo que realizaron al escultor eslovaco Martín Hudáček. El 28 de octubre de 2011, en la localidad de la República Eslovaca, Nova Ves Bardejovske, se inauguró la obra que dicho escultor esculpió dedicada in *memorial al niño no nacido*.



Ilustración nº 33, denominada “Monumento al niño no nacido y al amor de la madre”.

El monumento quiere expresar, no sólo el pesar y el arrepentimiento de las madres que han abortado, sino también el amor, la ternura y el perdón del niño hacia la madre. Construido en materiales metafóricos, la figura del niño parece esculpida en

cristal, mientras que la madre, que se arrodilla frente al hijo en busca de su perdón, está tallada en piedra.

Como señaló Belmonte (2012), dicha obra se esculpió por iniciativa de un grupo de mujeres eslovacas con el fin de “evocar el valor de la vida como el perdón del hijo no nacido hacia su madre (...) es un monumento al arrepentimiento, a la humanidad y a la esperanza. El amor es más grande que la muerte (...). El ser (niño o niña) que no le han dejado nacer, con ternura ama y perdona”.

4.2.3.- Posibilidad de reparación de la culpa en las mujeres que lo manifiestan

Cabría preguntarse si, es posible, llegar a reparar la culpa. Existen alternativas.

Thorn (2007) vivió de una amiga suya, el dolor, los intentos de suicidio que tuvo, años de un matrimonio abusivo, el consumo desenfrenado de drogas etc. La historia de su amiga era bien sencilla, dio en adopción a un hijo tras quedarse embarazada en la adolescencia. Pero más tarde sufrió los abusos sexuales de un pariente lejano que la volvió a dejarla embarazada y su madre lo arregló todo para que su hija tuviera un aborto. A partir de ese momento vivió un camino de dolor con las consecuencias arriba reflejadas, y como ella decía *“Puedo vivir con la adopción. No puedo vivir con el aborto”*.

Todo ello le llevó a reflexionar a Thorn y como ella escribió “Mi búsqueda de respuestas a su dolor me llevaron a obtener un título en psicología, a certificarme

para ayudar a los afectados por pérdidas perinatales y consejera para el duelo, y a obtener certificados en asesoramiento para trauma. Finalmente me llevó en 1984 a crear el Proyecto Raquel, un ministerio de sanación posterior al aborto”.

Como hemos visto a lo largo de los testimonios de este capítulo, para algunas mujeres, el aborto deja una huella de dolor y en ocasiones de desesperación, y sin embargo hay esperanza.

Nuestra informante, la Dra. Martín Navarro (2008), como Impulsora del Proyecto Raquel en Palencia y actualmente en Guipúzcoa, y siguiendo la experiencia de este proyecto allí donde esté implantado, propone cuatro estrategias para llevarlo a cabo desde el Proyecto Raquel:

- 1. Una de las maneras de poder ayudar a estas mujeres, si ellas lo demandarán, es que personas bien formadas les escuche su historia, sin juzgarlas y ni que tan siquiera se sientan juzgadas, de manera que viertan su dolor, su rabia al exterior y todo ello en un programa de reconciliación y esperanza.*
- 2. Estas mujeres necesitan perdonar a todos los responsables y a los que participaron en su aborto. Este es un acto de voluntad, que le permitirá en un momento concreto, al perdonar a los otros, llegar a comprender que es posible poder perdonarse a sí misma.*
- 3. Cambiar su relación con el hijo o hijos abortados: dolerse de su pérdida, darle nombre, conmemorarlo, y establecer una nueva relación espiritual con él.*
- 4. Necesita oír hablar frecuentemente del perdón.*
- 5. “Perdonarse a sí mismas”, tal y como nos lo relataba (SilE19SA).*

En el Proyecto Raquel no se utiliza un lenguaje donde se encuentre la palabra aborto y ni tan siquiera se utiliza un concepto muy en boga, como es el de síndrome post-aborto. En la mujer que ha abortado no tiene porque existir patologías de origen físico. Lo que sí se puede desencadenar es una emoción profunda como es la culpa y el dolor espiritual. Por lo tanto el objetivo del Proyecto Raquel es tratar a las mujeres que voluntariamente se acercan, y ayudarles a sanar ambos aspectos que son consecuencia directa de haber perdido un hijo de forma no natural, y como ellas mismas dicen, traumática.

Además del Proyecto Raquel, existen otras asociaciones dedicadas a este tema y que lo que comunican es un mensaje de acogida y de esperanza a través de un esfuerzo común que combina la espiritualidad con lo psicológico.

Por ejemplo la asociación “No más silencio”¹⁹ en su página web propone mediante la terapia,

“en un encuentro de perdón, amor, y la vida...un encuentro de sanación. Los encuentros terapéuticos son una ocasión de renacer y recuperar lo que estaba perdido... especialmente la paz”.

O el encuentro terapéutico de la “viña de Raquel”²⁰, que fue desarrollada por la Dra. Teresa Karminski Burke, fundadora del *Center for Post Abortion Healing* y especializada en los problemas de las mujeres, manejo de la culpa, del abuso sexual, de la ansiedad, de los trastornos de la alimentación y de la interrupción del

¹⁹ www.nomassilencio.org

²⁰ www.rachelvsvineyard.org

embarazo. Realiza terapia, tanto individual como en grupos, mediante encuentros terapéuticos de fines de semana.

En definitiva, la terapia de sanación y del perdón va dirigida a todas aquellas mujeres que arrastrando el sufrimiento de haber abortado, voluntariamente o forzada, con pleno conocimiento o desde la más profunda ignorancia, desee recorrer la senda de la reparación y el perdón. Y este camino lo puede recorrer acogiéndose a su fe o sin llegar a profesar ninguna religión y tal como afirma Martín Navarro:

“cuando la mujer tras expresar su dolor pueda reconocer el origen de su sufrimiento, y ella así lo deseara, se le invita a que acuda a un sacerdote que la entienda, acoja y le den la oportunidad de experimentar la gracia de la Misericordia de Dios a través de la confesión y la comunión eucarística”.

Podríamos finalizar el capítulo clasificando los silencios emocionales en dos grandes apartados a partir de los testimonios recogidos. En un epígrafe inicial se han abordado lo revelado por las mujeres que han abortado, comenzando en el propio proceso ginecológico, y donde hemos asistido a varios aspectos como son, en primer lugar una información, pobre, arbitraria, sobre el contenido del consentimiento informado de obligado cumplimiento en la Ley de despenalización de los supuestos del aborto, o como en la actual Ley de plazos, de la entrega de un sobre cerrado. En dicho sobre, en la información que contiene, omite el concepto de aborto, tipos de aborto que se pueden realizar, repercusiones físicas y psicológicas y la asesoría sobre otras alternativas frente al aborto. Como consecuencia de todo ello, no es infrecuente que la mujer no supiera a lo que se enfrentaba, o que sumidas en un estado emocional negativo, no supieron que es lo que firmaron en el

consentimiento, incluso no se les informó correctamente de los efectos secundarios. Llegaron a desconocer cuándo debían acudir a unas urgencias ginecológicas secundarios a las repercusiones del acto quirúrgico. Igualmente son relevantes las narrativas relativas al dolor físico, tanto durante el aborto, como posterior a este, lo que pone de manifiesto la violencia física que supone un aborto y a la que se está sometiendo a la mujer.

Si desde el estamento sanitario que trabajan en dichas clínicas o centros se suma y se potencia, si cabe aún más, a silenciar el proceso, igualmente se han recogido testimonios de una realidad como es la siguiente: si no se da una información completa a la mujer, menor incertidumbre e indecisiones se le va a generar, si por parte de los centros, no hay implicación emocional con la mujer, menos dudas, temores, celos, alteraciones, o conflictos emocionales se detectan y menor información se da, por lo que de cualquiera de las maneras, el aborto se realiza convirtiendo las clínicas, consultas, o los centros de planificación familiar, en una cadena de producción de abortos y en una constante entrada de dinero.

Y todo ello nos lleva a desconocer esta realidad manifestada, porque no se vuelve a tener ninguna relación con las pacientes después del aborto y donde muchas de ellas manifestaron su decisión de no volver a acudir a ese centro, o con ese médico, etc. Y a pesar de todo, desde múltiples sectores políticos, sanitarios, sociales se mantiene la convicción de que se está actuando en aras de la libertad y sin causa de perjuicio a la mujer.

En un segundo epígrafe se han contemplado los silencios que la mujer se impone y que ella se guarda para no manifestarlo al exterior. Tres son las causas por las que una mujer calla su episodio vivido. Una causa es porque es un asunto privado e

íntimo. No podemos obviar que lo mismo que existe un tabú social y se silencia, el tabú también está en la propia mujer, ya que ésta considera que su acto está fuera o se escapa de unas reglas, y por ello lo calla, lo oculta a los demás e incluso hasta a los más próximos. Y lo ocultan para no sentirse juzgadas y/o estigmatizadas.

Otra de las causas de su silencio son los olvidos, que en la práctica mayoría de las mujeres se tratan de recuerdos adormecidos o en estado de letargo, ya que volvieron a la memoria cuando lo narraban. De ahí que sea importante que los recuerdos necesiten una vía de escape. Reprimirlos, negarlos, silenciarlos, pueden convertirse en pensamientos intrusos que vuelven a la memoria sin quererlo, por eso, porque no son deseados, y el hecho de volver a reprimir esos pensamientos intrusivos para mantener ese silencio, produce una obsesión, que de continuar conlleva una gran angustia psicológica.

La última causa estudiada por la que la mujer silencia su situación vivida tras un aborto es, no sólo por no sentirse juzgadas por los demás, sino también por no sentir, dos de las emociones que más gasto físico y psíquico genera, como son la vergüenza y la culpa. Sentirse avergonzada, desde una perspectiva teórica puede estar producida por tres causas, como son: la pérdida de la dignidad como mujer, la sensación del un mal causado por el que se siente culpable y que en definitiva, conlleva la sensación de no alcanzar una situación de vida adecuada. Nuestras informantes refieren haber sentido vergüenza cuando se percatan de que lo realizado no es lo adecuado, manifestando la vulnerabilidad, debilidad e impotencia. Si la vergüenza implica la culpa focalizada en la acción del aborto, nuevamente produce el encubrimiento y la forma que tiene la mujer de presentarse ante el mundo, ocultando los miedos, y la vulnerabilidad, es usando el falso *self*, concepto acuñado por Nussbaum, que significa esa actitud personal y vital que mantiene una mujer, para ocultar aspectos concretos de la persona.

Las causas por la que algunas de las mujeres se han sentido vulnerables ante su aborto, son tan amplios y diversas como las causas por las que una mujer se plantea abortar. De ahí que no se deban hacer lecturas planas de la sociedad, si no se deben interpretaciones multicéntricas reconociendo que los distintos actores sociales, actúan de diversas formas. Se han recogido alteraciones en la autoestima ya que se ha violentado su instinto maternal junto con un quebrantamiento de su conciencia. Otras mujeres han manifestado una culpa no constructiva, que las atrapa y las priva de toda felicidad, y que produce un continuo sentirse responsable de los hechos, junto con ideas obsesivas que llegan a ofuscarla, llegando a considerar el no poder nunca a perdonarse a sí misma por los hechos que ellas mismas han consentido.

Ante la posibilidad de ayudar a las mujeres, que lo quieran, para tratar ese dolor, o el sufrimiento más o menos intenso que puede aparecer tras un aborto provocado, existen diversas asociaciones que trabajan el duelo de una pérdida traumática. Lo realizan mediante un trabajo previo de exteriorización de su dolor, para posteriormente poder trabajar el perdón, a una misma, y a los otros que de alguna manera contribuyeron al aborto, y así poder llegar a establecer una sana relación con el hijo perdido.

4.3.-Manipulación de conceptos

Uno de los cambios más profundos en las últimas décadas con respecto al aborto, ha sido la consolidación de una nueva situación cultural, que de considerarlo por parte de muchos sectores de la sociedad como un acto de violencia hacia la vida humana, se le ha conferido una justificación en nombre de los derechos de la libertad individual, y sobre esta base se pretende, no la impunidad, e incluso la autorización

por parte del Estado para poder practicarlo con toda libertad y, además, de forma subvencionada por la estructura sanitaria. Ciertas prácticas consideradas y rechazadas, por sectores de la sociedad, está en proceso (o ha llegado) a convertirse en una opción socialmente respetable.

Pero, ¿cómo se ha llegado a este cambio en el modo de entender la vida? Sin duda se deben tomar en consideración múltiples factores, como son los derivados de una revolución cultural y política, portadoras de una visión de la sociedad así como económica, empujada por los ingentes beneficios económicos que orbitan en torno al aborto y la contracepción temprana.

Esta revolución ha venido acompañada de un debate, en el que no ha predominado el intercambio de ideas o la búsqueda de una solución a los problemas de fondo. No han faltado acusaciones entre las partes de mentir o engañar, de intentar implantar en la sociedad ideas de forma acrítica, y sobre todo de manipulación.

En este apartado nos gustaría hacer un estudio de la manipulación en el debate del aborto en nuestro país. Empezaremos explicando qué es y qué no es manipulación - en cuanto a los conceptos generales-, para luego pasar a profundizar en el contenido de los argumentos: si es o no cierto que las leyes que legalizan el aborto son un medio para proteger a la mujer frente a los peligros del aborto clandestino, o al recurso a viajar a otros países donde esté permitido; si las leyes denominadas de *salud reproductiva* sirven realmente para disminuir el número de embarazos deseados y por lo tanto el número de abortos; y si una ley de anticoncepción, segura y asequible a todos, es el remedio más eficaz contra el aborto.

Por otro lado, queremos también estudiar el planteamiento que tienen los medios de comunicación y los políticos frente a las leyes de legalización del aborto, si emplean su poder al servicio de una ideología y los instrumentos que utilizan para llevarla a cabo, si manipulan las emociones, o son neutrales al plantear un intercambio de ideas y búsqueda de las evidencias. Del mismo modo, y especialmente a través de la información empírica del testimonio de nuestras informantes vamos a estudiar si la información que han recibido ha sido neutral o si algunos médicos han ejercitado su capacidad de presión para inducirlos a abortar.

4.3.1.- Conceptos generales

El término manipulación es sinónimo de manejar, usar, y a pesar de que sólo los objetos son los que se usan, en ocasiones se aplica al hombre y a la mujer capaces de ser manejados y controlarlos al arbitrio e intereses de terceras personas.

Vega Carballo (1964) define la manipulación como: “un ejercicio velado, sinuoso y abusivo del poder. Se presenta en cualquier relación social o campo de la actividad humana donde la parte dominante se impone a otras en virtud de que éstas carecen de control, conciencia y conocimiento sobre las condiciones de la situación en que se encuentran”.

Jorge Scala, (2010) aplica a su definición el uso que se puede hacer a una persona, sin respeto a su capacidad de iniciativa, tratándolo de dominar y doblegar conforme a los intereses de segundas personas y así define la manipulación como el hecho de “manejar a las personas como si fueran cosas; es decir, tener sobre ellos un dominio, posesión, uso y disfrute, exactamente como se tiene frente a las cosas” (p. 30).

Por todo ello no es de extrañar que Jones (1996) afirmara que “cualquiera que tenga una idea de la realidad no podrá negar que la manipulación es una forma de vida” (p. 13).

En nuestro trabajo no contemplamos la manipulación desde la óptica de una situación de desprecio de la persona hasta degradarlo a niveles inferiores a su ser. Por el contrario, nos referiremos a ese tipo de manipulación que mediante sus estrategias de seducción en sus planteamientos, quienes lo realizan, como afirma López Quintas (2004) “intentan vencer a otras personas sin interesarse en convencerlas” (p. 11).

Convencer y vencer, son dos palabras que a menudo se convierten en un reflejo de la realidad social. Por un lado se encuentran personas con suficiente capacidad de persuasión para captar y atraer. Se aceptan los razonamientos y las ideas que transmiten, porque se consideran válidas, y en múltiples ocasiones perfecciona el conocimiento de la realidad. Por el contrario, la conformidad y aceptación a lo que se dice sin suficientes razones de peso (sociales, fisiológicas, filosóficas, jurídicas etc.), movidas por energías irreflexivas, por impulsos que nos empujan hacia sensaciones más de orden corporal que mental, producen que la persona, como señala López Quintas (2004), “se vea reducida a una condición gregaria, dentro del grupo de quienes no piensan ni deciden por su cuenta sino que actúan al dictado de otros” (p. 11). Más adelante retomaremos el propósito y resultado del convencer y vencer. A partir de esta reflexión nos encontramos que la persona que manipula es aquella que entre sus objetivos se encuentran el de “intenta moldear la mente, la voluntad, y el sentimiento de personas y grupos para convertirlos en medios al servicio de sus fines” (p. 11). Si bien este concepto puede ser tenido en cuenta en el

mundo de la publicidad y del comercio donde la persona es reducida a un mero cliente, también puede trasladarse al mundo de las ideas, en el que a través de consignas de índole demagógica, se llega a intervenir directamente mediante la denominada manipulación ideológica.

El término ideología hace referencia según Scala (2010) a “un sistema cerrado de ideas que se postula como modelo según el cual ha de reestructurarse toda la vida humana en la sociedad” (p. 29).

Y en un sentido más completo en su concepto, se la puede concebir como sugiere López Quintas (2004) en “un conjunto de ideas –políticas, económicas, religiosas– que ciertos grupos sostienen, no tanto por convicción rigurosa de que tales ideas reflejan fielmente la realidad, sino por motivos sentimentales e intereses de diverso orden” (p. 13).

Desde una perspectiva política, a lo largo de la historia de la transición de la democracia en España, hemos sido testigos de cómo se ha ido transformando el modo de pensar y de actuar acerca de temas relacionados con la revolución sexual de la mujer. Para ello se fueron proyectando ideas atractivas sobre aquello que se quiere realzar y elevarlo a la categoría de necesidad social y derecho de la mujer.

La estrategia establecida fue la de la trasmisión de ideas, ya sean dentro o fuera de un programa de campaña política, o través de un medio de comunicación, pero lo importante y a tener en cuenta, es que dichas ideas y conceptos, como afirma López Quintas (2004), “encandila, prende la atención, aviva el deseo, pero a la vez deslumbra y enceguece” (p. 12), a la vez que todas ellas van cargadas de una gran dosis de emotividad, y que el fragor de un mitin, siguiendo a López Quintas (2004),

este encandilamiento de esta propaganda “constituye una seducción, no un enamoramiento” (p. 12).

Pasado los momentos de la exaltación, para que la esencia no se diluya, es preciso recurrir a estrategias de martilleo propagandístico en la opinión pública con la astucia del ideólogo, a fin de crear un clima social que demande una nueva vuelta de tuerca a favor de los derechos reproductivos en la mujer.

La manipulación utiliza como herramienta de trabajo dos elementos: la imagen y el lenguaje.

El aborto se ha convertido en una batalla en contra de las imágenes. Incluso en el aborto del primer trimestre de embarazo, las fotografías nos lo representan como el acto de violencia que puede llegar a ser. Por eso cuando desde los medios de comunicación afines a la vida, nos lo muestran, ha ocurrido que tertulianos que allí se encontraban debatiendo *vida si, vida no*, se han levantado y se han ido del plató de televisión en un estado de total indignación.

¿Por qué esto es así? ¿Por qué molesta y desagrada tanto ver las fotos del producto de la concepción, después del aborto?

Aproximadamente el noventa por ciento de los abortos se realizan en el primer trimestre de embarazo, y es del dominio público, en muchos sectores de la sociedad, que en este periodo de gestación los embriones no son considerados como seres jurídicos vivos. Por eso se ve el aborto como un medio quirúrgico, seguro legal y común. De ahí que cuando no se muestran imágenes, el uso exclusivo uso de la palabra, invisibiliza los hechos, y la realidad se oculta detrás del propio horror. “La perversidad de los actos no cabe en las palabras” (Cunnigham, 2013).

A lo largo de la historia de la humanidad, sólo cuando los hechos se hicieron visibles, fue cuando la ciudadanía se percató de la realidad de los hechos.

Tomemos como ejemplo algunos momentos que marcaron un antes y un después en la historia. Por ejemplo, en la Inglaterra de los siglos XVIII y principios del XIX, el movimiento abolicionista contra la esclavitud no fue efectivo hasta que se hizo visible la esclavitud de manera que se entendió el dolor que suponía esta práctica. Lo mismo ocurrió en Estados Unidos cuando los activistas reformistas en contra de la esclavitud del maltrato de los niños que trabajaban en las minas de carbón, sólo mientras que se limitaron a denunciarlo con palabras fue una lucha estéril, hasta que no mostraron las imágenes y consiguieron que la opinión pública se sensibilice en contra del trabajo infantil. No podemos olvidar del papel tan importante que tuvieron las imágenes para ganar en derechos civiles de los ciudadanos de color en América. O como las imágenes de los campos de concentración se han utilizado para mostrar el holocausto nazi. Cunningham (2013) afirma que “La injusticia que no se ve, se convierte en tolerable, aceptable. Inevitable, y la injusticia que se expone, y que se hace ver, casi siempre está fuera de la Ley”.

Por otro lado, es a través del lenguaje, como medio de comunicación y de acercamiento entre las personas, que podemos considerar las repercusiones que éste pueda tener en el ámbito de la comunicación, desde una doble perspectiva. Desde aquella en la que “mediante el lenguaje se crea unidad” (López Quintas, 2004, p. 15) aunque se partan de premisas y concepciones distintas, o por el contrario, desde la perspectiva en la que el lenguaje o las ideas transmitidas rezuman rencor, de manera que el lenguaje se desintegra, se auto diluye. De ahí que el lenguaje sirva para encontrar posiciones cercanas, o por el contrario posibilita las tácticas para

tergiversar las cosas y sembrar confusión. Por eso “nada hay más grande en la vida humana que el lenguaje, pero nada más temible debido a su condición bifronte” (López Quintas, 2004, p. 15).

Para profundizar en el poder manipulador del lenguaje, lo vamos a estudiar analizando el poder de “talismán” (López Quintas, 2004, p. 16) que guardan en su significado ciertos slogans, frases hechas, que no sólo permiten la elaboración de discursos, si no que tienen la capacidad de aunar sentimientos entre iguales, por su forma de pensar y proceder, o de diferenciar a los distintos.

Como hablamos en el marco teórico, la denominada psicología de las masas, se descubrió en el siglo XX las técnicas de la propaganda para “encarar ciertas situaciones críticas de contención o cambio político, en favor de la permanencia de los círculos gobernantes” (Vega Carballo, 1964). A la vez se confirmó el potencial persuasivo y manipulativo de los medios de comunicación y las redes sociales, que son los elementos indispensables a la hora de negociar y comerciar con muchas de las decisiones de la vida, de las personas y de los intereses de los Estados. Y todo ello influyendo en “las actitudes del público en general de manera rápida, sutil y eficaz” (Weiten, 2006, p. 257).

Valent (2007), señala que “para vehiculizar y disimular ciertas tergiversaciones, se ha hecho uso del lenguaje: se han introducido nuevas palabras y expresiones se significados confusos o equívocos” (p. 25). El objetivo es desviar la atención de una realidad distinta de la que se persigue, enmascarando toda connotación que desvíe la atención al primitivo significado del término, con el fin de darle un aspecto de progresismo y naturalidad al concepto.

Un ejemplo muy representativo de este tipo de manipulación es la sustitución de la palabra aborto por la de *Interrupción Voluntaria del Embarazo* (IVE) o Interrupción del embarazo (IE)²¹.

Continuando con Valent (2007), este cambio busca, “omitir la palabra aborto, que tan dura suena, por ser tan explícita”. Desde diversos medios se ha afirmado que *la interrupción voluntaria del embarazo* no era más que un eufemismo, un ambigüedad para no tener que emplear un concepto, el del aborto, “cuya connotación nos recuerda lo que tiene de inhumano” (Valent, 2007). Y en este sentido Cueto (2005) se acerca a esta posición al definir el eufemismo como “cualquier manifestación suave y decorosa de ideas cuya recta y franca expresión sería dura y malsonante” (p. 25).

Consideramos además que el fin que persigue dicha transformación semántica es atraer la atención hacia el derecho reproductivo de la mujer, desviando las consecuencias que el aborto puede acarrear en el cuerpo de la misma.

También al introducir el término “voluntario” se está recalcando, que se trata de una decisión libre de la mujer, una defensa de sus derechos y su dignidad.

Al sustituir la palabra aborto, entendida como la expulsión del embrión o feto fuera del vientre materno produciéndose la muerte, por interrupción voluntaria del embarazo, en donde el concepto interrupción significa detener la continuación de una acción para su posterior puesta en marcha, vemos que ambos términos, son incompatibles. No puede darse al mismo tiempo un concepto junto con el otro.

Partiendo del recorrido conceptual que ha hecho el término interrupción voluntaria del embarazo, éste se considera generativo y determinante, es decir, como afirma

²¹ Se utilizan indistintamente, aunque IVE es el término que más se ajusta a la definición de la Ley.

Butler (2008) el concepto “toma la acción de un dios que no solo causa, sino que compone todo lo que es su objeto; es lo performativo que da vida y constituye lo que nombra” (p. 24).

Ahora bien ¿es necesaria la acción de una persona que dirija y lleve a cabo dicha transformación en los términos?, ó por el contrario ¿puede haber un cambio de todo un concepto sin conocer la mediación de la persona que lo realice? Butler (2008) nos saca de dudas afirmando que la capacidad de acción se impone por encima del sujeto, o dicho de otra manera “emerge dentro, y como la matriz, de las relaciones mismas” (p. 25). Y es la matriz la que permite su expresión, la que habilita a la cultura para su manifestación.

Entre mis informantes, sólo MM4E y M2E utilizan el término *Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Alguna de las mujeres, por ejemplo M5, nos habla de “*extirpar*”, C7E verbaliza su aborto con “*quitar esto*” ó S6E se refiere constantemente a “*la necesidad de suprimir una situación*”. El resto de las mujeres no tuvieron ningún problema en pronunciar la palabra aborto, aun incluso antes de que yo misma lo manifestara en una pregunta.

Por lo tanto, si aunque desde posiciones ideológicas se introdujo el concepto interrupción voluntaria del embarazo, consideramos que la mayoría de las mujeres entrevistadas tenían tan asumido la trascendencia del acto que en la mayoría no participaban de un vocabulario más propio de un ideario que de la realidad social. Podemos deducir que la elaboración de giros con un carácter más progresista no significa la anulación de los anteriores en cuanto a su significado y alcance.

Otro ejemplo de la capacidad de seducción que ciertos términos producen, a la vez que hacen vibrar por el convencimiento que lleva consigo, es cuando se manifiestan frases tales como *Derecho al aborto: porque mi cuerpo es mío; o Libertad para disponer de su cuerpo*. Dichas palabras dichas sin ninguna matización, aluden a la libertad de maniobra frente a la vida del embrión o del feto, y toman dos significados distintos: el de respetarla o la de eliminarla.

López Quintas (2004) sugiere que en la elaboración de dichas frases hechas se persiguen un fin, como es que se lleguen a pronunciar “con extrema celeridad para no dar tiempo a la gente a pensar, a reflexionar sobre cada uno de los temas. Por eso no se detiene a matizar los conceptos y justificar los que afirma: lo da todo por consabido y lo expone con términos ambiguos, faltos de precisión” (p. 17).

Una vez que dichos conceptos impregnan el tejido social se asumen con tal fuerza que es difícil dar marcha atrás y eliminarlos del vocabulario. Foucault (1991) señaló que conceptos tales como “derecho a la vida, al cuerpo, a la salud y a la felicidad, a la satisfacción de las necesidades; el derecho (...), a encontrar lo que uno es, y todo lo que uno puede ser, este derecho es una réplica política a todos los nuevos procedimientos de poder” (p. 87).

Cambiar tales conceptos supondría todo un trabajo de introspección y de reflexión acerca de lo que nos revela el conocimiento científico, y a la propia entidad del ser humano. Recordamos a López Schlichting (2005) cuando afirmó que no depende de lo que cada uno en particular piense, quiera o no quiera, porque el feto existe, es una realidad y además es portador de una identidad ineludible.

De ahí que ante un embarazo inesperado, la situación se puede plantear desde dos perspectivas: puede ser que la mujer considere que es o no es el momento

adecuado para quedarse embarazada, el embarazo puede producir felicidad o desasosiego, o piense que ese embarazo complica demasiado la existencia, ya sea por comodidad, ignorancia, soledad o por falta de información, u otras tantas razones como mujeres abortan. Y desde otra óptica que no se debe ni se puede obviar, es aquella en la que la ciencia nos dicen que el embrión es un ser vivo, dotado de un sistema integrado con capacidad de autorregulación como son la diferenciación, el desarrollo y el crecimiento que le posibilita unas propiedades distintas a las del cuerpo de la mujer.

Partiendo del total respeto hacia cualquier opinión en materia de aborto, el hecho de que se verbalice y se reivindique el derecho a utilizar su propio cuerpo es propio de la capacidad que tiene la mujer para entender su cuerpo como una cosa o un instrumento a utilizar libremente, sin considerar que el cuerpo “forma parte indisoluble de nuestra ser persona, de ahí su dignidad” (Cortés Soriano, 2013). Y como señala Aznar (2008), “la madre no tiene una influencia absoluta sobre el control y desarrollo interno del embrión y en su diferenciación, aunque es muy importante el ambiente materno para el crecimiento del mismo” (p. 26).

Por lo que hemos visto, con la frase hecha, *Derecho al aborto: porque mi cuerpo es mío*, está haciendo referencia a todas aquellas situaciones en las que la mujer decide sobre su ámbito corporal, y no tiene nada que ver con el derecho a actuar sobre un embrión humano con unas características de independencia y autonomía propia y donde la influencia de dependencia que tiene de la madre es el propio del concepto de claustro materno.

4.3.2.-Algunas consecuencias de la manipulación de conceptos

Por medio del lenguaje, y mediante la utilización de ciertas palabras, que se sugieren grandes cuestiones de la vida. Prueba de ello es que en las tres últimas décadas la problemática del aborto se está planteando, tanto en la prensa escrita como hablada (mítines, tertulias, etc.), desde una perspectiva unilateral y sentimental, de manera que el mensaje sea capaz de provocar conmoción en aquellos que los escuchen. A pesar de la despenalización y legalización del aborto, se sigue recurriendo a argumentos que presentan a dos tipos de mujeres, que según sus posibilidades, nos muestran la manera de controlar su maternidad mediante el aborto.

Están, en primer lugar, aquellas mujeres sin medios, que recurrían a que se les realizara un aborto de forma ilegal y clandestina en tugurios sin ninguna condición de salubridad y seguridad poniendo en peligro su propia vida.

Y en segundo lugar se encuentran esas mujeres que, disponiendo de recursos económicos, viajaban al extranjero, fundamentalmente a Londres, o acudían a localidades próximas a la frontera franco-española, en cuyas clínicas se les realizaba el aborto.

De nuestras veinte informantes, sólo tres de ellas referenciaron haber ido al extranjero a practicarse el aborto.

(MM4E) nos decía que en aquella época acababa de terminar la carrera de medicina, era su primer trabajo y por encima de todo argumento lo principal no era el dinero.

Ella narró lo siguiente:

“Llamé a la clínica donde sabía que se hacían, donde más gente que yo conocía había tenido que pasar, donde les habíamos ayudado de alguna manera, no de alguna, sino de todas las formas posibles, porque yo estaba en ese contexto primero estudiante de medicina, luego médico aunque no estudie ginecología te mueves en un circuito que recurren a ti, pues me tocó recurrir a mi”.

Por lo que observamos en este relato no influye tanto el tema económico como los contactos que se tengan respecto a quién y dónde se practicaba un aborto.

En este sentido (C7E) también se encuentra en esta misma situación, sabe de alguien a quien hay que acudir, y allí se presenta. Así me lo relataba:

“Con la madre de una amiga nos fuimos a Biarritz, ella ya sabía cómo era la historia y bueno pues nos fuimos. Yo puse la mitad del dinero, mi novio la otra mitad y nos fuimos a Biarritz donde un ginecólogo. Me puso anestesia, ya no sentí nada, yo iba nerviosa pensando que iba a sentir dolor, y nada no sentí nada de dolor”.

Por el contrario (C12E), por la época en la que abortó, *“yo soy de una generación de los hippies, liberación sexual, yo estaba educada en una escuela de monjas”*, se fue a Londres. No hace ningún comentario al tema económico.

“Y fui a abortar a Londres. Yo entonces era muy joven, tendría 21 años y me encontré con personas, que eran inglesas, que ya llevaban el aborto como método anticonceptivo”.

Esta forma de argumentar no es un hecho pasado, sino que se sigue utilizando en la actualidad. Santamaría²² (2013) muy recientemente escribió en el Periódico²³, haciendo hincapié nuevamente en el riesgo que correrían las mujeres si la Ley del 2010 se modificara en algunos de sus aspectos. “En 2011 (el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no ha facilitado datos del 2010) abortaron 118.359 mujeres y de ellas, 105.341 (el 89%) no podrían haberlo hecho si la situación se les hubiese planteado a partir de que entre en vigor la reforma propulsada por el ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardón. Lo más grave es que de todas las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo, el 56% abortarían igualmente aunque sus circunstancias económicas, laborales o afectivas fuesen diferentes. Y ninguna ley les va a hacer cambiar de parecer. Y en ese país pasará lo que ha pasado siempre: que las mujeres que dispongan de recursos económicos abortarán en países de la Unión Europea donde existen legislaciones como la nuestra actual; y las que no, abortarán también, pero jugándose la salud y la vida en situaciones de clandestinidad y riesgo sanitario y jurídico. No existen dos grupos de mujeres, las que abortan y las que no, sino una misma mujer en diferentes circunstancias”.

²² Secretaría de Igualdad PSPS-PSOE (*Partit Socialistes País Valencià*).

²³ Tirada propia de la Comunidad Valenciana.

Estas declaraciones son ciertamente discutibles. Desde 1985 ha existido un fraude de Ley o un fracaso de Ley. De hecho los que han querido abortar, no han tenido que irse fuera, ya que el aborto lo han podido realizar en clínicas acreditadas y legales de manera clandestina, desde el momento que el embarazo estaba por encima de las semanas supuestas en la Ley. Tras la lectura de dicho artículo destinado a remover los sentimientos, e independientemente de que no se sabe cuál va a ser la reforma que plantee el Partido Popular sobre la Ley del aborto del 2010, me planteo la siguiente cuestión ¿desconoce la Sra. Santamaría que tras la Ley del despenalización del aborto de 1985, fueron denunciado abortos realizados en clínicas fuera de los supuestos establecidos, o que en la actualidad se están realizando abortos fuera de la ley de plazos?

A este tipo de abortos que se han realizado los denominamos ilegales porque son “contrarios a la Ley” o clandestinos, definidos como “secreto, oculto, y que se efectúa sin los requisitos exigidos por una disposición legislativa” (RAE, 2013).

En este sentido hacemos referencia al caso del doctor Morín, propietario de cuatro clínicas de Barcelona, “al que se le imputaba 115 delitos de abortos ilegales, alguno de ellos practicados hasta la semana 32” (Domingo Rakosnik, La Razón, 14 de septiembre del 2012). O la práctica de abortos de semana 21, 22 de gestación, realizados mediante inducción salina con posterior inducción al parto, que se filmaron con cámara oculta²⁴ en clínicas de la asociación ACAI²⁵.

La manera de plantear y sugerir la problemática del fracaso o del fraude de la Ley desde distintos programas de acción y estratégicos no son hechos nuevos ni aislados. En nuestro campo de atención, Bernard Nathanson (1997)²⁶ ya lo

²⁴ http://www.youtube.com/watch?v=iFQYgUz_fH8

²⁵ Asociación clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo.

²⁶ Bernard Nathanson, médico ginecólogo y llamado “el rey del aborto”, En 1969 fue cofundador de la Asociación nacional para la Revocación de las Leyes contra al aborto (NARAL), rebautizada posteriormente como Liga Nacional para la Acción por el Derecho al Aborto. Fue director del Centro

manifestó cuando afirmó que fue él y su equipo quienes se inventaron las cifras del número de abortos en Estados Unidos, y como él mismo escribió en su biografía, “Durante ocho años se abolieron todas las Leyes sobre el aborto en Estados Unidos, se trazaron las líneas entre los pro y los antiabortistas (p. 100). Incluso la temporada heroica de Denny McLain en las que ganó treinta partidos²⁷ tenía que ser analizado a través del prisma del aborto. (El saldo era que el logro de McLain era negativo porque distraía al público de temas como la revolución sexual) (p. 101) (...) Descubrí que me había envuelto sutilmente en la planificación de estrategias políticas (...), no nos conformamos con nada menos que suprimir todas las Leyes sobre el aborto y sustituirlas por el aborto a voluntad” (102).

Sin embargo no es nada conveniente tratar a la ligera una cuestión de hondo calado humano como son los abortos clandestinos, y que en España, a raíz de la de la despenalización de la Ley 1985, dichas prácticas de riesgo parecía que habían desaparecido. En este sentido son numerosas las voces que nos lo recuerdan en los medios de comunicación, como es la bondad de la desaparición de la clandestinidad. Se unen a este clamor el doctor Barambio²⁸ (2009) cuando afirmó en que “la prohibición legal del aborto provocado, se recurriría y se recurre en condiciones sanitarias nulas”, hecho que según dicho ginecólogo, “supone la muerte de muchas

de Salud Reproductiva y Sexual, entonces la mayor clínica abortiva de EEUU, llegando a practicar, como él mismo afirmó, más de setenta y cinco mil abortos (75.000), trabajando con ahínco hasta conseguir el aborto legal en EEUU y a la carta.

Al final de los años setenta cambió su posición sobre el aborto, llegando a ser un relevante abogado a favor de la vida. La evolución de Nathanson supuso un cambio muy importante ya que su evolución estuvo basado en el poder de la evidencia científica.

A los 70 años continuó practicando la ginecología en una de las zonas más pobres de New York. Falleció el 21 de febrero del 2011 a los 85 años de edad.

²⁷ En la liga de beisbol.

²⁸ Médico ginecólogo y Presidente de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del embarazo (ACAI).

mujeres, principalmente por hemorragia e infección, y la presencia de secuelas como la pérdida de la capacidad reproductiva” (*El Periódico*).

Sin embargo el aborto clandestino no ha desaparecido, desde el momento en que se realizan fuera del sistema de supuestos o de plazos y que son los medios de comunicación quienes movidos por intereses determinados, sacan a la luz pública dichos hechos.

Una muestra de la extensión del aborto clandestino en la actualidad es el repunte del aborto por medios químicos. Un ejemplo de esto es lo que se publicó en el periódico Público, “donde en los barrios madrileños con mayor población latina, las mujeres aseguran que el uso del fármaco (Misoprostol²⁹) es común en sus círculos de amistad” (Pi, 2011).

Numerosas mujeres recurren a foros del tipo, foro femenino.com, en el que las propias mujeres cuentan sus experiencias e informan cómo deben tomarse dicha medicación.

A modo de ejemplo recojo lo escrito en el foro por nanita 2128:

“Hola mi caso es que tenía 6 semanas de embarazo y no podía tenerlo así que opte por el aborto y me decidí por las pastillas cytotec. Primero una hora antes me introduje un anticonceptivo de emergencia en pastilla en una farmacia me dijeron que era más fácil así porque se ablanda el proceso. Después de la hora, me introduje 4 cytotec, 3 vía vaginal y 1 oral. Tomarse la dosis oral da vómitos, por eso me bebí una no me dieron náuseas. La cosa es que a las 4 de la tarde me introduje las cytotec y a eso de las 6.30 empecé

²⁹ Misoprostol es un análogo semi-sintético de la prostaglandina E1, utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, en particular las secundarias al empleo de fármacos anti-inflamatorios no esteroídicos (AINES). En mujeres embarazadas, este tratamiento ocasionó un 96% de abortos médicos después de una o dos dosis de misoprostol.

con mucha diarrea. Luego a las 7.30 me empezaron las contracciones si les digo SON BIEN FUERTES ya lo sabía porque me había informado” (18 de septiembre de 2010).

A pesar de que existe un vacío estadístico relativo al número de mujeres que se provocan ellas mismas el aborto, sin embargo desde las consultas de ginecología, Segura³⁰ (2011) confirmó en el periódico Público, el hecho de que “una treintena de mujeres, todas latinoamericanas, pasan por su consulta confesando que ha intentado abortar con misoprostol”.

Esta práctica está tan extendida, que una de mis informantes, desconociendo yo tales hechos, me narró su experiencia.

Ego: ¿y has abortado?, ¿cómo?

“Yo muy peligroso. Yo mismo fui a la farmacia con una amiga y me acompañó a comprar cytotec (misoprostol) y eso está prohibido la venta en la farmacia, no sé cómo nos han vendido, pero nos han vendido. Hemos andado como unas 10 farmacias y en la última nos han vendido, sin receta. Lo compramos, mi amiga me explicó como tenía que tomarlo, estaba conmigo todo el tiempo y después para averiguar bien si seguía fui al hospital a ver si está todo bien y si me ha quedado restos ahí porque era un mes, creo que no llegaba a un mes de embarazo, fui al hospital he explicado bien la situación, he llevado una bronca del médico porque me ha dicho que eso no se hace que es una medida muy peligrosa, que estoy arriesgando mi vida, que si yo quiero hacer eso, que

³⁰ Ginecóloga y miembro de la Federación de Planificación Familiar Estatal.

hay centros ahora mismo en el momento que funcionan, aborto es libre, que puedo hacerlo mediante un centro de salud o con una persona más especialista para eso y no hacerlo de la forma que yo lo he hecho” (AJ15SA).

La trascendencia del problema aumenta cuando, en primer lugar, son ciertos ginecólogos quienes asumen como propio el poder de trasgredir los preceptos jurídicos en aras de dos hechos. En primer lugar a través de una “Interpretación jurídica de la Ley Española, en base a la Resolución Técnica 61 de la OMS que define al aborto como la interrupción de la gestación antes de la viabilidad fetal y dado que la viabilidad fetal en condiciones naturales, está aceptado que se sitúa en la 24-26 semanas y teniendo en cuenta que el margen de datación de la edad gestacional por ecografía es de ± 2 semanas, se consideró que cuando se rebasaba el límite de las 26 semanas se podía interpretar que ya no se estaba practicando un aborto y por ello se salía del marco que la Ley establecía” (Barambio, 2006, p. 4).

Y en segundo lugar, partiendo de la definición de la OMS sobre la salud como El estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de dolencias o afecciones, Barambio (2006) considera que un “Embarazo No Deseado (END) altera el bienestar psíquico y social y la salud está en riesgo” (p. 2) lo que cabe la interpretación de que es lícito el aborto provocado.

La relevancia de la ilegalidad y/o clandestinidad de ciertas prácticas abortivas existe cuando en ciertas farmacias pueden expender sin receta médica un medicamento.

Investigando en la web acerca de si era obligatorio el uso de la receta médica, y al escribir en el buscador google *como abortar en casa*, apareció la web denominada

¿Cómo usar Cytotec Misoprostol? en las dos direcciones abajo indicadas³¹, donde están descritos sus indicaciones, dosis requeridas, aparición de los efectos abortivos y los efectos colaterales, control del dolor, así como la recomendación de hacerse una ecografía una vez finalizado el proceso. Además aseguran a la mujer que “se atiende a las peticiones con absoluta seriedad y discreción y responden a la mayor brevedad”.

Segura (2011) afirmó en el Periódico que “la ignorancia y el tabú, lleva a estas mujeres a la clandestinidad, poniéndose en riesgo”. Sin embargo es difícil defender la misma opinión que dicha ginecóloga, ya que basta buscar en internet encontrar un inmenso despliegue informativo y lo mismo que existen páginas que informan como abortar en casa, existe también un canal fluido y abierto para conocer el estado de la Ley de educación sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo en España y los centros abortivos donde dichos procedimientos se realizan. Prueba de ello es que las mujeres que utilizan el cytotec como método abortivo, acuden a los centros de planificación familiar cuando, como señala Segura (2011), “el fármaco no ha causado el efecto deseado, cuando el sangrado es excesivo o cuando están angustiadas porque no saben si realmente funcionó”.

³¹ <http://www.womenonwaves.org/es/page/702/how-to-do-an-abortion-with-pills-misoprostol-cytotec>

Women on Waves fue fundado hace 10 años por Rebeca Gomers con el objetivo de prevenir embarazos no deseados mediante abortos farmacológicos con pastillas a bordo de un barco de bandera holandés que, no respetando la soberanía de los países, utilizan las aguas territoriales para realizar dicha práctica donde el aborto es ilegal. Su máxima es otorgar a la mujer el suficiente empoderamiento para que ella misma “tome la vida en sus propias manos, independientemente de la legalidad del aborto o la voluntad de los médicos”. Internacionalmente se centra en la ayuda a las mujeres para que tengan acceso a esta información que salva vidas, para que ellas mismas puedan abortar de una manera segura. Y se anuncian con el método lo siguiente “Imprime esta pegatina y pégala por todas partes; en baños públicos, cafés, restaurantes, micros/autobuses, trenes, salas de espera, vestidores -por donde sea-”. <http://www.pastillasabortivas.net/como-usar-cytotec-misoprostol.htm>

Un debate que siempre ha estado al cabo de la calle era que, si el aborto se daba en la realidad, ¿no sería preferible sacarlo de la clandestinidad, legalizarlo para poder controlarlo? O por el contrario, ¿no se corre el riesgo de que se convierta en una Ley moralmente vinculante? Como señala Ortega (2003), “Existen una serie de circunstancias que, sin capacidad para hacer justa una ley injusta, hacen que ésta sea más o menos inicua, en cuanto dificultan o facilitan que se ordene más o menos al bien común” (p. 3).

Tal y como se indicó en el marco teórico, la permisividad de las sucesivas leyes del aborto en España han dado lugar a abusos que han escapado al control de los gobernantes y han desprotegido al más débil. De ahí que exista el gran interrogante que plantea, si la legalización del aborto garantiza que tenga como fin único y exclusivo el bien de la mujer, o se termina cayendo, en lo que Ortega (2003) señala como “abusos y manipulaciones deshonestas... y se deja la vida sujeta a acuerdos, consensos o reglas que son el resultado de un cambiante equilibrio de poder o de interés” (p. 4).

Y no por ello se debe desestimar la problemática que se plantea ante las prácticas que induzcan al aborto clandestino. Así lo manifestó Jubany Arnau (2002) cuando claramente se pronunció respecto a la clandestinidad en la que “en los países con legislación muy permisiva sobre el aborto, el aborto clandestino sigue existiendo, por mil razones muy fáciles de comprender (adulterios con consecuencias no deseadas, necesidad de ocultar un embarazo para mantener cierta posición social, o tantas otras). En cualquier caso, las circunstancias exteriores que rodean al aborto pueden hacerlo más sórdido e inhumano por poner en peligro la vida de la madre además de la del hijo. Pero el aborto, sea de mujeres ricas o pobres, se haga

clandestinamente o bajo la protección del Estado, se practique sin medios o con la más sofisticado tecnología, esta acción no debe justificarse” (p. 7).

Tanto desde una perspectiva pro-vida, como desde la corriente *pro-choice* (pro elección), se ha manifestado una repulsa unánime hacia cualquier práctica clandestina. Sin embargo lo que les diferencia a ambas corrientes de pensamiento es el hecho de que se otorgue, o no, a la vida de un embrión humano un valor supremo y absoluto, basándose en una creencias fundamentadas en la ciencia, que consideran al aborto legal o ilegal un atentado contra la vida de un inocente indefenso.

Cuando se estaba elaborando la Ley de educación sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, la entonces Ministra de Igualdad, Aido (2009), manifestó refiriéndose a la Ley de educación sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo que ésta "es una ley de salud sexual y reproductiva, pero también en el ámbito educativo, porque el interés del Gobierno es frenar la tendencia al alza de los embarazos no deseados".

Cuatro años después, Santamaría (2013) sigue insistiendo en una “una buena parte de la actual Ley de 2010, está dedicada incidir sobre la importancia de la educación sexual para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados”. Parece evidente que la Ley del 2010 debía estar destinada para afrontar un problema importante en España como era la falta de educación sexual y por ende el número tan alto de embarazos inesperados. Sin embargo a pesar de las numerosas

campañas de educación sexual, Rodríguez Pichardo³² afirmó que “en los últimos 10 años la cifra de persona que padecen enfermedades venéreas ha aumentado considerablemente” (como se citó en Márquez 2012). Si bien esta tesis no está proyectada para el estudio de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, parece evidente que educación sexual-enfermedades de transmisión sexual – embarazo inesperado van de la mano, como posteriormente veremos.

En este punto, y aunque el estudio realizado es de tipo cualitativo, parece oportuno incluir una serie de datos cuantitativos, con el objetivo de facilitar la comprensión del relato al lector.

Al consultar los datos estadísticos, tanto del Instituto Nacional de Estadística, que comprende los abortos realizados desde 1992 hasta 1995, como los datos Ministerio de Sanidad y Consumo, y los de la Dirección General de Salud Pública donde se reflejan los abortos realizados desde 1996 hasta 2011, nos encontramos con la siguiente realidad.

Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nº abortos	37.137	41.910	44.962	45.503	47.832	49.367	51.002	49.578	53.847	58.339	63.756

³² Jefe del departamento de Dermatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla y miembro de la Sociedad Española en Dermatología y Venereología.

Gran capítulo de resultados

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº abortos	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031	118.359

Tabla nº1 Abortos realizados desde 1992-95 hasta el 2011. Elaboración propia. Fuente Ministerio de Sanidad y Consumo.

A partir de los datos publicados tras 26 años de práctica despenalizada y legalizada del aborto, tanto a través de la Ley de despenalización en determinados supuestos, como tras la Ley de plazos para la interrupción voluntaria del embarazo, el número de abortos totales declarados y realizados en España, asciende el número de un millón seiscientos noventa y tres mil trescientos sesenta y seis (1.693.366). Tenemos que considerar que en esta cifra no están computados los abortos que consideramos clandestinos, y aquellos que se realizaron en las semanas de gestación que no se ajustaron a los supuestos de la Ley de despenalización del 1985 o no se ajustan a las semanas establecidas en la Ley de 2010.

En los últimos 10 años (2001-2011), el número de abortos ha crecido un 70% y desde 1991 a 2011 el incremento ha sido de un 182.41%.

Las tasas de abortos por mil mujeres entre 15 y 44 años en España comparándolas con las del País Vasco, observamos cómo tanto en el ámbito Nacional como en la CAV el aumento se ha ido produciendo progresivamente.

Mujer y aborto

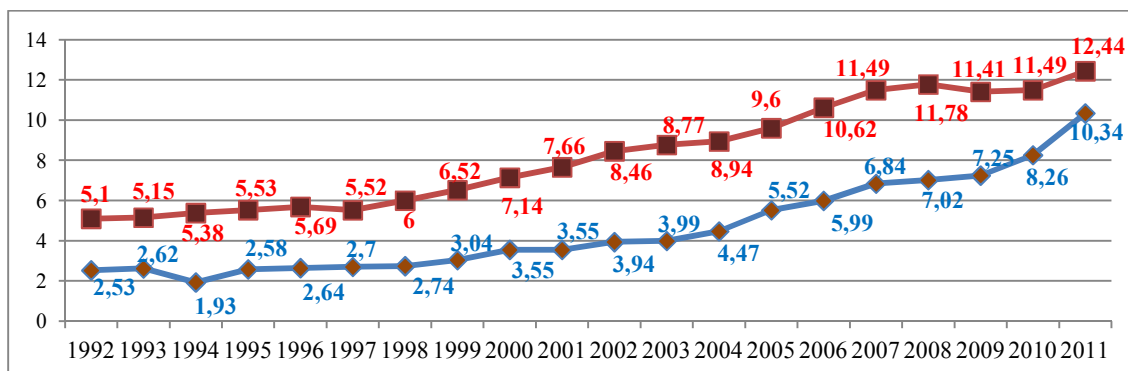


Gráfico nº 4. Tasas de abortos por mil mujeres entre 15 y 44 años en España comparándolas con las del País Vasco. Elaboración propia. Fuente Instituto Nacional de Estadística.

Si la legalización del aborto tenía como objetivo la disminución de embarazos no deseados, el aumento del número de abortos indica que no ha desaparecido sino que por el contrario ha aumentado en número.

Por lo tanto el tan discutido mito de que si se legalizara el aborto las mujeres se harían menos abortos, convierte el hecho en que el índice de aborto no depende tanto de su legalización, ni de la disponibilidad a la anticoncepción, ni del acceso a una educación sexual, y ni tan siquiera de una asimetría de poder entre hombres y mujeres. Es posible que el efecto multiplicador en el número de abortos cometidos, sea debido a que, por un lado, la sociedad ve como bueno lo que es acorde a la Ley en la creencia que lo legal es moral, y todo lo ilegal es inmoral, y por otro lado la trivialización de las relaciones sexuales, conduce al mal uso de las mismas, y/o a no ser consciente de las conductas de riesgo.

Desde distintas instancias se abogó que la educación sexual era una buena estrategia de prevención de los embarazos no deseados y de las enfermedades de

transmisión sexual, en contra del mito establecido, de que la educación sexual incrementaría los embarazos y el aborto.

En la actualidad los anticonceptivos están al día, se habla de ellos con total naturalidad. Existen madres las que introducen los preservativos en los bolsillos de los hijos cuando salen a divertirse, e incluso los medios de comunicación colaboran en mejorar el conocimiento y la información. Sin embargo parece que es evidente que los eslóganes como “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”, junto con el alto índice en el número de abortos, debería llevar a una seria reflexión acerca de si el incremento relacionado con los embarazos y aborto tiene influencia la educación sexual.

El periodo que analizo es una etapa con una llegada de emigración latinoamericana a España muy alta, convirtiéndose nuestro país en uno de los primeros receptos de emigrantes de Europa. Por ello nos encontramos ante una necesidad de alfabetización sanitaria de una gran multitud de gente joven que va llegando y que no se puede abordar fácilmente, habida cuenta de que vienen de culturas y costumbres diferentes. A este hecho tenemos que añadir la compleja casuística de las mujeres nacionales.

Lo que parece innegable es que existe una preocupación en torno a esta cuestión. Y en este sentido están quienes tildan a las campañas de educación sexual de “poco efectivas para aconsejar unas relaciones seguras” (Rodríguez Pichardo, tal como se citó en Márquez, 2012). Consideran la necesidad de una adecuada educación sexual, y más concretamente las campañas de información sobre los peligros de no usar preservativos durante el sexo, como “por los riesgos de embarazos y por el riesgo de padecer afecciones venéreas, que está aumentando considerablemente” (Rodríguez Pichardo, en Márquez, 2012).

Cancho (2013) hace referencia en el *Diario Vasco* de un estudio realizado por el Hospital Santiago Apóstol de Vitoria junto con el *Clinic* de Barcelona, tras una macro encuesta que fue contestada por 3163 mujeres de entre 18-29 años³³ (de entre ellas 250 de la CAV). “El 38.4% de las jóvenes encuestadas reconocieron haber mantenido relaciones sexuales sin ningún tipo de anticonceptivo en alguna ocasión. De ellas el 30% afirmaron haber consumido alcohol, y el 41% admitió que los efectos del alcohol las desinhibieron hasta tal punto que no calcularon el riesgo, no sólo de un embarazo inesperado, sino del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, haciendo el amor a pelo. Además la encuesta revelaba el dato de que el 39% desconocían que ante la proximidad del vómito con la toma del anticonceptivo, podría anular la acción anticonceptiva de la pastilla”.

4.3.3- Distintos tipos de manipulación y sus planteamientos estratégicos

Existen distintos tipos de manipuladores, que desde el anonimato actúan sin dar la cara, sin mostrarse de frente, e incluso sin conocer quiénes son, porque no es necesario ya que “su fuerza está en proporción directa a su carácter difuminado y ambiguo” (López Quintas, 2004, p. 29).

Y en este sentido nos encontramos con acusaciones dirigidas dos grandes grupos de los manipuladores que ejercen el poder. Por un lado se encuentra los dirigentes políticos, y por otro lado el poder científico sanitario compuesto por médicos, genetistas, biólogos, que ostentan la creencia de que todo lo científicamente factible es aceptable. Estos últimos se consideran que Interviene en el futuro del hombre hasta límites insospechados, a la vez que abona un terreno en la opinión pública y

³³ Dicho estudio apareció publicado en el *Diario Vasco* el 28 de agosto de 2013. No se pudo contactar con la Asociación de Ginecología para que se proporcionase el estudio original publicado.

donde los mensajes van dirigidos hacia la propagación de la idea, de que todo avance científico es válido ya que va encaminado a conseguir altas cotas de felicidad y bienestar del hombre.

Comencemos con el poder político que junto con los medios de comunicación se convierten en la difusión de ideas y actitudes cuyo fin es el de trasvasar el sistema de valores de las personas, con la intención de orientar el comportamiento e incluso manejar a las personas, donde a cambio de votos se ofrecen promesas convirtiéndolos en meros medios para la consecución de unos fines. Dado que el cambio de mentalidad es difícil realizarlo individualmente, se recurre a la creación de un clima social con una intención propagandística determinada, que alterará el sistema de valores.

A modo de ejemplo tomamos 9 citas publicadas en el 2009 en diversos medios de comunicación y en puertas de la nueva Ley de educación sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo.

“La ley no obliga a nadie a abortar, y que ninguna mujer aborta sin importantes y meditadas razones para hacerlo” (Elena Arnedo, 30 de marzo 2009, *El Mundo*).

“El prioritaria la protección de la madre frente al producto que se desarrolla en el útero” (Elena Arnedo, 30 de marzo 2009, *El Mundo*).

“Un ser no puede considerarse humano con criterios científicos” (Bibiana Aido, 19 de mayo de 2009, Cadena SER).

El embrión no es una vida humana” (Javier Martínez Salmeán, 2 de abril de 2009, *El País*).

“Es mejor abortar que venir al mundo en el que uno de los congéneres no te desea” (Fernando Savater, 2 de abril de 2009, *El País*).

“Un hijo es demasiado importante como para que nazca por un error, una violación o porque la madre no se siente preparada” (Nuria Ribó, 31 de marzo 2009, *El Mundo*).

“El aborto como solución a la incorporación de la mujer en la vida laboral para quien el embarazo deja de ser el centro de su papel en la sociedad” (Barambio, 22 de abril 2009, *El Periódico*).

“El feto no es una persona porque no tiene personalidad: el ser humano no es un ente biológico, sino social y cultural” (Lázaro Covadlo, 27 de marzo 2009, *El Mundo*).

“La idea que el aborto es un asesinato, no es verdad. Es tan solo la verdad de los que consideran que hay vida en el mismo momento de la fecundación y anteponen el derecho del embrión al derecho de la madre” (Elena Valenciano, 4 de noviembre 2009, *El País*).

Sean cuales sean las ideas que se transmitan por voz de cualquier medio de comunicación, sin que se profundice en el tema, sin fundamento en las afirmaciones que se hacen y sin que se sometan a ninguna verificación, se va inoculando distintas concepciones en la sociedad a través de la astucia, entrando de lleno en el campo de la manipulación de diferentes partidos. Los seguidores de una determinada corriente política defienden la ideología con tal fuerza, de manera tan tajante y unilateral, que parece que incorporan en su ideario político una meta.

Así, quienes defienden por principios el aborto libre como derecho sexual y reproductivo de la mujer, lo tendrían difícil si el debate se centrara en la realidad de la vida de no nacido. Por el contrario, concentran sus esfuerzos en extender

razonamientos que parecen posturas racionales, movilizando todos los recursos para convencer que sus motivaciones son sólidas y todo ello inmerso en una estrategia de conjunto de una posición predeterminada.

Dicha estrategia es como afirma Vega Carballo (1964) una manera de “fabricar impresiones de la realidad, que escondan las tretas y montajes utilizados para engatusar a quienes, por no estar conscientes de tales simulaciones, no pueden ofrecerle resistencia. Por eso se dice que todo manipulador es también un prestidigitador”.

Uno de los ejemplos más clásicos de la trascendencia que los medios de comunicación pueden tener en un tema, es el relativo a Roe vs. Wade en Estados Unidos, debate que finalizó con la legalización del aborto en este país.

En Texas, a comienzos de los años 70, Norma McCorvey, alias Roe, alegó que estaba embarazada debido a la violación de unos pandilleros. Sarah Weddington y Linda Coffee, dos abogadas recién licenciadas fueron quienes llevaron el caso. Este caso sirvió de gancho mediático para poder reivindicar y luchar por un cambio de Ley, ya que desde hacía 100 años estaba prohibido el aborto bajo cárcel y pago de multa.

Desde el primer momento y preparando las actuaciones a desarrollar, las abogadas convencieron a Roe que en lugar de tramitar la adopción de su hija, debería abortar.

Mientras tanto, el caso se litigaba y se apelaba en reiteradas ocasiones con gran expectación mediática, hasta que llegó a la Corte Suprema de Justicia de los EEUU, que decidió en 1973, “que la mujer amparada en el derecho de privacidad, bajo la

cláusula del debido proceso de la décimo cuarta enmienda, podía elegir si continuaba o no con el embarazo” (Roe vs Wade, 1973). Ese derecho a la privacidad se consideraba un derecho fundamental bajo la protección de la Constitución de los Estados Unidos³⁴, y por lo tanto no podía legislarse en su contra por ningún estado. El resultado de todo ello fue que se legalizó el aborto en los 50 estados de la Unión, permitiendo a la mujer realizarlo, bajo la razón que fuese, hasta que el feto fuera viable fuera del útero materno³⁵. La viabilidad en aquella época estaba en 28 semanas, en la actualidad “a partir del sexto mes, hacia la veintidós semanas³⁶. A raíz de esta noticia sobre el bebe que se cree es el tercero más pequeño del mundo en sobrevivir, que nació con 270 gramos de peso” (Sanz Carrera, 2012).

Mientras se litigaba, Roe tuvo una niña que la dio en adopción. Años después, 1987, McCorvey admitió que no había sido violada, y que el padre de su bebé era una persona a la que ella conocía y había pensado que quería. Por lo tanto el relato de los pandilleros que la violaron fue completamente falso.

Sarah Weddington, la abogada que litigó el caso Roe vs. Wade en el Tribunal Supremo, pronunció un discurso en el Instituto de Ética de la Educación, en Oklahoma. Allí explicó por qué defendió la improvisada historia y los falsos cargos de violación de la mujer de Texas "Jane Roe", hasta llegar al Tribunal Supremo: "Mi

³⁴ Se consagraba en el máximo nivel judicial de los EEUU el supuesto del derecho a elegir.

³⁵ Se estableció la división en trimestres del desarrollo prenatal del ser humano a los fines de su protección. En el primer trimestre se establece el aborto libre sin ninguna restricción; en el segundo trimestre, surge el “interés sustancial para que el estado dicte medidas de limitación del aborto, en orden a proteger la salud de la madre”. En el tercer trimestre “existe el interés sustancial que surge en el momento de la viabilidad y ello por cuanto desde entonces el feto presumiblemente tienen la capacidad de vida útil fuera del claustro materno. Si el estado tiene interés en proteger la vía fetal, la viabilidad puede llegar a proscribir el aborto durante ese periodo, salvo cuando sea necesario para preservar la vida o salud de la madre” (Centro de Bioética, 2013).

³⁶ En muchos hospitales de nuestro país, la viabilidad se considera no tanto a las 22 semanas como a las 24.

conducta pudo no haber sido totalmente ética. Pero lo hice por lo que pensé fueron buenas razones." (*Tulsa World* 24-V-93, tal como se cita en *Human Life International*, 2013).

A partir de la decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos de América, Roe se convirtió "de un reto a un estatuto en Texas por una mujer soltera que quería abortar un embarazo que no deseaba, y donde el derecho a la privacidad es uno de los derechos constitucionales más fundamentales y el derecho en el cual están basadas muchas de nuestras apreciadas libertades reproductivas"³⁷ (*Planned Parenthood*, 2006)³⁸.

Durante esos tres años, en los medios de comunicación norteamericanos, se produjo un bombardeo diario que fue configurando la opinión pública, porque la gente "acaba tomando lo que se afirma como lo que todos piensan, como aquello de que todos hablan, como lo que se lleva, lo actual, lo normal, lo que se hace norma y se impone" (López Quintas, 2004, p. 20).

Prueba de ello es que los tres años de debates sociales, mediáticos y políticos, la sociedad se dividió en dos bandos claramente diferenciados, esto es los pro Roe (*prolife*) y *choice* Roe (*prochoice*), trasladándose e internacionalizándose estas dos fracciones por el mundo entero y tal como las conocemos como *próvida* y *pro elección*. En el campo social donde se realizó dicha manipulación informativa no se pudieron vislumbrar anticipadamente los hechos para analizarlos e impedirlos. Por el contrario solo quedo afrontarlos como hechos consumados.

³⁷ Traducción del texto original en inglés.

³⁸ *Planned Parenthood* es la Federación Internacional de Planificación Familiar. Es una organización no gubernamental de ámbito mundial que tiene como objetivos generales la promoción de la salud reproductiva y la salud sexual así como la defensa del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en relación con la planificación familiar y el libre uso de métodos anticonceptivos.

La manera de plantear y sugerir la problemática desde distintos programas de acción y estratégicos no son hechos nuevos ni aislados. Junto con el caso expuesto, Nathanson (1997)³⁹ ya lo manifestó cuando afirmó que fue él y su equipo quienes se inventaron las cifras del número de abortos en Estados Unidos.

Los hechos aquí expuestos nos muestran como la puesta en marcha de una campaña mediática, que incluye mucha manipulación, consigue el apoyo para introducir una ley del aborto. Esta campaña es un hecho constatado, no obstante, la profundidad de casuísticas que pueda existir en ese país excede del campo de investigación de este trabajo, pero nos sirve como ejemplo claro.

No podemos olvidar que entre los distintos tipos de manipuladores se encuentra el poder que ostenta el personal sanitario y concretamente el estamento médico que tiene la capacidad de realizar o exhortar a la mujer a que aborte, induciéndola con estrategias y sometiéndola a actos violentos derivado de la manipulación.

³⁹ Bernard Nathanson, médico ginecólogo y llamado “el rey del aborto”. En 1969 fue cofundador de la Asociación nacional para la Revocación de las Leyes contra el aborto (NARAL), rebautizada posteriormente como Liga Nacional para la Acción por el Derecho al Aborto. Fue director del Centro de Salud Reproductiva y Sexual, entonces la mayor clínica abortiva de EEUU, llegando a practicar, como él mismo afirmó, más de setenta y cinco mil abortos (75.000), trabajando con ahínco hasta conseguir el aborto legal en EEUU y a la carta.

Al final de los años setenta cambió su posición sobre el aborto, llegando a ser un relevante abogado a favor de la vida. La evolución de Nathanson supuso un cambio muy importante ya que su evolución estuvo basado en el poder de la evidencia científica.

A los 70 años continuó practicando la ginecología en una de las zonas más pobres de New York. Falleció el 21 de febrero del 2011 a los 85 años de edad.

En este sentido me parece importante exponer el testimonio de (Z11E) en la que se vio presionada a abortar en tres ocasiones por riesgo de malformaciones fetales derivado de la ingesta de distintos medicamentos como tratamiento a una meningitis contraída sin sospechar de su embarazo, y de las consecuencias posteriores de dicha infección.

“En julio del 2009 tengo una meningitis y estoy embarazada. Los médicos que me están llevando como me han dado medicación para una bacteriana en vez de para una vírica, me aconsejan, más bien me exigen, porque ya me estaban dando cita, para ir al psicosocial de Rekalde, a tener una interrupción del embarazo. Cuando yo voy a la interrupción, estoy supuestamente según ellos estoy de 7 semanas”.

“Fue bastante traumático, porque el aborto lo tengo en mi casa, en la cama. Para mi aquello fue como, cuando me tomé las pastillas ya empecé a llorar porque estaba sintiendo que estaba matando la bebe que yo quería tener, porque me dijeron que esas pastillas mataban al bebe y ya cuando lo eche y lo vi (llora)... lo pasé muy mal”.

“En noviembre del 2009 me entra una epilepsia, todavía no saben porque, es idiopática, no saben de dónde viene, me han hecho muchas pruebas, he estado en la unidad de epilepsia en Cruces y por las pastillas contraindican el aro vaginal que yo tenía, que me sentaba mal, me daban muchas migrañas, de hecho desde la meningitis, la luz me molestaba, pues con el aro como que se me acentuó más, y una de las pastillas que yo estaba tomando, me dio alergia, para esa alergia me tuvieron que dar bastantes medicamentos y otra

vez me dijeron que como tenía el hígado tocado etc., que tenía que perder el bebe que tenía. Estaba ingresada por la epilepsia y me bajaron a quirófano”.

Ego: ¿fue con un legrado?

“Si, pero mediante sedación. Me sedan, pero con la epilepsia la anestesia nunca me ha hecho efecto, yo noté absolutamente todo. Pues me sedaron y cuando me desperté ya estaba arriba y al de unas horas me mandaron a casa como si no hubiera pasado nada, y no se te miran mal, y a ti te miraban como... tú te lo has quitado... y me daban ganas de decirle, ¡yo me lo he quitado porque me lo ha mandado tu compañero!”.

“Luego a los meses me vuelvo a quedar embarazada a pesar que me han inyectado el anticonceptivo, progestevera IM y ese sí que yo me negaba a quitármelo. Me dice el médico, mi pareja y mi madre que con la epilepsia que no, que no es el momento”.

“Vi que estaba todo el mundo en contra mío, y mi tía que es como mi segunda madre también, todo el mundo me decía que no”.

“Y ahí es cuando voy donde el ginecólogo... Me hicieron un legrado porque estaba bastante avanzada, porque yo me negué durante muchas semanas”.

“Por eso decido que se acabó y veo por Internet, porque estuve mirando epilepsia y embarazo, que y si pueden tener hijos y vi que había un video y pinche y vi un video bastante fuerte, unas declaraciones de una chica que me hicieron pensar mucho”.

Ego: ¿Te acuerdas de que hablaba?

“Si era que ella tuvo que abortar y que fue de pago también y que le cobraron 125 euros más por ir una semana más tarde. Que lo médicos generalmente lo que quieren es más dinero y que les da igual como esté la paciente y lo que sienta la paciente. Y es cierto”.

Nos encontramos ante uno de los testimonios más significativos y real vivido por (Z11E), en la que la figura del médico “es la de un experto de autoridad científico-técnica, autosuficiente en el campo, al punto de saber lo que es mejor para el paciente desde la perspectiva de lo clínicamente indicado” (Lugo, 2011, p. 6). Mientras el médico asume esa actitud paternal, apropiándose del protagonismo en la toma de decisiones de su paciente, es la paciente la que se somete a su criterio.

Nathanson (1997) en una época de su vida, estando al frente del gran Hospital de Mujeres, al recordarlo, fue consciente de cómo trascurría su relación con las mujeres y así nos dice “aunque tratábamos a las mujeres con un grado de respeto razonable (para la época), había una buena dosis de condescendencia patriarcal en nuestra relación profesional con esas pobres mujeres” (p. 93).

A modo de ejemplo de lo anteriormente afirmado, abordamos la información aportada por (Z11E), que como afectada de epilepsia desde el 2009, se le prescribió los siguientes antiepilépticos o anticonvulsionantes: Fenobarbital (Luminal®), y

Lumineta®), Zonisamida (Zonegran®), Clonazepan (Rivotril®), Acido Valproico (Depakine®), Levetizacepam (Keppra®)⁴⁰.

A su vez en cuanto al tipo de anticonceptivos que se le recomendaron y que usó, desde el 2009 hasta enero del 2012, fueron los siguientes: COC⁴¹ Drospirenona y Etinilestradiol (Yasmin®), Etonogestrel+Etinilestradiol intravaginal (Nuvarin®), Medroxyprogesterona acetato (Depo-Provera®) y Etonogestrel (Implanon®). Dichos anticonceptivos no fueron en ningún caso efectivos. Volviendo hablar con (Z11E) del tiempo de efectividad de éstos, nos contestó que *“antes de los dos meses de su uso estaba nuevamente embarazada”*.

En una revisión bibliográfica realizada por Gaffield, Culwell, Rhoda (2011) observaron que *“dependiendo del anti convulsionante y del método contraceptivo, las interacciones supusieron una reducción en la efectividad del contraceptivo y los consiguientes embarazos”*⁴² (p. 16).

Y esto es debido al proceso de absorción en el que los *“contraceptivos y esteroides son absorbidos intestinalmente cuando se toman por vía oral. Son trasportados por la circulación portal hacia el hígado donde una proporción es metabolizada a compuestos inactivos por los enzimas del hígado primero, y luego por la circulación hepática (...), varios anti convulsionantes incrementan el nivel de ciertas isoenzimas en el hígado que pueden acelerar el metabolismo hepático de los contraceptivos*

⁴⁰ Agradezco la total ayuda recibida por la Dra. Teresa Martín Navarro que con su colaboración me permitió identificar los medicamentos, tanto anticonvulsionantes, como antiepilépticos sus interacciones, para que de este modo poder centrar esta información.

⁴¹ Combinación oral contraceptiva.

⁴² Es una traducción del texto original en inglés.

hormonales y consecuentemente afectar a la duración e intensidad de su acción⁴³” (p. 17).

El 14 de abril de 2008, la Organización Mundial de la Salud convocó un Grupo de trabajo experto en Ginebra, Suiza, para revisar la tercera edición de los Criterios de Elegibilidad Médicos para el Empleo Anticonceptivo en respuesta a pruebas recién publicadas así como proporcionar recomendaciones para condiciones médicas adicionales. La reunión juntó a 43 participantes de 23 países, incluyendo a nueve representantes de agencia. El Grupo de Trabajo de expertos estaba formado por: expertos de planificación familiar internacionales, incluyendo clínicos, epidemiólogos, políticos, directores de programas, expertos en farmacología y usuarios de la guía.

Entre sus recomendaciones hacen una muy específica que va dirigida hacia las mujeres “que toman ciertos tipos de anticonvulsivos, tales como fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramate o la oxcarbazepina, el Grupo de Trabajo recomienda no usar anticonceptivos orales combinados (COC), como el parche transdérmico, el anillo vaginal y los contaminantes orgánicos persistentes, debido al riesgo de reducción en el efecto de los anticonceptivos⁴⁴” (p. 28).

Por lo tanto vemos como con (Z11E), por ser epiléptica y consumidoras diaria de anti convulsionantes, que en el caso que nos ocupa sería el derivado del grupo de los barbitúricos, (luminal o luminaleta), no se ha tenido en cuenta el tipo de anticonceptivos prescritos, cuya eficacia ha sido ineficaz, lo que le ha llevado a

⁴³ Es una traducción del texto original en inglés.

⁴⁴ Es una traducción del texto original en inglés.

someterse a cuatro abortos, con la violencia física y dolor psicológico que hemos ido viendo que supone. Consideramos que ha existido una banalización del aborto, donde por no cuidar ciertos aspectos farmacológicos, se ha conseguido hacer de un hecho trascendental, un procedimiento baladí.

Además, y continuando con el artículo de Gaffield, Culwell, Rhoda (2011) “mientras que la mayoría de mujeres con epilepsia que se habían quedado embarazadas y mantuvieron el control de convulsiones tónico-clónicas experimentaron embarazos sin problemas y dieron a luz niños sanos, la exposición fetal a ciertas terapias anticonvulsivas, particularmente ácido valproico, durante el primer trimestre, se asoció con un doble o triple incremento en el riesgo de una anomalía fetal”⁴⁵ (p. 16).

Ácido Valproico (Depakine®) de consumo diario, que si hubiera seguido adelante alguno de los embarazos, (Z11E) hubiera estado expuesta a un mayor riesgo de anomalía fetal, y que de haber sido así, y al diagnosticarlo a partir de la semana 20, no hubiera sido extraño que le indicaran el someterse a un aborto terapéutico.

Por todo ello, y siguiendo con el modelo médico de corte paternalista, observamos cómo se le capacita al facultativo para decidir que es mejor en un momento determinado, no teniendo en cuenta ni la información veraz que debe darse, ni las creencias de la paciente, ni los aspectos individuales de la experiencia psicológica, ni el sufrimiento psicológico, espiritual, asociado al dolor físico. Todo lo contrario por lo que observamos nos sugiere que todo el caso ha permanecido oculto, y los efectos secundarios desatendidos. Si bien la actitud paternalista en la clase médica se

⁴⁵ Es una traducción del texto original en inglés.

analiza en este trabajo, también queremos dejar abierto a otros tipos de actitudes médicas que pudieran existir en esta práctica.

En definitiva, en este capítulo hemos tratado tres aspectos que como conclusión destacamos los siguientes aspectos:

En primer lugar, se han trabajado diferentes autores que son sus diferentes visiones nos ha permitido acercarnos al concepto de manipulación, y en el que como hemos visto, predomina la idea de que la manipulación consiste en un ejercicio sinuoso y abusivo del poder, propio de las relaciones humanas, y cuyo fin último es el de controlar el mundo de las ideas, emociones y valores de las personas y todo ello mediante consignas, eslóganes, que intervienen directamente en la manipulación ideológica. Dos son los instrumentos que la manipulación utiliza en su afán de martilleo propagandístico: las imágenes y del lenguaje. En torno al mundo pro elección, las imágenes de restos abortados no son del todo bien admitido. Aceptar visualizar tranquilamente dichas imágenes, supondría reconocer que el producto del acto quirúrgico es un ser humano en pequeño, y por lo tanto en desarrollo, lo que implicaría constatar la violencia a la que se somete a la mujer y al embrión/feto para arrancarlo y sacarlo del útero materno, y por lo tanto evidenciaría una realidad que permanece oculta, que no se habla de ello, fuera del foro ideológico, y que se ha convertido en tabú, porque ni los más progresistas, en ocasiones, se atreven a pronunciarla en voz viva aun cuando lo están pensando.

Por el contrario la utilización del lenguaje, y más concretamente con la utilización de eslóganes talismanes, se crea unidad de premisas y concepciones, a la vez que sirve de diana en temas que lo que se persigue es la tergiversación de los hechos y la propagación y difusión de ciertas ideas. Las palabras y las expresiones se tergiversan

para enmascarar toda connotación del primigenio significado, y todo ello para evitar, como en el caso que nos ocupa, expresiones como la “del aborto” que resulta insoportable y malsonante al oído de quienes lo escuchan, dando lugar a nuevos términos que terminan convirtiéndose en eufemismos y conceptos ambiguos.

Prueba de ello es como con la sustitución del concepto aborto, por el de la interrupción voluntaria del embarazo, ha supuesto atraer la atención hacia el derecho sexual y reproductivo de la mujer, eliminando las consecuencias físicas y psicológicas que el aborto acarrea. Ahora bien, como hemos ido viendo a lo largo de la información transmitida por nuestras informantes, dichos conceptos no son utilizados por ellas, ya que lo que ha predominado ha sido, más la trascendencia del acto, que los eslóganes que se emplean por ciertos ideólogos desde sus atalayas de poder. Aunque los nuevos lemas no anulan a los anteriores en cuanto a su significado y alcance, el poder que adquieren las ideas y las emociones que subyacen, impregnan el tejido social con tal fuerza y es difícil eliminarlos del vocabulario.

En segundo lugar, y siguiendo con el instrumento manipulador del lenguaje, según qué términos se utilicen, hemos comprobado algunas consecuencias de la manipulación de conceptos. Así advertimos como los mensajes son capaces de conmover emocionalmente a quienes los reciben. Periódicamente se entablan unos argumentos recurrentes como son éstas dos ideas: la que va dirigida a tratar los riesgos que correría la mujer ante un situación en que España reapareciera de nuevo el aborto ilegal, por lo tanto hablamos de la clandestinidad; y derivado de ello, solo aquellas mujeres con capacidad económica viajarían a cualquier país de la Unión

Europea (dado lo cerca que está nuestra comunidad autónoma de Francia, considero que sería el país elegido) para practicárselo. Esto nos llevaría nuevamente a situaciones anteriormente vividas a la Ley de despenalización del aborto de 1985, donde con la clandestinidad se fomentaba que muchas mujeres se jugaran la vida, y donde socialmente se abriría una brecha entre distintos grupos de mujeres.

Ahora bien, no considero conveniente recurrir al manido recurso de remover y provocar emociones contradictorias en cuestiones relativas a la inseguridad física, sanitaria o jurídica de las mujeres, porque socialmente esto es inadmisibles.

Sin embargo, en España, el aborto clandestino se está realizando y está siendo ocultado y silenciado. Desde la Ley de despenalización del aborto de 1985, se denunciaron ciertas clínicas y a sus facultativos por la realización de abortos fuera de los supuestos y fuera de las semanas de gestación permitidas.

Sin recurrir a hechos acaecidos hace una década, en la actualidad más cercana, se están vendiendo abortivos químicos. Una informante nuestra, corrobora la información, que aunque son demandados por un sector muy específico de la población, se anuncia en foros femeninos, y ciertas web secundadas por asociaciones con una clara ideología abortista, que lo están promoviendo, informando y apoyando. Y nuevamente encontramos ante un silencio, un mirar hacia otro lado tanto por parte de las clínicas abortivas, de los sectores pro elección, así como en los estamentos gubernamentales, huyendo de un hecho como es el de integridad física de las mujeres. Por eso nos preguntamos si a pesar de tener una legislación que protege el derecho de la mujer a su libre decisión, entra en el reparto

distintos intereses económicos y de poder, donde la vida de las mujeres está en manos de acuerdos, y demás reglas del juego, que cambian según distintos intereses, y de la que ella misma se beneficia en algunas ocasiones.

En tercer lugar nos hemos hecho eco como uno de los objetivos de la Ley de plazos de 2010, iba dirigido a la educación sexual y reproductiva y donde desde la denominada Ley Aído, el Gobierno en el poder estaba muy interesado en frenar la tendencia al alza de los embarazos no deseados. Sin embargo fuera cual fuera la Ley del aborto, en 26 años el incremento de los abortos declarados ha ido incrementándose en un 70% en los últimos 10 años, y en un 182,41% desde 1991 hasta la actualidad. El aumento de la práctica abortiva en nuestra comunidad Autónoma se ha producido a la par que a la del Estado Español.

Y por último, en cuarto lugar, nos hemos interesado en averiguar quiénes son los distintos manipuladores y cuáles son sus planteamientos. Nuevamente a través de nuestras informantes, como por medio de una revisión de distintos medios de comunicación, nos hemos encontrado con dos grandes grupos, donde cada uno de ellos en su dominio de influencia, ejercen el poder, transmiten sus ideas y actitudes o se valen de su autoridad o supremacía, para orientar la forma de proceder y de pensar en ciertos temas. Y así hemos visto como el poder político, junto con los medios de comunicación, manejan ideas, acciones y emociones, de manera que incorporan su ideario en una meta política, cuyo fin último es moldear el sistema de valores sociales a semejanza del político.

No podemos obviar la influencia que ejercen el estamento sanitario, y concretamente cierto sector de médicos, que trivializan el acto del aborto y lo provocan en las mujeres considerándolo un acto baladí, sin exponer adecuadamente

el consentimiento informado y apropiándose del protagonismo en la toma de decisiones de la paciente, negándole a la mujer la correcta información y sometiéndola a un acto violento, traumático y en ocasiones en contra de sus convicciones.

4.4. Manipulación de las emociones

Como hemos ido viendo a lo largo de los anteriores apartados, desde las distintas instancias de poder se silencian aquellas partes de la realidad social que no interesan sean conocidas, y respecto a las que se tratan abiertamente, se repiten de manera reiterativa los mismos argumentos que representa la visión del mundo en defensa de los propios intereses. Y todo ello haciendo uso de una aparente pluralidad.

Sin embargo, existe un aspecto de la manipulación mucho más difícil de percibir, y es aquel en el que se incide y se opera en las emociones de ciudadanía. Derivado de tal hecho, en ocasiones, se logra tergiversar el carácter de las cosas y la apariencia de los hechos, y que de manera significativa repercute en la evaluación y en la importancia que se le conceda a las repercusiones emocionales que el aborto conlleva.

A través de este epígrafe, y como continuación del anterior, se van a ir analizando los aspectos teóricos de las emociones desde una visión holística, ya que se tratarán distintas perspectivas como son la biologicista y la social. Se examinará como la manipulación incide en ciertos aspectos, como son considerar la existencia de duelo por la pérdida del hijo, sólo en aquellas mujeres cuyo aborto fue espontáneo, estableciéndose una correlación entre embarazo buscado y deseado que le confiere

derecho a la mujer a tenerlo, frente al aborto inesperado y no deseado, que igualmente confiere derecho a abortar. También se estudiarán la relación significativa, a la vez que controvertida, entre la existencia de trastornos emocionales y aborto provocado. Todo ello estará enriquecido con los testimonios de mis informantes, que serán las que, más allá de ideologías y manipulación de las emociones, darán testimonio de primera mano de sus vivencias.

4.4.1.-Aspectos teóricos de las emociones desde una visión holística

Desde una corriente biologicista las emociones provienen de un proceso de regulación evolutiva, automatizada y destinadas a promover la supervivencia, y el bienestar⁴⁶.

⁴⁶ Damasio considera que el hombre y todo lo que lo constituye como tal, es el resultado de un proceso evolutivo. Por ello asemeja las emociones a un gran árbol, con grandes ramas cada vez más altas y muy ramificadas. Del tronco principal, nos encontramos con un primer nivel, el más inferior, donde se encuentran todos los procesos metabólicos que están compuestos entre otros por secreciones hormonales y endocrinas, contracciones musculares, procesos digestivos, etc., que regulan la tensión arterial y el ritmo cardiaco, el control metabólico de carbohidratos, grasas y proteínas necesarias en el consumo de energía, etc. Además se encuentran los reflejos básicos que permitió el automatismo de sobresalto ya sea por reacción ante un ruido, huida ante situaciones de frío o calor extremo, o el acercamiento/alejamiento de la oscuridad, luz. También está incluido, en este primer nivel, todo un complejo sistema inmunológico entendido éste como defensa frente a las amenazas del exterior al interior del organismo.

En un nivel medio, se hallan los comportamientos destinados a sentir e informar acerca estímulos visibles o no visibles del dolor, la enfermedad, el bienestar y placer. Todo ello regulado mediante la excitación y el desencadenamiento de reflejos nociceptivos que dan cuenta del dolor, junto con el proceso de la inflamación como mecanismo inmunológico, y, por medio de la producción de endorfinas que contrariamente a los aspectos anteriores, dan señales de bienestar, dando lugar al placer.

En el siguiente nivel se encuentran las motivaciones y los instintos, también denominados instintos y apetitos, que Damasio (2006) haciéndose eco de Spinoza, los asoció a los deseos refiriéndose a éstos como “los sentimientos conscientes de tener un apetito y a la eventual consumación o frustración de dicho apetito” (p. 38). De ahí que sea tan obvio que los deseos estén en íntima conexión con las emociones y los sentimientos.

Basándose en la neurología, y corroborada con estudios diagnósticos por imagen, Damasio (2010), define “las emociones como acciones o movimientos, públicos, visibles para los demás, pues se producen en la cara, en la voz, y en conductas específicas” (p. 32).

Dado que externamente son visibles, Damasio (2010) las denominó como “el teatro del cuerpo” (p. 32) Aquellas que no se manifiestan tan claramente, se las puede observar mediante determinaciones hormonales y patrones de ondas electrofisiológicas, es decir las emociones se cartografían⁴⁷.

De ahí que no vincularemos únicamente la idea de las emociones como corporales, sino que también son mentales. Considerarlas que carecen de estructura mental sería despojarlas de “su inteligencia” (Nussbaum, 2008, p. 47), no teniendo en cuenta todo su bagaje y proceso cognitivo, junto con las estructuras implicadas que llevan asociadas. Por lo tanto con el fin de analizarlas de una forma holística, las consideraremos desde una perspectiva fisiológica como social.

Para que podamos sentir una determinada emoción, es necesario todo un proceso de operaciones cognitivas, que van desde la percepción del estímulo hasta la percepción del estado emocional que éste genere, y todo ello con la implicación de estructuras cerebrales, de manera que el proceso, desde una perspectiva biologicista, se desarrolla en cuatro etapas. La primera etapa es la que más interesa para el estudio aquí realizado, por lo que nos centraremos más en ella y no incidiremos tanto en las siguientes, simplemente las nombraremos y explicaremos sin profundización.

En un nivel más superior es donde se encuentran representadas las emociones que provienen del proceso de regulación automatizada.

⁴⁷ Diseños experimentales han permitido aportar evidencias sobre aspectos relevantes en variados sistemas neuronales, especialmente aquellos derivados de la emoción, en imágenes cerebrales.

La 1ª etapa, comprende la percepción y valoración de un estímulo que se conoce en la terminología anglosajona como “*emotionally competent stimulus*”, *estímulo emocionalmente competente (EEC)* que puede ser real o evocado y que desencadena automáticamente una determinada emoción” (Damasio, 2010, p. 54).

Este estímulo emocionalmente competente está constituido, tanto por un objeto como por una situación real, o por una situación recordada a partir de recuerdos traídos a la memoria, representándose en algunos de los sistemas de procesamiento sensorial del cerebro como son las regiones visuales, olfativas, auditivas.

Dicho estímulo emocionalmente competente puede hacer recordar otros estímulos asociados, y a medida que pasa el tiempo este estímulo puede mantener el disparo de una emoción determinada e incluso puede modificarla. Por lo tanto la continuidad y la intensidad del estímulo se encuentran a merced del proceso cognitivo y la valoración se realiza de manera consciente, automática, natural y racional.

Nussbaum (2008) como filósofa, contempla este estímulo emocionalmente competente poseedor de unas características propias, que le da identidad y que lo diferencia del impulso natural⁴⁸. Estas particularidades hacen referencia a cuatro

⁴⁸ Según Nussbaum, en múltiples ocasiones se han considerado las emociones desde un punto de vista cognitivo como movimientos irracionales, energías irreflexivas que manejan a la persona sin estar vinculadas a las formas en que se percibe o se concibe el mundo. Las emociones nos mueven, nos impulsan y empujan. En otras ocasiones se consideran más de tipo corporal. Y en la que la autora afirma “Podemos sentir tumultuosas sensaciones que me arrastran a merced de corrientes que me arrastran sin mi consentimiento, ni mi comprensión cabal; el sentimiento de ser zarandeada entre la esperanza y el temor, como si estuviera en medio de dos vientos encontrados; la sensación de que fuerzas muy poderosas estuviesen destrozando mi yo, o desmembrándolo; en definitiva, el terrible poder y apremio de las emociones, su problemática relación con mi propio sentido de la individualidad, la sensación de pasividad o indefensión ante ellas” (p. 48).

aspectos, entre los que se encuentran: “son acerca de algo”, “tienen intencionalidad”, “encarnan sistemas de creencias” y se le confiere “un valor” (p. 49).

Vamos a ir analizando cada uno de éstos aspectos:

Son acerca de algo significan que dichas emociones tienen objeto, una identidad, y que en el tema de estudio que nos ocupa, el miedo, el rechazo, la rabia, la inseguridad, la soledad, el peligro, la incertidumbre, la rabia, el asombro, el asco, son emociones recogidas en las historias de vida acerca de un embarazo inesperado. Este hecho concierne a elementos vulnerables que se ven influenciados por acontecimientos que en ocasiones se encuentran fuera del control de la persona, que pueden llegar por sorpresa, o que pueden ser destruidas o eliminadas cuando una lo desea.

Poseen *un carácter intencional*, ya que de esta manera es valorado percibido o interpretado por la mujer que lo experimenta. Es algo activo, hace referencia a un hecho existente, que en este caso va dirigido a como la mujer percibe su embarazo en un momento concreto.

Lo que define la emoción, no es sólo la identidad del objeto, sino la forma de percibirlo, porque las emociones se sostienen sobre *creencias* acerca de las situaciones, objetos, personas.

Por último, es necesario que el objeto hacia el que está referido la emoción se halle investido de cierto *valor o importancia* que el embarazo tiene en el rol que desempeña en la vida de las mujeres. En caso contrario no podría provocar ningún tipo de emoción.

Veamos con ejemplos como las mujeres que han relatado un retazo de su historia de vida relacionado con su embarazo y posterior aborto, es decir desde como lo han percibido, el sistema de creencias que está en torno a la situación y que valor o importancia desempeña un embarazo.

“la relación cada vez iba peor, seguíamos con épocas mejor o peor y bueno me quede embarazada otra vez y yo ahí me di cuenta que no podía, que yo psicológicamente no podía sacar otro niño adelante. Y bueno, fue entonces cuando me quede embarazada, a parte no entendía muy bien porqué. Había utilizado métodos y entonces no sabía cómo me había podido quedar embarazada. Al principio decidí sacar el embarazo adelante (ahora baja mucho el tono y mira hacia abajo) pero luego me di cuenta que no estaba en condiciones para ello y al final decidí el año pasado, el 6 de agosto del año pasado, interrumpir el embarazo. (Vuelve a tono normal) y no fue fácil porque me sentía, era un sentimiento de egoísta por un lado porque yo decía, ¡Jo estoy embarazada!, es una circunstancia que igual le doy la vuelta a mi relación de pareja. Igual le puedo dar la vuelta, y me sentía un poco mal por ello, y todavía hoy en día cuando veo a gente a las madres en la ikastola de mi hija embarazadas, todavía me siento... y ijo yo para esta época ya tenía que haber tenido otro hijo que decidí interrumpirlo!” (M2E).

“Fue hace ya unos 10 años, ahora tengo 30 pues con 20. En aquel entonces no tenía novio, y yo desde siempre, desde los 18 años, he tomado la píldora anticonceptiva. Con 18 años tenía novio formal y luego con 20 empecé con otro chico pero lo dejé y una temporada se me ocurrió dejar la píldora

anticonceptiva y fue que me quedé embarazada. Hay que verse en la situación. Que un niño hay que tenerlo cuando realmente quieres tener y creo que hay que tener un padre y una madre que le quiera y no tener así un niño, sola. (Cambia el tono más alto y segura) Que no, que en aquel entonces yo no tenía cabeza para tener un niño, (bajito y mirando hacia abajo) que va. Que no estaba en mis planes tener un hijo con esa edad. Creo que tener un hijo hay que tenerlo cuando sabes que le vas a querer, que va haber personas que le quieran, que tu estés bien para poder atenderlo porque luego lo vas a criar de una manera o de otra. Hoy en día no sería quien soy, quien sabe igual estaría mejor quien sabe. Además con la persona con quien creo era no era una persona adecuada para mi (confirma con la cabeza) (E 3 E).

“Pues bueno nos queremos mucho somos muy amigos, como éramos muy modernos pues hubo un patinazo, tan patinazo fue que yo, ni me hice a la idea que me podía quedar embarazada. Yo lo intuía, pero no me podía ni creer, primer trabajo, embarazada de este tío, ¡yo tener hijos!, ni me lo planteaba. ¡Pero qué desastre es esto! ¡Qué he hecho por un mal polvo! ¿Por qué? era la lógica de aquello.

Y entonces lo que si pensaba es que en una situación así, yo soy una privilegiada, puedo tomar las riendas de mi vida y no quiero ser madre ahora, no quiero pasar por esto y no estoy capacitada no soy competente ahora para llevar este mi trabajo, llevar una familia o una medio familia o lo que fuera aquello. En ningún momento, la hipótesis sigo adelante con el embarazo, se me pasó por la cabeza, para nada, no entraba dentro de las posibilidades.

Si más tarde me decidí a ser madre, fue fundamentalmente porque conocí a un padre para mis hijos con el que esa idea de tener hijos juntos formaba parte de nuestro proyecto de vida y de hecho sigue formando” (MM4E).

Esto se remonta hace, haber yo ahora tengo 34 años y esto tendría yo no se te muy bien decir... 22años. Yo tenía pareja estable, llevaría un año o así de relación, entonces en una relación sexual que tuvimos pues, estaba esperando a yo quería ponerme el DIU, y en ese trascurso tuvimos una relación sexual sin preservativo ni nada. Yo solo sé que ese día yo dije: me he quedado embarazada. Era como una intuición, que dije me he quedado embarazada.

Entonces bueno yo ningún trauma, tenía clarísimo que yo no iba a tener un hijo que sí que igual yo quería tener hijos pero cuando llegara el momento y no con 22 años que me corta todo (C7E).

A través de estas vivencias narrativas se plantean los diversos estados de estas cuatro mujeres, en las que hay una causa común a todas ellas como es el embarazo inesperado. El embarazo es percibido con emociones tales como el temor, inseguridad, rechazo, rabia, etc., es decir, en todas ellas se percibe una situación desesperada, una gran adversidad en ese momento puntual de la vida, además de que existe la creencia, por parte de las mujeres referidas, de que se hallan frente a una situación negativa. Nos encontramos por lo tanto ante el convencimiento de que la mujer elige libremente el momento adecuado para la maternidad. Además de que le otorga un plus de valor a la maternidad, como es sacar adelante a un hijo sin una pareja adecuada y estable, sin recursos, y a una edad temprana.

En otras ocasiones, las mujeres cambian de opinión sobre creencias ocultas bajo las emociones, y sin embargo siguen experimentando dichas emociones, o dicho de otra manera, se sostienen creencias contradictorias. Y en estos casos ¿Se puede suprimir esa fase en la que se valora racionalmente la importancia de un hecho, sin suprimir la emoción?

Lo ilustro con el siguiente testimonio:

“Si, a mí el aborto, o sea, yo creo en Dios soy muy católica pero en esas situaciones,...hay que verse en la situación. Que no, que en aquel entonces yo no tenía cabeza para tener un niño. (Vuelve a cambiar el tono de voz a muy bajo y mirando hacia abajo). Que va, pero es como..., en sí es matar a un niño pequeñito, pero no sé, es que no se explicarlo, pero que yo no lo veía así en aquel entonces, vamos porque claro con tres meses ya tendría tamaño pero desde luego, ¡puff!, tener un hijo en ciertas condiciones me parece ser egoísta” (E 3 E).

Observamos que (E3E) se debate entre las creencias y las emociones, y esto es así porque, como lo argumentó Nussbaum (2008), “la mente posee una arqueología compleja y que las creencias falsas, sobre todo las relativas a las cuestiones del valor, son difíciles de socavar” (p. 59).

Retomando las etapas del proceso fisiológico de las emociones, en la 2ª etapa corresponde al “disparo la emoción” (Damasio, 2010, p. 62). Por lo que este estímulo es procesado por circuitos cerebrales especializados, como son la amígdala que constituye “un importante interfaz entre los estímulos emocionalmente

competentes y el desencadenamiento de emociones tales como el miedo y la cólera” (Damasio, 2010, p. 62). Otro lugar de disparo es el lóbulo frontal y más específicamente en la corteza prefrontal ventromediana. Esta región está adaptada para detectar el significado de objetos y situaciones tanto naturales como aprendidas, competentes para disparar emociones sociales.

La 3ª y 4ª etapa están profundamente conectados y van parejos. Son la ejecución de la emoción y los cambios acaecidos en el cuerpo.

Mediante conexiones neuronales las actividades en las estructuras anteriormente citadas se propagan hacia el hipotálamo⁴⁹, el cerebro anterior basal y algunos núcleos de la médula espinal. En el hipotálamo, a través de la glándula pituitaria⁵⁰ se libera al torrente sanguíneo sustancias químicas que cambian, el medio interno, la función de órganos como el músculo-esqueléticos, y la función del sistema nervioso central, por un periodo determinado y de una forma determinada, produciendo aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, sudoración, etc. Bajo el control de la Neurohipófisis se liberan dos hormonas como son la vasopresina u hormona antidiurética responsable del cambio del volumen circulatorio y la tensión arterial, y la oxitocina, hormona responsable de comportamientos emocionales como son los derivados del apego. En el cerebro, los neurotransmisores tales como la dopamina y la serotonina modulan la actividad neuronal provocando

⁴⁹ El hipotálamo es una estructura nerviosa, que ejerce efectos importantes sobre el sistema endocrino, sobre el sistema nervioso autónomo, controlando las acciones involuntarias, y sobre un sistema neuronal que se denomina sistema límbico que relacionado con la motivación y los instintos.

⁵⁰ Hipófisis es la glándula endocrina principal también denominada glándula pituitaria. Las hormonas que segrega controlan el funcionamiento de casi todas las demás glándulas endocrinas del organismo. Está compuesta de dos lóbulos: el anterior, o Adenohipófisis, y el posterior o Neurohipófisis.

comportamientos que van desde los más agradables como son la risa, el bienestar, la relajación, la valentía, hasta los menos placenteros como la angustia, el miedo, la agresividad, la tristeza y todo acompañando de expresiones faciales que van en consonancia con la emoción experimentada.



Ilustración nº 34. Procesamiento de la emoción.
Fuente conferencia *Brain and mind: from medicine to society*,
Damasio, 2007.

Siguiendo a Damasio, existen 6 categorías básicas de expresar las emociones con subcategorías o variantes cada una de ellas. Estas son:

- Miedo: peligro, inseguridad, incertidumbre.
- Aversión: disgusto, asco.
- Ira: rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad.
- Sorpresa: sobresalto, asombro, desconcierto.
- Alegría: diversión, euforia, bienestar, seguridad, entusiasmo.
- Tristeza: pena, pérdida, soledad, pesimismo, desanimo.

A su vez las emociones, según Nussbaum (2008), y siguiendo el aspecto social, se pueden clasificar en tres categorías entre las que se encuentran, las emociones primarias, las emociones de fondo y las sociales:

-Las *emociones primarias o básicas* son fáciles de definir y detectar ya que son visibles por quienes las manifiestan y se expresan con el miedo, la rabia, la aversión, la sorpresa, la alegría, y la tristeza.

-Las *emociones de fondo* están consideradas como expresiones compuestas por acciones reguladoras que se han ido desarrollando en nuestra vida, y que permite evaluar una situación e informar de un determinado estado de ánimo. Esencialmente son dos: el entusiasmo y el desánimo.

Una de las características de éstas emociones es que no son visibles a primera vista, excepto por la observación detenidamente a una persona, bien porque se la conoce en profundidad o bien porque se tiene cierta destreza en la percepción. A través de un cambio de posición corporal, una mueca, un movimiento muscular, un cambio en el tono de voz, un silencio, una respiración profunda, detectamos malestar, nerviosismo, tranquilidad/intranquilidad, se puede evaluar una situación sin que se exprese directamente un estado de ánimo. Es lo que Bordieus (2001) denominó "Hexis, maneras corporal, que se traduce tanto en actitudes como en apreciaciones morales (*ethos*)" (p. 28), y que tanto la hexis como el *ethos* son partes del *Habitus* o el modo de conducirse en la vida.

-*Emociones sociales* se denominan así porque se requiere de la acción de segundas personas para expresarlas. "Se trata de experiencias que tiene sentido en su relación con los demás. Surgen de un contexto social determinado, que es lo que les confiere significación, y necesitan del análisis de los otros para poder entenderse apropiadamente" (Choliz Gómez, 2002, p. 3).

En este sentido nos referimos a las comunidades emocionales trabajadas por Rosenwein (2010), en la que como ella afirma “el investigador busca los escondidos sistemas de sentimientos, para establecer lo que estas comunidades definen evaluar como valioso o perjudicial, las emociones que valoran, devalúan o ignoran, la naturaleza de los vínculos afectivos ante personas que se reconocen y los modos de expresión emocional que esperan, que apoyan, que toleran y que deploran”⁵¹ (p. 11).

Las comunidades emocionales que existen en torno al aborto, se caracterizan porque entre las mujeres no siempre se establece una comunicación oral. Por el contrario, solo hay miradas, silencios que trasvasan a las mujeres. La experiencia del aborto es el hilo conductor de su comunidad emocional, y como tal se expresa.

Incluyen las emociones tales como la simpatía, el orgullo, la gratitud, la admiración, la turbación, la vergüenza, la culpabilidad, los celos, la envidia, la indignación y el desdén.

Por todo ello las emociones proporcionan un ambiente natural para que el cerebro y la mente evalúen el ambiente interior, del exterior a la persona, de manera que se responda ante un hecho de una manera adecuada y adaptativa.

4.4.2.-Las emociones como parte de un proceso cognitivo

Como hemos ido viendo los estímulos emocionalmente competentes provienen de un amplio espectro de situaciones, reales o evocadas, que entran al interior a través

⁵¹ Traducción del texto original en inglés.

de los sentidos, y que junto con los patrones de identidad que se le adjudique, dispara una determinada emoción.

Las personas reaccionan emocionalmente de manera positiva o negativa ante un determinado estímulo, de ahí que la forma en que se responda es un logro infinitamente más efectivo, por ejemplo, que un sesgo informativo con el que se pueda tratar una determinada noticia. La reiteración de manipulaciones sobre un determinado tema, produce una reacción en cadena, en la que el espectador “asocia ese estímulo mediático con respuestas emocionales de tipo negativo (ira, odio, rabia, indignación, etc.” (Honrubia Hurtado, 2011, p. 1).

Partimos de la premisa tal y como manifestó López Quintas (2004) que son los manipuladores que ejercen el poder los que mediante el lenguaje “operan de modo automático sobre la mente, la voluntad y el sentimiento de las personas antes de que entre en juego su poder de reflexión crítica” (p. 10). Detrás de toda manipulación, no solo existe una tergiversación de los hechos, sino que en la mayoría de las ocasiones, se incide en la educación emocional social ante determinados estímulos que se reciben en forma de noticias. De ahí que el objetivo preeminente sea el de crear emociones respecto de ciertos estímulos mediáticos.

En el Marco Teórico nos preguntábamos a través de que normas reguladoras se había perpetuado la práctica del aborto. Fue Butler (2008) la que nos dio la luz diciéndonos que lo importante no eran los actos ni las personas, sino que se trata de un proceso reiterativo a partir del cual emergen dichos actos (p. 24).

Honrubia Hurtado (2011) afirma que este proceso reiterativo en el ámbito de las emociones “es puro conductivismo. Puro condicionamiento previo. Simplemente se

enseña a la ciudadanía a reaccionar de una determinada manera ante un determinado estímulo, y con ello se asegura que dicho ciudadano vea anulada su capacidad crítica” (p. 1).

Pero, ¿cómo de una manera conductivista se va a incidir sobre la mente, la voluntad de las personas, de manera que se reaccione de distintas maneras, positiva o negativamente, frente a un mismo estímulo emocionalmente competente?

Nussbaum (2008) nos dice que las emociones se consideran “un juicio sobre el asentamiento de una apariencia” (p. 59). En este proceso, frente a un estímulo emocionalmente competente como es un embarazo inesperado, se efectúa un juicio sobre la naturaleza de los hechos, y en el que pueden existir tres posibilidades de acción, en las que Nussbaum (2008) lo refiere como “las formas en las que son llevados a la mente y la forma en la que se representan internamente” (p. 60). Estas son:

Primero, se puede “aceptar o abrazar la apariencia de las cosas e incorporarlo con el modo en que las cosas son” (Nussbaum, 2008, p. 60).

“Nora ha nacido para que no me volviera a pasar lo que me pasó con el otro. Ahora hay otra madurez otra... antes no había nada, pensé que no iba a pasar por lo que pasó con el otro y dije tengo un niño dentro de mí y no voy a deshacerme de él” (M9E).

La apariencia se convierte en el juicio y la aceptación es aquello en que consiste el raciocinio, entendido éste como “la capacidad en virtud de la cual nos

comprometemos con un visión de cómo son las cosas en realidad” (Nussbaum, 2008, p. 61).

Comportamientos racionales, basados en la responsabilidad, son los que refiere la siguiente informante:

Fue una decisión responsable. Me hubiera gustado no tenerla que tomar, me hubiera gustado, no sé como narices no tuve cuidado, no sé en qué narices estaba pensando, supongo que en cierta turbulencia emocional. Hubiera preferido no tener que pasar por ello. Tomé la decisión porque quería ser profesional, quería hacer estas cosas, quería vivir una vida de mujer autónoma (MM4E).

Segundo, se puede “rechazar la apariencia por no ser como las cosas son” (Nussbaum, 2008, p. 60). En tal caso creo lo contrario de lo que se representa.

Aceptar, o por el contrario, rechazar una determinada apariencia de concebir la apariencia de los hechos, requiere la capacidad del discernimiento de la cognición y del raciocinio que nos involucra de pleno en concebir las circunstancias, los acontecimientos y las distintas situaciones tal y como creemos que son en la realidad.

“Si yo hubiera decidido seguir adelante con el embarazo él lo hubiera respetado y hubiéramos tenido que enfrentarnos a una situaciones nueva en nuestra vida que hubiera condicionado de otra manera todo nuestra vida y la de nuestro hijo. Pero tenemos una experiencia muy cercana en la familia de una persona que tuvo una niña con parálisis cerebral y sabemos lo es una situación de estas, sabemos que esta persona con muchos recursos

económicos, y sabemos cómo lleva adelante la situación, y cómo lo han llevado como pareja y quizás por eso nos ayudado que era la decisión más adecuada. Y esta persona en concreto se ha hecho cargo de su hija con una dignidad, pero vemos cual es su vida y cómo está condicionada aunque tiene unos recursos económicos más que la mayoría. Teníamos claro que no queríamos eso” (J8E).

Tercero, se puede dejar la apariencia sin comprometerse, ni en un sentido o en otro. En este caso no se acoge a ninguna creencia, ni en un sentido ni en otro, ni se establece ningún juicio sobre la cuestión.

Y esta tercera posibilidad puede ser debida como consecuencia de tres circunstancias en la vida de la mujer.

- *La primera circunstancia* se produce porque no se le concede ninguna importancia al aborto. Es posible que pudiéramos estar frente a una justificación en el hecho en sí, y en el reconocimiento social.

Recojo distintos momentos en la conversación que tuve con mi informante (C 7 E), en la que se deja entrever la repercusión de un embarazo inesperado y no deseado y la falta de significado que le otorgaba a la práctica del aborto. Lo verbaliza, varias veces, de la siguiente manera.

“Yo ningún trauma, tenía clarísimo que yo no iba a tener un hijo.

Para mí no fue nada, o sea quítame este muerto de encima así de claro te lo digo. La sensación fue ¡buf ya me lo he quitado de encima!

Era un coagulito de sangre. Pero vamos ningún trauma de nada, algunas cosas las tengo bastante claras.

Sé que hay mucha gente que pero aquí ha pasado muchísima gente.

Pero al final eso está a la orden del día y ahora también yo creo porque ahora tenemos más deslices o inconsciencia” (C 7 E).

- *La segunda circunstancia* puede ser debido a que la mujer no se encuentre preparada para admitir un embarazo, quizás porque el desvalimiento le asusta de tal manera que le produce una sensación de contrariedad, indefensión, y pasividad.

Tal es el caso de (A10E) que durante 4 meses no quiso reconocer que estaba embarazada, achacando su aumento de peso a todo, excepto a su estado, y todo por que se encontraba en una situación de indefensión, ya que su novio antes de que supiera lo de su embarazo, se suicidó. De esta manera nos lo relata:

Vale. Pues ha sido en septiembre, el mes pasado y me quede embarazada en junio, pero no sé porque yo no lo quería ver, o sea me pasaba de todo, pues lo típico que si estrés. Pero ya en Julio vi que el pecho me empezaba a engordar, pero no se, me decía seguro que tengo un problema, algún tumor yo ya empezaba a pensar en plan quiste, tumor. Pero yo lo del pecho lo veía evidente. Se lo comenté a mi novio y me dijo que ¡como podría ser posible! y compramos un predictor. Yo en la vida había utilizado un predictor, pero no me quedó muy claro, me ponía como rosa, tenía que ponerse rosa para ser positivo, pero no era un rosa como el que venía en la foto y entonces dije ¡bah entonces no! Y seguí pensando en alguna enfermedad, un quiste o alguna cosa.

Pasando el verano a últimos de agosto se lo comenté a una amiga, que no me bajaba la regla. Y me dice ¿cómo que estás embarazada , pero si tú tomas... y digo: ya alguna vez el parche no me lo he puesto, se me ha olvidado y me lo he puesto ya con retraso. Y me dice pues inmediatamente tenemos que ir hacerte la prueba. Subí a atención primaria y me hicieron un análisis de orina y cuando vi la cara de la enfermera pensé estoy embarazada fijo.

Y ¿por qué iba con mi amiga?, pues porque mi novio se suicidó en el mes de julio. Se tiró por la ventana.

- *Y la tercera y última circunstancia puede ser porque la relevancia del aborto aún no se ha establecido, por lo que aún no reconoce la importancia, si la hubiera, que el aborto ha supuesto en su vida.*

Los juicios que se corresponden con las emociones, por lo general, suelen estar muy relacionados a hechos que, como Nussbaum (2008) nos dice, hacen referencia a “cosas vulnerables, cosas que pueden verse afectadas por eventos del mundo que se hallan fuera del control de la persona, que pueden llegar por sorpresa incluso cuando uno no lo desea” (p. 64).

De hecho las emociones detectadas a través de los relatos y que hemos ido reflejando, como el miedo, la ira, la aflicción, etc., todas ellas contienen la vulnerabilidad al cambio e incluso cuando se produce el binomio pensamiento-emoción ya está indicando que el cambio se ha producido. Si la emoción nos vincula con momentos de la vida que son importantes para el bienestar, también registra esa percepción de vulnerabilidad y de falta de control.

Por lo tanto Nussbaum lo que nos ha ido proponiendo es la consideración de las emociones en el marco de una teoría cognitiva-evaluadora. Las emociones son

cognitivas porque están imbuidas de inteligencia y discernimiento sobre las situaciones que nos rodean y además son evaluadoras porque encierran un pensamiento acerca de la importancia de éstas.

La teoría cognitiva evaluadora de Nussbaum (2008) se asocia con la percepción a partir del cual “las emociones perciben el mundo desde el punto de vista de la persona, de su esquema de objetivos, y proyectos, las cosas a las que asignamos valor en el marco de una concepción de lo que para nosotros significa vivir bien” (p. 72).

Por eso las emociones poseen dos relaciones que no se puede descartar:

- La valoración de una determinada emoción no está asociada desde un punto de vista imparcial, sino desde la perspectiva de cada mujer.
- Contemplan el mundo desde una evidente perspectiva personal y en donde el fin último de las emociones, es que están destinados al logro del bienestar y el placer.

Y así lo hemos ido demostrando. Las acciones, los proyectos, son valoradas por la mujer en cuanto que son acciones propias y no de otro. Persiguen un fin intrínseco, ya que valoran los elementos según como ellas creen que deben hacerlo, incluso considerándolo como justa la decisión, además dicho acto del aborto persigue la propia satisfacción y en definitiva forman parte de su esquema de fines.

4.4.3.-Principales manipulaciones en torno al aborto

Que el aborto sea legal no significa que sea un acto quirúrgico libre de dificultades. De hecho ningún aborto está libre de tener efectos secundarios, ya sean físicos o trastornos psicológicos y emocionales. Entre las posibles complicaciones físicas para la mujer, se encuentran las hemorragias severas, infecciones, perforaciones uterinas, riesgo de placenta previa o parto prematuro en posteriores embarazos llevados a término. Aun cuando desgraciadamente estas complicaciones son más frecuentes de lo que las mujeres piensan, a lo largo de este apartado nos centraremos en el estudio de las manipulaciones asociado a la negación de los posibles de trastornos psicológicos y emocionales incorporados a la práctica del aborto.

Nada o muy poco se quiere saber de las secuelas psicológicas⁵² que el aborto haya podido dejar en las mujeres, ya que no existen estudios relativos al tema y los artículos publicados en España se basan únicamente en antecedentes recogidos de estudios epidemiológicos realizados en lengua anglosajona.

Sobre esta base de carencia de datos de la realidad española, asistimos en dichos artículos a una guerra de datos sobre los daños provocados por el aborto. Profesionales del ámbito de la medicina o bien silencian los supuestos trastornos, volviendo la cara hacia el otro lado, o bien se dedican a cuestionar la calidad de las investigaciones científicas, con la tendencia a considerar los trabajos, como señala Ferguson, Horwood, Boden (2013), “con problemas de diseño y pruebas

⁵² Aunque existan muchos relatos de experiencias devastadoras. En la actualidad se han publicado 4 libros como son: “Yo soy inocente, Drama en tres actos” de José M^a Velo de Antelo (2007); Yo aborté, de Sara Martín García (2005). Ángeles en la tierra de Ondina Vélez Fraga y Pablo F. Gutiérrez (2008).

relativamente débiles”⁵³ (p. 444), a aquellos estudios que demuestran que el aborto puede causar daños psicológicos en algunas mujeres.

En este sentido Mayor, Cozzarelli, Copper, Zubek (2000) dice que “estos estudios tienden a ser sesgados en la dirección de sobreestimar la prevalencia de problemas psicológicos postaborto” (p. 2). Más adelante afirma “la mayoría de los estudios no distinguen manifestaciones clínicas significativas de trastorno de salud mental (depresión, psicosis), de sentimientos de tristeza, pesar, pérdida, que aunque desagradables no significan necesariamente un trastorno psiquiátrico” (p. 6).

En definitiva existe desde hace tiempo un cruce de denuncias que acontece en la comunidad científica internacional. Speckhard, Rue (1992) afirman categóricamente que “la politización del aborto ha restringido significativamente la investigación científica de los efectos del aborto y ha producido un profundo cisma interpersonal e interprofesional en la sociedad americana, incluyendo a los reportajes periodísticos predispuestos a la desinformación”⁵⁴ (p. 96).

Un ejemplo de la dificultad que existe para debatir serenamente sobre el tema, son, entre otros, los problemas que encontraron Fergusson, Horwood y Ridder para publicar un trabajo sobre el riesgo de padecer problemas mentales después de un aborto. Tanto Fergusson como su equipo declararon en el *The New Zealand Herald*, “ateos y *pro-choise*” y se “consideraban los primeros sorprendidos por los resultados, pero hubiera sido una irresponsabilidad científica no publicarlos” (Hill, 2006). No esperaban encontrar en su estudio ninguna relación entre el aborto y los trastornos mentales, y se llevaron una sorpresa cuando los resultados confirmaron una correlación significativa.

⁵³ Traducción del texto original en inglés.

⁵⁴ Traducción del texto original en inglés.

Fergusson como líder del proyecto, según el *New Zealand Herald*, fue rechazado por un número de revistas por ser de naturaleza controvertida. Continuaron diciendo que “no fue una tarea fácil, pues no encontraban una revista que se atreviera a publicarlo: “Tuvimos que acudir a cuatro publicaciones, lo cual es insólito pues normalmente aceptan nuestros estudios a la primera”⁵⁵. Sabían que con la publicación del documento “sería lanzarse a la arena política feroz, y su ciencia se reivindicaba como prueba de cierta ideología, por un lado, y condenada por otro”⁵⁶ (Hill, 2006).

Al parecer, es frecuente que los investigadores que trabajan en la relación del aborto y salud mental tengan una perspectiva favorable a la vida, y sean acusados de llegar a conclusiones basadas en pruebas poco sólidas, o en sus creencias religiosas. Siguieron matizando que “nadie puede acusarme de eso, estoy a favor del aborto, pero es probable que haya revelado unos datos que favorezcan el pensamiento pro-vida. No actúo al dictado de intereses ideológicos: hago lo científicamente posible con un problema difícil”⁵⁷ (Hill, 2006, en *New Zealand Herald*).

Observamos como los resultados de distintas investigaciones se miran, antes con cierto recelo por el riesgo de que basculen hacia distintos posicionamientos existente en esta temática, que por los resultados que un investigador honesto pueda concluir.

⁵⁵ Traducción del texto original en inglés.

⁵⁶ Traducción del texto original en inglés.

⁵⁷ Traducción del texto original en inglés.

4.4.3.1.- Diferencias y relación entre el aborto espontáneo y el aborto provocado

Entre el aborto espontáneo y el aborto provocado existen una serie de similitudes ya que en ambos se desencadena la muerte, expulsión y/o extracción del embrión. Sin embargo, existen diferencias, ya que mientras que los abortos espontáneos se originan por causas naturales que hacen inviable al feto, los inducidos o voluntarios se producen a través de maniobras quirúrgicas o mediante fármacos. Y en este último, esta práctica, al parecer, la vez que resuelve y soluciona un problema de embarazo no deseado, que en ocasiones puede generar otro tipo de problemas.

Derivado de las múltiples investigaciones realizadas y publicadas a lo largo de los años, muchas mujeres que padecen un aborto espontáneo, sufren o pueden sufrir una reacción de duelo como respuesta emocional a la pérdida del hijo. Este duelo para Díaz Sanchez, García Huete, Martín Morales y Campo (2010) “no es un proceso racional ni intelectual. Se trata de un proceso complejo, que se vive como la destrucción de un sueño, de un proyecto de futuro” (p. 426). El duelo va acompañado de un sentimiento de fracaso, tanto en el plano maternal y paternal, como en el biológico, ante el temor de que se vuelva a repetir la experiencia. Entre otras alteraciones, también se puede desencadenar un trastorno en la estima personal.

En este sentido (A1E) tuvo dos abortos, uno espontáneo y otro inducido por malformación. Respecto a éstos comentó,

“Emocionalmente lo que más noto a día de hoy es el miedo a otra gestación por el miedo al fracaso claro. No sé si estoy preparada para otro fracaso”.

En la actualidad podríamos hablar de una construcción social del duelo motivado por un aborto espontáneo, ya que la atención que recibe una mujer, que ha experimentado esta situación, se centra en “aspectos biológicos, aspectos psicológicos y sociales” (Díaz *et al.*, 2010, p. 426).

La pérdida espontánea de un embarazo ha pasado de considerarse como un hecho íntimo, de carácter subjetivo, motivada por una falta de comprensión, a considerarse como un evento vital y estresante. Podemos definir un acontecimiento vital estresante como “aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables” (Barrón, Chacón, 1992, p. 54).

Que se desconocieran las consecuencias psicológicas derivadas tras un aborto espontáneo, se debía al hecho de que se ignorara la relación emocional que se establece ente el feto y la madre antes del nacimiento, ya que se pensaba que dicha relación solo se podría entablar a partir de que la madre sintiera los primeros movimientos de su hijo. Incluso entre los consejos que se le daban a la mujer que había abortado era que volviera a quedarse embarazada, de manera que una nueva gestación sustituía al perdido⁵⁸.

En la actualidad la relación madre-hijo se establece mucho antes. Relier (1993), escribió que la mujer embarazada no se limita a aportar a su hijo, por mediación de la sangre y de la placenta, los nutrientes necesarios para su desarrollo; “también le trasmite, a través de unos mecanismos particulares, unas sensaciones, incluso tal

⁵⁸ De hecho existía un refrán popular que decía *mujer legrada, mujer preñada*.

vez unas emociones que, positivas o negativas, el feto percibe y que pueden tener consecuencias en su desarrollo” (p. 39). Fundamentalmente este hecho es así, porque como señalan Díaz Sanchez *et al.* (2008) “el niño tiene un lugar en el inconsciente como objeto de deseo” (p. 8). Y ante este hecho, existe un discurso social frente a una mujer con un embarazo deseado y buscado, por parte de matronas y ginecólogos y que se extiende al conjunto de la sociedad.

Dicho discurso lo empezamos a encontrar desde el Servicio Vasco de Salud, *Osakidetza*, Departamento de Sanidad, donde se elaboraron unas guías dirigidas a transmitir información a la mujer embarazada en aspectos tales como su embarazo, parto y post-parto. En dicha guía, y como material de apoyo, concretamente nos referimos a “Vas a ser madre” (2008), en el que además de los consejos propios a la mujer gestante sobre aspectos generales, gimnasia preparto, lactancia materna, así como derechos y deberes de la madre y del bebé, hay un apartado dedicado al periodo prenatal y fetal. En dicho apartado, y concretamente en la introducción leemos “el bebé empieza a desarrollarse antes de que la mujer confirme que está embarazada. Desde el momento de la fecundación se inicia una etapa de formación primordial para el desarrollo sano del bebé” (p. 3). Allí mismo pudimos comprobar una imágenes de ecografías en la que se muestran lo que pueden ser imágenes en el segundo periodo de gestación en la que observamos la cara de alegría de la madre y del personal sanitaria que la informa.



Ilustración nº 35. Alegría de la madre ante la visualización de la ecografía. Fuente Servicio Vasco de Salud Osakidetza.

Así mismo en el capítulo 1º nos dice que “El desarrollo de una nueva vida comienza con la fecundación de un óvulo por un espermatozoide. Esto conlleva la formación de un embrión. (Periodo embrionario y fetal, p. 5). En este mismo

capítulo dispone de un cuadro en el que se muestran las etapas del desarrollo fetal.

ETAPA PRE-EMBRIONARIA	
Las dos primeras semanas después de la fecundación	
ETAPA EMBRIONARIA: De la 3ª a la 8ª semana	
4 semanas	El corazón fetal empieza a latir.
8 semanas	Se forman todos los órganos del cuerpo.
ETAPA FETAL: De la 8ª a la 40ª semana	
8ª-12ª semanas	Pueden escucharse los tonos cardiacos fetales.
16 semanas	Puede observarse el sexo del feto.
20 semanas	La madre siente movimientos.
	El feto desarrolla una actividad regular de sueño, succión y pataleo.
	Sus manos pueden agarrar.
	Adopta en el útero la posición más cómoda.
24 semanas	El cuerpo del feto está cubierto por una capa fina de grasa (vérmix) así como de una capa de fino pelo (lanugo) que le protege.
	Aparece el pelo en la cabeza, cejas y pestañas.
28 semanas	Aumenta su actividad. Pesa alrededor de 780 gr.
32 semanas	Empieza a abrir y cerrar los ojos. El feto tiene dos tercios de su tamaño final.
38-40 semanas	Se acumula la grasa subcutánea.
	Ocupa todo el útero. Está preparado para nacer.

Ilustración nº 36. Etapas del desarrollo fetal. Fuente Servicio Vasco de Salud Osakidetza.

En una consulta con un ginecólogo puede observar un discurso que discurre en esta línea. Frente a la imagen de una ecografía de un feto de 15 semanas de gestación, el ginecólogo dirigiéndose a la madre le iba comentando todo el desarrollo, partes de cuerpo, latido fetal, etc. y

siempre dirigiéndose y llamando al feto como *tu hijo*.

Por lo tanto al embrión y al feto, en cuanto que son deseados, tanto el personal sanitario, los padres, como la propia sociedad le dan una entidad como ser humano, y como señala Gálvez, Amezcua, Salido (2002) esto es así en cuanto que el feto “está dotado de personalidad y cuerpo a -un sujeto-“(p. 5).

Por ello cuando se produce un aborto espontáneo, de un embarazo deseado, se puede desencadenar una situación estresante porque se produce una pérdida emocional que requiere una elaboración del proceso de duelo como consecuencia de dicha pérdida.

Ahora bien, ¿por qué la mujer, la pareja, y la familia, pueden padecer emociones dolorosas y duelo ante el aborto? Gálvez *et al.* (2002) lo explican aludiendo a que si los padres tienen esa emoción de tristeza por la pérdida “eso significa que para ellos hay un sujeto social y que por lo tanto en su subjetividad se ha producido ya el nacimiento de ese sujeto, aún cuando el nacimiento al mundo aéreo esté por llegar. En nuestra sociedad actual el cuerpo simbólico y el nacimiento social del sujeto anteceden al nacimiento físico” (p. 4).

Ante una vida perdida, Rodríguez (2001) nos dice que “la pérdida es incomprensible y difícilmente asumible por los que quedan” (p. 45). Y en este sentido Gold (2007) afirma que “es una pérdida traumática, a menudo repentina e inesperada, que obliga a integrar experiencias simultáneas como son el nacimiento y la muerte. En

las últimas décadas se ha sabido que la muerte de un feto o bebe puede causar un duelo prolongado y complicado para muchos de los padres”⁵⁹ (p. 230).

(A1E) tuvo un aborto espontáneo posterior al inducido. Su experiencia, tal y como ella lo narra fue mucho más traumática

“En marzo ya cuando lo perdí pues fue más duro. Fue como otra vez pasar por esto. Fue parecido. Fui a una consulta y me dijeron: no ya no estás (se le llenan los ojos de lagrimas) y ahí la segunda vez. Me costó más emocionalmente asumirlo porque no me lo esperaba, tampoco la otra vez el provocado, pero no sé era la primera vez que me pasaba y ya cuando es la segunda es como que se suma entonces es más duro”.

Dicho duelo debe ser elaborado tanto por la mujer como por la familia, ya que deben construir la muerte de un feto de acuerdo a sus valores y creencias, y tal como afirma Galvez *et al.* (2002) “el duelo se presenta como una vivencia dramática y cada mujer necesita la construcción de su rito social del luto” (p. 5). Y en este sentido “el luto codifica la pena, imponiéndola a los sobrevivientes reglamentándola y le pone un fin temporal” (Rodríguez, 2001, p. 46). De esta manera el duelo y el luto tienen la función, de ser un elemento terapéutico para la salud mental de la madre y del entorno social más allegado. Por todo ello el luto se entiende como “rito social, y el duelo como vivencia dramática de la muerte” (Rodríguez, 2001, p. 46).

A tenor de lo expuesto por estos autores, lo confirma mi siguiente informante que además de su aborto provocado tuvo un diferido. Nos relata su experiencia frente al espontáneo

⁵⁹ Traducción del texto original en inglés.

“Yo tuve un aborto espontáneo antes de nacer M. Fue un diferido que ya había latido cardíaco y a la siguiente revisión no había latido, y entonces el primer ginecólogo que me atendió me dijo vamos a esperar, pero el ginecólogo con el que yo tenía confianza, y que me ayudó en la anterior ocasión, me dijo esto puedes esperar lo que quieras pero aquí ya no hay nada. Aquello sí que me hizo pasar mal, pero me hizo pasar mal porque había una decisión de ser madre y yo era una embarazada muy tardía, y se físicamente lo que eso suponía, y aquello fue decir ¡y si ahora no puedo!, ¡si ahora que he decidido que...!, ¡y si no he hecho...! Ahí la culpa. Yo me había ido a Madrid tenía un congreso sabiendo ya que estaba embarazada, la verdad es que fue un tute porque tenía que presentar una ponencia, bueno esas cosas que..y ahí dije no he sido responsable, estoy embarazada y sigo llevando la vida que llevaba, tengo 35 años. Y lloré y lloró mi pareja por mí, porque es así, es físico. Hay un momento que dices esto no va para adelante, pero eso tenía otra naturaleza, eso sí fue un duelo, que como todo duelo lleva la parte de cuánto hay de lo que yo podía haber hecho, que no hice” (MM 4E).

Ante una mujer que ha sufrido un aborto espontáneo, no es infrecuente que se establezca el necesario apoyo social, que es necesario, porque “actúa como elemento amortiguador o reductor del estrés” (Díaz Sánchez *et al.* 2010, p. 426), además de que disminuye “la afectación emocional y el mantenimiento de la interacción con la familia y la pareja, ayuda a disminuir el impacto de la pérdida y a la elaboración de un afrontamiento más activo” (Hori, Nakano, Yamada, Azuma, Noda, Sugiura, 2002, p. 137).

Las consecuencias psicológicas y emocionales a las que la mujer se ve sometida cuando tiene que enfrentarse a la pérdida espontánea del feto muestran, según el estudio realizado por Beutel, Deckardt, Rad, Weiner (1995), que a las 125 mujeres cuyo aborto se había producido en las primeras veinte semanas de gestación “el 20% mostraron una reacción de duelo, el 12% una reacción depresiva y el 20% reacción combinada, tanto de duelo como depresiva, con dolor, culpa, depresión y ansiedad. El 42% no manifestaron cambios en sus reacciones emocionales”⁶⁰ (p. 520).

En Freda, Devine, Semelsberger (2003) “Las mujeres que sufren un aborto espontáneo, se sienten profundamente solas y lloran intensamente”⁶¹ (p. 20). Y continúa diciendo que “la pérdida natural del feto es un suceso que cambia la vida, y donde las mujeres experimentan sentimientos de vacío, miedo, culpabilidad, y tristeza. Tienen una mayor necesidad de apoyo y albergan muchos temores acerca de sus futuros embarazos” (p. 22).

Otros estudios como el de Engelhard, Vandehout, Arntz (2001) encontraron que “el aborto espontáneo aumentaba el riesgo de desorden de estrés postraumático (TEPT) y requiere una intervención que va más allá de la pura ayuda ante el dolor”⁶² (p. 524). Así mismo se cuantificó la extensión y frecuencia de estos sufrimientos al comprobar que “un 30% a un 50% de las mujeres sufren síntomas de depresión severa en los siguientes seis meses a la pérdida del embarazo, llegando a elementos traumatizantes como la ansiedad”⁶³ (p. 522).

⁶⁰ Traducción del texto original en inglés.

⁶¹ Traducción del texto original en inglés.

⁶² Traducción del texto original en inglés.

⁶³ Traducción del texto original en inglés.

Estos síntomas de dolor, hay que diferenciarlos de un hecho puntual y secundario a la pérdida, o comprobar si se convierten en patológico con respecto a la intensidad y a la duración. En este sentido Bowles, James, Solursh, Yancey (2000) afirmaron que muchas mujeres “padecen un trastorno de estrés agudo con gran ansiedad al revivir el trauma, si este síntoma está presente menos de 4 semanas. Cuando los síntomas persisten más de 4 semanas, la mujer puede tener un trastorno de estrés postraumático”⁶⁴ (p. 1689).

Ahora bien, los discursos sociales ante una mujer que ha elegido someterse a un aborto inducido difieren mucho e incluso entran en contradicción con los del aborto espontáneo. Ante un embarazo no deseado, no se habla de en qué momento se produce la fecundación. Por el contrario lo que existe es el producto de la concepción o la existencia de “un sujeto en potencia o feto” (Gálvez *et al.*, 2002, p. 3). Tampoco se emplea el concepto desarrollo fetal, ni como hemos señalado en anteriores capítulos, se le informa, ni se enseña una ecografía. Los silencios sociales se establecen en tanto en cuanto el aborto se lleva a cabo por un derecho y una decisión y elección voluntaria de la mujer, y además dichas elecciones están amparadas por la Ley.

Además la relación existente entre el aborto inducido y el riesgo de alteración en la salud mental de la madre es un tema que ha generado y sigue generando grandes controversias de índole social, médico y académico.

La controversia viene de la mano de, entre otros psiquiatras, como Adler, David, Mayor, Roth (1992) que afirman que las mujeres que han abortado, “no presentan evidencias de que un aborto vaya seguido de respuestas psicológicas graves, y que

⁶⁴ Traducción del texto original en inglés.

los aspectos psicológicos se puedan entender mejor en una situación de tensión puntual”⁶⁵ (p. 197).

Incluso Stoltland (2003) echa por tierra los argumentos acerca de trastornos emocionales en las mujeres que han abortado afirmando “que actualmente existen intentos de convencer a la opinión pública y a las mujeres que el aborto tiene con frecuencia consecuencias psiquiátricas negativas”. “Esta afirmación no es corroborada por la literatura: la inmensa mayoría de las mujeres toleran el aborto sin secuelas psiquiátricas”⁶⁶ (p. 139).

También Grimes y Creinin (2004) afirman “el aborto inducido no da lugar a secuelas, ya sea médica o psiquiátrica o el presunto trauma, Síndrome Post-Aborto⁶⁷ no existe”⁶⁸ (p. 624).

Mayor *et al.* (2000) nos aportan una visión más completa en varios aspectos. Sobre si existen problemas psicológicos después del aborto, Mayor *et al.* se mantienen más neutrales en este tema cuando afirman que “la mayoría de las mujeres no experimentan problemas psicológicos dos años después de su aborto. Pero algunas lo tienen⁶⁹” (p. 777). Y son las mujeres que lo padecen quienes tienen “una historia

⁶⁵ Traducción del texto original en inglés.

⁶⁶ Traducción del texto original en inglés.

⁶⁷ Fue Vicent Rue, quien en 1981, dio a conocer ante el Congreso de los Estados Unidos, la primera evidencia clínica de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que se desarrolla en respuesta al estrés producido por el aborto. Propuso el nombre de Síndrome Post-aborto para describir dicho fenómeno.

⁶⁸ Traducción del texto original en inglés.

⁶⁹ Traducción del texto original en inglés.

previa de depresión. Pueden estar más predispuestas a la depresión y posterior pesar, independientemente de si tienen o no un embarazo no deseado y la forma en que elige para resolver ese problema”⁷⁰ (p. 777).

En cuanto a la forma de realizar los estudios, Mayor afirma que “estos estudios tienden a ser sesgados en la dirección de sobre estimar la prevalencia de los problemas psicológicos postaborto”⁷¹ (p. 777). Reprueba que los estudios que se realizan, “incluyen a corto plazo la evaluación de la mujer”, y es por esa razón, por lo que dichos estudios pueden llegar a “estar sesgados en la dirección de subestimar a largo plazo los problemas en el post-aborto”⁷² (p. 778).

Junto a estas posturas se encuentran las investigaciones realizadas por Fergusson, Horwood, Ridder (2006) proponen que sus resultados “reflejan los efectos de los embarazos no deseados en la salud mental, en lugar de los efectos del aborto per se sobre la salud mental” (p 16). Los datos utilizados para esta aseveración proceden de la realización de estudio longitudinal que se realizó en la ciudad urbana de Christchurch (Nueva Zelanda), con una cohorte de 1265 que fueron estudiados desde el nacimiento hasta la edad de 25 años, de las cuales se disponía información de su/s embarazo/s y de su salud mental. El tamaño de la muestra oscilo entre 506 y 520, dependiendo del momento de la evaluación tanto de sus embarazos como de su salud mental.

A pesar de las reservas y las limitaciones anteriores, la presente investigación plantea la posibilidad de que “para algunas mujeres, el aborto es un evento traumático ya que aumenta la susceptibilidad de los trastornos mentales

⁷⁰ Traducción del texto original en inglés.

⁷¹ Traducción del texto original en inglés.

⁷² Traducción del texto original en inglés.

comunes”⁷³ (p. 22). Entre los trastornos mentales incluyen “los problemas en la salud mental como la depresión, la ansiedad, comportamientos suicidas y el uso de drogas”⁷⁴ (p. 16). En el presente trabajo, los autores tienen la intención de “reunir más información sobre los factores asociados con la decisión de abortar”⁷⁵, ya que el número de casos es relativamente pequeño.

Siete años después, los tres autores neozelandeses, Fergusson, Boden y Horwood (2013) en su trabajo publicado “Abortion and mental health disorders: evidence from a 30 year longitudinal study”, incluyeron una muestra de 630 mujeres, aunque solo 500 fueron evaluadas periódicamente durante 30 años “en la que se buscaba examinar las variaciones en los resultados del embarazo, comprendiendo el aborto inducido, nacidos vivos y los abortos espontáneos, y se asocia con un mayor riesgo de una serie de problemas comunes de salud mental (depresión mayor, trastornos de ansiedad, ideas de suicidio, la dependencia al alcohol y la dependencia a las drogas ilícitas)” (p. 444).

La principal conclusión de este análisis es que “las mujeres que habían tenido abortos, tenían tasas de problemas de salud mental, que eran de un 30% superiores a las tasas de trastornos en otras mujeres (...) las condiciones que más se asocian con el aborto incluyen trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias. En contraste, ninguno de los otros resultados del embarazo (aborto espontáneo, nacimiento vivo después del embarazo no deseado o un embarazo con una reacción adversa inicial, y otro nacimiento vivo) fue consistentemente

⁷³ Traducción del texto original en inglés.

⁷⁴ Traducción del texto original en inglés.

⁷⁵ Traducción del texto original en inglés.

relacionado con un riesgo significativamente mayor de problemas de salud mental”⁷⁶ (p. 449).

Por otra parte, Gómez Lavín, Zapata García (2005), les lleva a firmar que “toda mujer que aborta, incluso en abortos debidos a causas naturales, puede quedar más o menos profundamente afectada, y que en el aborto provocado es frecuente, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, una reacción de ansiedad y depresión, que suele acompañarse de un sentimiento de culpa” (p. 268).

Entre la escasa bibliografía y estudios comparativos realizados, se encuentra en el Nordal, Torbjörn’ Sejersted (2006) en el que realizaron un estudio a 126 mujeres (46% fueron sometidas a un aborto inducido y el 50% tuvieron un aborto natural) y donde compararon las respuestas psicológicas al estrés después del aborto involuntario o aborto inducido, compararon la intensidad de los sentimiento después del aborto e identificaron las variables relacionadas con las respuestas a los 10 días del aborto, a los 6 meses y a los 2 años. Podemos señalar que entre los resultados más significativos cabe destacar que a los 10 días del evento, “47.5% de las mujeres que tuvieron un aborto natural verbalizaron la existencia de pensamientos intrusivos sobre el aborto, frente al 23,8% de las mujeres con aborto inducido” (p. 266). Que las mujeres con aborto inducido a los diez días del suceso, “el 12.5% evitaban o rechazaban revivir el acontecimiento, frente al 7.5% de las mujeres con aborto natural” (p. 267).

Y tal como los autores concluyen “A corto plazo las reacciones emocionales tras un aborto involuntario fueron más grandes y potentes que los del aborto inducido. A largo plazo, sin embargo, las mujeres que habían tenido un aborto provocado,

⁷⁶ Traducción del texto original en inglés.

informaron que tenían pensamientos intrusivos y sentimientos relacionados con el hecho del aborto (sentían culpa y vergüenza), que las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo” (p. 265).

Ante un espacio discursivo tan contrapuesto, y donde las investigaciones sobre el aborto inducido no son unánimes, será difícil determinar las similitudes o diferencias entre los dos tipos de aborto: el espontáneo o natural y el inducido.

4.4.3.2.- El aborto como pérdida y como experiencia de violencia

Hemos ido viendo cómo, a raíz de los estudios sobre la pérdida perinatal, existen unos sentimientos de duelo, y con una duración variable, dependiendo de las circunstancias de la mujer. Al igual que existen sentimientos de pérdida, duelo, tristeza en el aborto espontáneo, podríamos pensar que el aborto inducido puede o debe comportarse de manera similar.

Para ilustrar cómo han vivido nuestras informantes su aborto inducido, vamos a ver los testimonios de cada una de ellas, y como manifiestan emociones diferentes, posterior a la realización del aborto.

(A1E) Tuvo dos abortos, uno espontáneo y otro inducido por malformación. Con respecto al inducido refiere,

“Fue que se vino abajo unas expectativas de futuro a nivel familiar unas ilusiones no sé. Se rompen de repente, y encima como de una manera brusca, no es que lo pierdes es que te lo tienen que quitar no digamos. No sé, pasas de estar la misma mañana embarazada a no estarlo. (...) Como si te hubieran quitado un bebé, no un bebé recién nacido, pero un posible bebé, no sé, como

una vida. Te quitan algo que es tuyo por imperativo legal y la impotencia de no poder hacer nada”.

(M2E) Tenía una niña de 18 meses cuando se volvió a quedar embarazada. Debido a la presión que le suponía otro embarazo tan seguido, se sometió a un aborto.

“Fue un mes psicológicamente muy duro sobre todo en ese aspecto que he hecho y que no me voy a poder quedar otra vez embarazada. Era un poco contradictorio: estoy interrumpiendo pero a la vez estoy pensando en otro”.
(Lo dice con una sonrisa nerviosa).

(E3E) Se quedó embarazada muy joven de una pareja *“yo no tenía cabeza para tener un niño”* (bajito y mirando hacia abajo). Lo tuvo muy claro desde el principio,

“El objetivo era abortar si, si, si y no me arrepiento de ello”.

(MM4E) Abortó nada más terminar la carrera. Con respecto a ese aborto, ella considera que fue,

“¿yo tener hijos?, ni me lo planteaba (...) fue una decisión razonable”.

(M5E) Se quedó embarazada muy joven, estaba estudiando. Vivía en la casa paterna con su padre y el resto de sus hermanos. Su madre les había abandonado,

“Solo pensaba que no podía tenerlo, que no quería tenerlo. Pero bueno eso es lo que yo creía, porque no era así, porque luego después de la intervención lo pasé muy mal. Me pasaba el día llorando arrepentida, no podía salir a la calle porque veía a un bebe y me ponía mal llorando, oía al bebe, soñaba con el bebe, hasta hoy por hoy diría, tendría tantos años. Fue la peor experiencia de mi vida”.

(S6E) Se sometió a un aborto derivado de un embarazo gemelar. Era muy joven, estaba estudiando primero de medicina y como ella misma nos refirió,

“No podía, no me sentía con fuerzas. Hoy es el día que ser madre no me atrae y ya tengo una edad como para pensármelo, pero a mí me da mucho miedo”.

(C7E) Con veintidós años se quedó embarazada. Al enterarse ella pensó que,

“Yo ningún trauma, tenía clarísimo que yo no iba a tener un hijo con 22 años”. (...) Para mí no fue nada, o sea quítame este muerto de encima así de claro te lo digo, yo lo sentía así, ninguna pena de nada, aparte de que yo decía es un coagulito de sangre”.

(J8E) Se sometió a un aborto terapéutico por malformaciones cerebrales muy graves

“No estábamos preparados para ver al niño y entonces les pedimos por favor que no queríamos verlo. Luego posteriori he pensado que me hubiera

ayudado para cerrar el duelo mejor". (...) Una vez que se pasó esto empezó el siguiente proceso que fue la tristeza profunda que te queda, el dolor, el vacío, es difícil de describir lo que te queda".

(M9E) Se quedó embarazada con 19 años. Sin trabajo, sin haber acabado los estudios y sin ningún apoyo por parte de su pareja, que la abandonó, decidió abortar,

"Lo pasé fatal estuve muy mal y caí casi en depresión, estuve una temporada (...) tres meses, o así (...) que no, es que pensaba solamente en mí, es que no paré a pensar que me he desecho de un niño, soy súper egoísta".

(A10E) Embarazada a punto de empezar segundo de carrera tenía clarísimo que no podía seguir con ese embarazo. Le costó reconocer, a pesar de los síntomas característicos, que estaba embarazada, lo que supuso recurrir al aborto al final del primer trimestre, por lo que, como ella lo narra,

"Ahora veo a mi hermana que está de 3 meses y medio y he visto la ecografía y es que se ve todo, o sea se ve la forma del bebe y me siento culpable de no haberlo hecho antes (...) me arrepiento de haber tardado tanto (...) ya con doce semanas que ya está formado si no me confundo el corazón, que ya late y eso, pues ahí es lo que me siento culpable de que he matado a una vida (...) y yo pues lo he matado, es esa la sensación que tengo de que lo he matado".

(Z11E) Dado la complejidad de su historia y de los múltiples abortos a los que se sometió, transcribiré su por orden cronológico su descripción,

“Cuando me tomé las pastillas ya empecé a llorar porque estaba sintiendo que estaba matando la bebe que yo quería tener, porque me dijeron que esas pastillas mataban al bebe y ya cuando lo eche y lo vi (llora)...lo pasé muy mal”.

“Las propias enfermeras, porque yo tenía tiritona, tenía mucho frío, y como que atendían mejor a las personas que estaban allí porque intentaban quedarse embarazadas y no podían que a ti te miraban ... y ... tú te lo has quitado y me daban ganas de decirle, ¡yo me lo he quitado porque me lo ha mandado tu compañero!”.

“Vi que estaba todo el mundo en contra mío”.

“El cuerpo no vuelve a ser el mismo y se te amarga el carácter también, no lo perdonas nunca. Rencor, mucho rencor, yo no he sido rencorosa pero en ese sentido si lo soy. No se lo perdono ni a mi pareja ni a mi madre”.

“Yo llegaba a casa y esa noche me la pasaba llorando, y si me llegaba a dormir me quedaba dormida acunando a mi hijo, era un movimiento así todo el rato (hace el movimiento de delante hacia atrás) y metiéndole la mano por su cuerpo le agarraba la cara, y así todo el rato abrazándole y acunándole”.

(C12E) Se quedó embarazada en plena adolescencia y a pesar de que era de una generación en el que se aireaba el derecho al aborto, su naturaleza sentía que debía de tener ese hijo a pesar de no tener recursos. Sin embargo no tuvo valor de decírselo a su familia y fue abortar.

“Me sentía culpable, me sentí mal conmigo misma”.

(E13E) Madre de dos hijos, se quedó embarazada del tercero y su pareja no lo asumió correctamente, por lo que al verse sola decidió abortar. Ya estando en el abortorio, supo que no quería hacerlo pero nadie le permitió darse la vuelta y salir del centro.

“Me atormenta pensar, que sufriría que sentiría, si tendría dolor, que sentiría mi niño. No me tiro por el balcón porque tengo a mis hijos (...) yo me siento como una mierda, fracasada como mujer, como madre y como todo”.

(D14SA) Se quedó embarazada de una relación fugaz. Dado que cada uno tenía una vida, decidieron unánimemente abortar.

“Te sientes un poco mal un poco sucia, como mala madre como no te sientes una persona normal como yo me sentía antes esa felicidad que tu llevabas (...) si te cambia bastante a mi por lo menos me ha cambiado mucho”.

(AJ15SA) Casada y con tres hijos adolescentes. Cuando se separó de su marido, comenzó con una relación con un chico mucho más joven que ella, con el que se quedó embarazada. Abortó porque no era ni el momento ni la persona.

“Si me ha costado dormir porque es una cosa que has hecho y te lesiona. Una semanita después de abortar, me siento como culpable, ¿por qué, por qué has hecho eso? ¡Qué Dios te perdone!”.

(Br16AF) Es una prostituta de las Cortes de Bilbao. Se quedó embarazada de uno de sus clientes y abortó. Nuevamente se volvió a quedar embarazada de su novio que al enterarse de la noticia la abandonó. Solo dispongo del testimonio del primer embarazo y por lo tanto del primer aborto.

“Cuando yo me ha abortado yo llora que es una persona como yo, que matadla”.

(GA17SA) Se quedó embarazada muy joven, de una pareja con la que realmente ella “no se veía”. Arrastra desde hace años una doble culpa por dos motivos. El primero fue a raíz de abusos sexuales que sufrió por parte de un familiar directo, que la llevaron a sentirse culpable.

“Yo durante muchos años me sentía culpable que yo pensaba que era mi culpa que yo era la culpable, que yo había hecho, que tenía mi culpa, que yo era la mala, y no sé yo soy católica y siempre he rezado y pedía a Dios perdón porque pensaba que era mi culpa, pero un día, no sé cómo, de repente me di cuenta que realmente no era así, que yo era una niña que me engañaban y que yo no sabía lo que me estaban haciendo”.

Con respecto a su aborto inducido, tiene una ambivalencia que se manifiesta en su testimonio:

“Hombre porque es mi bebe y me sentía culpable de lo que estaba haciendo, porque realmente es una vida, pero también al mismo tiempo yo sabía que no estaba en condiciones de decir ¡bah voy a poder con esto”.

(E18SA) Tuvo dos abortos de repetición. El primero a los dieciséis años, con su novio de entonces, y el segundo a raíz de una relación descontrolada, motivada por el alcohol de una noche de fiesta. A la pregunta de si se acuerda de sus abortos, (llorando),

“Si, siempre lo tengo presente (...) lo tengo presente porque es mi cuerpo y me dolió”.

(SiE19SA) Sin trabajo, sin recursos y sin apoyo, al quedarse embarazada, es ella la que decide abortar en contra del querer de su marido. En la actualidad confiesa que:

“Y eso hasta ahora no lo he podido superar porque me pregunto cómo hubiera sido si sería mujer o un hombre, me culpo de eso”.

(SL20E) Tuvo dos abortos de repetición. El primero era muy joven cuando se quedó embarazada y ante la falta de apoyo de su pareja que sólo *“sentía rechazo, egoísmo, solo pensaba en si mismo”* optó por no tenerlo. En el segundo, con la misma pareja estable y deseando quedarse embarazada, el feto fue diagnosticado de síndrome de Down con malformaciones, por lo que abortó, ya que su pareja *“no quería un bebé con problemas” (...). Era elegir entre él o un bebé con problemas...sola”*. En la actualidad nos dice que:

“He ido a la psicóloga que me ayudó en superar mis problemas laborales, pero no me siento apoyada ni comprendida por ella..Quizás sea porque no ha tenido hijos y no quiere tenerlos, y en eso es totalmente distinta a mí”.

Por lo que vemos, es evidente que quince mujeres presentan culpa, dolor, pena, miedos, tristeza, llanto fácil, rencor, vacío interior. Las otras cinco mujeres no manifiestan ninguna de las anteriores manifestaciones, aunque para la mayoría de las veinte en un primer momento predominó la angustia, inmediatamente después del aborto supuso un alivio ante un problema que debía ser resuelto de la manera más rápida posible. Aparece, por lo tanto, la sensación de libertad y de tener controlada la situación e incluso reconociendo que fue de lo más correcta la decisión tomada.

No obstante existen investigaciones llevadas a cabo en EEUU, cómo son las que se realizan a través del instituto Elliot, cuyo propósito es la investigación y educación sobre el impacto del aborto en las mujeres y los hombres. Y así fue Rue (1997), quien afirmó que “algunas mujeres necesitan años, y valentía personal para reconocer y legitimar la decisión tomada. O cómo afirma Gómez Lavín (2007), que considera obvio que “toda mujer que aborta queda profundamente afectada, aunque no quiera o no pueda reconocerlo. Muchas mujeres que defienden o promueven el aborto en realidad lo hacen para tratar de justificar su propia decisión. Constituye para ellas un mecanismo de defensa” (p. 3).

De tal manera que Burke et al (2009), definen el mecanismo de defensa cómo “cualquiera de las formas en las que la mente humana intenta evitar u ocultar realidades que provocan ansiedad” (p. 91). Hacen referencia, por lo tanto, a una lucha que se establece en el interior de la persona y que ésta intenta por todos los medios protegerse de una realidad. Y así, mediante estos mecanismos, se rechazan emociones, cometidos, desaciertos o equivocaciones. Dada la necesidad y el beneficio que en ocasiones conlleva, se le denominan también mecanismos de afrontamiento o estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto tras el análisis de los datos y la aportación de otras realidades, como son la no existencia o manifestación de duelo, dejamos abierto a otras disciplinas que puedan estudiarlo desde una perspectiva psicológica o psiquiátrica.

En cuanto a las quince mujeres que manifestaron unos determinados trastornos emocionales, han vivido una experiencia derivada de una serie de situaciones que se han producido antes, durante y después del aborto y que ha desembocado en una pérdida o duelo, y en una experiencia traumática con una gran violencia física y psicológica, que en alguna de ellas ha supuesto un cambio de vida e incluso a transformado la capacidad de afrontar un problema. Hablamos, como señaló Burke, et al (2009), del “aborto como experiencia de violencia” (p. 125). Esta relación no es inverosímil cuando en sí mismo el acto quirúrgico del aborto es altamente cruento. Y lo es, primero, por la propia postura que la mujer adopta: “La mujer está apoyada sobre su espalda, las piernas abiertas, con un extraño enmascarado que le introducen instrumentos en sus órganos sexuales, dolorosa y literalmente, sacándole la vida de su útero” (Burke, 2009, p. 125).

(M9E) nos lo relataba de la siguiente manera,

Yo pensaba ¿porque me tenía que pasar esto a mí?. Te meten ahí entre unas cortinas, te abren de piernas y te meten una aspiradora lo ves así y vamos... ¡Ufj increíble, era como retortijones todo el rato (hace el ruido del aspirador). Tenía la paranoia que tenía un cubo debajo de mí y como si saliesen los trozos, no sé porque, era como si te metiesen una aspiradora, abajo hubiese un cubo y abajo cayesen todos los restos. Pero pensaba, o sea que estará saliendo.

Sigue siendo cruento porque la propia técnica del aborto supone una violación del cuerpo de la mujer. El cuello del útero que, por la propia naturaleza, debe de estar cerrado para proteger al embrión en desarrollo, se debe penetrar a través de éste hasta el útero para aspirarlo y succionarlo. Siguen refiriéndose al acto como:

“El peor de todos yo creo, me lo (hace gesto de arrancárselo de la tripa), me pusieron anestesia, tuve que pagar un dineral, y luego me lo extirparon, me lo (hace el ruido de aspirarlo) succionaron por aspiración y me hicieron muchísimo daño. Si supuestamente me pusieron anestesia, pero yo noté muchísimo dolor, mucho, mucho, pero igual era de (se señala con el dedo la cabeza) porque el dolor no se me iba y lloraba mucho (M5E).

“O sea yo le decía que parara porque no podía con el dolor, ya no era el psicológico, era el físico era horroroso (vuelve a revivirlo y vuelve a llorar), era horroroso, fue horrible, agarré la mano a la enfermera que no se si le rompí algún dedo” (Z11E).

Pensar en la tragedia que muchas mujeres han vivido para abortar, y específicamente cuando el aborto ha sido del segundo trimestre, resulta estremecedor escucharlas, como es el caso de (J8E).

“Hubo tantos episodios tan desagradables, me sentí tan desatendida en tanto aspectos. Hubo diferentes momentos. Por ejemplo época había un problema de abastecimiento de la pastilla RTU, por lo cual me provocaron el parto por otro tipo de técnicas que era la instalación de prostaglandina intra-vaginales. Entonces digamos que me provocaron un parto, estuve como día y medio poniéndome de parto cada 12 horas me ponían una pastilla de

prostaglandina y yo era consciente de que iba a parir a mi hijo. Yo todavía lo seguía sintiendo, entonces era muy duro, la situación era durísima. En una de estas veces que me pusieron la pastilla de prostaglandina, el ginecólogo que me atendió, aprovechó para hacerme una ecografía, le pareció interesante mi historia y sobre todo toda la serie de malformaciones que presentaba mi hijo que era una cosa muy poco común, la verdad es que el caso era muy extraño y a todos les extrañaba lo que pasaba ahí no entendían porqué venía así el niño, y estuvo explorándome haciéndome una ecografía y estuvo comentando a otro residente toda la serie de malformaciones que tenía mi hijo, (empieza a derrumbarse) delante de mí, cuando yo todavía lo sentía (se derrumba y llora. No puede seguir con la entrevista). Yo me eche a llorar. Lo pasé fatal. La única persona que se dió cuenta de eso fue la enfermera que me cogió la mano. El médico se limito a decirme -chica no sé porque te pones así, sí es lo mejor que puedes hacer-. Es increíble, ¡te sientes fatal!”. (Se recompone emocionalmente).

En otras ocasiones, como es el caso de (E13E) el aborto de su tercer hijo supuso la ruptura interior de una parte de sí misma.

Parece que no es nada, pero luego cuando sientes el dolor desgarrador de la aspiración y la hemorragia posterior, entonces es cómo para pensárselo, pero ya no hay marcha atrás. Pero no vuelves a ser la misma, no puedes seguir con tu vida normal (...) Yo entiendo perfectamente lo que es perder a un hijo, porque para mí es perder a un hijo. No es, no había nada. Es el dolor de perder a un hijo. Me da igual que mi niño haya tenido dos meses o que tenga 20 días o que tenga 20 años. Es mi hijo y el dolor que yo siento por dentro,

eso no te lo compensan con nada. Ese dolor y la rabia, la impotencia. Yo sé lo que es perder a un hijo, a mi no me lo tienen que contar. Sé lo que es un aborto provocado porque yo lo he hecho, pero yo sé lo que es perder a un hijo, y el dolor de un hijo te duele el alma. Tienes el corazón hecho trizas. No te deja pensar, no te deja... tiras adelante, te levantas, intentas más o menos él, a mis hijos, y a mi familia, yo ya no tendría nada que perder”.

Como nos han referido las mujeres, el acto encarnizado del aborto está en relación con tres aspectos: el primero tiene que ver con la propia postura quirúrgica que la mujer debe de adoptar en la mesa ginecológica, para poder abordar la entrada de la vagina; en segundo lugar, y derivado del anterior, viene determinado por el propio acto quirúrgico, que supone la penetración del instrumental necesario para la dilatación y succión del embrión; en tercer lugar por la banalización con el que cierto personal sanitario se enfrenta con un aborto, sin tener en cuenta lo que la mujer está sintiendo por dentro, y en cuarto lugar porque como afirmaron “supuso la ruptura interior de una parte de sí misma”.

Con ello, no pretendemos hacer una distinción entre quienes presentan alguna manifestación emocional de duelo y entre quienes no lo tienen, o al menos no lo manifiestan. Tampoco pretendemos estigmatizar, ni señalar, a aquellas que sólo sienten alivio y reacciones positivas, por el mero hecho de que se ajuste más a una ideología de acogerse a un derecho inalienable de la mujer, como es ejercer la legítima voluntad de hacer con su cuerpo lo que les convenga. Por el contrario, creemos que la presencia, o no, de duelo tras un aborto inducido, no está sujeto a una ideología pro-vida o pro-choice, y que únicamente se ha informado sobre los

signos y síntomas que exteriorizan las mujeres que se han sometido a un aborto inducido.

A lo largo de este capítulo se han tratado dos temas de gran importancia. En primer lugar hemos presentado las emociones desde una perspectiva neurológica, donde siguiendo a A. Damasio, nos muestra cómo a partir de la percepción de un estímulo emocionalmente competente, hasta la percepción del estado emocional, se sigue todo un recorrido neuronal con la implicación de estructuras cerebrales, de sus conexiones, y de la liberación en el torrente sanguíneo de ciertas hormonas, que no sólo controlan nuestras constantes vitales, sino que también van a modular los comportamientos, que junto con las expresiones faciales, reflejan la emoción que percibimos.

Desde el campo teórico de la filosofía, Nussbaum nos da las pautas para que contemplemos a las emociones portadoras de unas características que le dan identidad, y sobre todo, que las diferencian de movimientos irracionales o de fuerzas irreflexivas sin conexión con la forma en las que se percibe o se concibe el mundo.

Nos estamos refiriendo a que toda emoción tienen una identidad, es decir es valorada o percibida solo por la persona que lo experimenta, ya está basado en todo un sistema de creencias sobre las situaciones y/o las personas, y donde el estímulo desencadenante se halle recubierto de cierto valor. Por lo tanto ante un estímulo emocionalmente competente, tenemos una u otra emoción dependiendo de la elaboración del juicio o del diagnóstico que se efectúe sobre la naturaleza de una determinada situación. Es lo que Nussbaum hace referencia cuando habla de las formas en cómo los estímulos son llevados a la mente y la forma en la que éstos se interpretan en el interior de cada persona. En este sentido, nuestras informantes al saberse embarazadas realizaron su juicio de su situación y respondieron con

capacidad de raciocinio, es decir según la visión de cómo veían, cada una de ellas, su situación. Nussbaum también nos ha aportado la idea, que la hemos ido viendo a lo largo de los testimonios, que estos juicios están muy relacionados con aspectos de la vulnerabilidad de la persona, porque en ocasiones las situaciones que provocan ciertas emociones escapan al control de los individuos. Y por todo ello, podemos afirmar que las emociones están dotadas de inteligencia, porque son de orden cognitivo, y además son evaluadoras porque encierran un pensamiento acerca de la importancia de éstas. Es lo que Nussbaum denominó la teoría cognitiva evaluadora de las emociones.

La manipulación de las emociones entra en juego en el momento en que se logra tergiversar el carácter de las cosas, la apariencia de los hechos, incidiendo en la educación emocional social y en la respuesta que se establece frente a determinados estímulos y repercutiendo en la forma de evaluar determinadas situaciones. Para ello se establece un proceso reiterativo, en el que Honrubia Hurtado (2011) nos dice que está basado en el conductivismo, en el que por condicionamiento previo se educa a la población a reaccionar de una determinada manera ante un determinado estímulo exterior, y sin que la mujer en este caso, o el hombre, pueda utilizar su capacidad crítica, ni establecer un juicio ante determinados estímulos externos.

En segundo lugar, y al hilo de lo último indicado, se ha trabajado en este capítulo que tipos de manipulaciones giran en torno al aborto. Nos hemos encontrado con distintas realidades dignas de mención. Partiendo de la realidad que todo aborto supone la expulsión del embrión o feto fuera del claustro materno, estos pueden producirse por causas naturales, aborto espontáneo, o por medios instrumentales o químicos, aborto inducidos o provocados. Para los primeros, tanto el estamento

sanitario, como la propia la sociedad, les concede la legitimidad de considerarlo como una situación dramática, una pérdida incluso de carácter traumática, repentina e inesperada, la destrucción de un sueño en el que la mujer, la pareja y la familia lo viven como un evento vital, estresante, e incluso con manifestaciones de duelo (llanto, sentimiento de vacío, culpabilidad, tristeza). Y donde es necesario el apoyo familiar, social, e incluso profesional ya que actúan como elemento amortiguador y terapéutico.

Todo ello es debido al discurso que se establece al considerar al bebe malogrado como objeto del deseo, y derecho a un embarazo buscado y deseado. Este discurso se genera y se mantiene desde instancias del propio Servicio Vasco de Salud, en la que los programas de salud maternal se fomentan ideas acerca del desarrollo fetal, se muestran imágenes de ecografías, se escuchan latidos, se muestran caras de alegría. Es decir, con esas actitudes, se aviva el deseo de la maternidad deseada de manera que se establece el tan necesario vínculo madre hijo y donde el feto en desarrollo pasa a formar parte como sujeto social, aun cuando el nacimiento al mundo esté aún por llegar.

En cambio la situación cambia cuando es la mujer la que se somete al aborto. Ya no se habla de bebe que se va a tener, no se enseñan ecografías, ni se escuchan los latidos cardiacos... Todo lo contrario, ante la reivindicación de la elección de un derecho amparado por la Ley, se cuestiona tanto social, sanitaria, como en el ámbito académico, el derecho que puede tener toda mujer a pensar “si pudiera dar marcha atrás en el tiempo”, sentirse avergonzada, culpable por la decisión que tuvo que tomar, hablar de la violencia física y psicológica que tuvo que soportar, padecer emociones propias de pérdida, y duelo. Reconocer estos hecho es admitir las

conclusiones de los últimos trabajos de investigación realizados en Nueva Zelanda, en los que los investigadores, que no se reconocen ser partidarios de las ideas pro-vida, han manifestado que con sus conclusiones no pretenden dar la razón a ninguna de las dos corrientes actuales, ni tampoco pretenden herir sensibilidades que en estos temas están muy a flor de piel, sino que sus resultados conducen a aceptar la posiciones en la que para algunas mujeres el aborto puede suponer un evento traumático y estresante, por lo que están en riesgo de padecer una serie de trastornos mentales comunes a los problemas de salud que puede generar un aborto.

Dichos datos relacionados con el duelo ante la práctica del aborto que concuerdan con algunas de las referencias emitidas por alguna de mis informantes, pero que no se desarrollan en este trabajo, dado que sólo nos hemos centrado en la manipulación de conceptos.

CONCLUSIONES

Es inherente en la sociedad actual que, desde la Ley de despenalización de 1985, hasta la actualidad, con la Ley de educación sexual y reproductiva del 2010, el aborto ha sido considerado, por ciertos sectores de la sociedad, como un logro en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, por lo que la mujer que accede a dicha práctica, lo realiza ajustándose a derecho y en aras de su libertad.

Tras haber realizado un análisis global a través de la información recopilada de mis informantes, existen una serie de cuestiones que, a modo de conclusiones son las siguientes:

-Primera conclusión. Las mujeres que han formado parte del entramado de esta investigación, no han optado someterse al aborto basándose en una ideología fundamentada en el derecho a elegir el aborto siguiendo el eslogan “porque mi cuerpo es mío”, sino que lo que ha primado y ha cobrado peso, han sido diferentes situaciones vinculadas a haberse quedado embarazada, y sus consecuencias. Ello nos lleva a considerar que no podemos hacer una lectura plana de la sociedad, sino que debemos reconocer que los distintos actores sociales actúan basándose en la solución de un problema a la vez que asumen la trascendencia del acto quirúrgico una vez realizado, ya que previamente desconocían a lo que se iban a someter.

-Segunda conclusión. Se han detectado varias causas por las que la mujer calla su aborto. Para la mujer el aborto es un hecho íntimo, y cuya decisión es unidireccional y personal. A pesar de ello la mujer esconde este hecho a los demás por el que dirán, por temor a la crítica o a sentirse desplazada, u otro tipo de comentarios, muchos de los cuales hacen que la mujer esté expuesta a personas que no les gusta lo que oyen.

-Tercera conclusión. Otra de las causas por las que la mujer calla su aborto, es por el hecho de haber olvidado el suceso vital. Sin embargo la mujer no olvida tal episodio, y esto nos lleva pensar que este acontecimiento puede estar adormecido, pero como hemos visto, todas ellas lo han narrado a la perfección e incluso han agradecido el poderlo contar. Podemos decir que aunque la memoria se empeñe en olvidar los recuerdos éstos pueden quedar reprimidos impidiendo la divulgación que una emoción puede generar.

-Cuarta conclusión. La culpa y la vergüenza son otras de las causas por las que el aborto se puede convertir en un secreto. De las mujeres entrevistadas, la mayoría no se sienten culpables por haber abortado, sino que lo que les produce la culpabilidad y vergüenza son aquellas situaciones previas que le han derivado a quedarse embarazada, y donde dicha emoción está más en consonancia con no poder alcanzar un estado ideal, o por temor de la opinión que los demás puedan tener de ellas mismas, que del acto en sí. Las causas por las que una mujer opta al aborto son tan amplias como diversos han sido los motivos por los que la mujer se ha sentido vulnerable ante su aborto.

-Quinta conclusión. La actitud de la mujer de llevar a cabo ese “falso *self*” consistente en ocultar aspectos de la persona, nos sugiere que es por medio de los

silencios y del ocultamiento, como protege la mujer su privacidad e intimidad. Esta actitud conlleva una invisibilización del hecho del aborto. Y todo ello con un consumo de una gran cantidad de su energía vital en ocultar la verdad a los ojos de los demás, por miedo a que se le descubra, o a mostrar la realidad de un episodio de su vida por temor a volver a revivir dichas emociones.

-Sexta conclusión. De las veinte mujeres entrevistadas, se ha detectado una relación del aborto junto con un componente religioso, mayoritariamente en las mujeres extranjeras, en las que la culpa y la diferenciación del concepto del bien y del mal ha estado muy presente.

Séptima conclusión. Las mujeres han considerado que el antídoto de la culpa es el perdón, por eso han tenido una búsqueda curativa basada en la aceptación de las debilidades, y todo ello relacionada con la reparación y el perdón. En otros casos se ha manifestado una culpa destructiva ya que no se sienten merecedoras del perdón, debido al consentimiento de los hechos.

Octava conclusión. Hace referencia a la sociedad que trivializa e ignora aquello que trasciende más allá del puro acto quirúrgico, lo que supone una insensibilización y desconocimiento de la problemática que el aborto puede provocar en la mujer. Los enfrentamientos de índole político-ideológico que se establece entre los progresistas, a favor de una actitud claramente abierta al aborto, frente a los conservadores que se inclina más hacia posiciones científicas acerca del principio de la vida intrauterina, junto con el binomio defensa de la vida-religión, provocan que la mujer se encuentra, ante quienes prefieren callar o ante quienes los defienden,

desatendida y sin que se llegue a conocer y entender absolutamente nada de lo traumático que puede ser la experiencia.

Novena conclusión. Socialmente el aborto se ha elevado a la categoría de *tabú del silencio* y como tal muchos prefieren hacer como si no existiera y mantenerlo invisible a los ojos de los demás. Esto supone abandonar a la mujer, aislarla de otros grupos de mujeres que manifiesten dificultades semejantes, impedirles que exterioricen sus sentimientos, y en definitiva estigmatizarla. La sociedad lo silencia porque en ella se asientan las relaciones de poder y mecanismos ocultos del biopoder, y cuyos objetivos, políticas y campañas ideológicas van dirigidos al cuerpo, a la vida, y a la sexualidad.

Décima conclusión. La mujer que adopta libremente la decisión de abortar, debe de tener una información completa y veraz de lo que significa abortar y sus consecuencias, a la vez de que se le deben de ofertar otras alternativas, no sólo antes del aborto, sino también después, en el caso de que haya abortado. Omitir cualquier aspecto de los elementos que se deben informar acerca del aborto, aunque la mujer firme el consentimiento, podemos afirmar que este consentimiento no es totalmente pleno porque se ha suprimido parte de una información esencial y necesaria. Se puede hablar en estos casos de información sesgada, a partir de la cual, si no se han tenido en cuenta las distintas alternativas de acción, no existirá una libre elección.

-Décimo primera conclusión. Se ha comprobado la influencia que ejerce el estamento sanitario, ginecólogos, enfermeras, matronas, sobre la mujer. Sin ánimo

de hacer una generalización de los profesionales de la salud, sin embargo en el marco de mi investigación, nos hemos encontrado con ciertos profesionales que asumen el protagonismo en la toma de decisiones relativo al aborto. Esto no sólo se le supone un engaño, sino que somete a la mujer a un acto violento, traumático, e incluso en contra de sus convicciones. Por ello infundir a la mujer seguridad en el aborto, no hace más que reducir una ansiedad o una culpa a corto plazo, que se puede ver truncado cuando la propia mujer manifiesta cómo desde el estamento médico ha palpado por comentarios, o por actos directos sobre ella misma, una trivialización en el aborto o la consideración de un hecho baladí, sintiéndose por ello engañada. Por eso tras haberse producido el aborto, hay mujeres que afirman tener una falta de autoestima al haberse vulnerado su instinto maternal junto con una violación de sus principios.

-Décimo segunda conclusión. Hace referencia a las estrategias que se utiliza en la manipulación de las ideas, y de las emociones, como ejercicio sinuoso y abusivo del poder. Mediante el control de las imágenes de restos abortados se invisibiliza la violencia física que supone el aborto, y se no se pone de manifiesto una realidad innombrable, silenciada y oculta, porque no es deseable conocer una determinada realidad. Lo que no se ve, se transforma en tolerable, y aceptable.

-Decimo tercera conclusión. Mediante la utilización de los instrumentos de la manipulación del lenguaje, y concretamente el uso de eslóganes que se trasforman en palabras y frases talismanes, a partir de los cuales se produce una concepción de premisas, transmisión y propagación de conceptos cuyos significados se ven tergiversados, y que son más propio de un ideario ideológico-político, que de una

realidad. Ninguna de las mujeres los ha utilizado a lo largo de las entrevistas. Por el contrario, lejos de eufemismos, han prevalecido las expresiones en consonancia con los actos.

-Décimo cuarta conclusión. Los mensajes que se transmiten son capaces de conmocionar emocionalmente a quienes lo reciben, por eso periódicamente se transmite la idea, que puede generar miedo e inquietud, de que todo cambio en negar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer nos llevaría nuevamente a un aborto clandestino e ilegal. Sin embargo constatamos, que en la actualidad, se está dispensando por parte de páginas web y de ciertas farmacias abortivos químicos, y que lejos de denunciarlo desde la política, organizaciones afines a los derechos de la mujer, se está nuevamente guardando un silencio cómplice y un mirar hacia el lado contrario como si se desconocieran los hechos. A pesar que la legislación actual en materia de aborto protege a la mujer, es evidente que la vida de las mujeres está en manos de distintos intereses económicos y de poder, que cambia según convenga, y no parece que la mujer sea a la larga la beneficiada.

-Décimo quinta conclusión. Existen discursos contrapuestos, tanto sociales, políticos, como sanitarios, hacia la mujer que ha tenido un aborto. Y en este sentido, hace referencia como ante un aborto espontáneo existe una construcción social del duelo, en el que el acontecimiento vital adquiere visos de ser estresante por lo que se requiere la elaboración de este proceso como consecuencia de dicha pérdida. En cambio frente a un aborto voluntario, en contraposición con el anterior, dicho duelo y pérdida no se permite que exista, porque el concepto del bebé no tiene un lugar ni como derecho ni como objeto de deseo, produciéndose un gran silencio social ya

que dicho aborto se he llevado a cabo por una elección y decisión, voluntaria o no, de la mujer.

-Decimo sexta conclusión. No se ha actuado basándonos en supuestos ideológicos de uno u otro bando. Se ha intentado mantener un respeto hacia la mujer que en todo momento ha manifestado una clara, rotunda y racional decisión de abortar, cómo hacia aquellas que posterior a su aborto han exteriorizado unas emociones que en la actualidad no son consideradas ni estudiadas.

-Decimo séptima conclusión No se ha hecho una distinción entre quienes presentan alguna manifestación emocional de duelo y entre quienes no lo tienen, o al menos no lo manifiestan. Tampoco se ha estigmatizado, ni señalado, a aquellas que sólo sienten alivio y reacciones positivas, por el mero hecho de que se ajuste más a una ideología de acogerse a un derecho inalienable de la mujer, como es ejercer la legítima voluntad de hacer con su cuerpo lo que les convenga. Por el contrario, creemos que la presencia, o no, de duelo tras un aborto inducido, no está sujeto a una ideología pro-vida o pro-choice, y que únicamente se ha informado sobre los signos y síntomas que exteriorizan las mujeres que se han sometido a un aborto inducido.

BIBLIOGRAFIA

- ABELLO I GUELL, T. (1985). El control de la natalitat com a mitjà revolucionari a principis de segle: Un capítol de la medicina submergida. *Revista Catalana d'història de la -Medicina y de la Ciència*, IV. (pp 7-9)
- ADLER, N.; DAVID, H.; MAYOR, B.; ROTH, S.; RUSSO, N.; WATT, G. (1992). Psychological factors in abortion. *Am Psychol*, 47. pp 197-204
- AGENCIA EFE. (2009). La plataforma de mujeres contra el aborto consigue 30.000 firmas. *El Mundo*. Recuperado el 20 de mayo del 2013 de www.elmundo.es/elmundo/2009/07/01/espana/1246472628.html
- AIDO, B. (2009). Un feto un ser vivo, pero no podemos hablar de un ser humano. *Publico* Recuperado el 19 de mayo de 2013 de www.publico.es/.../aido-un-feto-es-un-ser-vivo-pero-no-podemos-hablar-de-ser-humano
- ALVAREZ PELAEZ, R. (1995). Eugenesia y darwinismo social en el pensamiento anarquista. *El anarquismo español. Sus tradiciones culturales* (pp. 29-40). Madrid: Vervuert Iberoamericana
- ANDRES GRANEL, H. (Abril 2008). Anarquismo y sexualidad. *Estudios Libertarios*, 5. pp 65-84
- ANONIMO. (2008) *La Razón*, pp. 34
- APARISI MIRALLES, A. (2011). Persona y género. Thompson Reuters, *Persona y género: Ideología y realidad* (pp. 19-36). Navarra: Aranzadi SA.

- ARMAND, E. (1925), Tesis individualista de la procreación voluntaria. *Generación Consciente*, 21. pp 2-5
- ARRESTI, N. (2001). *Médico, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*. Universidad del País Vasco
- AUGE, M. (1998). *Las formas del olvido*. Barcelona: Gedisa
- AZA, V. (1928). *Feminismo y sexo*. Madrid: Javier Morata
- AZNAR, J. Estatuto biológico del embrión humano. Recuperado 25 de abril, 2005, de www.observatoriobioetica.org/.../estatuto-biologico-del-embrión-humano
- AZNAR, J.; PASTOR, L. (2008). Estatuto biológico del embrión humano. *La vida humana naciente. (200 preguntas, 200 respuestas)* (pp. 22-29). Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos
- BARAMBIO BERMUDEZ, S. Congreso FIAPAC (Roma) porque en España se practican abortos hasta la semana 22. Recuperado el 10, Noviembre 2006, de <http://www.acaive.com/pdf/FIAPAC%202006%203%20Roma%20Santiago%20Barambio.pdf>
- BARAMBIO, S. (2009). ¿Porqué otra ley? la despenalización evita miles de muertes de mujeres. *El Periódico* Recuperado el 30 de marzo de 2013 de www.elperiodico.com/es/noticias/...por-que-otra-ley/print-228560.shtml
- BARRACHINA, M. (2004). Maternidad, feminidad, sexualidad. Algunos aspectos de las primeras jornadas eugénicas españolas. *Hispania*, LXIV/3 (218). pp 1003-1026
- BARRON, A.; CHACON, F. (1992). Apoyo social percibido: Su factor protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Psicología Social*, 7(1). pp 53-59
- BELMONTE, J. (2012). Monumento al niño no nacido y al amor a su madre. *Revista Utopía*. Recuperado el 3 de diciembre 2013 de revista-utopia.blogspot.com/.../la-mano-de-la-vida-jose-manuel-belmonte.html

- BENEDICTO XVI. (12 de septiembre 2008). *Discurso del santo padre Benedicto XVI a su llegada a París*. Paris
- BERNABEU MESTRE, J.; TRESCASTRO LOPEZ, E.; GALIANA SANCHEZ, M. A. (2011). La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la segunda república (1933-1935). *Salud Colectiva*, 7 (supl1), pp. 49-60
- BERTAUX, D. (2011). El enfoque biográfico: Su validez metodológica, sus potencialidades. *Acta Sociológica*, 56. pp 61-93
- BERTAUX, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra, S.L
- BERTAUX, D. (1999). El enfoque biográfico: Su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29, pp 1-22
- BEUTEL, M., DECKARDT, R., RAD, M., & WEINER, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents and course. *Psychomon Med*, 57(6). pp 517-526
- BHIKKHU SUJATO. (2008). (30 de abril 2013). Cuando la vida comienza. Recuperado el 13 de febrero 2014 de www.bosquetheravada.org/index.php?option=com
- BORDIEUX, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales* (2ª ed.). Bilbao: Desclèè de Brouwer, S.A
- BORDIEUX, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Humanidades
- BOSCH FIOL, E. (2011). Mujeres en escenarios complejos: El caso de Hildegart Rodríguez. *Revista Venezolana De Estudios De La Mujer*, 16(37), pp. 207-220
- BOWLES, S.; JAMES, L.; SOLURSH, D.; YANCEY, M. (2000). Acute and posttraumatic stress disorder after spontaneous Abortion. *American Family Physician*, 61 (6). pp 1689-1696

- BROSSA, A. (1930). Mortalitat fetal i infantil a Catalunya. Treballs estadístics. *Congrés De Metges de llengua Catalana, Butlletí de La Societata Catalan de Pediatria* (pp 1-70). Barcelona
- BULFFFI, L. (1909). *¡Huelga de vientres! medios prácticos para evitar las familias numerosas* (6ª ed.). Barcelona: Salud y Fuerza
- BURKE, T.; REARDON, D. (2009). *Mujeres silenciadas. Como se explica el sufrimiento de la mujer que aborta*. Madrid: Sekotia
- BUTLER, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Barcelona: Paydos
- CABRERA CASIMIRO, E. (2006). Efecto terapéutico de la escritura emocional o expresiva. *Diario Informativo de Psicológica*, 89, pp. 9-12
- CANCHO, R. (agosto). Una de cada tres chicas vascas que practica sexo no protegido, reconoce haber bebido. *Diario Vasco* Recuperado el día 20 de agosto de 2013 de www.diariovasco.com/v/.../cada-tres-chicas-vascas-20130826.
- CASADO, M., CORCOY, M., ROS, R. & ROYES, A. Documento sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Recuperado el 12 Abril de 2008, de <http://hdl.handle.net/2072/9113>
- Catecismo de la iglesia católica* (1992). Getafe: Editores del Catecismo de la Iglesia Católica
- CASTELLSAGUER, J. (1924). *Maternidad. Tratado de maternología, medicina eugenésica, higiene moral*. Barcelona: Mataró
- CAZENEUVE, J. (1971). *Sociologie du rite*. Paris: PUE
- CHOLIZ, M.; GOMEZ, C. (2002). Emociones sociales II. *Psicología de la motivación y emoción*. Madrid: McGrawHill

- COLEMAN, P.; REARDON, D.; LEE, M. (2006). Women's preferences for information and complications seriousness ratings to elective medical procedures. *Journal of Medical Ethics*, 32. pp 435-438
- COMIN, J. (1944). Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar. *El problema de las inclusas en España*. Al servicio de España y del Niño Español
- El Corán* (1984) (2ª ed). Madrid: Editora Nacional
- CORTES, S., A. ¿Derecho a decidir sobre tu propio cuerpo? Recuperado el 25 de julio, 2013, de <http://www.agenciasic.com/2013/07/26/palabras-de-fe-derecho-a-decidir-sobre-el-propio-cuerpo>
- CUETO, R. (2005). Breve historia de la representación de la muerte en el cine. En Ocho y medio. Festival Internacional de Cine de Gijón., *Tabú. La sombra de lo prohibido, innombrable y contaminante* (pp. 25-30). Gijón: Universidad de Oviedo
- Hazte Oír, CUNNINGHAM, G. (2013). *Cambio de mentalidad a favor de la vida*. [Video/DVD] Madrid
- DAMASIO, A. (1999). *El error de descartes* (3ª ed.). Santiago de Chile: Andrés Bello
- DAMASIO, A. (2001). *La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate
- DAMASIO, A. (2010). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos* (7a ed.) Barcelona: Crítica
- Ley de reforma eugenésica del aborto, de de 9 de enero de 1937, nº 9 de Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 9, pp 114-115.
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (5 de marzo de 1937) *Normes per a la regulació de la interrupció artificial de L'emarás*, (nº 64). Barcelona

DIAZ SANCHEZ V.; HUETE ME.; MARIN MORALES MD.; CAMPO CECILIA E. (2007). Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. *Parainfo digital* 1

DOMINGO MORATALLA, A. (2008). Consideraciones filosóficas sobre el aborto. el valor de la vida. En *Actas Del I Congreso Internacional Multidisciplinar Mujer y Realidad Del Aborto* (p.33-41).Cáceres: Manuel Lázaro Pulido

DOMINGO RAKOSNIK, A. (2012). El doctor Morín se sienta en el banquillo por practicar más de 100 abortos ilegales. *La Razón*. Recuperado el día 14 de septiembre de 2012 de www.larazon.es/.../6111-morin-se-sienta-en-el-banquillo-por-practicar-mas-de-100-abortos-ilegales

DONAHUE, P. (1985). La enfermera en transición. el periodo oscuro y el amanecer de los tiempos modernos. En C.V. Doyma Company, *Historia de la enfermería* (pp. 202). St. Louis Missouri: Doyma

DOS ANJOS GESTEIRA, M., FREIRE DINIZ, N., & MENICUCCI DE OLIVEIRA, E. (2008). Asistencia a mulher em processo de abortamento provocado: Discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paulista De Enfermagem*, 21(3), 449-453

EDITORIAL. (2009). ¿Por qué otra ley?. La despenalización evita miles de muertes de mujeres. *El Periódico*. Recuperado el 30 de marzo de 2010 de www.elperiodico.com/es/noticias/...por-que-otra-ley/print-228560.shtml

EDITORIAL. (2008, 27 de julio). Aborto desfasado. *El País Digital*. Recuperado el 27 de julio de 2013 de www.batiburrillo.redliberal.com/012342.html

EDITORIAL. (2008). De la reflexión sobre el aborto a la huida hacia adelante. *El Mundo*. Recuperado el 10 de septiembre de 2013 de www.diariovasco.com/.../reflexion-sobre-aborto-huida-20080906.html

EDITORIAL. (2009). Movilización contra el aborto. *ABC Digital*. Recuperado el 10 de **septiembre de 2013 de www.lavozdigital.es/.../nuevas-movilizaciones-contra-reforma-20140209.html**

- ELOSEGUI ITXASO, M. (2011). Tres modelos filosóficos sobre la relación entre sexo y género. En Aranzadi SA, *Persona y Género* (pp. 53-75). Navarra: Thompson Reuters
- ENGELHARD, I., VAN DE HOUT, M., & ARNTZ, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry, 23*. p 62-67
- ESCAMILLA, J. M. (2007). Discurso de Nicolás Sarkozy, en el palacio de Letrán. Recuperado de <http://www.opino.org/seccion/Sociedad/pub/690/v/15>
- ESPARZA, J. (2008). ¿Y qué es la laicidad positiva?. *El Norte De Castilla*. Recuperado el 1 de octubre de 2008 de www.elnortedecastilla.es/.../laicidad-positiva-coherente-20081004.html
- FAIRCLOUGH, N. (1992). A social theory of discourse. *Discourse and social change* (pp. 62). Cambridge: Polity Press in asociation with Blackwell publishingt
- FARGE, A. (1991). La historia de las mujeres. Cultura y poder de las mujeres: Ensayo de historiografía. *Historia Social, 9* pp 79-101
- FERGUSON, D. M., BODEN, J. M., & HORWOOD, L. J. (2006). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39* (1). pp 6-12
- FERGUSON, D., HORWOOD, J., & BODEN, J. (2013). Abortion and mental health disorders: Evidence from a 30 year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatric, 203* (5). pp444-451
- FERGUSON, D., HORWOOD, L., & RIDDER, E. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*. pp 16-24
- FIRESTONE, S. (1976). *La dialéctica del sexo: En defensa de la revolución feminista*. Barcelona: Kairos
- FORO FEMENINO. (18 de septiembre 2010). Aborto en casa. Cytotec. Recuperado el 15 de noviembre, 2013, de

- http://foro.enfemenino.com/forum/perteenfant/___f21238_perteenfant-Tuve-un-aborto-con-cytotec-me-dan-su-opinion-de-si-esta-incompleto.htm
- FOUCAULT, M. (1991). *Historia de la sexualidad I. la voluntad de saber* (25ª ed.). México: Siglo veintiuno de España, S.A
- FRASER, R. (1989). La formación de un entrevistador. *Historia y Fuente Oral*, 3. pp 129-150
- FREDA, M., DEVINE, K., & SEMELSBERGER, C. (2003). The lived experience of miscarriage after infertility. *American Journal of Maternal*, 28(1). pp 16-23
- Francisco Zugasti Agüi (Producer), & FUNDACION ESPERANZA Y VIDA (Director). (2009, 30 de marzo). *Aborto en España. Así se aborta en España*. [Video/DVD] You tube
- GAFFIELD, M., CULWELL, K., & RHODA LEE, C. (2011). The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. *Contraception* 83. pp 16-29
- GALVEZ TORO, A.; AMEZCUA, M.; SALIDO MORENO, M. (2002). La construcción social de los sentimientos. La muerte del sujeto que nace (pp 29-34). *Index Digital*, 39, Recuperado el 19 de noviembre 2013
- GARCIA MARTINEZ, A. (2005). El tabú: Una mirada antropológica. En Ocho y medio. Festival Internacional de Cine de Gijón. *Tabú. La sombra de lo prohibido innombrable y contaminante* (pp. 143-180). Gijón: Universidad de Oviedo
- GARCIA-ORELLAN, R. (2002). Memoria-olvido: Creación dentro de los límites culturales. *Revista THAUMA*, 1. pp. 13-20
- GARCIA-ORELLAN, R. (2009). Etnografía: Producción y análisis de las historias de vida. Recuperado de www.etnografia.asmoz.org
- GARCIA-ORELLAN, R. (2011). *Mujer pasaitarra en el pasado siglo XX. Recreación de vivencias e imaginario* (1ª ed.). San Sebastián: Mono-gráficos Michelena

- GARCIA-ORELLAN, R. (2011). La campaña y el acercamiento a un personaje tabú en el terreno de campo. *En recuerdo de Joxemartin Apalategi Beguiristain Oriozmenez* (pp. 73-85). Donostia: Eusko Ikaskuntza
- GARCIA-ORELLAN, R. (2012). De la oralidad a la intención biográfica. *Entreverse. Teoría y metodología práctica de las fuentes orales* (pp. 61-89). Bilbao: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco
- GARCIA- ORELLAN, R; ORTEGA LARREA, S. (2011). El aborto: Poder y manipulación de conceptos en el cuerpo de la mujer. *Ideología de género. Perspectivas filosóficas-antropológicas, social y jurídica* (pp. 173-185). San José de Costa Rica: Promesa. Universidad de Navarra
- GEERTZ, C. (1992). *La interpretación de las culturas* (5ª ed.). Barcelona: Gedisa, S.A
- GEORGE, R.; TOLLEFSEN, C. (2012). *Embrión. Una defensa de la vida humana*. Madrid: Rialp
- GOLD, K. (2007). Navigating care after a baby dies: A systematic review of parents' experiences with health providers. *J. Perinatol*, 27. pp 230-237
- GOMEZ LAVIN, C. (2007). Consecuencias psíquicas del aborto en la mujer. Recuperado 15 de enero, 2014, de www.mujeryaborto.com/archivospdf/postaborto.pdf
- GOMEZ LAVIN, C.; ZAPATA GARCIA, R. (2005). Categorización diagnóstica del síndrome post-aborto. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 33(4). pp 267-272
- GONZALEZ CANALEJO, C. (2007). Cuidado y bienestar: El trabajo sanitario femenino en respuesta a la cuestión social (1857-1936). *Dynamis*, 27. pp 211-235
- GONZALEZ VILA, T. (2004). Laico y laicista, laicidad y laicismo: No sólo cuestión de palabras. Recuperado de <http://www.solidaridad.net/noticia/2269/laico-y-laicista-laicidad-y-laicismo-no-solo-cuestión-de-palabras>

- JIMENEZ VARGAS, J.; LOPEZ GARCIA, G. (1975). *¿A qué se llama aborto?* Madrid: Magisterio Español
- JONES, W. (1996). *El arte de manipular*. México: Selector actualidad
- JUAN PABLO II. (1995). Capítulo I: Actuales amenazas a la vida Humana. *Evangelium Vitae*. Roma
- JUAN PABLO II. (1995). Capítulo IV: A mí me lo hicisteis. Por una nueva cultura de la Vida Humana. *Evangelium Vitae*. Roma
- JUAN PABRLO II. Carta al presidente de la conferencia episcopal de Francia. Recuperado 11 de febrero, 2005, de http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/2005/index_sp.htm
- JUBANY ARNAU, N. (2002). El aborto. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana. *Departamento De Humanidades Biomédicas. Centro De Documentación De Bioética*. pp 1-19
- KAPLAN, T. (1990). Conciencia femenina y acción colectiva: El caso de Barcelona, 1910-1918. En AMELANG, NASH *Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. (pp. 267-295). Valencia: Alfons el Magnànim. Institució Valenciana D`Estudis I Investigació
- LA VANGUARDIA. (2008). Benedicto XVI reitera en la laica Francia las raíces cristianas de Europa. Recuperado el 12 de septiembre de 2013 de www.lavanguardia.com/.../benedicto-xvi-reitera-en-la-laica-francia-las-raices-cristianas-de-europa.html
- LACERDA DE MOURA, M. (1931). ¿Tiene sexo la inteligencia? *Estudios. Generación Consciente*. pp. 19-21.
- LACERDA DE MOURA, M. (1932). Los libertarios y el feminismo. *Estudios. Generación Consciente*. pp. 15-17

LACERDA DE MOURA, M. (1932). El trabajo femenino y la aspiración de la mujer. *Estudios. Generación Consciente*. pp. 15-16

Ley orgánica 9/1985, de 5 de julio de Despenalización del Aborto en Determinados Supuestos, Boletín Oficial del Estado nº 166, 12 julio de 1985, páginas 22041-22041

Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Boletín Oficial del Estado nº 55 Jueves 4 de marzo de 2010, páginas 21001-21014

LEVI-STRAUSS, C. (1981). *Las estructuras elementales de parentesco*. Barcelona: Paidós Ibérica.

LLONA, M. (2012). Historia oral: La exploración de las identidades a través de la historia de vida. *Entreverse. Teoría y metodología práctica de las fuentes orales* (pp. 15-59) Universidad del País Vasco

LOPEZ MORATALLA, N. (2004). La realidad del embrión humano en los quince primeros días de vida. *Persona Bioéticas*, 8 (20). pp 6-23

LOPEZ QUINTAS, A. Vencer sin convencer. Recuperado 28 de noviembre, 2004, de <http://www.zenit.org/es/articulos/vencer-sin-convencer-la-estrategia-de-la-manipulacion-al-descubierto-i>

LOPEZ, SCHLICHTING, C. (2005). Todos podemos abortar. In *Voz de papel, Yo aborté. Testimonios reales de mujeres que han sufrido un aborto provocado en España* (pp. 115-118). Madrid: Palabra

LOPEZ-SIDRO LOPEZ, A. (2008). Laicidad y laicismo en Joseph Ratzinger/Benedicto XVI. *Giennium*, 11. pp 609-653

LUGO, E. (2011). Relación médico-paciente. Encuentro y sus modelos. Recuperado el 10 de diciembre, 2013, de URL:<http://enciclopediadebioetica.com/index.php/autores/77-voces/95-relacion-medico-paciente-encuentro-y-sus-modelos>

Bibliografía

- MALINOWSKI, B. (1922). *Los argonautas del pacífico occidental: Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la nueva guinea Melanesica*. (5ª ed.). Barcelona: Península
- MARAÑÓN, G. (1929). *El problema social de la infección*. Madrid: Centro Iberoamericano de publicaciones S.A
- MARAÑÓN, G. (1929). *Amor, convivencia y eugenesia*. Madrid: Historia Nueva
- MARAÑÓN, G. (1927). *Tres ensayos sobre la vida sexual: Sexo, trabajo y deporte, maternidad y feminismo, educación sexual y diferenciación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva
- MARQUEZ, P. (2012). Las campañas de educación sexual en España están obsoletas. Recuperado 23 de agosto de <http://www.cascaraamarga.es/salud/40-salud/2697-campana-educacion-sexual.html>
- MARTI IBAÑEZ, F. (1937). Sanidad, asistencia social y eugenesia en la revolución social española. *Estudios* 160. pp. 12
- MARTIN NAVARRO, T. "El proyecto Raquel en Palencia". Recuperado Diciembre/12, 2008, de http://www.cofdpalencia.es/files/EL_PROYECTO_RAQUEL_EN_PALENCIA.pdf.
- MARTINEZ BUJAN, C. (2007, 26 de febrero). Abortar en Portugal. *El País Digital*. Recuperado el 26 de febrero de 2013 elpais.com/diario/2007/02/26/galicia/1172488692_850215.html
- MASJUAN, E. (2002). Procreación consciente y discurso ambientalista: Anarquismo y neomaltusianismo en España e Italia (1900-1936). *Ayer*, 46. pp 63-92
- MASJUAN, E. (2000). *La ecología humana en el anarquismo ibérico* (1ª ed.). Barcelona: ICaria, S.A

- MAYOR, B.; COZARRELLI, C.; COOPER, L.; ZUBEK, J.; RICHARDS, C.; WILHITE, M.; GRAMZOW, R. (2000). Psychological responses of women after first- trimester abortion. *Arch-Gen Psychiatry*, 57(8). pp 777-784
- MAYOR, B.; GRAMZOW, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emocional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychologie*, 77. pp 735-745
- MAYOR, B.; MUELLER, P.; HILDEBRANDT, K. (1985). Attributions, expectations and coping with abortion. *J.Personality and Social Psychologie*, 48(3). pp 585-599
- MAYOZ ECHANIZ, I. (2012). *El fenómeno de jubilación de las mujeres de Guipúzcoa*. Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Recuperada de <http://eprints.ucm.es/22018/>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005, 2006, 2007,2008, 2009, 2010, 2011. Recuperado de <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos>
- MOLINA BLAZQUEZ, C.; SIEIRA MUCIENTES, S. (2000). *El delito del aborto: Dimensión constitucional y penal*. Barcelona: Bosch, Casa Editorial S.A
- MONEIR MAHMOUD ALY EL MESSERY. (2008). El aborto en el islam. *I Congreso Internacional Multidisciplinar. Mujer y Realidad Del Aborto: Un Enfoque Multidisciplinar* (69-73). Cáceres: Manuel Lázaro Pulido
- MONTSENY, F. (1927, 15 de abril). La mujer, problema del hombre I. *La Revista Blanca. Sociología, Ciencia y Arte*, pp. 679-682
- MONTSENY, F. (1927, 1 de julio). Intermedio polémico: Armand y la "victoria". *La Revista Blanca. Sociología, Ciencia y Arte*, pp. 79-82
- MONTSENY, F.; HUERTAS, R. LA EDUCACION. Víctima del franquismo. "salud y república. la política sanitaria en la II república. Recuperado 8 de enero, 2013, de

Bibliografía

http://www.caum.es/CARPETAS/cuadernos/cuadernospdf/libro16/Salud_y_%20republica.pdf

MUNILLA, J. (2008, 4 de octubre). Laicidad positiva y... ¡coherente! *El Norte De Castilla*. Recuperado el 3 de marzo de 2013 de www.elnortedecastilla.es/.../laicidad-positiva-coherente-20081004.html

MUÑOZ CONDE, F. (2007). *Derecho penal. Parte especial* (16ª ed.). Valencia: Tirant Lo Blanch

NARI, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos

NASH, M. (2004). *Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos*. Madrid: Alianza

NASH, M. (Otoño 1988). Género, cambio social y la problemática del aborto. *Historia Social*, 2, (pp19-35). Recuperado el 15 de febrero 2013, de <http://www.jstor.org/stable/40337010>

NASH, M. (2003). Mujeres en España y en Hispanoamérica contemporánea. Santillana SA, *Historia de las mujeres en occidente. El siglo XXI*. pp. 679. Madrid: Santillana

NASH, M. (2000). *Rojas: Las mujeres republicanas en la guerra civil española*. Madrid: Taurus

NASH, M. (1995). La reforma sexual en el anarquismo español. *El anarquismo español. Sus tradiciones culturales*. (pp. 8281-296). Madrid: Vervuert Iberoamericana

NASH, M. (1993). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939. Santillana SA, *Historia de las mujeres en occidente. El siglo XXI* (pp. 687). Madrid: Santillana

- NASH, M. (1986). Ordenamiento jurídico y realidad social del aborto en España. Una aproximación histórica. *Ordenamiento Jurídico y Realidad Social De Las Mujeres. Siglos XVI a XX* (pp223-238). Madrid: Universidad Autónoma
- NASH, M. (1985). Aproximación al movimiento eugénico español: El primer curso eugénico español y la aportación del Dr. Sebastián Recasens. IV Congrès d'Historia de la Medicina Catalana Poblet. pp 195-202
- NATHANSON, B. (1997). *La mano de Dios* (6ª ed.). Madrid: Palabra
- NO MAS SILENCIO. (2013). Terapia pos aborto. Recuperado 8 Junio de <http://www.nomassilencio.com/RESTO/terapia.htm>
- NORDAL BROEN, A.; TORBJÖRN, M.; SEJERSTED, B.; EKBERG, O. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-years follow-up study. *Acta Obstetricia-Gynecologica Scandinavica*, 85(3). pp 317-23
- NUSSBAUM, M. (2008). *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*. Barcelona: Paidós Iberica, S.A
- NUSSBAUM, M. (2006). *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*. Buenos Aires: Katz
- O'LEARY, D. (2007). *La agenda de género. Redefiniendo la igualdad*. San José de Costa Rica: Promesa
- ORTEGA LARREA, I. (2003). La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia: ¿ilusión o realidad? *Annales Theologici*, 17. pp 77-124
- PASTILLAS ABORTIVAS. ¿Cómo usar cytotec misoprostol? Recuperado el 15 de abril de 2014 de www.pastillasabortivas.net
- PERDIGUERO GIL, E. (2009). La salud a través de los medios: Propaganda sanitaria institucional en la España de los años veinte y treinta del siglo XX. *Mètode: Anuario*, 2009. pp 142-151

- PI, V. (2011). Los abortos clandestinos sobreviven a la ley del aborto. *Público*. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de www.publico.es/.../los-abortos-clandestinos-sobreviven-a-la-ley-del-aborto
- PLANNED PARENTHOOD. (2006). Lo que todos deben saber Roe v. Wade. Recuperado el 15 de abril de www.ppnyc.org
- POLAINO, A. (2008). Razones para afirmar el valor de la vida. *Actas del I congreso internacional multidisciplinar mujer y realidad del aborto* (pp. 53-68). Cáceres: Manuel Lázaro Pulido
- PUENTE, E. (2009). *Rompiendo el silencio*. Madrid: Libros libres
- RAMOS, R. (1981). Informe-resumen de los resultados de una investigación sociológica sobre el aborto mediante discusiones de grupos. *Reis*, 21. pp 243-254
- RATZINGER, J. (2005). *El cristiano en la crisis de Europa*. Madrid: Cristiandad
- Real Academia Española. (2006). *Diccionario esencial de la lengua española* Espasa.
- Real Academia Española de la Lengua. Recuperado 30 diciembre, 2013, de http://www.rae.es/sites/default/files/styles/home_slide_large/public/imagenes/articulos/El_buen_uso_del
- RELIER, J. (1993). *Ama a tu hijo antes de que nazca* (3ª ed.). Paris: Martinez Roca
- REQUEJO IBAÑEZ, J. (2001). La ideología de género en el derecho español. *Persona y género* (pp. 205-242). Navarra: Aranzadi, S.A
- ROCKWELL, E. (1987). *Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)*. México: DIE
- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, C. (2001). La muerte representada e integrada en el duelo. *Cultura De Los Cuidados Digital*, 9, Recuperado el 28 de noviembre 2013 de en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0306.php>

- ROJAS MARCOS, L. (2009). *El sentimiento de culpa*. Madrid: Aguilar
- ROSENWEIN, B. (2010). Problems and methods in the history of emotions. *Passions in Context. International Journal for the History and Theory of Emotions, 1*, pp. 1-33
- ROSENWEIN, B. (2006). *Emotional communities in the early middle ages*. USA: Ithaca
- RUE, V. (1997). The psychological safety of abortion: The need for reconsideration. *PostAbortion Review, 5*(4) Recuperado 15 de mayo de 2008 de www.afterabortion.org/1997/the-psychological-safety-of-a
- RUIZ FUNES, M. (1933). La nueva política y la maternidad consciente. *Genética, Eugénica y Pedagogía Sexual, LXIV/3 nº 218* (pp-125-137) Recuperado de wwwhispania.revistas.csic.es/index.php/hispania/article/download/.../179.
- SAHUQUILLO, M. (2010). Sorpresa entre las mujeres que quieren abortar por el periodo de reflexión de tres días. *El País*. Recuperado el 2 de abril de 2013 de www.sociedad.elpais.com/sociedad/2010/.../1278280803_850215.html
- SAMPEDRO, J. (2009). La élite científica desautoriza a sus colegas antiabortistas. *El País Digital*. Recuperado el 10 de marzo de 2013 de www.pais.com/diario/2009/03/27/.../1238108404_850215.html
- SANCHEZ BLANCO, L. (2007). El anarco feminismo en España: Las propuestas anarquistas de mujeres libres para conseguir la igualdad de géneros. *Foro De Educación, 9*. pp 229-238
- SANCHEZ, V.; GARCIA HUETE, M. E.; MARIN MORALES, D.; CAMPO CECILIA, E. (2010). La construcción social del duelo en el aborto espontáneo. *Metas De Enfermería, 13*(6). pp 25-32
- SANCHEZ OSTIZ, P. (2009). ¿Tienen todos, derecho a la vida? *Ciencia Penal y Criminología, 11*(11), pp 11-12
- SANCHEZ SAORNIL, L. (15 de octubre 1935,). La cuestión femenina en nuestros medios. *Solidaridad Obrera*, pp. 2

SANTAMARIA, C. (2013). Educación sexual para no abortar, aborto legal para no morir. *El Periódico*. Recuperado el 25 de septiembre de 2013 de www.elperiodic.com/.../3900_educacion-sexual-para-abortar-aborto-legal-para-morir.html

SANZ CARRERA, R. (2012, 22 de enero). ¿A partir de qué semana de embarazo es ya viable un feto? recuperado de <http://rsanzcarrera.wordpress.com/2012/01/22/a-partir-de-que-semana-de-embarazo-es-ya-viable-un-feto/>

SARABIA, B. (1985). Historias de vida. *Reis*, 29, pp 165-186

SASTRE, J. (1971). *Bosquejo de una teoría de las emociones* (1ª ed.). Madrid: Alianza.

SAVATER, F. Laicismo: Cinco tesis. recuperado marzo/3, 2004, de <http://biblioweb.sindominio.net/pensamiento/laicismo.html>

SCALA, J. (2010). *La ideología de género*. Madrid: Sekotia, S.L

SCHOOYANS, M. (2008). *La elección de la vida. Bioética y población*. Buenos Aires: Claretiana

SCHOOYANS, M. (1991). *El aborto. Implicaciones políticas*. Madrid: Rialp

SCOTT, J. (1990). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. J. AMELANG,; M. J. NASH, *Historia y género: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea* (pp. 23-56). Valencia: Alfons el Magnànim. Instituto Valenciana D`Estudis i Investigació

SEGURA, A. (20 de mayo 2011,). Los abortos clandestinos sobreviven a la ley del aborto. *Publico*. Recuperado el 30 de marzo de 2013 de www.publico.es/.../los-abortos-clandestinos-sobreviven-a-la-ley-del-aborto

SERVICIO VASCO DE SALUD OSAKIDETZA. (2008). Vas a ser madre. Recuperado 23 de enero, 2014, de www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/.../vas_ser_madre.pdfEn caché

- SINGER, P. (1991). *Ética práctica* (3ª ed.). Barcelona: Ariel
- SOUTO GARCIA, E. (2009). Mujer y vida prenatal: ¿dos realidades irreconciliables?. Análisis sobre la posible reforma en material de aborto. *Afdudc*, 13. pp 773-787
- SPECKHARD, A., & RUE, V. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3). pp 95-119
- STITH, R. ¿Cuándo comienza la vida humana? Recuperado, 24 de septiembre 2008, de www.aebioetica.org/rtf/bebeproduc.pdf
- STOTLAND, N. (2003). Abortion and psychiatric practice. *Journal of Psychiatric*, 9(2). pp 139-149
- TAZON, P.; GARCIA CAMPAYP, J.; ASEGUINOLAZA, L. (2000). Escucha activa. *Relación y comunicación* (pp. 137-145). Madrid: Difusión Avances en Enfermería (DAE)
- THORN, V. Proyecto Raquel. Recuperado junio/25, 2007, de <http://www.usccb.org/>
- VALCARCEL, A. (2000). La memoria colectiva y los retos del feminismo. *Los desafíos del feminismo ante el siglo XXI* (pp. 19-54). Sevilla: Hypatia, Instituto Andaluz de la mujer
- VALENT, M. (2007). Manipulación del lenguaje. Recuperado 8 septiembre 2013, de <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/284/1271/articulo.php?id=6263>
- VANDRELL, J.; SIMON, C. (1999). Gametogénesis. espermiomigración. Fecundación e implantación *Fertilidad y esterilidad humanas: Endocrinología, ginecológica y anticoncepción* (2ª ed.,) Barcelona: Masson
- VEGA CARBALLO, J. L. (2013). Manipulación. Recuperado, 1964, de <http://www.google.es/url?q=http://www.iidh.ed.cr/comunidades/redelectoral/docs>

Bibliografía

- VELASCO, F. (2011, 22 de marzo). Turismo abortivo en las clínicas Morín. *La Razón*. Recuperado el 30 de marzo de 2013 de www.larazon.es/...RAZON.../4979-turismo-abortivo-en-las-clinicas-de-morin
- VERDUGO MARTI, V. (Diciembre 2010). Desmontando el patriarcado: Prácticas políticas y lemas del movimiento feminista en la transición democrática. *Feminismo/s*, 16. pp 259-279
- VILLAR SALDAÑA, J. (2008, 2 de noviembre). La laicidad positiva. *El Correo (País Vasco)*. Recuperado el 3 de abril de 2013 de www.fluvium.org/textos/iglesia/igl858.htm
- VILLASANTE, M. (2008, 7 de septiembre). La última embestida del aborto. *La Razón*. Recuperado el 10 febrero de 2013 de www.larazon.es/detalle.../a-favor-de-la-reforma-del-aborto
- VIVES SOTO, L. (2008). La vida humana, don precioso de Dios, es sagrada e inviolable. El aborto en la enseñanza de la iglesia católica. *Actas del I congreso internacional multidisciplinar "mujer y realidad del aborto: Un enfoque multidisciplinar"*. (pp. 75-96). Salamanca: Asociación extremeña de Amigos del Foro Español de la Familia
- ROE VS. WADE. District attorney of dallas county appeal from the united states district court for the northern district of Texas, nº 70. US Supreme Court 410 US 22 de enero de 1973
- WEITEN, W. (2006). *Psicología: Temas y variaciones* (6ª ed.). Mexico: Cengage Learning

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración nº1. Propaganda de la lucha antipalúdica de 1920. Fuente: colección particular de D. Pedro Alonso. http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/03/17/biociencia/1237297015.html	25
Ilustración nº2. La oferta peligrosa. Fuente: MassJuan, E (2002) Procreación consciente y discurso ambientalista	26
Ilustración nº3. Sanatorios para sifilíticos. Fuente: MassJuan, E (2002) Procreación consciente y discurso ambientalista	26
Ilustración nº 4, 5, 6, 7. Higiene del periodo de entreguerras. Fuente: http://historiadelamedicina.wordpress.com/2012/07/25/cartilla-de-higiene-del-periodo-de-entreguerras/	27
Ilustración nº 8. Sensibilidad burguesa. Fuente: Revista Estudios. Generación Consciente. Diciembre 1932	29
Ilustración nº 9. Propaganda a favor de los métodos de control de la natalidad Fuente: MassJuan, E (2002) Procreación consciente y discurso ambientalista	32
Ilustración nº 10. Si estás enfermero no procrees. Fuente: La familia obrera. www.memoriaespaña.es/602/w3article	32
Ilustraciones nº 11,12. Por las Hurdes por Ferres y López Salinas/Manuel Rico. Fuente: http://www.eco-viajes.com/blogs/letras-viajeras/	33
Ilustración nº 13. La Revista Blanca digitalizada. Fuente: https://www.google.es/#q=la+revista+blanca+digitalizada	39
Ilustración nº 14. Revista Salud y Fuerza. Fuente: Efemérides Anarquistas http://anarcoefemerides.balearweb.net/page/19	40

Ilustración nº 15. Revista Generación Consciente.	40
Fuente: https://www.digitaliapublishing.com/a/6069/generaci-n-consciente.-no.-49	
Ilustración nº 16. Revista Estudios. Generación Consciente.	40
Fuente: http://www.todocoleccion.net/estudios-generacion-consciente-revista-eclectica-numero-extraordinario-num-101-ano-x-enero-de~x31667187	
Ilustración nº 17. Libro Neomalthusiano de María Lacerda.	42
Fuente: MassJuan, E (2002) Procreación consciente y discurso ambientalista.	
Ilustración nº18. Huelga de vientres.	46
Fuente: Luis Bufill. http://www.filosofia.org/aut/001/1909huvi.htm	
Ilustración nº19. Modo de empleo del Pessar Securitas.	47
Fuente: MassJuan, E (2002) Procreación consciente y discurso ambientalista.	
Ilustración nº 20. Generación consciente en la que se anuncia la venta de anticonceptivos.	48
Fuente: MassJuan, E (2002) Procreación consciente y discurso ambientalista.	
Ilustración nº 21. Generación consciente en el que se recomienda la lectura de ciertos autores.	49
Fuente: MassJuan, E (2002), Procreación consciente y discurso ambientalista.	
Ilustración nº 22. Grupo de médicos que componen el consultorio de Generación consciente.	51
Fuente: MassJuan, E (2002), Procreación consciente y discurso ambientalista.	
Ilustración nº 23. Foto de familia numerosa de la década de los sesenta.	55
Fuente: Privada familia O.L	
Ilustración nº 24. Los cambios en el trabajo femenino y la propaganda de la época.	56
Fuente: <i>Arxiu Historia de la Ciutat de Barcelona.</i> http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn119-23.htm	
Ilustración nº 25. Los cambios en el trabajo femenino y la propaganda de la época.	56
Fuente: <i>Arxiu Historia de la Ciutat de Barcelona.</i> http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn119-23.htm	

- Ilustración nº 26. Celebración del primer 8 de marzo en 1975. 59
Fuente: e: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1764>
- Ilustración nº 27. Cartel de la asociación de vecinos de la izquierda del ensanche de Barcelona 1977. 60
Fuente: : http://elrincondekechu.blogspot.com.es/2010_05_01_archive.html
- Ilustración nº 28. Manifestación movimiento feminista en España años 70. 61
- Ilustración nº 29. Vindicación Feminista (1976-1979). 62
Fuente: Documental feminista de los derechos adquiridos de la mujer. Susana Koska en <http://periodismohumano.com/culturas/los-derechos-adquiridos-de-la-mujer-hay-que-mantenerlos.html>
- Ilustración nº 30. Ley del aborto 25 de diciembre de 1936 de la *Generalitat*, publicada el 9 de enero de 1937, en el *Diari Oficial de la Generalitat*. Pp. 114-115. 81
Fuente: Manuel Morillo. Bodas de diamante de la eugenesia en los nacionalistas catalanes.
<http://www.religionenlibertad.com/articulo.asp?idarticulo=13853>
- Ilustración nº 31. Propaganda a favor de los métodos de control de la natalidad. 83
Fuente MassJuan, E (2002), Procreación consciente y discurso ambientalista.
- Ilustración nº 32. Documento que debía cumplimentar para la realización del aborto. 84
Fuente: A la cabeza de Europa. La ley del aborto de 1937.
<http://www.amargolles.net/?p=3191>
- Ilustración nº 33. Monumento al niño no nacido y al amor de madre. 226
Fuente: www.investigadoresyprofesionales.org/.../monumento-al-niño-no-nacido-y-al-amor-su-madre
- Ilustración nº 34. Procesamiento de la emoción. 287
Fuente Extracto de Youtube de la conferencia BRAIN AND MIND: FROM MEDICINE TO SOCIETY”, que el Dr. Antonio Damasio impartió en el “*Parc*

de Recerca Biomèdica” de Barcelona, el 24 de mayo de 2007 y que se inserta dentro del conjunto de la obra del autor.

Ilustración nº 35. Alegría de la madre ante la visualización de la ecografía.
Fuente: Guía vas a ser madre del Servicio Vasco de Salud, *Osakidetza*. 303

Ilustración nº 36. Etapas del desarrollo fetal.
Fuente: Guía vas a ser madre del Servicio Vasco de Salud, *Osakidetza*. 303

-

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLA

	Pág.
Gráfico nº 1. Número de mujeres según distintas nacionalidades, entrevistadas	138
Gráfico nº 2. Contactos establecidos y causas por las que no se contacto	140
Gráfico nº 3. Formas en la toma de contacto con las informantes	141
Gráfico nº4. Tasas por mil de abortos, entre las mujeres entre 15 y 44 años en España comparándolas con las del País Vasco	258
Fuente: Elaboración propia, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo	
Tabla nº 1. Número de abortos realizados en España por año.	
Fuente: Elaboración propia según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo	257

-ANEXOS-

ANEXO 1

Ley de reforma eugenésica del aborto, de 9 de enero de 1937, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 9, pp. 114-115

DIARI OFICIAL

DE LA

GENERALITAT DE CATALUNYA

DIRECCIO I ADMINISTRACIO I CASA D'ASSISTENCIA PRESIDENT MACIA : Montalegre, 5. — Telèfon 24770.
 Subscripció: 40 pessetes semestre Apartat de Correus 1163 Exemplar solt: 50 cèntims

SUMARI

Presidència

DECRET pel qual és regulada la interrupció artificial de l'embaràs. — Pàgines 114 i 115.

Justícia

ORDRE acceptant la renúncia que del càrrec de Delegat del Conseller de Justícia al Comissariat de la Vivenda, ha presentat el ciutadà Josep Portas i Giménez. — Pàg. 115.

ORDRE delegant les facultats que el Decret del 28 de setembre del 1936 atorga al Conseller de Justícia, com a President del Comissariat de la Vivenda, al ciutadà Antoni Olarte i Hervias. — Pàg. 115.

Cultura

ORDRE disposant la celebració d'un curs de perfeccionament, de tres mesos, a l'Escola Superior de Paisatge, d'Olot. — Pàg. 115.

ORDRE disposant la celebració, durant els mesos de gener, febrer i març, d'un curs sobre la cria d'animals de corral, a l'Escola Superior d'Agricultura. — Pàg. 115.

ORDRE donant de baixa de la brigada dels Serveis Generals de la Universitat Industrial de Barcelona, per haver abandonat el càrrec, el paleta Josep Fortuny i Pañella. — Pàg. 115.

ORDRE de creació del Consell de la Universitat Industrial i establint-ne les funcions. — Pàgs. 115 i 116.

Economia

ORDRES nomenant els Interventors Delegats de la Generalitat de Catalunya en diverses empreses collectivitzades d'acord amb el Decret del 24 d'octubre del 1936. — Pàgs. 116 a 120.

ORDRE disposant que les pells de bestiar de llana o cabrum no podran ésser objecte de transacció sense l'autorització prèvia de la Comissaria de la Pella. — Pàg. 120.

Proveïments

ORDRE acceptant la dimissió que del càrrec de Delegat de Proveïments a la

comarca de la Garrotxa ha presentat el ciutadà Francesc Ripoll i Brunet i nomenant el ciutadà Josep Mir i Balleu perquè el substituïnt. — Pàg. 120.

Agricultura

ORDRE en virtut de la qual cessa en el càrrec d'habilitat interí del Servei Forestal, el funcionari Ramon Botxard i Bonal i es reintegra al subsidiari del Servei Auxiliar primer Josep Esparch i d'Ameller. — Pàgs. 120 i 121.

ORDRE en virtut de la qual, i pel motiu que és esmentat, el Cap de Negociat Josep Reñó i Morera substituirà el Cap interí del Servei de Cooperació Agrícola en els Tribunals nomenats per a resoldre les oposicions convocades per a la provisió d'una plaça d'Auxiliar primer i una d'Oficial segon del servei esmentat. — Pàg. 121.

ORDRE d'apropiació de la finca Torre de Can Castells situada a la municipi de Montserrat. — Pàg. 121.

ORDRE dictant normes per a l'organització de les diverses jornades de recollida de les olives. — Pàg. 121.

ORDRE regulant la concessió d'autoritzacions per a efectuar batudes contra els animals danyosos a l'agricultura. — Pàg. 121.

ORDRE autoritzant els Alcaldes d'Orís, Abrera, Ustrell i Cervelló per organitzar batudes per tal d'exterminar els animals danyosos que perjudiquen l'avrament i els censos de llurs termes municipals. — Pàgs. 121 i 122.

Departament de Cultura

INSTITUT D'ACCIÓ SOCIAL UNIVERSITÀRIA I ESCOLAR DE CATALUNYA

CONCURS per a la concessió de subsidis econòmics per a seguir estudis diversos. — Pàg. 122.

CONCURS per a la concessió de subsidis econòmics als estudiants de les Escoles Industrials de Catalunya. — Pàgines 122 i 123.

Departament d'Economia

CONSELL D'ECONOMIA DE CATALUNYA

CIRCULAR autoritzant l'empresa A. Debray, S. C., per augmentar, en la proporció que s'esmenta, els preus del paper de vidre, la tela d'esmeril i l'esmeril en grà. — Pàg. 123.

CIRCULAR autoritzant l'empresa Perfumeria Icarí per augmentar en un 25 per 100 els preus de venda dels productes que elabora. — Pàg. 123.

CIRCULAR obrint una informació pública sobre el projecte de concentració en una empresa única del ram de Gràfiques Unificades, de Granollers. — Pàg. 123.

CIRCULAR obrint una informació pública en relació amb el projecte de concentració en una empresa única de les empreses de pintors, de Granollers. — Pàg. 123.

CIRCULAR obrint una informació pública sobre el projecte de concentració en una empresa única del ram de la construcció, societat de paletes, manobres i obrers dels Magatzems de materials de Caldes de Montbui. — Pàg. 123.

CIRCULAR obrint una informació pública sobre el projecte de concentració en una empresa única de les indústries rajoleres de la Garriga. — Pàg. 123.

CIRCULAR obrint una informació pública sobre el projecte de concentració en una empresa única de la indústria fidejora de Castell de la Vallada. — Pàgines 123 i 124.

CIRCULAR obrint una informació pública sobre el projecte de concentració en una empresa única del Ram de la Construcció, Secció de paletes, manobres, pedra artificial i mosaic, del Prat de Llobregat. — Pàg. 124.

CIRCULAR obrint una informació pública sobre el projecte de concentració en una empresa única del Ram de la construcció, secció de paletes i manobres, de Rubí. — Pàg. 124.

CIRCULAR obrint una informació pública en relació amb el projecte de concentració en una empresa única del ram d'espectacles públics de Terrassa. — Pàg. 124.

CIRCULAR obrint una informació pública sobre el projecte de concentració en una empresa única del ram de Torners de Justa, de Torelló. — Pàg. 124.

JUNTA DEL CONTROL SINDICAL ECONÒMIC DE CATALUNYA

CRIDA a diversos patrons desapareguts als efectes de l'aplicació de l'art. 2.^o del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936. — Pàgs. 124 i 125.

RELACIONS d'empreses controlades, amb indicació dels membres del Comitè de

<p>Control que tenen ús de signatura amb el patró, que són publicades en compliment de l'art. 5.º de l'Ordre del 31 d'octubre del 1936. — Pàg. 125.</p>	<p>Departament de Treball i Obres Públiques</p> <p>TREBALL.</p> <p>EDICTES de Jurats Mixtos de Catalunya. — Pàg. 126.</p>	<p>Administració Municipal</p> <p>EDICTES, EXTRACTES D'ACORDS, ETC., d'Ajuntaments de Catalunya. — Pàg. 127.</p>
<p>Departament de Sanitat i Assistència Social</p> <p>DIRECCIÓ DELS SERVIS DE VETERINÀRIA</p>	<p>OBRES PÚBLIQUES</p> <p>DIMARCATIÓ DE TARRAGONA</p>	<p>Administració de Justícia</p>
<p>CIRCULAR dictant disposicions encaminades a evitar frau i enganys en l'elaboració d'embotits i altres conserves de carn. — Pàg. 126.</p>	<p>PERMISOS de circulació d'automòbils llicenciats durant el mes de desembre del 1936. — Pàg. 126.</p>	<p>EDICTES de Jutjats de Primera Instància i Instrucció de Catalunya. — Pàg. 128.</p> <p>EDICTES de Jutjats Populars Locals de Catalunya. — Pàg. 128.</p>
<p>CIRCULAR declarant l'existència de febre aftosa en el terme municipal de Cervià de Ter. — Pàg. 126.</p>	<p>TRANSPERENCIES d'automòbils diligenciades durant el mes de desembre del 1936. — Pàgs. 126 i 127.</p>	<p>JUSTÍCIA MILITAR</p> <p>REQUISITÒRIES de diversos jutjats. — Pàg. 128.</p>

PRESIDÈNCIA

DECRET

La reforma eugènica que representa una de les majors conquestes revolucionàries en Sanitat, comença el seu pla d'acció mitjançant la incorporació a la legislació sanitària d'un fet fins avui efectuat lluny de tot control científic, a l'ombra i per persones incompetents i que des d'aquest moment adquireix categoria biològica i social, com és l'avortament. La finalitat primordial que es persegueix, és la de facilitar al pobre treballador una manera segura i exempta de perill de regular la natalitat, quan existelxin causes poderoses, sentimentals, eugèniques o terapèutiques que exigeixen la interrupció artificial de l'embaràs.

Durant molt de temps l'avortament ha estat practicat per elements desaprovisats que han especulat amb les necessitats proletàries de limitar la proflitat en determinats casos. Cal acabar amb l'oprobri dels avortaments clandestins, font de mortalitat maternal, perquè la interrupció de l'embaràs passi a ésser un instrument al servei dels interessos de la raça i efectuat per aquells que tinguin solvència científica i autorització legal per a fer-ho.

Per tot l'exposat, a proposta dels Consellers de Sanitat i Assistència Social i de Justícia i d'acord amb el Consell, Decreto:

Art. 1.º Queda autoritzada la interrupció artificial de l'embaràs, efectuada en els Hospitals, Clínics i Institucions Sanitàries dependents de la Generalitat de Catalunya, en els quals estigui organitzat el servei especial per a tal finalitat.

Art. 2.º Es consideraran motius justificats per a la pràctica de l'avortament, les raons d'ordre terapèutic, eugènic o ètic.

Art. 3.º Els casos de sollicitud d'avortament no terapèutic ni eugènic, s'efectuaran exclusivament a petició de la interessada sense que ningú dels seus

familiars o propers puguin presentar després reclamació respecte al resultat de la intervenció.

Art. 4.º No s'efectuarà la interrupció de l'embaràs en els casos que ultrapasin dels tres mesos d'aquell, a no ésser que existeixi justificació terapèutica.

Art. 5.º No es permetrà a la mateixa dona la interrupció de l'embaràs, més d'una vegada a l'any, si no existeix causa terapèutica que ho exigeixi.

Art. 6.º A partir dels quinze dies de la publicació del present Decret al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya es crearan organismes que seran els únics autoritzats oficialment per efectuar la interrupció de l'embaràs artificialment. Aquests organismes seran Dispensaris i Sales anexas als Centres Sanitaris hospitalaris i clínics de Catalunya. Totes les institucions sanitàries compreses dintre d'aquest Decret trametran en el termini abans esmentat a aquesta Conselleria el pla d'organització dels esmentats organismes. En tots els casos en els quals, sense justificació expressa, no es procedeixi a l'organització de les dependències esmentades, s'aplicaran les sancions a què hi hagi lloc.

Art. 7.º Per tal d'habilitar els Dispensaris i Sales destinats a la interrupció artificial de l'embaràs, s'utilitzaran locals ja existents dintre de les institucions sanitàries, que reunixin condicions per a la finalitat a la qual se'ls destina; i en cas necessari es demanarà a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social autorització per utilitzar nous locals destinats a aquest efecte.

El personal facultatiu que integrará els Dispensaris i Sales per a la interrupció de l'embaràs, serà proposat a la Conselleria de Sanitat pels Consells Directius de cada Institució Sanitària. L'esmentat personal serà seleccionat entre el que actualment figura en els Dispensaris i Sales d'obstetrícia i ginecologia. Aquest personal no tindrà dret a cap remuneració per aquests serveis.

Art. 8.º Únicament podrà un facultatiu no adscrit a les Sales d'interrupció

de l'embaràs, practicar aquesta intervenció, quan ho solliciti l'embarassada i ho aprovi el Consell responsable de la Sala en la qual hagi d'efectuar-se l'avortament.

Art. 9.º El Conseller de Sanitat i Assistència Social estarà autoritzat per nomenar un delegat responsable a cada Sala o Dispensari destinat a la interrupció de l'embaràs, el qual tindrà una missió fiscalitzadora de control i inspecció, podent, d'acord amb les instruccions rebudes del Conseller de Sanitat i Assistència Social, si és necessari, suspendre'o modificar el funcionament d'una Sala o Dispensari.

Art. 10. Per a tota interrupció artificial de l'embaràs practicada en els Dispensaris creats a aquest efecte seran obligatoris els requisits previs següents:

a) Fitxa mèdica, psicològica, eugènica i social de totes les dones que sollicitin que els sigui practicada la interrupció de l'embaràs. El model de la fitxa serà facilitat per circular a tots els Dispensaris creats a l'efecte.

b) Reconeixement mèdic previ de la sollicitant, per tal d'investigar la seva capacitat vital i resistència per a la intervenció.

Art. 11. Els casos en els quals el Consell responsable de cada Dispensari d'interrupció artificial de l'embaràs consideri que la febre o el reconeixement de l'embarassada estableixi una contra indicació per a l'avortament, d'indole mèdic o social, seran elevats a un Consell tècnic, que es crearà per a resoldre aquests assumptes, per la Conselleria de Sanitat i Assistència Social.

Art. 12. Tots els Dispensaris, Clínics i Sales destinats a la interrupció artificial de l'embaràs, hauran de trametre a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, cada mes, una relació detallada dels casos practicats. Així mateix, els esmentats organismes vindran obligats a portar un servei d'estadística.

Art. 13. A partir de la data de la publicació d'aquest Decret, totes les persones que, privadament, realitzin ma-

niobres avortives, respondran criminalment davant el Tribunal competent de llur actuació; perdent, si són titulars d'una professió sanitària, el dret a exercir-la.

Art. 14. Queda facultat el Conseller de Sanitat i Assistència Social per dictar les disposicions necessàries per al compliment del present Decret.

Barcelona, 25 de desembre del 1936.

El Conseller Primer,
JOSEP TARRADELLAS

El Conseller
de Sanitat i Assistència Social,

PERE IERRERA

El Conseller de Justícia,
RAFAEL VIDIELLA



ANEXO 2

***Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (5 de marzo de 1937),
Normes per a la regulació de la interrupció artificial de L`emarás, (nº
64). Barcelona.***

DIARI OFICIAL

DE LA

GENERALITAT DE CATALUNYA

DIRECCIÓ I ADMINISTRACIÓ : CASA D'ASSISTÈNCIA PRESIDENT MACIÀ : Montalegre, 5. — Telèfon 24770.
 Subscripció: 40 pessetes semestre Apartat de Correus 1163 Exemplar solt: 50 cèntims

SUMARI

Presidència

DECRET en virtut del qual l'edifici situat a la rambla de Catalunya, número 83, de Barcelona, és destinat a instal·lació d'oficines del Departament de Finances. — Pàg. 993.

Defensa

DECRET que fixa la remuneració que correspon al Sots-secretari d'aquest Departament. — Pàgs. 993 i 994.

Economia

ORDRE que disposa que l'Enginyer Antoni Robert i Robert ostenti la representació d'aquest Departament al Comitè de Radiodifusió. — Pàg. 994.

ORDRES nomenant als Interventors delegats de la Generalitat de Catalunya en diverses empreses collectivitzades d'acord amb el Decret del 24 d'octubre del 1936. — Pàgs. 994 i 995.

Proveïments

ORDRE que posa sota el control de la Direcció General de Proveïments els establiments elaboradors de llet que són esmentats i nomenant els Interventors corresponents. — Pàg. 995.

Sanitat i Assistència Social

ORDRE que aprova i dona publicitat a

les normes per a la regulació de la interrupció artificial de l'embaràs, d'acord amb el Decret del 25 de desembre del 1936. — Pàgs. 995 a 998.

Agricultura

ORDRE nomenant als ciutadans Eduard Simó i Notó i Josep Llovet i Montros, representants tècnics d'aquest Departament a la Comissió permanent d'Enllaç entre els Departaments de Proveïments, Agricultura i Economia, creada per Decrets de 14 de gener i 23 de febrer d'enguany. — Pàg. 998.

Departament de Finances

DIRECCIÓ GENERAL DEL PATRIMONI I RENDRES.

(Administració de Contribucions i Impostos)

ANUNCI prorrogant fins el 15 d'abril propiament el termini voluntari per a la presentació de les declaracions per al càlcul de la quantia de l'arbitri sobre aprofitaments hidràulics corresponent a l'any 1937. — Pàg. 998.

Departament de Cultura

INSTITUT D'ACCIÓ SOCIAL UNIVERSITÀRIA I ESCOLAR DE CATALUNYA

ANUNCI fent públics els noms dels estudiants que han estat proposats per a ésser-los atorgats subsidis per a cursar llurs estudis a les Escoles Industrials de Catalunya. — Pàgs. 998 i 999.

Departament de Treball i Obres Públiques

OBRES PÚBLIQUES

DEMARCATIÓ DE LLEIDA

(Instal·lacions Elèctriques)

CIRCULAR. — Pàg. 999.

Administració de Rendes Públiques

de Tarragona

TRANSPORTS

CIRCULAR. — Pàg. 999.

Districte Forestal de Lleida

APROFITAMENTS FORESTALS

CIRCULAR. — Pàg. 999.

Administració Municipal

EDICTES, EXTRACTES D'ACORDS, ETC., d'Ajuntaments de Catalunya. — Pàgines 999 i 1000.

Administració de Justícia

AUDIÈNCIA TERRITORIAL. — Sentència. — Pàg. 1000.

EDICTES de Jutjats de Primera Instància i Instrucció de Catalunya. — Pàgina 1000.

EDICTES de Jutjats Populars Locals de Catalunya. — Pàg. 1000.

Anuncis de pagament previ

Pàgina 1000.

PRESIDÈNCIA

DECRET

Per tal de dotar el Departament de Finances dels locals necessaris per als seus serveis, hom creu procedent de destinar-hi l'edifici de la rambla de Catalunya, n.º 83, que es destinava a instal·lació de dependències del Departament d'Economia.

Per tant, a proposta del Conseller d'Economia i d'acord amb el Consell,

Decreto:

Art. 1.º L'edifici situat a la rambla de Catalunya n.º 83, d'aquesta ciutat, és destinat a instal·lació d'oficines del Departament de Finances, el qual des d'aquesta data, assumeix la direcció de les obres que s'hi efectuen.

Art. 2.º Es habilita un crèdit de 500.000 ptes., a disposició del Departament de Finances, per a satisfer les despeses que ocasionin les obres d'habilitació de l'immoble de la rambla de Catalunya n.º 83, per a oficines del dit Departament.

Art. 3.º Oportunament es donarà

compte al Parlament de Catalunya de la present disposició,

Barcelona, 2 de març del 1937.

El Conseller Primer
i Conseller de Finances,
JOSEP TARRADILLAS
El Conseller d'Economia,
DIDAC A. SANTELLAN

DEFENSA

DECRET

Per Decret del 18 de gener proposat (D. O. n.º 20), va ésser creada la

Sots-secretaria de Defensa, no fixant-se en aquest l'assignació que havia de percebre amb càrrec a les despeses de Defensa, la persona que exerciria aquest càrrec.

Per tant, a proposta del Conseller de Defensa i d'acord amb el Consell Executiu,

Decreto :

Article únic. Es fixa al Sots-secretari del Departament de Defensa la mateixa assignació, en concepte de retribució, que perceben els Sots-secretaris de les altres Conselleries de la Generalitat, la qual serà carregada als crèdits extraordinaris concedits o que es concedeixin per atencions de personal del sudit Departament, fins que en el nou Pressupost li sigui consignada partida expressa.

Barcelona, 25 de febrer del 1937.

El Conseller Primer,
JOSEP TARRADellas

El Conseller de Defensa,
FRANCESC ISGLEAS

ECONOMIA

ORDRES

Vistes les disposicions vigents i atès que la Conselleria d'Economia ha de designar un representant al Comitè de Radiodifusió,

He resolt :

L'Enginyer Antoni Robert i Robert ostentarà la representació d'aquesta Conselleria d'Economia al Comitè de Radiodifusió.

Barcelona, 1.ª de març del 1937.

El Sots-Secretari d'Economia,
DIDAC A. SARTILLÁN

Atès que els treballadors de l'empresa collectivitzada Illa, E. C., radicada a Barcelona, passeig de la República, número 32, d'acord amb el previst en l'article 15 del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936, han proposat a aquesta Conselleria, com a Interventor de la Generalitat de Catalunya en la sudita empresa, el company Francesc Carceller i Aguilà, domiciliat a Barcelona, carrer de Rogent, n.º 18, fent ús de les atribucions que em confereix el sudit Decret,

He resolt :

Es nomena Interventor delegat de la Generalitat de Catalunya en l'empresa collectivitzada Illa, E. C., el company Francesc Carceller i Aguilà, d'acord

amb els treballadors de l'esmentada empresa.

Barcelona, 2 de març del 1937.

P. D.,
El Sots-Secretari d'Economia,
ANTONI G. BIRLÁN

Atès que els treballadors de l'empresa collectivitzada Bosch, E. C., radicada a Terrassa, carrer de Garcia Humet, número 24, d'acord amb el previst en l'article 15 del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936, han proposat a aquesta Conselleria, com a Interventor de la Generalitat de Catalunya en la sudita empresa, el company Enric Campistrou i Prunés, domiciliat a Terrassa, carrer Transversal, n.º 117, fent ús de les atribucions que em confereix el sudit Decret,

He resolt :

Es nomena Interventor delegat de la Generalitat de Catalunya en l'empresa collectivitzada Bosch, E. C., el company Enric Campistrou i Prunés, d'acord amb els treballadors de l'esmentada empresa.

Barcelona, 2 de març del 1937.

P. D.,
El Sots-Secretari d'Economia,
ANTONI G. BIRLÁN

Atès que els treballadors de l'empresa collectivitzada J. Rossell, S. A., E. C., radicada a Terrassa, carrer de Magí Rodó, n.º 17, d'acord amb el previst en l'art. 15 del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936, han proposat a aquesta Conselleria, com a Interventor de la Generalitat de Catalunya en la sudita empresa, el company Josep Argemí i Puiggròs, domiciliat a Terrassa, carrer de Martí Alegre, n.º 18, fent ús de les atribucions que em confereix el sudit Decret,

He resolt :

Es nomena Interventor delegat de la Generalitat de Catalunya en l'empresa collectivitzada J. Rossell, S. A., E. C., el company Josep Argemí i Puiggròs, d'acord amb els treballadors de l'esmentada empresa.

Barcelona, 2 de març del 1937.

P. D.,
El Sots-Secretari d'Economia,
ANTONI G. BIRLÁN

Atès que els treballadors de l'empresa collectivitzada Collectivitat Distribuïdora de Farratges de Catalunya, radicada a Barcelona, carrer de les Cortes Catalanes, n.º 758, d'acord amb el previst en l'art. 15 del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936, han proposat

a aquesta Conselleria, com a Interventor de la Generalitat de Catalunya en la sudita empresa, el company Ferran Boladeras i Aloy, domiciliat a Barcelona, carrer de Sepúlveda, n.º 159, fent ús de les atribucions que em confereix el sudit Decret,

He resolt :

Es nomena Interventor delegat de la Generalitat de Catalunya en l'empresa collectivitzada Collectivitat Distribuïdora de Farratges de Catalunya el company Ferran Boladeras i Aloy, d'acord amb els treballadors de l'esmentada empresa.

Barcelona, 2 de març del 1937.

P. D.,
El Sots-Secretari d'Economia,
ANTONI G. BIRLÁN

Atès que els treballadors de l'empresa collectivitzada Antoni Marimon, radicada a Barcelona, carrer del Bruc, n.º 59, d'acord amb el previst en l'art. 15 del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936, han proposat a aquesta Conselleria, com a Interventor de la Generalitat de Catalunya en la sudita empresa, el company Vicenç Casanovas i Carbó, domiciliat a Vilassar de Dalt, plaça de la República, n.º 12, fent ús de les atribucions que em confereix el sudit Decret,

He resolt :

Es nomena Interventor delegat de la Generalitat de Catalunya en l'empresa collectivitzada Antoni Marimon el company Vicenç Casanovas i Carbó, d'acord amb els treballadors de l'esmentada empresa.

Barcelona, 2 de març del 1937.

P. D.,
El Sots-Secretari d'Economia,
ANTONI G. BIRLÁN

Atès que els treballadors de l'empresa collectivitzada Casa Vallet, E. C., radicada a Barcelona, carrer de Balma, número 84, d'acord amb el previst en l'article 15 del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936, han proposat a aquesta Conselleria, com a Interventor de la Generalitat de Catalunya en la sudita empresa, el company Octavi Candela i Miró, domiciliat a Barcelona, avinguda del Catorze d'abril, n.º 285, fent ús de les atribucions que em confereix el sudit Decret,

He resolt :

Es nomena Interventor delegat de la Generalitat de Catalunya en l'empresa collectivitzada Casa Vallet, E. C., el company Octavi Candela i Miró, d'acord

amb els treballadors de l'esmentada empresa.

Barcelona, 2 de març del 1937.

P. D.,
El Sots-Secretari d'Economia,
ANTONI G. BIRIÁN

Atès que els treballadors de l'empresa collectivitzada Societat Anònima Roig, E. C., radicada a Barcelona, carretera de la Verneda, n.º 300, d'acord amb el previst en l'art. 15 del Decret de Collectivitzacions del 24 d'octubre del 1936, han proposat a aquesta Conselleria, com a Interventor de la Generalitat de Catalunya en la susdita empresa, el company Joaquim Roca i Argemí, domiciliat a Barcelona, carrer de Mallorca, n.º 318, fent ús de les atribucions que em confereix el susdit Decret.

He resolt:

Es nomenat Interventor-delegat de la Generalitat de Catalunya en l'empresa collectivitzada Societat Anònima Roig, Empresa Collectivitzada, el company Joaquim Roca i Argemí, d'acord amb els treballadors de l'esmentada empresa.

Barcelona, 2 de març del 1937.

P. D.,
El Sots-Secretari d'Economia,
ANTONI G. BIRIÁN

PROVEÏMENTS

ORDRE

Ateneu la conveniència de controlar i regularitzar la producció, pasteurització, elaboració i distribució de la llet disponible.

He resolt:

Primer. — Els establiments elaboradors de llet que a continuació s'especifiquen romandran sota el control de la Direcció General de Proveïments, i llur proveïment així com la distribució de llet que elaborin, s'efectuarà de conformitat amb les disposicions que aquella dictarà.

Segon. — L'Interventor-delegat de la indústria de la llet i els seus derivats, nomenat per Ordre del dia 8 de gener del 1937, serà l'encarregat, com a element integrant de la Delegació de les Seccions de Vendes i Intercanvi, de controlar totes les operacions que es realitzin.

Tercer. — Són designats Interventors als establiments de Barcelona-ciutat que es relacionen a continuació els companys següents:

Antoni Colell, passeig de la República, 56.

Deifí Vila, passeig de Garcia Hernández, 103.

Demetri Vendrell, carrer de Girona, n.º 59.

Josep Massachs, carrer de Girona, 80.
Vicenç Casals, carrer de Margatit, 13.
Pere Meya i Arderius, carrer dels Banys Vells, n.º 11.

Joan Figueras, carrer de Pizarro, llet D.

Josep Planas, plaça d'Hermenegild Giner.

Mateu Molleví, carrer de Tamarit, 189.
Esteve Galvanys, carrer de les Cortes Catalanes, 755.

Isidre Fuentes, carrer de l'Almirall Aixada, 3.

Lluís Mer, carrer de Mallorca, 305.

Ramon Bertran, carrer de Pablo Iglesias, 38.

Joan Riba, carrer de Menéndez Pelayo, n.º 66.

Maria Paig, vídua Herza, carrer de la Indústria, 237.

Josep Parcerisas, carrer de la Diputació, 352.

Marc Viadé, carrer de Xuclà, 4.

Roc Izquierdo, carrer del Carme, 41.

Xavier Hospital, carrer de Mendizábal, 10.

Pau Adserà, carrer de la Diputació, n.º 215.

Batista Escrivà, carrer de Xifré, 69.

Joaquim Bayo, carrer de Pujades, 203.

Francesc Nogales, carrer de Sardanya, 173.

Pere Sors, carrer de Trafalgar, 74.

Josep Novau, carrer Alegre de Dalt, n.º 72.

Este Pons, carrer dels Ascs, 7.

Jacint Soriol, carrer de la Indústria, n.º 356.

Miquel Casanovas, carrer del Consell de Cent, 379.

Josep Subirà, plaça de la Llana, 9.

Sebastià Peret, carrer de Villarroel, n.º 178.

Nemesi Mitjans, carrer de Sant Domènec, 8.

Sofia Chiquillo, vídua Vidal, carrer de la Unió, 17.

Francesca Tapiés, carrer de València, n.º 340.

Josep Puy i Homs, carrer Ampie, 18.

Ferran Anell, carrer de Provença, 437.

Enric Segarra, carrer de Mallorca, 535.

Eugeni Boarull, carrer de Bailèn, 50.

Pere Clapés, carrer de l'Alegria, 31.

Angel Fullera, carrer de Muntaner, n.º 24.

Agustina Losilla, passeig del Triomf, n.º 9.

Manuel Catalán, carrer de la Diputació, 407.

Pere Serra, carrer de València, 268.

Antoni Camps, carrer de Serra Xicb, n.º 11.

Carme Sáez, carrer de la Travessera, n.º 187.

Casimir Mir, carrer de Còdols, 27.

Quart. — Tots els altres establiments comarcals o bé pertanyents a Barcelona-ciutat no especificats en aquesta Ordre, trametran abans de transcórrer el vuitè dia de la publicació d'aquesta disposició una relació detallada a aquesta Conselleria de Proveïments de la Generalitat de Catalunya de les quantitats de llet que elaboraven abans del 19 de juliol i les que actualment elaboren.

Barcelona, 3 de març del 1937.

El Conseller de Proveïments,
JOAN COMORRÀ

SANTAT I ASSISTÈNCIA SOCIAL

ORDRE

Éssent necessari dictar normes que regulin la interrupció artificial de l'embaràs, establerta per Decret del 25 de desembre de l'any passat i fent ús de les atribucions que em confereix l'article 14 del Decret esmentat,

He resolt:

Són aprovades les normes per a la regulació de la interrupció artificial de l'embaràs, creada per Decret del 25 de desembre de l'any passat i que són publicades com a anex a la present Ordre.

Barcelona, 1.º de març del 1937.

El Conseller
de Sanitat i Assistència Social,
PERE HERRERA

Anex que s'esmenta
en l'Ordre precedent

NORMES PER A LA REGULACIÓ DE LA INTERRUPCIÓ ARTIFICIAL DE L'EMBARÀS

Art. 1.º Es practicarà la interrupció artificial de l'embaràs sempre que existeixi justificació terapèutica.

Art. 2.º En els casos no comprèsos en l'article anterior serà practicada la interrupció artificial de l'embaràs per la sola petició de la interessada, expressada per escrit i avalada amb la seva signatura amb la indicació que renuncia a reclamar contra els resultats de la intervenció.

Art. 3.º Serà denegada la interrupció artificial de l'embaràs en les següents circumstàncies:

a) En les que existeixin, a jut dels facultatius, contra-indicacions de caràcter mèdic.

b) Quan en el moment que l'embarassada es presenta a l'exploració, el seu embaràs ultrapassi els tres mesos, excepte en els casos en els quals, prèvia justificació de l'embarassada, li doni autorització la Conselleria de Sanitat i Assistència Social mitjançant la Comissió Tècnica d'interrupció artificial de l'embaràs que es crearà a l'efecte.

e) Quan en el moment que l'embarassada es presenta a l'exploració, no s'hagin complert tres-cents seixanta-cinc dies, comptats des del dia de la intervenció d'una altra interrupció artificial de l'embaràs practicada en la mateixa embarassada.

Art. 4.^o Tots els metges de l'especialitat toco-ginecològica de Catalunya que resideixin en poblacions en les quals existeixin un o més Hospitals Generals, Comarcals o Municipals en els quals estigui organitzat aquest servei, estaran obligats a prestar-lo segons ordenació i torns establerts per aquesta Conselleria de Sanitat i Assistència Social.

Art. 5.^o S'entendran per metges de l'especialitat toco-ginecològica als efectes d'aquestes normes, tots els col·legiats al Col·legi Oficial de Metges de Catalunya que, en les llistes d'aquest, hagin declarat practicar alguna d'aquestes especialitats.

Art. 6.^o A aquest fi el Col·legi Oficial de Metges de Catalunya confeccionarà una llista dels col·legiats compresos en l'article anterior, que presentarà a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social dintre els cinc dies, a comptar del de la publicació d'aquestes normes al DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. Així mateix, tota nova declaració d'especialitat toco-ginecològica al Col·legi Oficial de Metges de Catalunya serà comunicada per aquest Organisme a la Conselleria de Sanitat, als efectes de les presents normes.

Art. 7.^o La Comissió Tècnica d'Interrupció artificial de l'embaràs aneja a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, creada per a l'aplicació i resolució dels assumptes referents a la pràctica de la interrupció artificial de l'embaràs, procedirà a formar, de les llistes d'especialitats equips que periòdicament establiran torns segons els llocs autoritzats i les exigències del servei d'aquesta pràctica. Per aquesta organització la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, per mitjà de la Comissió Tècnica tindrà plens poders i procurarà harmonitzar les exigències del servei amb les possibilitats d'horari i comoditats del Metge.

Art. 8.^o Els serveis d'interrupció artificial de l'embaràs es dividiran en serveis d'exploració i serveis de clínica. Els primers s'efectuaran en tots els Dispensaris d'obstetrícia i ginecologia corresponents a institucions sanitàries dependents de la Generalitat, i els segons a l'Hospital Clínic, Hospital General de Catalunya, Hospital Cardenal, Casa de Maternitat de Barcelona, Hospitals Intercomarcals i Comarcals de Catalunya que posseïxin o puguin organitzar sales o habitacions exclusivament dedicades a aquest servei d'Internat clínic, i en tots aquells llocs que successivament es vagin creant.

Art. 9.^o Tots els actuals serveis d'obstetrícia i ginecologia dels tres Hospitals de Barcelona: General, Clínic i Cardenal, els de la Casa de Maternitat

de Barcelona i els dels Hospitals Comarcals de Catalunya, vénen obligats a trametre a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social una relació del personal facultatiu i auxiliar, que atindrà els serveis d'exploració de la interrupció artificial de l'embaràs, així com el lloc i l'horari en què es prestaran les visites a les interessades.

Així mateix, tots els establiments hospitalaris que efectuin serveis de clínica trametraran una relació del personal facultatiu i auxiliar i de les Sales destinades als serveis d'intervenció amb el nombre de llits amb què compten.

Art. 10. Els altres centres hospitalaris o sanitaris (Dispensaris i Hospitals Municipals, particulars, sindicals, etc.), no compresos en l'article anterior que desitgin practicar alguns dels serveis de la interrupció artificial de l'embaràs, hauran de demanar-ho, per instància, a la Comissió Tècnica de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, la qual, decidirà sobre la conveniència i concessió de llurs peticions.

Art. 11. El Conseller de Sanitat i Assistència Social nomenarà entre el personal facultatiu per a cada servei d'exploració o d'intervenció un delegat responsable, el qual serà el seu representant i exercirà les funcions que li assigna l'art. 9.^o del Decret creant la interrupció artificial de l'embaràs.

Art. 12. Les operacions d'exploració, com les d'intervenció, hauran d'ésser separatament historiades en la fitxa respectiva, segons model que s'adjunta. Aquestes fitxes seran facilitades per la Conselleria de Sanitat i Assistència Social (passeig de Ferní Galán), a tots els Centres Sanitaris executors d'aquests serveis.

Art. 13. En els Dispensaris destinats als serveis d'exploració s'efectuaran totes les operacions i s'obtiniran totes les dades demanades per la fitxa n.^o 1. Els resultats s'hauran d'estendre per triplicat: per a l'arxiu del servei, per a l'arxiu central de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, i per a lliurar a l'embarassada per tal de presentar-la al servei d'intervenció.

Art. 14. Igualment els serveis d'intervenció hauran d'emplenar, per triplicat, la fitxa model n.^o 2 per a l'arxiu del servei, per a l'arxiu central de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social i per a l'arxiu del servei d'exploració d'on procedeix l'embarassada.

Art. 15. Els exemplars de fitxa no destinats a l'arxiu del propi servei hauran d'ésser tramesos dintre els cinc dies següents al seu acabament.

Art. 16. Cap servei d'exploració no podrà començar les operacions referents a una embarassada sense haver rebut de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social (fitxer central de la interrupció artificial de l'embaràs) un certificat conforme la interessada es troba en les circumstàncies enumerades en l'art. 4.^o del Decret de regulació de la interrupció artificial de l'embaràs i l'apartat c

de l'art. 3.^o de les presents normes. Per a aquesta diligència, els serveis d'exploració trametraran a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social (fitxer central de la interrupció artificial de l'embaràs) una nota que contingui el nom i els dos cognoms, l'edat i el domicili de la interessada.

Art. 17. El servei d'exploració, en donar d'alta una embarassada proposada per a la intervenció, li lliurarà la fitxa corresponent convenientment segellada pel servei, la presentació de la qual al servei d'intervenció serà el requisit indispensable per a la seva admissió.

Art. 18. A no existir motiu facultatiu que ho aconselli, convenientment constatat en la fitxa respectiva, cap embarassada no podrà trigar més de deu dies des del dia de sortida dels serveis d'exploració fins el dia d'entrada als serveis d'intervenció.

Art. 19. Si, en sofrir l'embarassada, en els serveis d'intervenció, l'obligada exploració manual pre-operatòria, el facultatiu tingues sospita que la dita embarassada havia ja sofert intents o manobres abortives criminals entre la data de sortida de l'exploració i aquell moment, suspensarà la intervenció i donarà part immediatament del cas a la Comissió Tècnica.

Art. 20. La Comissió Tècnica de la Interrupció Artificial de l'embaràs estarà constituïda per dos Metges especialistes nomenats pel Consell Tècnic Assessor de Sanitat i Assistència Social, i un funcionari Metge del Departament de Sanitat i Assistència Social nomenat pel Conseller del Departament, el qual funcionari s'encarregarà de l'oficina i fitxer central relatiu a la interrupció artificial de l'embaràs, de convocar la Comissió Tècnica i de despatxar els assumptes per delegació del Conseller de Sanitat i Assistència Social i de la Comissió Tècnica.

Art. 21. La Comissió Tècnica de la Interrupció Artificial de l'embaràs entendrà en els següents assumptes:

- a) Recol·lecció de fitxes i formació del fitxer central.
- b) Dietaminació dels casos denegats o contraindicats que li hagin estat elevats pels diferents serveis o per les interessades.
- c) Organització i control dels equips de Metges especialistes.
- d) Inspecció dels diferents serveis.
- e) Proposició i suggerències sobre modificacions de les presents normes.
- f) Resolució dels assumptes i de les circumstàncies no previstes referents al Decret i a les Normes per a la Regulació de la Interrupció Artificial de l'embaràs.

Art. 22. Contra les resolucions dictades per la Comissió Tècnica, únicament es podrà recórrer, davant el Conseller de Sanitat i Assistència Social, en el termini de deu dies.


Barcelona, 1.^o de març del 1937

El Conseller
de Sanitat i Assistència Social
PERR IRRERA

Anexos a què fa referència l'Ordre precedent

Model de fitxa d'exploració n.º 1

(Avers)



GENERALITAT DE CATALUNYA **SERVEI DE LA INTERRUPCIÓ ARTIFICIAL DE L'EMBARÀS**

DEPARTAMENT DE SANITAT
I ASSISTÈNCIA SOCIAL

EXPLORACIÓ

Cognoms i nom Efectuada la intervenció el d..... del 193...

Presentada al servei d'exploració d..... el d..... del 193...

Alta el d..... del 193...

Natural d..... Resident a plaça n.º pis porta
carrer

Edat Estat

Sap llegir i escriure? Professió

Dades familiars

Motiu allegat

Història toco-ginecològica (antecedents familiars, antecedents personals i estat actual)

(Revers)

Història mèdico-psicològica (antecedents familiars, antecedents personals i estat actual físic i psíquic)

Caràcter, constitució, temperament i síntesi de la seva vida amorosa i sexual

Dades de laboratori. (Protis, albúmina, glucosa, contacte eritro-leucocitari i altres dades que hom cregui convenientes)

Passada a intervenció el dia d..... del 193...


Denegada la intervenció el dia d..... del 193... per (*motius*)

Tractament pre-operatori necessari en cas de contraindicació mèdica. Començat el dia d..... del 193... Acabat el dia del

Observacions:

(Segell del Servei)

Model de fitxa d'intervenció n.º 2

	
GENERALITAT DE CATALUNYA	SERVEI DE LA INTERRUPTIÓ ARTIFICIAL DE L'EMBARAS
DEPARTAMENT DE SANITAT I ASSISTÈNCIA SOCIAL	
INTERVENCIÓ	
Cognoms i nom	Intervinguda el dia d..... del 193..
Presentada al servei d'intervenció d.....	el dia d..... del 193..
Ocupa la Sala	n.º Alta el dia d..... del 193..
Intervenció. Cura pre-operatòria
Tècnica emprada
.....
Curs post-operatori
.....
Observacions:
.....
.....
(Segell del Servei)	

ANEXO 3

Ley orgánica 9/1985, de 5 de julio, de Despenalización del Aborto en Determinados Supuestos, Boletín Oficial del Estado, nº 166, 12 julio de 1985, p. 2204.

I. Disposiciones generales

JEFATURA DEL ESTADO

14138 LEY ORGANICA 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.

JUAN CARLOS I,
REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley Orgánica.

Artículo único.

El artículo 417 bis del Código Penal queda redactado de la siguiente manera:

«1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

1.^ª Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2.^ª Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3.^ª Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

2. En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aún cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.»

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades que guarden y hagan guardar esta Ley Orgánica.

Palacio de la Zarzuela, Madrid, a 5 de julio de 1985.

El Presidente del Gobierno,
FELIPE GONZALEZ MARQUEZ

JUAN CARLOS R.

14139 CORRECCION de errores del Instrumento de adhesión de España al Convenio Internacional del Yute y de los Productos del Yute, hecho en Ginebra el 1 de octubre de 1982.

Advertidos algunos errores en el texto del Convenio Internacional del Yute y de los Productos del Yute, hecho en Ginebra el 1 de octubre de 1982, publicado en el «Boletín Oficial del Estado» número 128, de 29 de mayo de 1985, a continuación se transcriben las correspondientes correcciones:

Capítulo II, artículo 2, apartado 12, donde dice: «exportadores de productos del yute», debe decir: «exportaciones de productos del yute».

Capítulo IV, artículo 8, última línea, apartado 2, donde dice: «sean elegidos por votación especial del Consejo», debe decir: «sean reelegidos por votación especial del Consejo».

Lo que se hace público para conocimiento general.
Madrid, 21 de junio de 1984.—El Secretario general técnico del Ministerio de Asuntos Exteriores, Fernando Perpiña-Robert Peyra.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

14140 PLANTEAMIENTO de la cuestión de inconstitucionalidad número 545/1985.

El Tribunal Constitucional, por providencia de 26 de junio actual, ha admitido a trámite la cuestión de inconstitucionalidad número 545/1985, promovida por la Magistratura de Trabajo número 18 de Madrid, por supuesta inconstitucionalidad de los párrafos 2 y 3 de la disposición adicional 5.^ª de la Ley 44/1983, de 28 de diciembre, de Presupuestos del Estado para 1984, por oposición a los artículos 9.3, 33.3 y 106 de la Constitución.

Lo que se publica para general conocimiento.

Madrid, 26 de junio de 1985.—El Secretario de Justicia (firmado y rubricado).

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

14141 CORRECCION de errores del Real Decreto 159/1981 de 9 de enero, sobre transferencia de servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña, en materia de patrimonio arquitectónico, edificación y vivienda.

Advertido error en el texto remitido para su publicación del citado Real Decreto inserto en el «Boletín Oficial del Estado» número 33, de fecha 7 de febrero de 1981, se transcribe a continuación su oportuna modificación:

En la página 2823, relación número 1, apartado b), donde dice: «El laboratorio sito en la parcela VII-I del polígono Campoclaro» de Tarragona, debe decir: «El laboratorio sito en la parcela VIII-I del polígono Campoclaro» de Tarragona.

14142 CORRECCION de errores del Real Decreto 652/1985, de 19 de abril, sobre traspaso de funciones y servicios del Estado a la Comunidad Autónoma de La Rioja, en materia de asistencia y servicios sociales.

Advertido error en el texto remitido del Real Decreto 652/1985, de 19 de abril, sobre traspaso de funciones y servicios del Estado a la Comunidad Autónoma de La Rioja, en materia de asistencia y servicios sociales, inserto en el «Boletín Oficial del Estado» número 113, de 11 de mayo de 1985, procede establecer la oportuna corrección:

En la página 13479, relación 3.2. (INAS), al final del recuadro debe decir: «Para la actualización de la valoración definitiva (pesetas 1984) a pesetas 1985, se han utilizado los incrementos aplicados a los respectivos capítulos en los Presupuestos Generales del Estado para el año 1985. En el caso de que el convenio colectivo para el personal laboral, acordara incrementos diferentes, a la Relación 3.2. se le aplicarán los correspondientes diferenciales».

14143 ORDEN de 28 de mayo de 1985 por la que se delegan determinadas atribuciones en el Comisario general de España para la sede de Sevilla en la Exposición Universal Sevilla-Chicago 1992.

Excmo. Sr.: Establecidas las funciones del Comisario general de España para la sede de Sevilla en la Exposición Universal Sevilla-Chicago 1992, por el Real Decreto 487/1985, de 10 de abril, se hace preciso disponer un régimen de delegación de atribuciones.

ANEXO 4

Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Boletín Oficial del Estado, nº 55, Jueves 4 de marzo de 2010, pp. 21001-21014.

JEFATURA DEL ESTADO

3514 *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley orgánica.

PREÁMBULO

I

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

La protección de este ámbito de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos. La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales. Así, en el ámbito de Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar». Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia». En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar «el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de

001 BCE-A-2/0103/14

manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos», así como a que «mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás».

La presente Ley pretende adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La Ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos.

La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral, introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prenatal.

II

El primer deber del legislador es adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, procurando siempre que la innovación normativa genere certeza y seguridad en las personas a quienes se destina, pues la libertad sólo encuentra refugio en el suelo firme de la claridad y precisión de la Ley. Ese es el espíritu que inspira la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Hace un cuarto de siglo, el legislador, respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en relación con la maternidad, despenalizó ciertos supuestos de aborto. La reforma del Código Penal supuso un avance al posibilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concuriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo.

La necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que «en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada» y, por otro lado, que «una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo».

En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico. La experiencia



acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico. Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.

En la concreción del modelo legal, se ha considerado de manera especialmente atenta la doctrina constitucional derivada de las sentencias del Tribunal Constitucional en esta materia. Así, en la sentencia 53/1985, el Tribunal, perfectamente dividido en importantes cuestiones de fondo, enunció sin embargo, algunos principios que han sido respaldados por la jurisprudencia posterior y que aquí se toman como punto de partida. Una de esas afirmaciones de principio es la negación del carácter absoluto de los derechos e intereses que entran en conflicto a la hora de regular la interrupción voluntaria del embarazo y, en consecuencia, el deber del legislador de «ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, tratando de armonizarlos si ello es posible o, en caso contrario, precisando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos» (STC 53/1985). Pues si bien «los no nacidos no pueden considerarse en nuestro ordenamiento como titulares del derecho fundamental a la vida que garantiza el artículo 15 de la Constitución» esto no significa que resulten privados de toda protección constitucional (STC 116/1999). La vida prenatal es un bien jurídico merecedor de protección que el legislador debe hacer eficaz, sin ignorar que la forma en que tal garantía se configure e instrumente estará siempre intermediada por la garantía de los derechos fundamentales de la mujer embarazada.

La ponderación que el legislador realiza ha tenido en cuenta la doctrina de la STC 53/1985 y atiende a los cambios cualitativos de la vida en formación que tienen lugar durante el embarazo, estableciendo, de este modo, una concordancia práctica de los derechos y bienes concurrentes a través de un modelo de tutela gradual a lo largo de la gestación.

La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina «autodeterminación consciente», dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.

La experiencia ha demostrado que la protección de la vida prenatal es más eficaz a través de políticas activas de apoyo a las mujeres embarazadas y a la maternidad. Por ello, la tutela del bien jurídico en el momento inicial de la gestación se articula a través de la voluntad de la mujer, y no contra ella. La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención. La Ley dispone un plazo de reflexión de al menos tres días y, además de exigir la claridad y coherencia de la información, impone condiciones para que ésta se ofrezca en un ámbito y de un modo exento de presión para la mujer.

En el desarrollo de la gestación, «tiene –como ha afirmado la STC 53/1985– una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre». El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concorra alguna de estas dos indicaciones: «que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada», o «que exista riesgo de graves anomalías en el feto». Estos supuestos de interrupción voluntaria del embarazo de carácter médico se regulan con las debidas garantías a fin de acreditar con la mayor seguridad posible la concurrencia de la indicación. A diferencia de la regulación vigente, se establece un límite temporal cierto en la aplicación de la llamada indicación terapéutica, de modo que en caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de la vigésimo segunda semana de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido, con lo que el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el interés en la protección de la vida en formación se armonizan plenamente.

Más allá de la vigésimo segunda semana, la ley configura dos supuestos excepcionales de interrupción del embarazo. El primero se refiere a aquellos casos en que «se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida», en que decae la premisa que hace de la vida prenatal un bien jurídico protegido en tanto que proyección del artículo 15 de la Constitución (STC 212/1996). El segundo supuesto se circunscribe a los casos en que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico». Su comprobación se ha deferido al juicio experto de profesionales médicos conformado de acuerdo con la evidencia científica del momento.

La Ley establece además un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres. Con estas previsiones legales se pretende dar solución a los problemas a que había dado lugar el actual marco regulador tanto de desigualdades territoriales en el acceso a la prestación como de vulneración de la intimidad. Así, se encomienda a la Alta Inspección velar por la efectiva igualdad en el ejercicio de los derechos y el acceso a las prestaciones reconocidas en esta Ley.

Asimismo se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley.

Se ha dado nueva redacción al artículo 145 del Código Penal con el fin de limitar la pena impuesta a la mujer que consiente o se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la ley eliminando la previsión de pena privativa de libertad, por un lado y, por otro, para precisar la imposición de las penas en sus mitades superiores en determinados supuestos. Asimismo se introduce un nuevo artículo 145 bis, a fin de incorporar la penalidad correspondiente de las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo dentro de los casos contemplados por la ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella.

Finalmente, se ha modificado la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se sujete al régimen general previsto en esta Ley y eliminar la excepcionalidad establecida en este caso.

III

La Ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones, los principios inspiradores de la ley y proclama los derechos que garantiza.

El Título Primero, bajo la rúbrica «De la salud sexual y reproductiva», se articula en cuatro capítulos. En el capítulo I se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. El capítulo II contiene las medidas en el ámbito sanitario y el capítulo III se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV tiene como objeto

BOE-A-2010-264

la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

En el Título Segundo se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y las garantías en el acceso a la prestación.

La disposición adicional primera mandata que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley.

La disposición adicional segunda impone al Gobierno la evaluación del coste económico de los servicios y prestaciones incluidos en la Ley así como la adopción de medidas previstas en la Ley 15/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la disposición adicional tercera se refiere al acceso a los métodos anticonceptivos y su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La disposición derogatoria deroga el artículo 417 bis del Código Penal introducido en el Código Penal de 1973 por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y cuya vigencia fue mantenida por el Código Penal de 1995.

La disposición final primera da nueva redacción al artículo 145 del Código Penal e introduce un nuevo artículo 145 bis, y la disposición final segunda modifica el apartado cuarto del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Finalmente, las restantes disposiciones finales se refieren al carácter orgánico de la ley, la habilitación al Gobierno para su desarrollo reglamentario, el ámbito territorial de aplicación de la Ley y la entrada en vigor que se fija en cuatro meses desde su publicación, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para su plena aplicación.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

Constituye el objeto de la presente Ley Orgánica garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

Artículo 2. Definiciones.

A los efectos de lo dispuesto en esta Ley se aplicarán las siguientes definiciones:

- a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- b) Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.
- c) Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

Artículo 3. Principios y ámbito de aplicación.

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.
2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.

3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 4. *Garantía de igualdad en el acceso.*

El Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta Ley.

TÍTULO I

De la salud sexual y reproductiva

CAPÍTULO I

Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva

Artículo 5. *Objetivos de la actuación de los poderes públicos.*

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:

a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.

b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.

c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.

d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.

e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.

f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:

a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.

b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

Artículo 6. *Acciones informativas y de sensibilización.*

Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

CAPÍTULO II

Medidas en el ámbito sanitario

Artículo 7. Atención a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- c) La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrán en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad.
- d) La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.

Artículo 8. Formación de profesionales de la salud.

La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá:

- a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.
- c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.
- d) En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO III

Medidas en el ámbito educativo

Artículo 9. Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.

El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

- a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.
- d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
- e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.

f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

Artículo 10. Actividades formativas.

Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.

CAPÍTULO IV

Estrategia de salud sexual y reproductiva

Artículo 11. Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

Para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales.

La Estrategia se elaborará con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades.

La Estrategia tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

TÍTULO II

De la interrupción voluntaria del embarazo

CAPÍTULO I

Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 12. Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

Artículo 13. Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero.—Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.—Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tertero.—Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.

Cuarto.—En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. *Interrupción del embarazo a petición de la mujer.*

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. *Interrupción por causas médicas.*

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Artículo 16. *Comité clínico.*

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.

2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.

3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.

4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

Artículo 17. Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:

a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.

b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.

d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

3. En el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b del artículo 15 de esta Ley, la mujer recibirá además de la información prevista en el apartado primero de este artículo, información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.

4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita.

CAPÍTULO II

Garantías en el acceso a la prestación

Artículo 18. Garantía del acceso a la prestación.

Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.**

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

3. Las intervenciones contempladas en la letra c) del artículo 15 de esta Ley se realizarán preferentemente en centros cualificados de la red sanitaria pública.

Artículo 20. Protección de la Intimidad y confidencialidad.

1. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo asegurarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Los centros prestadores del servicio deberán contar con sistemas de custodia activa y diligente de las historias clínicas de las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

Artículo 21. Tratamiento de datos.

1. En el momento de la solicitud de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, los centros, sin proceder al tratamiento de dato alguno, habrán de informar a la solicitante que los datos identificativos de las pacientes a las que efectivamente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo.

2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo establecerán mecanismos apropiados de automatización y codificación de los datos de identificación de las pacientes atendidas, en los términos previstos en esta Ley.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, se considerarán datos identificativos de la paciente su nombre, apellidos, domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, documento nacional de identidad o documento identificativo equivalente, así como cualquier dato que revele su identidad física o genética.

3. En el momento de la primera recogida de datos de la paciente, se le asignará un código que será utilizado para identificarla en todo el proceso.

4. Los centros sustituirán los datos identificativos de la paciente por el código asignado en cualquier información contenida en la historia clínica que guarde relación con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, de forma que no pueda producirse con carácter general, el acceso a dicha información.

5. Las informaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo deberán ser conservadas en la historia clínica de tal forma que su mera visualización no sea posible salvo por el personal que participe en la práctica de la prestación, sin perjuicio de los accesos a los que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 22. Acceso y cesión de datos de carácter personal.

1. Únicamente será posible el acceso a los datos de la historia clínica asociados a los que identifican a la paciente, sin su consentimiento, en los casos previstos en las disposiciones legales reguladoras de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

Cuando el acceso fuera solicitado por otro profesional sanitario a fin de prestar la adecuada asistencia sanitaria de la paciente, aquí se limitará a los datos estricta y exclusivamente necesarios para la adecuada asistencia, quedando constancia de la realización del acceso.

En los demás supuestos amparados por la ley, el acceso se realizará mediante autorización expresa del órgano competente en la que se motivarán de forma detallada las causas que la justifican, quedando en todo caso limitado a los datos estricta y exclusivamente necesarios.

2. El informe de alta, las certificaciones médicas y cualquier otra documentación relacionada con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo que sea necesaria a cualquier efecto, será entregada exclusivamente a la paciente o persona autorizada por ella. Esta documentación respetará el derecho de la paciente a la intimidad y confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal recogido en este Capítulo.

3. No será posible el tratamiento de la información por el centro sanitario para actividades de publicidad o prospección comercial. No podrá recabarse el consentimiento de la paciente para el tratamiento de los datos para estas actividades.

Artículo 23. Cancelación de datos.

1. Los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria de embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. No obstante, la documentación clínica podrá conservarse cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en cuyo caso se procederá a la cancelación de todos los datos identificativos de la paciente y del código que se le hubiera asignado como consecuencia de lo dispuesto en los artículos anteriores.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entenderá sin perjuicio del ejercicio por la paciente de su derecho de cancelación, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Disposición adicional primera. De las funciones de la Alta Inspección.

El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud.

Para la formulación de propuestas de mejora en equidad y accesibilidad de las prestaciones y con el fin de verificar la aplicación efectiva de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno elaborará un informe anual de situación, en base a los datos presentados por las Comunidades Autónomas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional segunda. Evaluación de costes y adopción de medidas.

El Gobierno evaluará el coste económico de los servicios y prestaciones públicas incluidas en la Ley adoptando, en su caso, las medidas necesarias de conformidad a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera. Acceso a métodos anticonceptivos.

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

Disposición derogatoria única. Derogación del artículo 417 bis del Código Penal.

Queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3056/1973, de 14 de septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Uno.—El artículo 145 del Código Penal queda redactado de la forma siguiente:

«Artículo 145.

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésima segunda semana de gestación.»

Dos.—Se añade un nuevo artículo 145 bis del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 145 bis.

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

- a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;
- b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;
- c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;
- d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésima segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.»

Tres.—Se suprime el inciso «417 bis» de la letra a) del apartado primero de la disposición derogatoria única.



Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

El apartado 4 del artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, tendrá la siguiente redacción:

«4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.»

Disposición final tercera. *Carácter orgánico.*

La presente Ley Orgánica se dicta al amparo del artículo 81 de la Constitución. Los preceptos contenidos en el Título Preliminar, el Título I, el capítulo II del Título II, las disposiciones adicionales y las disposiciones finales segunda, cuarta, quinta y sexta no tienen carácter orgánico.

Disposición final cuarta. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley.

En tanto no entre en vigor el desarrollo reglamentario referido, mantienen su vigencia las disposiciones reglamentarias vigentes sobre la materia que no se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final quinta. *Ámbito territorial de aplicación de la Ley.*

Sin perjuicio de las correspondientes competencias autonómicas, el marco de aplicación de la presente Ley lo será en todo el territorio del Estado.

Corresponderá a las autoridades sanitarias competentes garantizar la prestación contenida en la red sanitaria pública, o vinculada a la misma, en la Comunidad Autónoma de residencia de la mujer embarazada, siempre que así lo solicite la embarazada.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

La Ley entrará en vigor en el plazo de cuatro meses a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto, Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.

Madrid, 3 de marzo de 2010.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
JOSE LUIS RODRIGUEZ ZAPATERO

BOE-A-2010-2614

ANEXO 5

Documento de Consentimiento Informado

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Susana Ortega Larrea, Profesor Titular de la Escuela Universitaria de San Sebastián UPV/EHU y responsable del Proyecto de Investigación denominado “Mujer y Aborto. Vivencia y análisis”.

Solicito de Dña.....su colaboración directa en dicho proyecto mediante el relato oral acerca de su experiencia, recuerdos, emociones surgidas en su interrupción voluntaria del embarazo.

Le informo que dicho testimonio será grabado y que posteriormente sus declaraciones serán transcritas para facilitar el análisis de los datos. Si lo desea se le dará una copia de todo lo que haya manifestado y que se encuentre grabado.

Podrá no contestar a las preguntas que se le planteen, así como podrá contestar sin que se grabe, y que podrá retirar el consentimiento informado voluntariamente en cualquier momento.

Sus datos serán custodiados según la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal)

La informante acepta las cuestiones arriba indicadas ya que ha sido informada de forma precisa y clara.

Fdo: Susana Ortega Larrea

Fdo:

-DIFUSION CIENTIFICA-

Presentación de Comunicación libre en el I Congreso Internacional de ideología de Género, titulada: *“El aborto: poder y manipulación de conceptos en el cuerpo de la mujer”*



Universidad de Navarra
Facultad de Derecho

D^a. Susana Ortega Larrea

ha presentado Comunicación libre con el título

***“El aborto: poder y manipulación de conceptos en
el cuerpo de la mujer”***

en el

I Congreso Internacional de Ideología de Género

celebrado en Pamplona del 9 al 11 de febrero de 2011.

Y para que así conste y surta efecto donde proceda, se firma en Pamplona el día
11 de febrero de 2011.

D^a. Ángela Aparisi Miralles
Directora del Comité Organizador

D. Pablo Sánchez-Ostiz
Decano de la Facultad

Inicio

Presentación

Comités

Programa

Comunicaciones
aceptadas

Alojamiento

Comunicaciones aceptadas

Las comunicaciones deberán entregarse una semana antes del congreso en el siguiente correo electrónico: ojc@unav.es

La duración de las comunicaciones será de 10 minutos y no podrán presentarse documentos de más de **4 caras de extensión**.

Congreso Internacional de Ideología de Género Sesiones de presentación de comunicaciones

Día 9 de febrero de 2011

Aula Magna:

Moderadora: M^a Cruz Díaz de Terán

Número de comunicaciones: 8

Horario: 18:00 a 20:00

Cortés, Carmen (Abad Oliba CEU): "Derechos humanos y mujer: los derechos de la mujer entre la tercer y la cuarta generación".

Curiel, Luis Antonio (Universidad CEU-San Pablo): "Información e Ideología de Género: De la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Pekín a la Propaganda del Ministerio de Igualdad Español".

González Marsal, Carmen (Universidad Complutense de Madrid): "Los principios de VOGYAKARTA".

Murube, Carolina: "La ideología de género en las Conferencias Mundiales de la Mujer organizadas por Naciones Unidas".

Monereo Atienza, Cristina (Universidad de Málaga, España), Igualdad de género, capacidades humanas y derechos fundamentales

Sánchez Maíllo, Carmen (CEU Universidad San Pablo): Las negaciones de lo humano presentes en la ideología de género.

Cristofari, Fabiana (Università Studi di Catania, Italia): "Diritto e differenza sessuale."

Corujo Martín, Eva (Oficina de Farmacia, Madrid) "Ideología de Género y Anticoncepción"

Aula 31:

Moderadora: Carolina Montoro

Número de comunicaciones: 8

Horario: 18:00 a 20:00

Moreno, María Pilar (Comisión de Igualdad de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios, CSIF, España), "La ley española de medidas de protección integral contra la violencia de género: conceptos y datos estadísticos"

Barrios Baudor, Guillermo (Universidad Rey Juan Carlos, España): "Tratamiento de la violencia de género en el ámbito jurídico-laboral: un apunte jurisprudencial."

Méndez, Jary (Universidad del Istmo, Guatemala): "La imposibilidad de la perspectiva constitucional de la ideología de género a la luz del derecho de igualdad y de la función social del derecho."

Moreno Rangel, César Humberto (Universidad Rey Juan Carlos, España): "La ideología de género frente a la objeción de conciencia."

Gil Rodríguez de Clara, Vanessa E. (Universidad CEU San Pablo, España): "La génesis del género por imperativo legal."

Manzano Salcedo, Ángela (Ayuntamiento de Madrid, España): "La ideología de género en la ley orgánica española 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo"

Navarro Galaz, Marco Antonio: (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile): "La influencia de la ideología de género en la interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: análisis de los argumentos de la Comisión Interamericana en el caso Karen Atala v. Chile."

Soto Dobles, Milena (Asamblea Legislativa, Costa Rica), "Las experiencias en la Asamblea Legislativa de Costa Rica y en el Ordenamiento Jurídico costarricense con las leyes de ideología de género."

Aula FEUN:

Moderadora: Martha Miranda

Número de comunicaciones: 9

Horario: 18:00 a 20:00

Álvarez, Carmen (Facultad de Teología San Dámaso, Pontificio Instituto Juan Pablo II): "Más allá del género y del sexo: el lenguaje del cuerpo según Juan Pablo II".

Solé Romeo, Gloria (Historiadora) "Hombres y mujeres hoy: ¿cooperación o conflicto? Reflexiones de Benedicto XVI".

García Ureña, Lourdes (Universidad CEU-San Pablo): "¿Identidad o igualdad y diferencia? Una respuesta a partir del análisis semántico".

García-Cano Lizcano, Fernando (Profesor de Filosofía en la Escuela de Arte Pedro Almodóvar de Ciudad Real) "Transhumanismo, ideología de género y laicismo"

Monachese, Angela (Pontificia Università Urbaniana, Roma): "La relazione di "genere" e la famiglia"

Bosca, Roberto (Universidad Austral): "Las teologías del género"

Candanedo Páez, Giancarlo: "Visión masculina sobre la dignidad de la mujer y su participación en la vida democrática".

Vélez Fraga, Ondina (Universidad CEU San Pablo): "Lactancia, Maternidad y género".

Onofri, Fra Alberto: "La reciprocità del maschile e del femminile nella Fraternità Francescana di Betania".

Día 10 de febrero de 2011

Aula Magna:

Moderadora: Carolina Montoro

Número de comunicaciones: 7

Horario: 18:00 a 20:00

Santos Rodríguez, Patricia (Universidad CEU San Pablo, España), La conquista de Oriente. Estudio geopolítico del actual alcance de la ideología de género en Asia y Oceanía

Arquero Moreno, M^a Ángeles (Delegación para la Igualdad y Bienestar Social de Málaga. Junta de Andalucía, España), Perspectiva de género en la Ley de Dependencia

García Orellán, Rosa y Ortega Larrea, Susana (Universidad del País Vasco, España), El aborto: poder y manipulación de conceptos en el cuerpo de la mujer

Sancho Martínez, Ana (Asociación Revitalización del Bilbao Metropolitano, España), Ciudad y perspectiva de género a raíz de Hábitat II

Mujer y aborto

Albareda Tiana, Silvia (Universitat Internacional de Catalunya, España), Aportaciones del ecofeminismo al paradigma de la sostenibilidad

Polo Mercader, Mónica (Universidad de Girona), Discriminación en el acceso al empleo: estudio de las cuestiones de género en las reformas laborales de 2010

Portillo Janáriz, Juan Carlos (Universidad San Pablo CEU - Universidad Complutense de Madrid, España), Consecuencias de las leyes promulgadas con perspectiva de género en España

Aula 31:

Moderadora: M^a Cruz Díaz de Terán

Número de comunicaciones: 8

Horario: 18:00 a 20:00

Cases, Enrique (Universidad Internacional de Catalunya): Platón y el andrógino

Ibarra, Diana (Centro de Investigación Social Avanzada): "¿Es Aristóteles al "sexo" lo que Platón al "género"?"

Chinchilla, Érika (Editorial Promesa): La investigación de Inger Enkvist sobre las contradicciones entre los estudios de género, la nueva pedagogía y la calidad de la educación femenina

Ospina, Helena (Editorial Promesa): "El aporte de Jutta Burqgraf a la categoría de género".

Urabayen, Julia (Universidad de Navarra, España), El género como diferencia apolítica en la obra de Hanna Arendt

Weterhorstmann, Katharina (University of Freiburg): "What is a Human Person? Recent Gender Theories and the Teaching of Edith Stein (1891-1942) on Woman and Man".

Vaamonde, Marta (IES Brianda de Mendoza, Guadalajara): "El sentido dicotómico de la identidad genérica en el debate feminista actual y su ampliación significativa a través del método empírico de John Dewey".

Frontera Zunzunegui, M^a Enriqueta (Universidad de Salamanca): "Notas sobre el itinerario formativo y académico de una científica española de la Edad de Plata: Pilar de Madanaga Rojo."

Aula FEUN:

Moderadora: Dolores López

Número de comunicaciones: 8

Horario: 18:00 a 20:00

Barreiros Lopes de Freitas, Maria Amélia (Universidade Católica Portuguesa de Braga, Portugal), La variable "género" en educación

Brice, Natalia y García, Fernando: "Educación diferenciada e igualdad de oportunidades".

Mújica Rivas, María Lilián y Pizarro Retamazo, Ana: "La ideología de género en la educación. Análisis de documentos oficiales y claves de una propuesta alternativa."

Huarcaya Rentería, Gloria (Universidad de Piura): "La ideología del género y los nuevos estereotipos. Análisis crítico de la perspectiva de género en algunos textos de educación secundaria de Perú"

Beltramo, Carlos (Universidad de Navarra): "Desafíos de la ideología de género en la educación: el aporte de la Pedagogía de la Integración de la Persona Humana (PIPH) y el programa Aprendiendo a Querer (AaQ)"

Sánchez Aranda, José Javier (Universidad de Navarra): "La denominada perspectiva de género en el ámbito comunicativo"

Leiva, Ricardo: La subvaloración de la mujer en la prensa (Universidad de Navarra).

Chirinos Montalbetti, Maria Pia (Universidad de Piura, Perú) "Care Ethics: la revalorización del cuidado cotidiano en el ámbito familiar"

Día 11 de febrero de 2011

Aula Magna:

Moderadora: Dolores López

Número de comunicaciones: 4

Horario: 16:00 a 17:00

Martínez Conde, Carmen María (Universidad de A Coruña): "Conciliación de la vida familiar y laboral, feminismo e ideología de género."

Bernal, M^a del Carmen (IPADE): "Lo esencial es invisible a los ojos. El talento no tiene sexo."

León Llorente, Consuelo (Universidad Internacional de Catalunya): "Mujeres directivas ¿agentes de cambio en la empresa?."

Navarro, Ana M^a (Universidad de Navarra): "Hogar y conciliación."

Aula 31:

Moderadora: Martha Miranda

Número de comunicaciones: 4

Horario: 16:00 a 17:00

Ares Arroyo, Loreto y Pedraz Poza, Sara A. (Universidad Autónoma de Madrid): "Influencia del postfeminismo en España: evolución de los cánticos de las manifestaciones feministas españolas"

Chaves de Tobar, Matilde (Universidad de Salamanca) "El rol de la mujer española en la transmisión de la tradición oral."

Olarte Martínez, Matilde (Universidad de Salamanca): "La identidad de la mujer española como informante de la tradición oral."

López López, Pablo (IES Campos y Torozos): "El generismo, fase avanzada del denaturalismo".

Conoce la universidad

Presentación
Ven a visitarnos
Clínica Universidad de Navarra
IESE Business School
Opus Dei y Universidad de Navarra

Estudios

Buscador de Grados
Títulos propios
Másteres
Programas de doctorado
Solicitud de información

Investigación

Biblioteca
Centro de Investigación Médica Aplicada
Centro de Investigación en Farmacobiología Aplicada
Centro de Investigaciones CEIT
Gestión de la Investigación (OTRI)

Alumnos

Becas y ayudas
Prácticas y Empleo
Futuros Alumnos
Actividades culturales
Capellanía universitaria

Síguenos

Noticias
RSS
YouTube
Twitter
Facebook

Garcia-Orellán, R.; Ortega Larrea, S. El aborto: poder y manipulación de conceptos en el cuerpo de la mujer. En *Ideología de Género. Perspectivas filosófica-antropológica, social y jurídica* (pp. 173-185). San José de Costa Rica: Promesa Universidad de Navarra

MARTHA MIRANDA Y DOLORES LÓPEZ (Eds.)

IDEOLOGÍA DE GÉNERO

Perspectivas filosófica-antropológica,
social y jurídica

TOMO II

DIRECTORES DE COLECCIONES

Martha Miranda y Dolores López (Eds.)

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES

Antropología: Rosario Athié Lámbarri (México)
Arquitectura: María Antonia Frías Sagardoy (España)
Centenario: Helena Ospina (Costa Rica-Colombia)
Cine: Antonio Yglesias (Costa Rica)
Derecho: Jorge Scala (Argentina)
Educación: Concepcion Naval (España)
Espiritualidad: Javier Abad-Gomez (Colombia)
Familia: Ana María Navarro (España)
Filosofía: Cecilia Echeverría (Guatemala)
Historia: Mariano Fazio (Italia-Argentina)
Milenio: Mauricio Viquez (Costa Rica)
Moda: María Rosa Noda (Guatemala)
Orientación Familiar: María Adela Tamés (Colombia)
Pensamiento y Creatividad: Alfonso López Quintás (España)
Psicología: José Benigno Freire (España)
Teología: Josep-Ignasi Saranyana (España)

Ideología de género:
Perspectivas filosófica-antropológica,
social y jurídica

ÁREA DE ARTE Y LITERATURA

Arte: Ralf van Bühren (Roma)
Autobiografía y Biografía: Cristina Viñuela (Argentina)
Cuento: Rosa Elena Cerdas Sáenz (Costa Rica)
Encuentros Culturales: PROMESA (Nacional e Internacional)
Encuentros Mesoamericanos: Helena Ospina (Costa Rica)
Ensayo: Victor Valenbois (Costa Rica)
Escritores Latinoamericanos: Gustavo González Villanueva (Costa Rica)
Literatura universal: Enrique Banús, Marcin Kazmierczak
Novela: Luis Miguel Fernández Cuervo (El Salvador)
Poesía: Ana Zolaya (Costa Rica)
Poética: Rafael Jiménez Cataño (México)
Relato: María Rosa Noda (Guatemala)
Teatro: Silvia Mas (Italia)



Antropología 15

305.3
 II.951 Ideología de género: Perspectivas filosófica-
 antropológica, social y jurídica: Vol. II. Editado por
 María Miranda, Dolores López. — 1. ed. —
 San José, C.R. : Promesa, 2011.
 268 p. : 14 X 21 cm. (Antropología : n. 15)
 ISBN: 978-9968-41-299-4 (Volumen 2)
 ISBN: 978-9968-41-202-7 (Obra Completa)
 1. Igualdad de Género. 2. Derechos de las Mujeres.
 3. Igualdad de Oportunidades. I. Miranda, María, ed.
 II. López-Dobos, ed. IV. Trilce.

Dirección editorial: Helena Ospina
 Coordinación: Erika Chinchilla
 Impresión y Artes finales: Publicaciones El Atabal, S.A.

Derechos Reservados
 Hecho el Depósito de Ley
 Prohibida la reproducción total o parcial de este libro,
 por cualquier medio sin permiso de la editorial.

© PROMESA
 Promotora de Medios de Comunicación S.A.

Edificio Electronic Engineering
 260 Norte del Mall San Pedro
 Tel. (506) 2283-3033 Fax. (506) 2225-1286
 info@promescultural.com
 www.promescultural.com
 Apartado 4300-1000 San José, Costa Rica

Índice

Parte III
 Perspectiva jurídica

Capítulo 6 Aspectos Generales

Fabiana Cristofari	
<i>Diritto e differenza sessuale</i>	15
Vanessa E. Gil	
<i>La génesis del género por imperativo legal</i>	35
Jary Méndez	
<i>La imposibilidad de la perspectiva constitucional de la ideología de género a la luz del derecho de igualdad y de la función social del derecho</i>	53
César Moreno-Rangel	
<i>La ideología de género frente a la objeción de conciencia</i>	61

Capítulo 7 Normativa internacional

Carmen Coetès	
<i>Derechos humanos y mujer: los nuevos derechos de la mujer entre la tercera y la cuarta generación</i>	77
Carmen Marsal-González	
<i>Los principios de Yogyakarta</i>	91
Carolina Murube	
<i>La "ideología de género" a través del concepto de igualdad y familia en la I Conferencia Mundial de la Mujer (1975)</i>	97

Patricia Santos	
<i>La conquista de Oriente: estudio geopolítico del actual alcance de la ideología de género en Asia y Oceanía</i>	109
Milena Soto	
<i>Las experiencias en la Asamblea Legislativa de Costa Rica y en el Ordenamiento Jurídico costarricense con las leyes de ideología de género</i>	137
Capítulo 8 Legislación española	
M ^a Ángeles Arquero	
<i>Perspectiva de género en la Ley de Dependencia</i>	157
Guillermo L. Barrios	
<i>Tratamiento de la violencia de género en el ámbito jurídico-laboral: un apunte jurisprudencial</i>	167
Rosa García-Orellán y Susana Ortega	
<i>El aborto: poder y manipulación de conceptos en el cuerpo de la mujer</i>	173
Ángela Manzano	
<i>La ideología de género en la Ley Orgánica española 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo</i>	187
Cristina Monereo	
<i>Igualdad de género, capacidades humanas y derechos fundamentales</i>	195
María Pilar Moreno	
<i>The Spanish Constitutionally Binding Act 1/2004 on Comprehensive Protection Measures Against Gender-Based Violence: Concepts and Statistics</i>	215
Mónica Polo	
<i>Discriminación en el acceso al empleo: estudio de las cuestiones de género en las reformas laborales de 2010</i>	221
Juan Carlos Portillo	
<i>Consecuencias de las leyes promulgadas con perspectiva de género en España</i>	245

**EL ABORTO:
PODER Y MANIPULACIÓN
DE CONCEPTOS EN EL CUERPO DE LA MUJER¹¹**

ROSA GARCIA-ORELLÁN
Universidad Pública de Navarra
Pamplona - España

SUSANA ORTEGA
Universidad del País Vasco
Bilbao - España

Como profesionales de la salud en el ámbito del cuidado e investigadoras en dicho campo, vamos a presentar el aborto desde una doble perspectiva, incluyendo el aspecto legal vinculado al mismo, si bien queremos destacar que no es de nuestra disciplina, sin embargo en este objeto de estudio es uno de los aspectos determinantes. En segundo lugar abordaremos la dicotomía entre el aborto espontáneo que socialmente se considera como una pérdida para la mujer y el aborto inducido que es socialmente silenciado. A modo de conclusión reflexionaremos sobre la manipulación de

¹¹ Este trabajo forma parte de un proceso de investigación llevado a cabo por Doña Susana Ortega Larrea profesora titular de la Escuela de Enfermería II que comenzó en la realización de su master y lo reflexionó con motivo del Congreso. La aportación de Rosa García-Orellán doctora en antropología, es únicamente una reflexión antropológica y de guía de la exposición.

conceptos que se dinamizan en torno a este tema en los dos aspectos aquí mostrados.

El aborto es un tema que posiciona a diferentes sectores de la sociedad en posturas muy diferentes. Para unos el aborto está unido al concepto de libertad y derecho de la mujer a utilizar su cuerpo, para otros, es preciso respetar la vida desde el momento de la concepción. Junto a estas posturas contrapuestas se encuentra el aborto en sí mismo que se produce en el cuerpo de la mujer bien de forma espontánea o inducida. "Un aspecto a considerar son los significantes culturales que son incorporados en el cuerpo de la mujer y que son producto de la vida social"¹². Para el filósofo francés Michel Foucault, el poder que ejerce sobre la persona en su propio cuerpo, refleja una relación de fuerza, una situación estratégica en una sociedad determinada. "por lo tanto, el poder, al ser relación, esta en todas partes, el sujeto está atravesado por relaciones de poder, no puede ser considerado independientemente de ellas"¹³. Considerando que el poder se manifiesta en la relación del individuo con la sociedad, lo social es incorporado, es el *habitus*¹⁴ es decir la percepción y la práctica social interiorizada por el individuo. En este caso estamos ante un marco legal que propicia el derecho de la mujer al aborto, que ha abierto la brecha a una manipulación de conceptos.

1. ASPECTO LEGAL VINCULADO AL ABORTO

El aspecto jurídico que aquí tratamos, parte del año 1985. En España, el aborto ha estado penalizado como

12 BUTLER, J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales e discursivos del sexo*. Paidós, Buenos Aires, 2002, p. 14.
13 FOUCAULT, M. *Arqueología del saber*. México S XXI, España, 2008, p. 63.
14 BOURDIEU, P. *Contra dictos*. Gedisa, Buenos Aires, 1988, p. 134.

delito tipificado en el Código Penal hasta el 12 de julio de 1985. Tras dos años de tramitación parlamentaria, se promulgó en el B.O.E. n° 166 la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, dicha ley indica que no es punible el aborto practicado por un médico en centro sanitario público privado y con consentimiento de la mujer embarazada siempre y cuando exista un peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada. Además está despenalizado cuando el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación siempre y cuando este se practique dentro de las 12 primeras semanas de gestación y cuando se presuma de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las 22 primeras semanas de gestación.

A finales del año 2008 se comenzó a elaborar el proyecto de Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo¹⁵. La Ley refleja que podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o salud de la embarazada, así cuando existan graves anomalías en el feto. Es en este contexto donde se regula que en el caso de mujeres de edad, el consentimiento de la interrupción les corresponde exclusivamente a ellas, de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Se trata por lo tanto de una ley privilegiada para la mujer, ya que esta por propio derecho, en aras de una autonomía ligada al sexo, puede demandar el aborto.

15 Ley Orgánica 9/1985, 5 de julio de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. BOE n° 166, 22011.
16 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE n° 53, 21602.

Para el trabajo de elaboración de dicha Ley se constituyó una comisión de expertos, excluyendo de la misma a toda asociación que trabajara con la mujer embarazada con riesgo de aborto provocado. Múltiples voces se alzaron para denunciar dicha situación, y así desde la Asociación de Víctimas del aborto, su presidenta Beatriz Mariscal, se prestó a colaborar con la comisión de expertos¹⁷ y "explicar todos los trastornos vinculados con un aborto provocado, así como aportar el testimonio de las víctimas". Tercera Boné, abogada de AVA¹⁸, señaló que "cualquier comisión que trate un tema tan delicado debe reunirse con mujeres que hayan sufrido abusos y manipulación durante su proceso del aborto para aprender de los errores que están encubriendo y fomentando".

2. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE EL ABORTO ESPONTÁNEO Y EL ABORTO INDUCIDO

Que el aborto sea legal no significa que sea seguro, de hecho ningún aborto está libre de tener efectos secundarios, ya sean complicaciones físicas o trastornos psicológicos y emocionales. Entre el aborto espontáneo y el aborto provocado existen una serie de similitudes y diferencias ya que en ambos se desencadena la muerte, expulsión y/o extracción del embrión. Sin embargo, mientras que los abortos espontáneos se originan por causas naturales que hacen inviable al feto, los inducidos o voluntarios se producen a través de maniobras quirúrgicas o mediante fármacos. Y en este

17. Asociación de víctimas del aborto Informe de AVA sobre el Real Decreto de Confidencialidad y la Ley del Aborto 2008. Disponible en: <http://www.asociacion-avita.org/documentos/documento.php?ID=262> (Recuperada el 22 de agosto de 2008).

18. *Ibid.*

último, esta práctica, al parecer, puede generar problemas, a la vez que resuelve y soluciona un problema de embarazo no deseado.

Derivado de las múltiples investigaciones realizadas y publicadas a lo largo de los años, muchas mujeres que padecen un aborto espontáneo sufren o pueden sufrir una reacción de duelo como respuesta emocional a la pérdida del hijo. Este duelo para Díaz, García, Martín y Campo¹⁹ "no es un proceso racional ni intelectual. Se trata de un proceso complejo, que se vive como la destrucción de un sueño, de un proyecto de futuro". Las consecuencias psicológicas/emocionales a las que una mujer se ve sometida cuando tiene que enfrentarse a la pérdida del feto muestran, según Beutel²⁰ "que muchas sufren de dolor, culpa, depresión y ansiedad". Para Freda²¹ "la pérdida natural del feto es un suceso que cambia la vida, y donde las mujeres experimentan sentimientos de vacío, miedo, culpabilidad, y tristeza. Tienen una mayor necesidad de apoyo y albergan muchos temores acerca de sus futuros embarazos".

Estos síntomas de dolor, hay que diferenciarlos de un hecho puntual y secundario a la pérdida, o comprobar si se convierten en patológico con respecto a la intensidad y a la duración. En este sentido Bowlby, James, Solursh²² afirmaron

19. DÍAZ SÁNCHEZ, V., GARCÍA HITEFF, M. E., MARTÍN MORALES, D. y CAMPO CORTÉS, J. La construcción social del duelo en el aborto espontáneo. *Revista de enfermería*, Vol. 13, nº 6 (2000), pp. 25-32.

20. BEUTEL, M., DECKARD, M., VON RAD, M. y WIENER, H. Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. <http://www.psychosomatic-medicine.org/cgi/content/abstract/37/6/517> (rec. 09/04/05, doi:10.1093/psyc/37.5.517). doi:10.1093/psyc/37.5.517 (Consultado el 1 de julio 2001).

21. FREDA, M.C., et al., The "Lived Experience of Miscarriage after Infertility". *American Journal of Maternal Child Nursing*, Jan/Feb. 28 (2003) pp. 16-23.

22. BOWLBY, S., et al., "A care and posttraumatic Stress Disorder After Spontaneous Abortion". 2000. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2000/0715/1689.html>. Consultado el 29 de abril de 2009.

que muchas mujeres "padecen un trastorno de Estrés Agudo con gran ansiedad al revivir el trauma, si este síntoma está presente menos de 4 semanas. Cuando los síntomas persisten más de 4 semanas, la mujer puede tener un Trastorno de Estrés Traumático".

Otros estudios como el de Engelhard²³ encontraron que "el aborto espontáneo aumentaba el riesgo de desorden de estrés posttraumático y requiere una intervención que va más allá de la pura ayuda ante el dolor". Así mismo cuantificó la extensión y frecuencia de estos sufrimientos al comprobar que de "un 30% a un 50% de las mujeres sufren síntomas de depresión severa en los siguientes seis meses a la pérdida del embarazo, llegando a elementos traumatizantes como la ansiedad.

Ahora bien, la relación existente entre el aborto inducido y el riesgo de alteración en la salud mental de la madre es un tema que ha generado y sigue generando grandes controversias de índole social y académico. Para Adler²⁴ "no presentan evidencias de que un aborto vaya seguido de respuestas psicológicas graves, y que los aspectos psicológicos se puedan entender mejor en una situación de tensión puntual". Stotland²⁵ afirma "que actualmente existen intentos de convencer a la opinión pública y a las mujeres que el aborto tiene con frecuencia consecuencias psiquiátricas negativas". Esta afirmación no es corroborada por la literatura: la inmensa mayoría de las mujeres toleran el aborto sin se-

23. ENGELHARD, J., VAN DE HOUT, M. y ARNTZ, A. "Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss", *General Hospital Psychiatry*, 2001, 23, pp. 62-67.

24. ADLER, N., et al., "Psychological factors in abortion: a review", *Am Psychol*, 47 (1992), pp. 1194-204.

25. STOLTAND, N.L., "Abortion and psychiatric practice", *Journal of Psychiatry*, 9 (2), 2002, pp. 139-149.

cuales psiquiátricas. También Grimes y Creinin²⁶ afirman "el aborto inducido no da lugar a secuelas, ya sea médica o psiquiátrica o el presunto trauma. Síndrome Post-Aborto no existe". Mayor²⁷ se mantiene más neutral en este tema cuando afirma que "la mayoría de las mujeres no experimentan problemas psicológicos dos años después de su aborto, solo el 1% tienen un estrés posttraumático, y siguen afirmando que las mujeres con una historia previa de depresión pueden estar más predispuestas a la depresión y posterior pesar, independientemente de si tienen o no un embarazo no deseado y la forma en que exige para resolver ese problema".

Junto a estas posturas se encuentran las investigaciones realizadas por Fergusson, Horwood, Ridder²⁸ que "concluyen que el aborto es la causa de múltiples problemas de salud mental en la mujer, y no al revés". Observaron que con independencia de que hayan existido problemas psíquicos antes de abortar, es precisamente ésta acción la que desencadena la aparición de los trastornos.

Para Gomez Lavín²⁹ psiquiatra, tras una larga experiencia clínica tratando a las mujeres que han abortado, le lleva a afirmar que "toda mujer que aborta queda profundamente afectada, aunque no quiera o no pueda reconocerlo".

Ante un espacio discursivo tan contrapuesto, y donde las investigaciones sobre el aborto inducido no son unánimes, será difícil determinar las similitudes o diferencias

26. GRIMES, D. CREININ, M., "Induced abortion: An overview for internists", *Annals of Internal Medicine*, 138 (2003), pp.620-626.

27. MAYOR, B., et al., "Responses of Women After First Trimester Abortion", *Archives of Psychiatry*, 57 (2000), pp. 777-783.

28. FERGISSON, D., HORWOOD, L. y RIDDER, L., "Abortion in young women and subsequent mental health", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (2006), pp. 16-24.

29. GÓMEZ LAVÍN, C., "Mujer y realidad del aborto, un enfoque multidisciplinario", *Actas del I Congreso Internacional "Mujeres que abortan: Realidad del aborto"*, Madrid: Legano Publica, Cáceres 8-10 de marzo, 2005, pp.53-52.

entre los dos tipos de aborto: el espontáneo o natural y el inducido. Entre la escasa bibliografía y estudios comparativos realizados, se encuentra el de Nordal, Moum, Sejersted y Ekeberg³⁰ en el que realizaron un estudio a 126 mujeres (46% fueron sometidas a un aborto inducido y el 50% tuvieron un aborto natural) y donde compararon las respuestas psicológicas al estrés después del aborto involuntario o aborto inducido, compararon la intensidad de los sentimientos después del aborto e identificaron las variables relacionadas con las respuestas a los 10 días del aborto, a los 6 meses y a los 2 años. Podemos señalar que entre los resultados más significativos cabe destacar que a los 10 días del evento, 47,5% de las mujeres que tuvieron un aborto natural verbalizaron la existencia de pensamientos intrusivos sobre el aborto, frente al 23,8% de las mujeres con aborto inducido. Que las mujeres con aborto inducido a los diez días del suceso, el 12,5% evitaban o rechazaban revivir el acontecimiento, frente al 7,5% de las mujeres con aborto natural. A los dos años del aborto, evitaban hablar del suceso el 16,7% de las mujeres con aborto inducido, frente al 2,6% de mujeres que tuvieron un aborto natural. Además a los 2 años las diferencias significativas eran que las mujeres con aborto involuntario seguían sintiendo dolor, mientras que las mujeres con aborto inducido sentían culpa y vergüenza.

A tenor del estudio anterior, observamos que existe una clara diferencia entre el sufrimiento que causa un aborto natural y el producido por el aborto provocado. Como comenta

30. NORDAL, A.; MOUM, T.; SEJERSTED, A. y EKEBERG, Ø., "Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: A 2-Year Follow-up Study", *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66, 265-271. Disponible en: <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/66/2/265>. [Consulta el 1 de julio de 2010].

Angelo³¹ "la muerte es violenta y prematura y del cuerpo desmembrado... no quedan restos, ni fotos que conservar, ni una tumba que visitar. Las madres y los padres sufren en soledad sentimientos de desolación, dolor, culpabilidad sin admitirlos, sin mencionarlos entre ellos mismos". Por lo tanto se refleja que el dolor del aborto inducido puede ser en ocasiones más profundo ya que podría generarse una herida abierta y sangrante, en mayor o menor medida, y con diferentes manifestaciones en las mujeres que lo han vivido. Para algunas mujeres esta experiencia deriva de una serie de situaciones que se han producido antes, durante y después del aborto y que desembocan en una pérdida, o duelo que no está resuelto, y en una experiencia traumática con una gran violencia física y psicológica, que va a ir transformando la capacidad de afrontar un problema y que va a ir distorsionando las vidas de ciertas mujeres de una forma dramática.

3. CONTROVERSIA Y MANIPULACIÓN DE CONCEPTOS

Distintos autores, distintas conclusiones y por todo ello conceptos contrapuestos. Sin embargo tanto la aceptación rápida y acrítica del fenómeno, como la descalificación fácil y gratuita son dos comportamientos irresponsables. Sería necesario por lo tanto investigar de forma tranquila y desapasionada las principales características de este fenómeno, y ver si es posible realizar una descripción del mismo, dando voz de las mujeres que han sido sometidas a esta práctica. Conscientes de que no es una investigación fácil, sin embargo la consideramos necesaria. ¿Por qué no es fácil? Primero, por el silencio, tanto personal como social que se

31. ANGELO, J., "The Aftermath of Abortion Trauma", 2007. Disponible en: <http://www.journalofethics.org/journalofethics/Detail.asp?id=20100101&id=010101>. [Consulta el 1 de octubre de 2008].

abre en torno a la mujer que lo ha experimentado. Por un lado la mujer ha sido libre de ejercerlo, ha tenido a su disposición un equipamiento quirúrgico, pero consideramos que no se le da a la mujer el suficiente apoyo e información pre y post aborto. Segundo, en ciertas mujeres se produce un duelo como respuesta y consecuencia de la pérdida, un reajuste de la perspectiva de cómo han ocurrido los hechos y las emociones que emergen. Sin embargo, para Burke y Reardon³² "en ocasiones este duelo se convierte en una profunda amargura si no puede exteriorizarlo, o incluso si se niega a sí misma el permiso para hacerlo, y se produce lo que denominan el duelo bloqueado".

Para Burke entre las múltiples causas en las que una mujer puede padecer un duelo bloqueado, se pueden encontrar las siguientes situaciones³³: "ella misma que huye de los sentimientos negativos, ya que afrontarlos significa enfrentarse con la amargura y el dolor", pero al mismo tiempo quiere verse libre de dichos sentimientos de manera que se va formando una espiral entre quiero tratar el tema y evito tratar el tema. "Ella misma³⁴ que cree que no tiene derecho a llorar por algo que sabía bien lo que hacía, por lo que debe aprender a cargar con sus decisiones". Ella misma³⁵ "que cree que la única forma de honrar la memoria de su hijo es sintiendo dolor del acto en sí y del dolor posterior, del arrepentimiento, de la ansiedad acerca de un aborto"... sentimientos estos que incomodan a su entorno ya que no saben como aconsejarla por lo que sólo refieren frases cortas y evasivas para terminar cuanto antes: olvidado, no vale la

³² BURKE, F. y REARDON, D., *Mujeres e Silenciosas: Cómo se explica el sufrimiento de la mujer que aborta*, Sakota, Madrid, 2009, p. 53.

³³ *Ibid.*, p. 56.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

pena hablar de ello, no eran más que unas pocas células, etc... Por todo ello, por la falta de comprensión, por la incapacidad de reconocer la existencia de dolor, se esconden y terminan negándose los sentimientos.

Son pinceladas de contextos variados que precisan una mayor investigación para tener un análisis con la voz de las mujeres en cómo se sienten ellas ante la ley del aborto, el aborto en sí mismo, y sus contextos de referencia... estas variables es preciso profundizarlas más para así llegar a categorizar esta manipulación de conceptos que en estos momentos se muestra ante esta situación. La mirada que ahora se nos presenta es que la sociedad ante el dolor tras un aborto ni está, ni se le espera, ni se permite porque se desconoce o porque no se quiere reconocer, observando que incluso es rechazado por los profesionales de la salud y por el propio colectivo de mujeres.

Y para finalizar nos preguntamos ¿realmente la mujer se beneficia del contexto social en el que se está produciendo el aborto? Reconocemos que en sí el aborto es un hecho no deseado por la mujer en su experiencia vital, la sociedad le ofrece la posibilidad de realizarlo, pero ¿realmente le ofrece el marco adecuado para cotejar sus consecuencias?, y en caso de producirse ¿sigue apoyando a la mujer o queda someida al silencio social?

Bibliografía

- ADLER, N., et al., "Psychological factors in abortion: a review". *Am Psychol*, 47 (1992)
- ANGELO, J., "The Aftermath of Abortion Trauma", 2007. Disponible en: <<http://www.altmundi.org/tabid.36.cil.Detail.mid.379.mid.2910.pnid.0.Default.aspx>> (Consultado el 1 de octubre de 2008).

- BEUTEL, M.; DECKARDT, M.; VON RAD, M. y WEINER, H., Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course, <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/57/6/517?jkey=e93d195eb726933775a382007d017cb7968562b&keytype2=if_ipsecsha> (Consultado el 1 de julio 2010).
- BOURDIEU, P., *Cosas dichas*, Gedisa, Buenos Aires, 1988.
- BOWLES, S., et al., "A cute and posttraumatic Stress Disorder After Spontaneous Abortion", 2000. Disponible en <<http://www.aafp.org/atf/20000315/1689.html>> (Consultado el 29 de abril de 2009).
- BURKE, T. y REARDON, D., *Mujeres Silenciadas: Cómo se explica el sufrimiento de la mujer que aborta*, Sekotia, Madrid, 2009.
- BUTLER, J., *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, Paidós, Buenos Aires, 2002.
- DÍAZ SÁNCHEZ, V.; GARCÍA HUETE, M^o E.; MARTÍN MORALES, D. y CAMPO C.E. "La construcción social del duelo en el aborto espontáneo", *Metas de enfermería*, Vol. 13, n^o 6 (2010).
- ENGELHARD, I.; VAN DE HOUT, M. y ARNTZ, A. "Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss", *General Hospital Psychiatry*, 2001 (23).
- FERGUSON, D.; HORWOOD, L. y RIDDER, E., "Abortion in young women and subsequent mental health", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (2006).
- FOUCAULT, M. *Arqueología del saber*, México S XXI, España, 2008.
- FREDA, M.C., et al., The "Lived Experience of Miscarriage after infertility", *American Journal of maternal/Chile Nursing*, Jan/Feb. 28 (2003).
- GÓMEZ LAVÍN, C., "Mujer y realidad del aborto, un enfoque multidisciplinario", *Actas del I Congreso Internacional Multidisciplinar mujer y Realidad del aborto*, Manuel Lázaro Pulido, Cáceres 8-10 de marzo 2008.
- GRIMES, D; CREININ, M., "Induced abortion: An overview for inter-nist", *Annals of internal medicine*, n^o 8 (2004).
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, BOE n^o 55. 21002.

- Ley Orgánica 9/1985, 5 de julio de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, BOE n^o 166, 22041.
- MAYOR, B., et al., "Responses of Women After First Trimester Abortion", *Arch Gen Psychiatry*, 57 (2000).
- NORDAL, A.; MOUM, T.; SEJERSTED, A. y EKEBERG, Ö., "Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: A 2-Year Follow-up Study", *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66:265-271 Disponible en: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/66/2/265#TBL5>> (Consultado el 1 de julio de 2010).
- STOTLAND, N.L., "Abortion and psychiatric practice", *Journal of Psychiatric*, 9 (2), 2003.

