

# El aborto en Venezuela:

una aproximación teórica

**ERA**

ESTIGMA  
RELACIONADO  
AL ABORTO



FALDASR

Queremos agradecer  
especialmente a las  
mujeres que brindaron  
sus testimonios para  
poder llevar adelante esta  
investigación.

Dedicamos este trabajo  
a todas las mujeres y  
personas gestantes que  
en estos diez años han  
confiado en nosotras para  
acompañarlas.

¡JUNTAS SOMOS  
INFINITAS! EL ABORTO  
LIBRE, SEGURO Y  
ACOMPañADO  
¡SERÁ LEY!





## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

### COORDINACIÓN GENERAL

Manuela Fernández

### LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN EN CAMPO

Abyayala Lanz  
Carolina Santiago  
Clay Alvino Thomas  
Danmarys Hernández  
Isha Tapia  
María Alejandra Martín  
María Alejandra Reyes  
María Soledad Liparelli  
Mariana García Sojo  
Mariana Maneiro Brumlik  
Steffany Delgado

### ANÁLISIS

Abyayala Lanz  
Isha Tapia

### REDACCIÓN

Abyayala Lanz  
Isha Tapia  
Mariana García Sojo  
Mariana Maneiro Brumlik

### CORRECCIÓN

María Soledad Liparelli  
Mariana Maneiro Brumlik

### EQUIPO DE COMUNICACIÓN

Clay Alvino Thomas  
María Alejandra Reyes  
Steffany Delgado

### DIAGRAMACIÓN

Patricia Franco  
Valentina Curcó

### ASESORA METODOLÓGICA

Morelba Jiménez García

### APOYO METODOLÓGICO

Ibis Reproductive Health  
Sara Larrea



# - Índice

**05**

Prólogo

**08**

Introducción

**12**

Acercamiento a la realidad del aborto en Venezuela

**15**

Estigma relacionado al aborto: revisión teórica-conceptual

16 CONCEPTO DEL ESTIGMA RELACIONADO AL ABORTO

19 ORÍGENES DEL ESTIGMA RELACIONADO AL ABORTO

22 CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA RELACIONADO AL ABORTO

28 EXPRESIONES DEL ESTIGMA RELACIONADO AL ABORTO

**31**

Ruta metodológica para el abordaje del estigma relacionado al aborto

*Objetivo general*

*Objetivos específicos*

33 CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

35 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN UTILIZADAS

36 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

**38**

Estigma relacionado al aborto

38 ABORTO Y PROCESOS EMOCIONALES

44 PERSPECTIVAS DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS RESPECTO AL ABORTO

48 ESTIGMA, OCULTABILIDAD Y REDES AFECTIVAS DE ACOMPAÑAMIENTO

**54**

Conclusiones

**56**

Bibliografía

# Prólogo

## Algo que celebrar...

La investigación *Estigma relacionado al Aborto: una aproximación desde las mujeres en Venezuela* es un obra para celebrar, ya que viene a romper el silencio y la invisibilización en el que se ha sumido el estudio del aborto en Venezuela, por lo menos durante los muchos años en los que se ha desestimado considerar que condenar, sancionar, ocultar e ignorar el problema del aborto es contribuir a la violación del derecho humano de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y ejercer su autonomía reproductiva.

Han sido cada vez más espaciados los debates sobre el tema que se producen en el ámbito público legislativo, donde no son convocadas a participar todas las personas afectadas, aun cuando conocemos que diariamente decenas de mujeres en edad reproductiva, en todo el territorio nacional, se someten a este “acto ginecológico” en condiciones inseguras y rodeadas de maltrato, ocasionándoles graves consecuencias para su salud física, psicológica y social, incluyendo perder la propia vida, hecho que sucede tanto en el ámbito subjetivo y privado, como en el espacio institucional. Una explicación muy clara responde al porqué de esta situación, el aborto sigue siendo considerado como una de las acciones más gravemente sancionadas por el sistema patriarcal, pues se trata de un cuerpo que trasgrede el mandato social de la maternidad, núcleo y soporte del dominio del poder patriarcal.

La problemática del aborto ha sido tradicionalmente estudiada desde una óptica bio-médica como problema de salud pública, desde el ámbito filosófico-religioso como un pecado y un crimen, también desde lo jurídico, para considerarlo como delito, y sancionarlo. Entrada la década de los años ochenta, con la inclusión del enfoque de género en la academia se promueve el estudio de los problemas más relevantes que afectan la vida de las mujeres – y, el aborto se define como un hecho sociocultural que responde a diferencias de género. En los noventa, con el respaldo obtenido por los países firmantes de la implementación del Plan de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo, en El Cairo 1994, el reconocimiento del principio básico de que “...todas las personas tienen derecho a decidir libre y responsablemente sobre su reproducción y alcanzar el más alto nivel de salud,” los movimientos de mujeres y las organizaciones de la sociedad

civil avanzan y asumen la promoción y defensa de los derechos reproductivos. El tema toma espacio en la agenda política.

En América Latina, una de las regiones más atrasadas en materia de derechos reproductivos se abre un debate público con la finalidad de promover el derecho a decidir sobre su cuerpo y la autonomía reproductiva, instalándose numerosas redes de apoyo y de acompañamiento con respecto a la práctica del aborto.

Desde el ámbito académico se producen numerosos estudios descriptivos, epidemiológicos, para evidenciar que el aborto está entre las causas del incremento de mortalidad materna, pero este tipo de conocimiento no trasciende a la construcción de un pensamiento transformador de la realidad social ni de la liberación de la mujeres, si bien no es desestimable pues hoy día algunos países de la región latinoamericana: Uruguay, Colombia, Argentina, México han avanzado e implementado legislaciones y servicios de aborto legal con algunos logros, que incluyen: la existencia de servicios de salud reproductiva, alguna normativa o protocolo de atención obstétrica redactado en función de la atención a “abortos seguros”, formación para mejorar la atención y trato del personal a las mujeres e incluso hay abordaje desde su dimensión psico-social y de salud mental, poco se ha avanzado en el proceso de empoderamiento y control sobre la propia sexualidad a la cual tienen derecho las mujeres porque la atención, si bien ha producido respuestas efectivas y el acompañamiento ha cumplido su función de acercar la información a la usuaria, no logra en empoderamiento necesario para tomar decisiones libres e informadas que garanticen su derecho a decidir, pues ésta sigue sintiéndose presionada, maltratada, culpabilizada y hasta juzgada.

Urge ir más allá. La orientación y el acompañamiento requieren de una escucha activa y feminista, políticamente comprometida que, además de la información actualizada, de la dotación de herramientas e insumos, internalicen que abortar es su derecho, su decisión y logren también deslastrarse de los prejuicios a los que la sociedad entera las condena a vivir; un estigma social que les lesiona en su dignidad e integridad.

La investigación se propuso conocer, después de más de 10 años de experiencia trabajando con mujeres en el país de distintas condiciones sociales, edades, niveles de educación, ocupación orientación sexual e identidad de género, desde sus voces, reflexiones y opiniones en la interacción social con sus usuarias, qué elementos podrían aportarse para promover la deconstrucción de los fantasmas patriarcales a las que se les ha condenado durante siglos, han perseguido a las mujeres que abortan como la discriminación, la culpa, la vergüenza y el estigma negativo formulados desde su individualidad y fortalecido desde la cultura patriarcal con la que se enfrentan para lograr su transformación.

La investigación, desde un lugar situado, articula la producción de conocimiento de las vivencias de las mujeres, el activismo feminista del Colectivo y las prácticas profesionales, plataformas que no siempre son legitimadas, pero que aquí los hallazgos validan con los testimonios de las participantes cuando van descri-

biendo la realidad social que exhibe el país frente al aborto, se vulnera el ejercicio de una sexualidad, libre y placentera, se les obstaculiza el derecho a la información, a la atención oportuna y de calidad y se les impide la toma de decisiones; poniendo al descubierto como el sistema patriarcal continúa valiéndose, a través de las instituciones de los poderes del estado, la familia, el cumplimiento de las leyes, las instituciones escolares, religiosas perpetúa su poder basado en un sometimiento de la sexualidad femenina a la procreación, la inevitabilidad de la maternidad y el cuidado de la familia.

En pocas palabras tenemos que la Organización obtiene elementos contundentes para mejorar sus políticas y estrategias de abordaje a la población usuaria, producir evidencias para nutrir la agenda pública con argumentos contundentes sobre la necesidad de garantizar los DSDR, no solo cifras sino las vidas de las mujeres y sus significados, resultados que transformarían la realidad y la discriminación.

Finalmente, la investigación devela, desde una perspectiva feminista crítica, la violencia de la que siguen siendo objeto las mujeres que toman decisiones reproductivas y la necesidad de continuar hasta lograr transformar las instituciones patriarcales y proponer en marcha políticas públicas que les garanticen avances en su proceso de empoderar(se) a través del conocimiento de su cuerpo, y apropiarse del derecho que tienen sobre él, hasta lograr que el aborto también sea un proceso humanizado.

El testimonio de una de las entrevistadas nos invita a conocer hacia dónde quieren ir las mujeres:

*“Creo que [tomarla decisión de abortar] fue un profundo acto de amor hacia una misma y hacia el ser que está dentro de ti, este, sobre todo porque de uno depende la vida de otro...”*

Tenemos algo que celebrar.

**MORELBA JIMÉNEZ GARCÍA**  
**FEMINISTA, ACTIVISTA E INVESTIGADORA EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS**

# Introducción

El estigma es una construcción social que determina negativamente la experiencia de una persona en relación a algún proceso, circunstancia o característica específica de su vida. En el caso del estigma relacionado al aborto (ERA) se trata de una de las formas de discriminación más violentas e injustas que han vivido las mujeres en el marco del sistema patriarcal. Como veremos a lo largo de esta investigación, es una situación que persiste hasta nuestros días.

En este sentido, el ERA se centra en dos elementos, por un lado, su situación de ilegalidad, por el otro, el silenciamiento asociado a la práctica. Asimismo, se vincula con ciertos estereotipos, normas, prohibiciones, sanciones sociales que varían entre distintas culturas y sociedades, pero que generalmente tienen que ver con el consenso sobre la vida a partir de la concepción; la noción de que las mujeres y personas gestantes tienen la responsabilidad o deber ineludible de tener hijes, entre otras. Las formas en que se expresa esta manera particular de estigma varían de una cultura a otra. En las mujeres, el estigma tiene un impacto no sólo en términos psicológicos, sino también condicionando las estrategias para buscar ayuda, información y asesoría médica, con mucha más fuerza en contextos de clandestinidad.

Desde Faldas-r (Feministas en acción libre y directa por la autonomía sexual y reproductiva), creemos que indagar cómo se origina y expresa el estigma relacionado al aborto en nuestro país es clave para comprender la experiencia que atraviesan las mujeres y personas gestantes que deciden abortar. Con este objetivo, desarrollamos un proceso investigativo vinculado a las expresiones de estigma relacionado al aborto entre mujeres y personas gestantes en Venezuela. Buscamos comprender mejor el estigma y sus consecuencias, para así poder desarrollar una respuesta adecuada desde nuestra organización a las mujeres y personas gestantes cuya decisión de abortar acompañamos. En este sentido, esta investigación se posiciona desde el feminismo, procurando aportar herramientas teóricas en la lucha por el derecho al aborto.

Esta investigación buscó conocer las vivencias e interpretaciones que tienen un grupo de mujeres que se han producido un aborto, que a pesar de ser una situación por la que muchas mujeres pasan, en cualquier momento de su curso

de vida reproductiva desde tiempos históricos bien remotos, continúa siendo silenciado. Este silencio es tanto de quienes lo inducen como de quienes sufren un aborto espontáneo; tanto de los gobiernos que aún lo consideran un delito, como de los países donde se han eliminado las restricciones legales y se puede acceder de manera pública.

En México la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación se decretó en el año 2007, por medio de la reforma en el Código Penal para el Distrito Federal -D.F.-, adicionándolo a la Ley de Salud, dándole el estatus de un tópico de salud pública para esa jurisdicción. Se reforma la Ley de Salud del D.F., garantizando servicios de asesoramiento y contención (pre- y postaborto) y brindando información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción legal del embarazo. Esta jurisdicción ha contado con un flujo de mujeres del resto de la república mexicana buscando el acceso a un aborto legal, seguro y gratuito; ha sido pieza fundamental en avances posteriores en normas de carácter nacional y en la despenalización en otro estado de la república mexicana como lo fue Oaxaca en el año 2019. Este ejemplo nos hace pensar que, aún contando con estos notables avances, se mantienen fuertemente arraigados patrones patriarcales de género asociados a la explicación de ese silencio, mujeres y personas gestantes abortan en soledad, desconocen las consecuencias del proceso, tanto físicas como psíquicas. Además, muy poco ha variado la significación social, cultural e individual que produce en las mujeres la presencia de un estigma, que las mantiene sin superar desde el punto de vista personal la situación de vivencia sobre este proceso y terminan cuestionando su decisión.

Cuando hablamos de aborto, es fundamental definir y diferenciar esta práctica: en términos generales, “el aborto (...) es la pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable y lo es cuando pueda vivir fuera del seno materno” (Angulo, 2017). El aborto puede suceder de forma espontánea o de forma inducida. Si es inducido, los métodos abortivos considerados seguros por la Organización Mundial de la Salud -OMS- son de tipo médico, mediante la utilización de medicamentos para interrumpir el embarazo (a veces conocido como “aborto farmacológico”); o de tipo quirúrgico, caracterizados por la “utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación (DyE)”. Es importante señalar que el legrado uterino instrumental, LUI, es considerado por la OMS un método obsoleto y no recomendado (OMS, 2012). Por su parte, también algunas investigadoras se refieren al aborto con medicamentos como *aborto autónomo* para resaltar la centralidad que tiene en este tipo de aborto la autodeterminación de la persona sobre su sexualidad (Prandini, Larrea, 2020).

Por otro lado, debido a distintos aspectos contextuales determinantes, un estudio reciente indicó que para 2017, 25 millones de abortos en todo el mundo fueron reconocidos por la OMS como abortos peligrosos (Ganatra et al., 2017), es decir: “una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez” (OMS, 1992).

Por otro lado, para alcanzar los objetivos que nos trazamos en esta investigación recurrimos a una metodología cualitativa abordando 15 mujeres de diversos estados del país, que se habían practicado un aborto, en el último año (enero 2019 a febrero 2020). El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de septiembre a noviembre de 2020, aplicando un instrumento (entrevista semi-estructurada) vía telefónica o por alguna plataforma virtual, debido al contexto de pandemia y las restricciones derivadas de esto.

Entre los principales resultados que arrojó la investigación podemos mencionar:

**Aborto y procesos emocionales:** Contexto que criminaliza y rechaza el ejercicio de autonomía sobre los cuerpos de las mujeres. Se generan sensaciones de culpa, vergüenza y rechazo. Las construcciones socioculturales, el imaginario colectivo alrededor de las ideas de sexualidad, familia y maternidad, además de la ilegalidad del aborto en Venezuela, hacen que la criminalización de este se normalice de forma cotidiana. La culpa está relacionada a la idea arquetípica de la sexualidad femenina procreadora y al «deseo innato de maternidad». No cumplir con esto es una especie de marca relacionada a una irresponsabilidad que en este caso parece recaer solamente en las mujeres.

**El acceso a la información y su impacto en la disminución del ERA:** La desinformación como origen del miedo y su incidencia en la decisión de interrumpir el embarazo. El acceso a la información confiable y segura, así como el rol del acompañamiento, es determinante en el proceso de disminución del estigma relacionado a aborto.

**Disputa de sentidos relacionados al estigma:** El hecho de solucionar las implicaciones de un embarazo no deseado como nueva oportunidad para reestructurar dinámicas de vida, poder decidir y transformar la idea de maternidad.

**La ocultabilidad:** Se relaciona con el miedo a ser rechazadas o juzgadas, palabras u otras expresiones de sistemas de valores con los que las mujeres anticiparon que, si otras personas se enteraban de su aborto, muy posiblemente recibirían juicios y críticas

**El ERA en Venezuela:** Se alimenta del importante rol que tiene la maternidad (concebida desde el arquetipo convencional y conservador de lo femenino, se trata como un destino obligatorio más que una decisión plena) así como la desinformación o silenciamiento asociado a la criminalización.

**Apuestas:** Son necesarios espacios colectivos de diálogo con las personas en el momento post-aborto para explorar abiertamente las sensaciones, reflexiones, opiniones y expectativas que genera el proceso y ver que son emociones compartidas, poder experimentar en el propio cuerpo que no estamos solas ni soles.

Por último, cabe aclarar que a lo largo de este documento haremos uso del pronombre neutro (elle/e), así como del término “personas gestantes”, para dar

visibilidad a todas las personas, los cuerpos y las realidades de quienes abortan. Reconocemos que la vasta mayoría de estas personas son mujeres y no vemos ninguna contradicción en incluir a personas con otra identidad de sexo-género que tienen la capacidad de gestar y por lo tanto de abortar. Nos sentimos comprometidas con la disputa de sentidos en torno a la inclusión (física y simbólica) de las personas trans o no binaries en las agendas feministas, y en particular en la lucha por el aborto seguro, gratuito y de calidad para todas y todes.

# Acercamiento a la realidad del aborto en Venezuela

En Venezuela, si bien no hay publicados datos oficiales que arrojen luz certera sobre la prevalencia del aborto (inducido o espontáneo) en nuestra sociedad, sabemos que es lo suficientemente común como para que al menos 10% de las muertes maternas sean producto de complicaciones asociadas a abortos inseguros (MPPS, 2013); sabemos también que del 55% de embarazos no deseados entre adolescentes, al menos 13% termina en aborto (Idenna, 2014). Sin embargo, a pesar de lo frecuente que es, la experiencia de abortar está rodeada de silencio y condena social.

La prevalencia de los abortos peligrosos tiene relación con su situación legal (Ganatra et al., 2017). En Venezuela, el aborto está casi totalmente penalizado, siendo el contexto legal más restrictivo de Suramérica junto al de Paraguay.

Haciendo un pequeño recuento histórico (Rodríguez, 2021), podemos decir que el debate sobre el aborto en Venezuela, su estatus legal y su consideración como problema de salud pública, se remonta a finales de los años 70 con la publicación del libro “En defensa del aborto”, de Giovanna Merola; siguiendo con una serie de publicaciones desde el sector de la salud, presentación de recursos legales en la Asamblea Nacional, el Tribunal Supremo de Justicia -TSJ- y otras instancias legislativas. Dichas publicaciones y propuestas centraban el análisis de la problemática del aborto en la salvaguarda de la vida de las mujeres y en su ampliación de derechos. Hubo iniciativas como la del Dr. Rosendo Castellanos y la Federación Médica Venezolana que en 1981 realizaron una interposición para despenalizar el aborto en las 3 causales humanitarias (violación, malformación y peligro para la vida materna); el objetivo era incluir la despenalización en la Ley de Ejercicio de la Medicina, pero no tuvo los votos necesarios en el Congreso Nacional. Se insiste en el año 2010 mediante la interposición ante la Comisión Técnica para la Elaboración del Código Penal con la propuesta de despenalización de la interrupción del embarazo hasta la semana 12. Sin encontrar interlocutores, en el 2018 se presenta ante el TSJ un recurso de nulidad para los artículos del Código Penal

que criminalizan el aborto; podemos decir que hasta la actualidad la norma vigente no ha cambiado.

En efecto, el Código Penal vigente penaliza el aborto en cualquier caso a menos que la vida de la gestante corra peligro. Este hecho se traduce, entre otras cosas, en un importante subregistro en la data oficial respecto a los abortos que suceden en el país, reforzando el silencio que rodea el asunto en todos los niveles de la sociedad:

El Código Penal vigente (elaborado en 1915 y varias veces reformado, la última vez en el 2005), en su capítulo IV prohíbe el aborto en sus diversas formas, excepto para salvar la vida de la parturienta (Artículo 432) disminuye la penalidad en el caso que se haya cometido para salvaguardar el honor (Art. 434). Esta penalización no ha erradicado su práctica, pero sí ha contribuido al alto subregistro y al desconocimiento del impacto real en la morbilidad y mortalidad de las mujeres en Venezuela. (Roberto León, 2012, p.169)

Por otro lado, respecto a la prevalencia del aborto inducido en Venezuela, si bien las cifras oficiales carecen de sistematicidad y divulgación como señalamos anteriormente, existen esfuerzos, desde espacios de la salud y en especial desde las organizaciones de la sociedad civil, para otorgar algo de visibilidad a esta realidad.

Un estudio clínico conducido en el hospital “Gervasio Vera Custodio” de Upata, estado Bolívar, entre enero y diciembre del año 2013, indicó que se atendieron a 207 mujeres con “diagnóstico de aborto” (Pérez-Arciniégas et al., 2016). El 98,5% de los abortos fue registrado como espontáneo (es notable que al 97% de las mujeres se le practicó un legrado uterino). Si bien esto pudiera aparentemente indicar una baja prevalencia del aborto inducido, otros datos rápidamente corrigen esa lectura: la organización Faldas-r, a través de la Línea Aborto: Información Segura (un servicio telefónico que provee información veraz a mujeres que desean practicarse un aborto con medicamentos en Venezuela), indica en su informe estadístico (2020) que en el año 2019 atendieron un total de 1142 llamadas referentes a 980 casos de mujeres con la decisión de abortar, de distintos estados del país. la Línea presentó un promedio de 3,15 llamadas diarias. Por otro lado, en un estudio conducido por una alianza de organizaciones que trabajan en defensa de los derechos de las mujeres, Equivalencias en Acción (2018), realizó un monitoreo durante cinco meses a cuatro instituciones hospitalarias de la zona central del país; esto arrojó un promedio de 15 abortos diarios y un total de 2.245 abortos en 2018 (es importante recordar que debido al subregistro existente en los centros de salud venezolanos, es difícil saber cuántos de éstos fueron inducidos o espontáneos).

En referencia a las actitudes existentes en la sociedad venezolana respecto al aborto, es poco lo que se ha escrito en general, y también es poca la investigación sobre el aborto en el país. Podemos mencionar tres textos que abrieron el

debate sobre la temática en nuestro país: «En defensa del aborto» de Giovanna Machado (1972); «El aborto: aspectos historiográficos, legales, éticos y científicos» de Sonia Sgiambatti (1986); «El aborto en Venezuela : problema de salud pública, expresión de la desigualdad social», de Edilberto Pacheco (1986). Sin embargo, cabe mencionar que en Venezuela existen múltiples organizaciones de la sociedad civil e instituciones que hace décadas vienen trabajando en general el tema de los derechos sexuales y reproductivos, y en particular el tema de la interrupción voluntaria del embarazo. Entre estas se encuentran la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA), el Centro de Estudios de la Mujer (CEM), la Araña Feminista y más recientemente Faldas-r, Tinta Violeta, Centro de Estudios de Derechos Sexuales y Reproductivos (CEDESEX), Las Comadres Púrpuras, entre otras.

El aborto puede ser definido de forma inicial como un evento ginecológico mucho más común de lo que suele pensarse: la mayoría de las mujeres en el mundo tienen al menos una alguna vez, en el transcurso de sus vidas (Aahman y Shah, 2004; Singh et al., 2018). Asimismo, la interrupción voluntaria del embarazo es una práctica que millones de mujeres alrededor del mundo cotidianamente deciden llevar a cabo, más allá del estatus legal, de la condena social o cultural que el aborto pueda tener en cada contexto; además bajo condiciones legales y sanitarias correctas, se trata de un procedimiento médico sencillo de bajo riesgo (más seguro incluso que un parto).

# Estigma relacionado al aborto: revisión teórica-conceptual

Entonces, siendo el aborto una experiencia tan común, emergen preguntas inevitables sobre el silencio que todavía lo recubre. En el decir de Kumar, Hessini, Mitchell (2009):

¿Por qué tantos países han definido tan estrechamente los grupos de mujeres que pueden o no obtener servicios de aborto legal? ¿Por qué algo tan común como el aborto... experimentado por 81 mujeres alrededor del mundo cada minuto - es silenciado e ignorado, incluso por organizaciones dedicadas a la salud de la mujer?

¿Por qué las mujeres siguen experimentando graves lesiones y muertes relacionadas con el aborto, a pesar de la existencia de enfoques seguros y sencillos para prevenir los abortos inseguros? (p. 2, traducción propia)

Como otras antes de nosotras, creemos que la respuesta a estas interrogantes tiene que ver con la presencia de un profundo estigma alrededor del aborto.

Tres estudios conducidos en Estados Unidos arrojan conclusiones claves para esbozar la relación entre aborto y estigma: el primero, de 2011, señala que el aborto es un procedimiento médico tan común como la cesárea, siendo que casi un tercio de las mujeres estadounidenses tienen al menos un aborto durante sus años reproductivos (Jones y Kooistra, 2011). Otro estudio, esta vez de 2003, indica que a pesar de ser el aborto una experiencia tan frecuente, muchas de estas mujeres reportan sentirse silenciadas y aisladas respecto a su experiencia de aborto (Ellison, 2003). Por último, un estudio conducido también en 2011 arroja que casi el 40% de les estadounidenses afirman que no conocen a nadie que haya abortado (Jones et al., 2011); el contraste entre estos resultados sugiere que existe un denso silencio en torno a la experiencia de abortar.

A pesar de lo que estos datos indican, es importante desechar la noción determinista de que el aborto es universalmente condenado. En realidad, el aborto se vive de formas muy diversas, tanto a nivel individual como a nivel societal. Como es predecible, en contextos con mayor restricción legal y de acceso al procedimiento, las expresiones de este estigma suelen ser más visibles y generalizadas; en contraste con contextos donde existen servicios y condiciones para el acceso a éstos, donde generalmente las actitudes intra e interpersonales son más comprensivas (Kumar et al., 2009).

## Concepto del estigma relacionado al aborto

Para empezar a definir el estigma hace falta partir del trabajo inaugural de Goffman (1963), quien describió el estigma como «un atributo que es profundamente desacreditador», reduciendo a la persona en cuestión «de un todo y persona normal a una contaminada, con menor valor». Para Goffman, el estigma es producto de una característica que convierte a la o el individuo en una suerte de *desviado* o *desviada* (“*deviant*”), es una marca que generalmente afecta su identidad y sus posibilidades de vida. Muchos otros investigadores han construido sobre la definición de Goffman, trabajando estigmas relacionados al VIH; a las identidades sexo-género disidentes; al cáncer; a las enfermedades mentales; al abuso de drogas; al haber sido víctima de violencia sexual (en la niñez y en la adultez) o doméstica; entre otras. Sin embargo, Norris et al. (2011) señalan que “dos componentes de la estigmatización aparecen consistentemente en todas las investigaciones: la percepción de las características negativas y la devaluación global del poseedor” (traducción propia).

Por otro lado, Kumar et al. (2009) caracterizaron el estigma relacionado al aborto como un fenómeno socio-relacional, producido localmente (en lugar de ser una constante universal). Según estas autoras, el estigma relacionado al aborto es “un atributo negativo vinculado a las mujeres que buscan terminar un embarazo que las marca, interna o externamente, como inferiores a los ideales de femineidad” (traducción propia). A su vez, coinciden con un canon creciente que postula que este estigma es altamente dinámico según el contexto, es decir: no es una realidad universal, sino que es localmente producido. En ese sentido, aunque la femineidad y las construcciones sobre la supuesta naturaleza de las mujeres varían, parece que en múltiples contextos este estigma nace del reto que supone el aborto a tres paradigmas de la femineidad, o como plantean Kumar et al (2009), “hay al menos tres construcciones arquetípicas del ‘femenino’ que pueden ser transgredidas a través de la experiencia de abortar: la sexualidad femenina sólo para la procreación, la inevitabilidad de la maternidad y la crianza instintiva de los vulnerables” (traducción propia).

Entre los rasgos particulares del estigma relacionado al aborto, tres son especialmente importantes: su carácter de *estigma compuesto*; su *transitoriedad*; y su *ocultabilidad*.

Respecto al carácter compuesto (*compound stigma*, traducción propia) del estigma relacionado al aborto, Cockrill y Nack (2013) indican que este es producto de la superposición de múltiples formas de discriminación y desigualdades estructurales, por lo que lo consideran un “estigma compuesto”. Esto tiene que ver con discursos estigmatizantes que se tejen en torno al aborto desde distintas instancias de poder. Así, “en última instancia, el estigma del aborto sirve para borrar y enmascarar un procedimiento médico legítimo, desacreditando a los que lo proporcionarían y procurando socavar a quienes abogan por su legalidad y accesibilidad” (Cockrill y Nack, 2013, traducción propia).

Kumar et al. señalan que entre quienes investigan y activistas, el argumento más frecuente es que “el estigma del aborto se perpetúa por los sistemas de acceso desigual al poder y a los recursos, roles de género estrechos y rígidos e intentos sistemáticos de controlar la sexualidad femenina” (2009, traducción propia). Por otro lado, según Link y Phelan (2001):

La estigmatización depende totalmente del acceso al poder social, económico y político que permite la identificación de diferencias, la construcción de estereotipos, la separación de etiquetar a las personas en distintas categorías y la ejecución completa de la desaprobación, el rechazo, exclusión y discriminación. (p.367)

En efecto, las mujeres que abortan lo hacen en medio de debates altamente polarizados que con frecuencia descontextualizan y esencializan el aborto (Cockrill y Nack, 2013), pues este está inserto en un debate altamente ideologizado sobre lo que representa la familia, la femineidad, la maternidad y la sexualidad en general en la sociedad (Kumar et al, 2009). La sexualidad femenina, en particular, está en el ojo del huracán de estas disputas, pues puede implicar todo tipo de transgresiones a las convenciones morales o construcciones sociales sobre cuándo, cómo, con quién y por qué una mujer debe tener sexo, quedar embarazada o interrumpir un embarazo.

Estas tensiones se expresan de diverso modo a lo largo de la historia reproductiva de las mujeres, tanto a nivel interpersonal y comunitario como a nivel de las fuerzas reguladoras estructurales, económicas y políticas.

En cuanto a la *transitoriedad* del estigma relacionado al aborto, la experiencia de abortar puede ser episódica y no convertirse en un aspecto destacado del autoconcepto de las mujeres, sino ser un aspecto que reemerge en determinadas situaciones a lo largo de su vida (como frente a la pregunta sobre su historia reproductiva; o una conversación respecto al aborto, por ejemplo). En esas situaciones, el estigma puede reemerger, en especial si dicha situación se trata con retórica antiabortista (Norris, 2011). En efecto, el estigma relacionado al aborto es distinto de los estigmas asociados a condiciones desfigurantes o permanentes pues no hay contagio ni marcas visibles; de hecho, si el aborto se hace en condiciones correctas tampoco hay mayores secuelas. Varias investigaciones sugieren que ésta invisibilidad tiene que ver con una falta de identificación entre las mujeres y el aborto como causa social: “para muchas mujeres que tienen

abortos seguros en la intimidad relativa, esa potencial invisibilidad del aborto les permite evitar identificarse o adoptar la identidad manchada vinculada a la experiencia". (Kumar et al., 2009, p.7, traducción propia).

Por su parte, el carácter de *ocultabilidad* (*concealable stigma*, traducción propia) emerge del concepto de estigma trabajado por Goffman (1963), a partir del cual numerosas investigaciones han profundizado nuestra comprensión sobre el estigma. Esto ha permitido identificar que las consecuencias del estigma son diferentes para las identidades estigmatizadas no visibles u ocultables. De hecho Goffman plantea expresamente que las identidades o comportamientos estigmatizados no necesitan ser visibles para acarrear las consecuencias del estigma. Las autoras Quinn y Chaudoir (2009, 2014), cuyos aportes son esenciales para comprender los estigmas ocultables, citan en su trabajo de 2009 la investigación de Crocker et al. de 1998 como fuente primaria del concepto de identidad estigmatizada ocultable, es decir, una identidad que permanece encubierta ante la mirada de los otros y sin embargo conlleva desvalorización social.

El estigma relacionado al aborto suele considerarse uno de éstos estigmas ocultables: es decir, puede ser desconocido para los demás a menos que se revele (Quinn et al., 2014). Quinn y Chaudoir (2009) notan lo siguiente sobre el término "estigma ocultable":

A lo largo del artículo usamos el término identidades estigmatizadas ocultables. Creemos que este término es el más apropiado por dos razones. Primero, denota que la persona tiene una identidad que es estigmatizada por la cultura en general. Es decir, la persona no tiene un estigma «natural» o «innato» sino algún tipo de experiencia o atributo que ha sido interpretado culturalmente como estigmatizado - una identidad estigmatizada. De esta manera esperamos llamar la atención sobre la construcción cultural del estigma y evitar deshumanizar aún más a las personas con identidades estigmatizadas. En segundo lugar, utilizamos la palabra identidad en lugar de marca, atributo o etiqueta porque creemos que parte del poder del estigma es la forma en que afecta al yo. De hecho, la presunción que subyace a casi todo el trabajo psicológico sobre el estigma, es el poder que éste tiene de cambiar el yo y la identidad. (p. 2, traducción propia)

No obstante, no todas las identidades con estigmas ocultables viven el estigma de igual forma, pues las consecuencias para la salud mental varían ampliamente. Quinn y Chaudoir (2009) identifican cuatro factores que determinan esa variabilidad, tres de ellos intra e interpersonales, y uno societal. Respectivamente, estos factores son: *anticipación*; *centralidad*; *prominencia* y *estigma cultural*.

La *anticipación al estigma* tiene que ver con las consecuencias que esperan sufrir los portadores de estigmas ocultables si su estigma es revelado. Esta es una diferencia clave en relación a las personas con estigmas visibles; quienes poseen

estigmas ocultables no saben cómo la gente va a reaccionar a ellos, aunque sí conocen los estereotipos negativos sobre sus grupos e incluso pudieran reproducir dicho estigma hacia otros (Wahl, 1999, en Quinn y Chaudoir, 2009). Investigaciones sobre estigma ocultable en personas con enfermedades mentales sugieren que las personas aprenden estos estereotipos negativos antes de desarrollar el estigma ocultable, de manera que es difícil desaprenderlos luego de poseer el estigma (Link, 1987; Link et al., 1989, en Quinn y Chaudoir, 2009).

Por otro lado, la *centralidad* que tenga el estigma ocultable en el autoconcepto de una persona podría ser determinante en el nivel de malestar que sufra debido al estigma. Algunas investigaciones sugieren que un mayor nivel de centralidad del estigma en la identidad de una persona puede estar asociado a beneficios para el bienestar psicológico y a redes de apoyo para situaciones extremas (Bourguignon et al, 2006, en Quinn y Chaudoir, 2009); sin embargo, ese no parece ser el caso para personas con estigmas ocultables. De hecho, las autoras indican:

Según nuestros datos la centralidad de la identidad parece hacer más vulnerables a la angustia a las personas que viven con una identidad oculta. Es decir, dado que pueden anticiparse y experimentar prejuicios debido a su identidad, pero no pueden necesariamente utilizar su identidad de grupo para protegerse de esos resultados negativos, las personas cuyas identidades ocultas son centrales para su autodefinición pueden ser cada vez más susceptibles a la angustia psicológica. (p. 24, traducción propia)

A diferencia de la centralidad, la *prominencia* del estigma tiene que ver con la frecuencia con la que las personas piensan sobre su estigma oculto; si está siempre presente en sus mentes o si sólo lo recuerdan una vez al año (Quinn et al., 2004, en Quinn y Chaudoir, 2009). Una mayor prominencia de la identidad estigmatizada ocultada está relacionada a mayores niveles de malestar psicológico (Quinn y Chaudoir, 2009).

Finalmente, el *estigma cultural* es el término con el que Quinn y Chaudoir nombran el estigma producido culturalmente, fuera del *yo*, desconectado de las características idiosincráticas del individuo poseedor del estigma. La tesis de las autoras en su trabajo de 2009 es que el nivel de estigma cultural puede reducir de manera importante el malestar psicológico generado por los factores intra e interpersonales previamente explorados.

## Orígenes del estigma relacionado al aborto

Las autoras Kumar et al. (2009) exploran en su investigación los mecanismos sociales mediante los cuales se produce el estigma. Para ello, aplican la conceptualización de Link y Phelan (2001) al aborto. Sobre la producción social del estigma, Link y Phelan indican:

En el primer componente, las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables - con características negativas estereotipos. En el tercero, las personas etiquetadas se colocan en distintas categorías a fin de lograr algún grado de separación entre «nosotros» y «ellos». En la cuarta, las personas etiquetadas experimentan la pérdida de estatus y la discriminación que conducen a resultados desiguales. (p. 367, traducción propia)

Para que sea posible transformar el reconocimiento de las diferencias humanas en estigma, es necesaria la sobre-simplificación y reducción de las situaciones complejas en las que esas diferencias adquieren forma: esto puede observarse claramente con el estigma relacionado al aborto (Kumar et al., 2009). La interrupción de un embarazo es una trayectoria larga y atravesada por múltiples complejidades (Coast et al., 2018), además sujeta a elementos contextuales, sociales, estructurales. Reducir este proceso a una etiqueta negativa es el primer paso para gestar estigma. A su vez, la falta de registros sistemáticos oficiales sobre la verdadera frecuencia de los abortos en un territorio, como en el caso de Venezuela (MPPS, 2013), así como el silencio y clasificación intencionalmente errónea que muchas mujeres y proveedores de abortos hacen de los procesos clínicos de interrupción, contribuyen a desdibujar la preponderancia del aborto en una sociedad. Según un estudio conducido en Estados Unidos en 2001, sólo entre el 35 y el 60% de los abortos reales se registran en las encuestas (Jagannathan, 2001, en Kumar et al., 2009).

Otro aspecto del proceso de creación del estigma relacionado al aborto es entonces consolidar un estereotipo negativo asociado a la experiencia del aborto, una marca que expulsa a la persona de la categoría normativa de “mujer” y la señala como “desviada”, portadora de una otredad dañada. De ahí que se asocien una serie de caracterizaciones indeseables para conformar este estereotipo. Paradójicamente, estas calificaciones encubren que muchos abortos se hacen para proteger el bienestar de las familias (Cockrill y Nack, 2013; Instituto Guttmacher 1999).

El estigma relacionado al aborto también se alimenta de arquetipos culturales sobre la femineidad, incluidas construcciones simbólicas sobre la sexualidad femenina procreadora y del deseo innato de la mujer de ser madre (Kumar et al., 2009; Cockrill y Nack, 2013). La sexualidad femenina puede transgredir de múltiples formas estos arquetipos a lo largo de la vida de una mujer, siendo el aborto una de ellas. En ese sentido, Kumar et al. (2009) teorizaron que parte de las raíces del estigma relacionado al aborto se deriva de concebirlo como una transgresión a tres nociones centrales de la “naturaleza” de la mujer: la inevitabilidad de la maternidad; la sexualidad femenina cuyo único fin sea la procreación; y el instinto de crianza.

Por su parte, en su trabajo de 2011 Norris et al. hacen una sistematización exhaustiva de las principales fuentes del estigma relacionado al aborto en los Estados

Unidos. Las autoras organizan estas fuentes en cuatro grandes argumentos: a) el aborto es estigmatizado porque viola los «ideales femeninos» de la femineidad; b) el aborto se estigmatiza al atribuirle personalidad al feto; c) el aborto está estigmatizado debido a las restricciones legales; d) el aborto es estigmatizado porque es asociado a la clandestinidad e insalubridad.

Sobre el primer argumento, regresamos a los aportes de Kumar et al. (2009) cuando señalan que el aborto puede indicar que una mujer ha tenido relaciones sexuales sin fines procreativos y busca ejercer control sobre el producto de la concepción, acción que contraviene el arquetipo normativo de la pureza sexual femenina, cuya sexualidad está únicamente motivada por su deseo de ser madre. Además, Norris et al. indican que:

La estigmatización que experimentan las mujeres puede no estar arraigada en el acto de abortar un feto; el estigma puede estar asociado en cambio con concebir un embarazo no deseado, del cual el aborto es un marcador. El estigma puede estar asociado con sentimientos de vergüenza sobre prácticas sexuales, con no haber logrado usar anticoncepción eficazmente, o con haber depositado confianza en un compañero decepcionante. El aborto puede ser visto aquí como una de varias posibles «malas decisiones» de una mujer sobre el sexo, la anticoncepción o la relación con una pareja. (p. 3, traducción propia)

Por otro lado, el aborto también se estigmatiza al atribuirle personalidad al feto y desdibujar los consensos sociales sobre el límite entre feto y bebé. Esto constituye un aspecto central de la agenda de grupos anti-aborto, facilitada por los avances tecnológicos en fotografía fetal, ecografía y cirugía fetal, entre otros avances médicos; así como por las iniciativas legales que buscan asignar personalidad jurídica al feto o delimitar edades gestacionales para sancionar el aborto. En efecto, una estrategia ampliamente utilizada por los grupos anti-aborto en Estados Unidos y otras latitudes ha sido el uso de imágenes engañosas de fetos o embriones para equivaler el aborto al asesinato. Estas imágenes, además de retratar erróneamente el producto de un aborto, borran del debate a las mujeres que abortan, sacando de contexto al feto y exagerando su posibilidad de existir independientemente del cuerpo que lo gesta y de sus circunstancias de vida.

Según Norris et al., existe una estrecha relación entre estigma relacionado al aborto y restricciones legales para su acceso. Medidas como requerir a las mujeres el consentimiento del hombre con quien concibió el embarazo; los periodos de espera y la obligación de hacerse una ecografía o ser atendida por un psicólogo, además de los límites en la edad gestacional; estas son obstáculos importantes para las mujeres en el acceso a servicios de aborto seguro en contextos donde este está disponible, además de reforzar la noción de que el aborto es un oprobio moralmente. Esto es particularmente grave si consideramos que las barreras para el acceso al aborto seguro tienen importantes consecuencias para la mortalidad y morbilidad materna en el mundo (OMS, 2008; Instituto Guttmacher, 2018). En Venezuela, las muertes maternas por complicaciones asociadas a

abortos inseguros constituyen al menos el 10% de la mortalidad materna, convirtiéndose en la tercera causa de mortalidad materna en el país (MPPS, 2013).

Norris et al. (2011) consideran que el estigma es una barrera para cambiar las leyes que norman el aborto, aunque también señalan que:

Los cambios en la situación jurídica no necesariamente disminuyen el estigma en el discurso social. El estigma del aborto no desapareció cuando se legalizó en los Estados Unidos. De hecho, la reducción de las barreras legales reveló un estigma cultural duradero. (p.4)

Finalmente, Norris et al. (2011) sugieren que el aborto es estigmatizado porque es asociado a la clandestinidad e insalubridad. En efecto, la historia de abortos sucedidos en condiciones no óptimas, producto de la ilegalidad, ha dejado la percepción en el imaginario colectivo estadounidense de que el aborto es un procedimiento “sucio, ilícito y perjudicial para las mujeres” (p.5). De ésta idea ha emergido el argumento desde grupos anti-aborto de que “el aborto lastima a las mujeres”, incluso estableciendo vínculos inexistentes entre el aborto y cáncer de mama o la infertilidad (Siegel, 2008 en Norris et al., 2011).

## Consecuencias del estigma relacionado al aborto

En general, existe consenso en torno a que los sujetos más afectados por el estigma relacionado al aborto son las mujeres que han tenido abortos; activistas y defensores de la legalidad del aborto; y proveedores de abortos (trabajadores y trabajadoras de la salud y proveedores de servicios relacionados en contextos donde el aborto es legal) (Kumar et al., 2009; Norris et al., 2011). A efectos de esta investigación, sólo indagaremos en el grupo de las mujeres que han tenido abortos.

Las mujeres que abortan son tan diversas como sus razones para hacerlo. Según estudios en Estados Unidos, estas mujeres son, como señalan Kumar et al. (2009), sobre todo mujeres casadas con hijos, aunque esto por supuesto varía ampliamente en otras sociedades (Sorhaindo et al., 2014; Mohamed et al., 2018). En Venezuela, sabemos por cifras recabadas por organizaciones que una gran proporción de las mujeres que abortan tienen una edad promedio entre 25 y 30 años, tienen al menos una hija y completaron su educación secundaria (Faldas-r, 2019).

Por otro lado, si bien como se acaba de mencionar las razones para abortar son tan variadas como las identidades de las mujeres que abortan, Norris et al. (2011) señalan una característica importante en el discurso público en torno a las razones de las mujeres para abortar: se trata de la existencia de abortos “buenos” y “malos” (Norris et al., 2011), o “legítimos” e “ilegítimos”. Existen motivaciones y circunstancias para abortar que gozan de mayor aceptación social, mientras otras sufren de mayores niveles de condena. Abortar porque el embarazo fue producto de una violación o incesto; porque se produjo a pesar de usar

algún método anticonceptivo confiable; porque el feto viene con malformaciones, son algunas de las características de un aborto “bueno” según Norris et al. En contraste, los abortos “malos” son practicados por mujeres egoístas, libertinas, con más de doce semanas de gestación, que han tenido más de un aborto y no usan anticonceptivos, etcétera. Estas distinciones, fundamentalmente morales, pueden expresarse no sólo en el discurso público sobre el aborto (por ejemplo, en la legislación que un Estado implemente al respecto) sino también en el discurso privado de las mujeres que abortan; puede constituir un mecanismo mediante el cual las mujeres diferencien su aborto de los otros “malos” abortos y gestionen el propio estigma vivido (Rapp, 2000 en Norris et al., 2011).

El aborto no acarrea por sí sólo la presencia de trauma o malestar para la vida de las personas. Sin embargo, la persistencia del estigma relacionado al aborto tiene una relación directa y de causalidad con el hecho de que tantas experiencias de aborto estén estrechamente acompañadas por situaciones de estrés o malestar. Eso podemos deducir del trabajo esencial de Marta B. Rondón (2009).

En su investigación, Rondón indica que la mayoría de las investigaciones sobre salud mental y aborto parten del modelo del estrés y su afronte de Lazarus (1984), según el cual una individuo debe percibir una situación como estresante para que la misma le genere estrés; es decir, sus mecanismos cognitivos deberán evaluar la situación como un reto o amenaza (Rondón, 2009, p. 8). A su vez, las personas cuentan con mecanismos de afronte para lidiar conscientemente con los factores de estrés en determinada situación. Según el contexto, esos mecanismos podrán reducir o exacerbar el estrés. En ese sentido, y aplicando el modelo de Lazarus a la situación del aborto, Rondón plantea que:

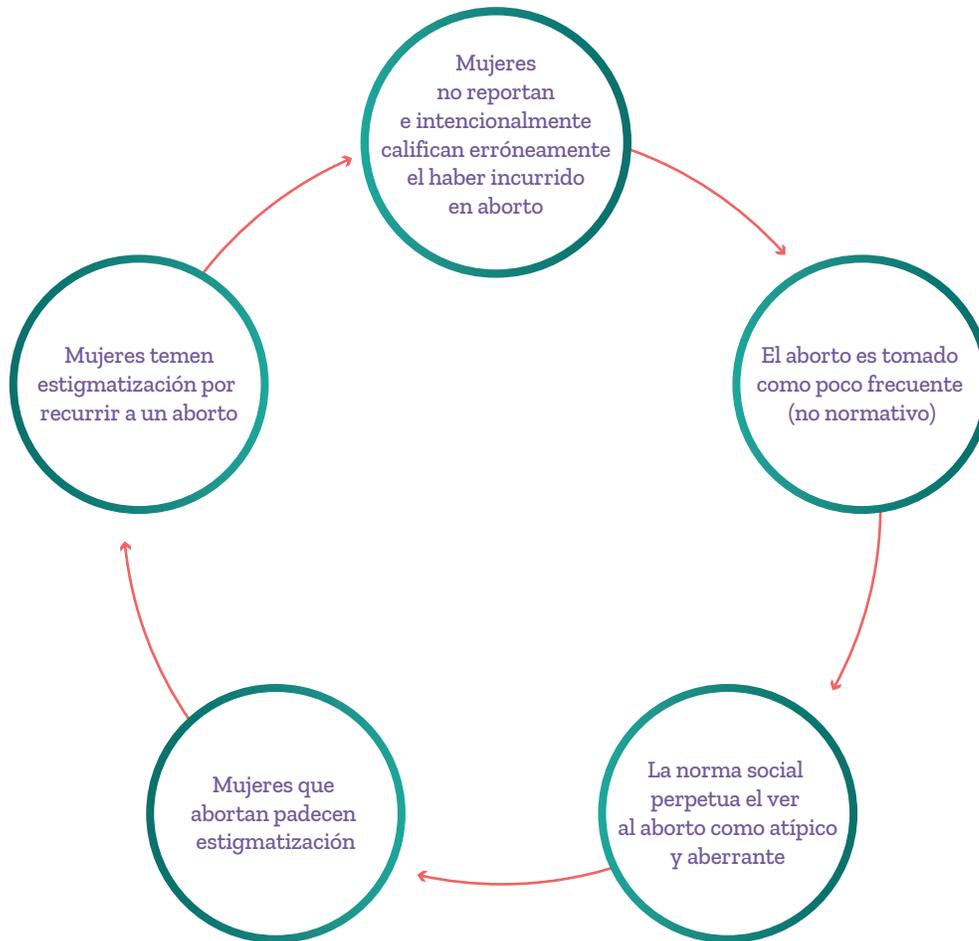
En relación con este modelo teórico, el aborto se considera un evento potencialmente estresante en el contexto de una vida normal en la que hay muchos otros estresores. Un embarazo no deseado es también un estresor y, según este modelo, no se puede separar la experiencia psicológica del aborto de la experiencia psicológica de la gestación no deseada. El aborto podría ser un estrés secundario que agrava el estrés, o una respuesta que alivia la angustia causada por el embarazo no deseado. (p. 6)

Lógicamente, el estrés no estará necesariamente presente para todas las mujeres en sus experiencias de aborto o embarazo no deseado: allí interviene un principio clave de este modelo, llamado la “variabilidad individual”. La situación de estrés es producto de una interacción entre la mujer y su entorno, donde “las circunstancias específicas son evaluadas como estresoras si exceden los recursos de la persona para adaptarse” (p.7). Así, la percepción que tenga una mujer sobre su capacidad para gestionar su situación, así como los niveles de aceptación o rechazo en su entorno, serán determinantes en el nivel de estrés o incluso trauma que pueda infligir su aborto. En ese sentido es evidente el rol determinante que juega la presencia de estigma relacionado al aborto.

Respecto a las consecuencias del estigma relacionado al aborto, éstas son múltiples y se superponen, además de ser muy variables según las características personales y contextuales (culturales, estructurales, historia sexual y reproductiva, entre otras) de la mujer que ha abortado (Coast et al., 2018). Sin embargo, la consecuencia central, de la que otras más pequeñas se derivan, es la discriminación manifiesta. El miedo a las reacciones asociadas al estigma con frecuencia impide que las mujeres busquen o reciban apoyo, tanto de familiares, amigos u organizaciones sociales, como de servicios de salud (en contextos donde tales servicios asociados al aborto estén disponibles) (Coast et al., 2018; Norris et al., 2011).

En contextos donde el aborto es legal y existen servicios públicos y privados que lo proveen, el estigma asociado al aborto también tiene un costo económico para las mujeres, siempre más severo para quienes tienen condiciones socio-económicas de mayor vulnerabilidad. En una investigación conducida en Estados Unidos, Jones, Finer y Singh (2010) encontraron que, entre el 30% de mujeres que abortaron estando cubiertas por un seguro privado, casi dos tercios pagaron por la atención del aborto de su bolsillo, lo cual atribuyen en parte a la estigmatización. Según Grossman et al. (2010), la prevalencia del aborto autoinducido en estados de Estados Unidos donde existen servicios sanitarios que lo proveen, también es indicativo del deseo de muchas mujeres de mantener sus interrupciones en secreto (Norris et al., 2011).

Por otro lado, Sorhaindo et al. (2014) constatan que múltiples investigaciones sugieren una relación entre el secreto y el silencio de las mujeres que abortan, con el sostenimiento o reproducción del estigma relacionado al aborto (McMurtrie et al., 2012; Shellenberg y Tsui, 2012; Shellenberg et al., 2011, en Sorhaindo et al., 2014). Así, se establece una suerte de círculo vicioso en el cual mientras más mujeres guardan silencio sobre su aborto por miedo a sufrir las consecuencias del estigma, más se consolida dicho estigma (Kumar et al., 2009; Major y Gramzow, 1999; Norris et al., 2011) (Figura 1).

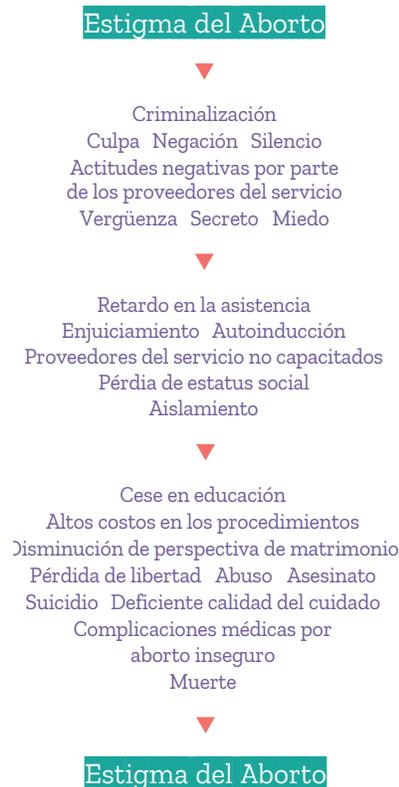


**Figura 1.** La paradoja de la prevalencia: la reproducción social del estigma asociado al aborto a pesar de la alta incidencia del aborto (Fuente: Kumar et al., 2009, p. 6).

La investigación de Norris et al. (2011) señala que las mujeres en los Estados Unidos expresan emociones complejas después del aborto y no todas las mujeres se sienten estigmatizadas al respecto. Sin embargo, la mayoría acata una especie de regla implícita del secreto: sienten que se espera que no digan nada sobre su aborto (Ellison, 2003). Otras investigaciones, también conducidas en Estados Unidos, indicaron que dos de cada tres mujeres que abortaron anticiparon sufrir el estigma asociado sólo si otros se enteraban de ello; mientras que el 58% sintió que necesitaban mantener su aborto en secreto de sus amigos y familiares (Shellenberg et al, 2012).

En general, el silencio que adoptan las mujeres que han experimentado abortos inducidos parece ser un mecanismo para evitar las secuelas sociales del estigma: la discriminación y exclusión. Este silencio, a su vez, impide a las mujeres compartir su experiencia y en consecuencia obstaculiza que otras personas hablen en apoyo de quienes abortan, sosteniendo así el estereotipo negativo. De hecho, varias investigaciones indican que con frecuencia las mujeres que han tenido abortos pueden incluso tomar posiciones públicas en contra (Kumar et al., 2009). A su vez, las mujeres que internalizan las actitudes de desvalorización

que genera el estigma asociado al aborto reportan sentimientos de vergüenza, señalamiento, tristeza y culpa (Shellenberg et al., 2011, en Sorhaindo et al., 2014) (Figura 2).



**Figura 2.** Impacto hipotético del estigma del aborto en la salud de las mujeres  
(Fuente: Kumar et al., 2009, p. 11).

En su investigación cualitativa de 2013, las autoras Cockrill y Nack elaboraron un modelo para estudiar las manifestaciones de estigma relacionado al aborto, así como las estrategias mediante las cuales las mujeres gestionan o previenen las consecuencias de dicho estigma. En ese trabajo, en el que se analizaron una serie de entrevistas a mujeres diversas de Estados Unidos, las autoras afirman que las mujeres despliegan múltiples mecanismos para abordar individualmente tres objetivos de la gestión del estigma: “el primero es intrapersonal: gestionar el yo dañado, mientras que el segundo y el tercero son interpersonales: mantener una buena reputación y gestionar una reputación dañada” (p. 7).

Tras internalizar el estigma relacionado al aborto y para **gestionar el yo dañado**, las mujeres estudiadas por Cockrill y Nack implementaron fundamentalmente cuatro estrategias: excusas; justificaciones; transferir la culpa; y apelar a lealtades mayores. Las *excusas* permiten a las mujeres escudarse del calificativo de “irresponsables”, mientras que las *justificaciones* a aceptar la responsabilidad de su aborto y negar que sea un error, protegiéndose de desvalorizaciones morales en su contra (p. 10).

Por su parte, diez mujeres de la muestra estudiada por las autoras *transfirieron parte o toda la “culpa”* de su aborto a otras, como a sus parejas por presionarlas a abortar o incluso al personal de salud en el sitio donde accedieron al aborto (p. 11). Otras mujeres participantes en el estudio abogaron por *apelar a lealtades mayores* asociadas a las expectativas sociales sobre la maternidad, como puede ser en el caso de mujeres con hijos o casadas, que relatan que el bienestar de sus familias fue la prioridad en relación a llevar a término un embarazo no deseado (p. 11).

Por otro lado, para **mantener una buena reputación**, las mujeres participantes en la muestra de Cockrill y Nack apelaron a estrategias relacionadas a esconder su experiencia de aborto, pues revelar este hecho podría acarrear graves consecuencias para ellas por diversas razones de contexto. Para lograrlo, idearon *cover stories* o historias encubridoras, como decir que tuvieron una pérdida en lugar de un aborto inducido; también algunas mujeres  *fingieron* no haber tenido nunca un aborto, incluso en medio de conversaciones sobre aborto. En general, está documentado que esconder la experiencia de aborto puede generar malestar y otros efectos nocivos para la salud mental de las mujeres (Major y Gramzow, 1999), además de que mantener en secreto su experiencia puede contribuir al estigma relacionado al aborto, pues el silencio puede privar a las mujeres del apoyo y acompañamiento en espacios libres de juicio hacia el aborto (Sorhaindo et al., 2014) y contribuir a un silencio social más amplio en torno a las experiencias de aborto de las mujeres (Belfragea et al., 2019). De hecho, Cockrill y Nack citan a Miall (1986) para asegurar que, en general, las mujeres que abortan necesitan alguna forma de revelación terapéutica (*therapeutic disclosure*, traducción propia), a alguien de su confianza (p. 12).

**Gestionar una reputación dañada**, por su parte, implicó para las mujeres estudiadas por Cockrill y Nack el uso de alguna de dos estrategias: la *condena de los condenadores* y la *normalización*. Mediante la primera, las mujeres ponían en cuestión la valoración negativa asignada socialmente al aborto, otorgando una mayor falta quienes condenan al mismo. Otras mujeres demostraban cierta *normalización* de su experiencia de aborto, replanteando incluso actitudes o reservas que tenían previamente y tratando de ubicar su experiencia de aborto como un episodio más en su historia reproductiva (p. 14).

## Expresiones del estigma relacionado al aborto

¿Cómo se expresa el estigma relacionado al aborto? ¿Son actitudes colectivas o individuales? ¿Las mismas acompañan todas las instancias de aborto o sólo algunas?

Existen varias clasificaciones del estigma relacionado al aborto según los niveles y mecanismos con los que se expresa, desde las manifestaciones individuales hasta las estructurales o el “estigma cultural”, como lo denominaron Quinn y Chaudoir (2009).

A efectos de esta investigación, retomamos dos aportes en este sentido: el modelo de Cockrill y Nack (2013) y el modelo de Kumar et al. (2009).

Según el modelo de Cockrill y Nack (2013), pueden reconocerse tres manifestaciones individuales de estigma relacionado al aborto: en primer lugar, señalan la existencia del estigma internalizado (*internalized stigma*, traducción propia) que resulta de la aceptación, por parte de la mujer, de las valoraciones negativas socialmente construidas. En segundo lugar, las autoras indican la existencia del estigma sentido (*felt stigma*, traducción propia) “abarca sus evaluaciones de las actitudes de otros hacia el aborto, así como sus expectativas sobre cómo las actitudes pueden resultar en acciones” (p. 3). Por último, el estigma del aborto reproducido (*enacted stigma*, traducción propia).

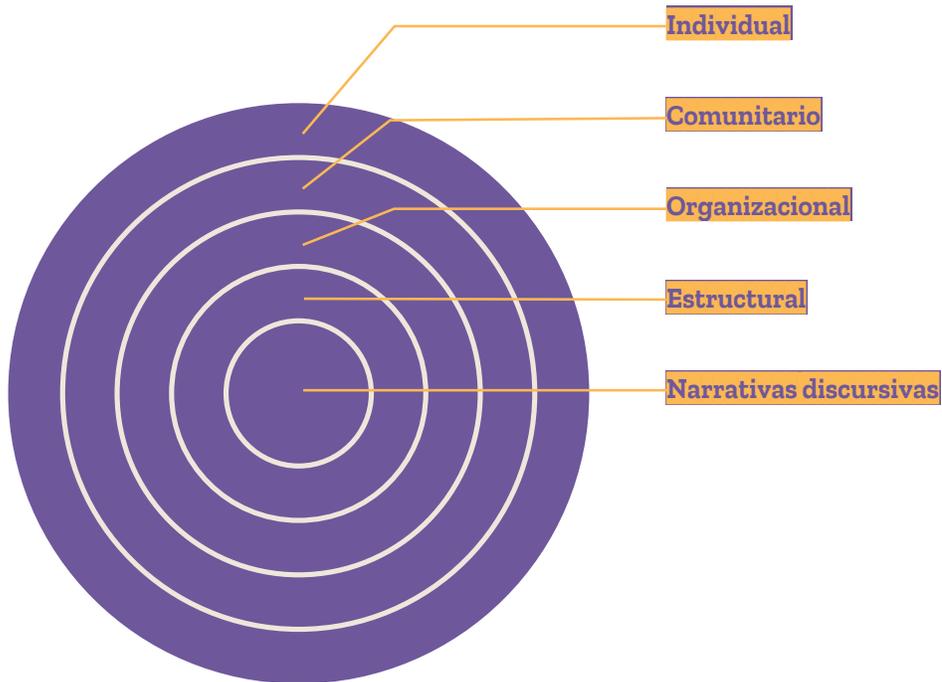
Son las acciones, claras o sutiles, experimentadas por una mujer, que revelan prejuicios contra las personas que participan en el aborto: por ejemplo, el estigma físico o abuso emocional, discriminación, discurso de odio, así como juicios verbales/presunciones, evasión y muestras de incomodidad, ansiedad o incluso repugnancia”. (p. 3)

Kumar et al. (2009) agregan algunas consecuencias o posibles características del estigma reproducido a nivel interpersonal, incluyendo:

La negación de precisión o claridad de la información médica, honorarios excesivos por servicios, abuso verbal o físico, expulsión de la escuela o el empleo, sometimiento al escarnio público, la puesta en peligro o ruptura de relaciones maritales, el ostracismo de la comunidad, la mala calidad de los servicios o el uso de proveedores no capacitados en condiciones inseguras (Koster-Oyekan 1998, Varga 2002, Erviti et al. 2004, Lithur 2004, Schuster 2005). (p. 7)

Por otro lado, partiendo del trabajo desarrollado por Heijinders y Van Der Meij en 2006 sobre estigma en el sistema de salud, las autoras Kumar et al. en su investigación seminal de 2009 “Conceptualizar el estigma asociado al aborto”

elaboraron un modelo que contempla cinco niveles en los que se manifiesta el estigma relacionado al aborto: marcos discursivos y cultura de masas; factores gubernamentales o estructurales; organizaciones e instituciones; comunidad; y por último factores individuales (Figura 3).



**Figura 3.** Niveles del estigma relacionado al aborto  
(Fuente: Kumar et al., 2009, p. 7).

Si bien en este modelo no hay una división taxativa de las esferas de estigma, a efectos de esta investigación exploraremos con mayor profundidad los niveles de comunidad e individual.

El nivel de la **comunidad** es donde generalmente se conjugan el estigma relacionado al aborto y la pérdida de estatus, pues se trata de una desvalorización moral que puede afectar severamente las posibilidades de vida de la mujer, según el contexto. Las autoras proveen el ejemplo de Indonesia y Gana donde, según investigaciones de Bennet (2001) y Lithur (2004), una mujer que busque abortar antes del matrimonio puede ser tachada de promiscua o peor, evento que puede determinar gravemente sus posibilidades de casarse en el futuro. En contraste, las autoras señalan que las mujeres que tienen redes de apoyo y “creen que la sociedad en la que viven apoya su decisión” pueden experimentar menos malestar con su decisión de abortar (p. 9).

Por otro lado, con respecto al nivel de los **factores individuales**, las autoras notan que la vergüenza y la culpa son las dos manifestaciones más comunes de estigma relacionado al aborto internalizado, hasta el punto de que las mujeres

pueden sentir que su experiencia de aborto las hace egoístas, inmorales o incluso “antinaturales” por contravenir expectativas familiares o convenciones culturales sobre la maternidad<sup>1</sup>.

Haciendo una reflexión sobre las estrategias mediante las cuales los grupos anti-aborto han logrado consolidar el estigma en torno al aborto en Estados Unidos, las autoras señalan que desde mediados de la década de los ochenta éstos grupos vienen desarrollando esfuerzos para esencializar las manifestaciones del estigma internalizado, patologizando la experiencia de las mujeres<sup>2</sup> y enmascarando las expresiones de estigma como supuestas respuestas fisiológicas “naturales” al aborto, cuando en realidad se trata de las consecuencias de construcciones sociales que marginalizan a determinadas mujeres.

<sup>1</sup> Las autoras citan en este sentido los estudios de caso hechos por Bleek en 1981, Mojapelo-Batka y Schoeman en 2003, Lithur en 2004 y Scharwächter en 2008.

<sup>2</sup> Como en el notorio caso del “síndrome post-aborto”, hábilmente desmentido por Rondón en su trabajo de 2009.

# Ruta metodológica para el abordaje del estigma relacionado al aborto

Esta investigación se propuso indagar en torno a las vivencias e interpretaciones que tiene un grupo de mujeres radicadas en territorio venezolano que han tomado la decisión de practicarse un aborto. Pese a que el abordaje social, político y cultural del aborto ha variado en los últimos 40 años, consideramos que se mantienen fuertemente arraigados patrones patriarcales de género.

El estigma relacionado al aborto es un campo de estudio nuevo y escasamente desarrollado sobre todo en la región Latinoamericana. Abordar como objeto de estudio el estigma que existe en torno a la práctica del aborto constituye una producción de conocimiento ineludible para el feminismo como herramienta de análisis y transformación de la realidad. Es urgente impactar positivamente en la experiencia subjetiva de las mujeres respecto al aborto, su salud sexual y reproductiva, y la mirada social sobre él para propiciar reformas legales y políticas públicas que procuren garantizar el derecho de las mujeres y personas gestantes a la autonomía corporal.

Para analizar los diversos factores que confluyen en el estigma relacionado al aborto partimos de la teoría crítica feminista. Desde esta perspectiva se articula la producción sistemática de saberes más allá de un conjunto de conceptos explicativos, yendo a la profundidad de lo más subjetivo, social y colectivo; considerando la manera en que representan al aborto las propias mujeres, a fin de producir una transformación de la realidad que las determina, asumiendo los problemas que las afectan, tanto desde un punto de vista personal como político, comprometido con la mejora de las condiciones y realidad concreta de las mujeres. Incorporamos el enfoque feminista por considerarlo clave a la hora de retomar la experiencia de las mujeres como un recurso empírico-teórico, rasgo

definitivo al momento de hacer investigación feminista, cuya premisa fundamental es empezar por la vida de las mujeres (Hardin, 1998).

Nuestro propósito es indagar si existe estigma, entendido este como la experiencia o expectativa de sufrir degradación social por poseer una determinada característica o condición, la cual puede ser visible u ocultable, permanente o transitoria. En el caso del estigma relacionado al aborto, se trata de un estigma ocultable y transitorio. Las mujeres que tienen abortos, así como las personas que apoyan a esas mujeres y aquellas que prestan servicios de aborto, todas ellas pueden experimentar estigma asociado al aborto. En este caso, analizaremos las vivencias e interpretaciones de las mujeres que se han practicado uno o más abortos y buscaremos además conocer si la manera cómo el aborto fue generado, especialmente con presencia de terceros, incide en las expresiones del estigma.

Se trata entonces de una investigación exploratoria-cualitativa, de tipo flexible, desde una perspectiva situada, con enfoque feminista, inscrita en la corriente epistemológica de orden constructivista; en la cual converge el análisis hermenéutico-interpretativo de la experiencia en estudio, su contrastación y análisis teórico-documental como procedimiento en el proceso de acercamiento a la experiencia cognoscente. Entendemos junto a María Cecilia de Souza Minayo (2003) la investigación cualitativa como aquella que

trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, la que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. (p. 18)

Así definimos una serie de objetivos que guiaron nuestro trabajo.

## Objetivo general

Analizar la presencia de estigma en mujeres que decidieron abortar de forma inducida para conocer sus percepciones en torno a este proceso: cómo lo vivieron y qué consecuencias para ellas se derivaron de esta situación, en Venezuela durante el período 2019-2020.

## Objetivos específicos

1. Conocer las experiencias individuales y subjetivas vividas por las mujeres participantes en su proceso de aborto.
2. Indagar entre mujeres que han abortado cómo accedieron a la información pertinente y al método abortivo de su elección.
3. Identificar si hubo consecuencias psicológicas o sociales derivadas de la decisión de interrumpir ese embarazo.

## Caracterización de las mujeres entrevistadas

La población de mujeres abordada en esta investigación estuvo constituida por tres grupos, caracterizados de la siguiente forma:

Mujeres que han sido usuarias del servicio de atención telefónica “Línea Aborto: Información Segura” y a quienes se haya brindado asesoría sobre cómo se practica un aborto con medicamentos autoadministrados, pero siendo que la mujer completó su aborto sin el acompañamiento de la Línea, ya sea con medicamentos o con algún otro método, en el último año (enero 2019 a febrero 2020). Estos otros métodos admisibles son: aborto por AMEU (aspiración manual endouterina); aborto por LUI (legrado intrauterino); aborto con medicamentos administrados por una profesional de la salud y/o bajo supervisión médica.

Mujeres que hayan sido usuarias de la “Línea Aborto: Información Segura” y se les haya aplicado el acompañamiento telefónico inmediatamente antes y/o durante un aborto con medicamentos autoadministrado, en el último año (enero 2019 a febrero 2020).

Mujeres que hayan abortado con un método diferente a las pastillas en el último año (enero 2019 a febrero 2020). Estos otros métodos admisibles son: aborto por AMEU ; aborto por LUI; aborto con medicamentos administrados por una profesional de la salud y/o bajo supervisión médica. Estas mujeres no fueron acompañadas por la “Línea Aborto: Información Segura”, en ninguna instancia del proceso de interrupción del embarazo.

Consideramos particularmente a las mujeres que han utilizado el servicio de la “Línea Aborto: Información Segura”, solicitando conocer el protocolo de aplicación de los medicamentos misoprostol y mifepristona, o sólo misoprostol. Sólo participaron de la investigación las usuarias que efectivamente interrumpieron sus embarazos con algunos de los métodos abortivos seguros antes indicados. Fueron entrevistadas mujeres de diversos estados del país a saber: Distrito Capital, Zulia, Aragua, Miranda y Carabobo.

Se entrevistaron 15 mujeres con las siguientes características

N	Ocupación	Edad	Con quién vive	Nº de hijos	Dónde vive	Tipo de residencia	Práctica espiritual o religiosa	Pareja	Orientación Sexual	Identidad de género	Identidad Étnico Racial
1	Estudiante	26	Mamá y perras	0	Urbanización	Casa	Ninguna	Sí	Bisexual	No especifica	Mestiza
2	Asesoría comunicacional	27	Dos hijos y el padre de sus hijos	2	Barrio	Apartamento	Agnóstica	Sí	Heterosexual	No especifica	Blanca
3	Obrera	18	Hija, mamá y hermano	1	Barrio	Casa	Católica	No	Heterosexual	Mujer	No especifica
4	Emprendimiento de repostería	27	Pareja y amigos	0	No especifica	Apartamento	Ninguna	Sí	Heterosexual	Mujer	Mestiza
5	Asesora de Viajes	45	Hijo	1	Urbanización	Apartamento	Católica	Sí	Heterosexual	No especifica	No especifica
6	Cajera	22	Mamá y papá	0	Urbanización	Apartamento	Ninguna	Sí	Heterosexual	Mujer	Mestiza
7	Administra un grupo por Whatsapp/ Comerciante	23	No especifica	2	Barrio	Casa	Ninguna	Sí	Heterosexual	No especifica	Indígena/ Mestiza
8	Estudiante	25	Arrendadora	0	Urbanización	Habitación	Ninguna	No	Heterosexual	Mujer	Mestiza
9	Administradora de empresa y ama de casa	35	Hija y esposo	1	Urbanización	Apartamento	Católica	Sí	Heterosexual	Mujer	Blanca
10	Abogada	26	Sola	0	Zona urbana	Anexo	Católica	Sí	Heterosexual	Mujer	Blanca
11	Desempleada	20	Mamá	0	Barrio	Casa	Ninguna	No	Heterosexual	Mujer	Blanca
12	Ama de casa/ Empleada doméstica	18	Mamá, hermano e hija	1	Barrio	Casa	Católica	No	Heterosexual	Mujer	No especifica
13	TSU Hidrocarburo. Supervisora	39	Dos hijos y esposo	2	Barrio	Casa	Ninguna	No	Heterosexual	Mujer	Mestiza
14	Estudiante de artes plásticas	27	Mamá, hija, pareja	1	Urbanización	Apartamento	Ninguna	Si	Bisexual	Mujer	Trigueña
15	Estudiante universitaria derecho UCV, ama de casa por la pandemia, antes vendedora	28	Con les hijos	2	Barrio (parroquia el Valle Caracas)	Apartamento	Católica	se está separando	Heterosexual	Mujer	Mestiza

## Técnicas de recolección utilizadas

Se aplicaron entrevistas individuales, confidenciales y exhaustivas, de tipo semi-estructuradas, con el objetivo de explorar la presencia de estigma en las experiencias vividas de aborto inducido entre 2019 y 2020 entre mujeres habitantes de Venezuela.

Debido a las políticas para la contención de la pandemia por Covid-19, que implicaron en 2020 fuertes limitantes para la movilización, no fue posible implementar una técnica de entrevistas presenciales. En ese sentido, el instrumento fue aplicado de manera telefónica o mediante una plataforma virtual de video-llamadas, según la posibilidad de conectividad tanto de las entrevistadas como de las entrevistadoras. Asimismo, antes de comenzar se brindó a todas las participantes información sobre el propósito de la investigación y los objetivos, obteniendo el consentimiento informado para la ejecución del proceso.

El diseño de estos instrumentos centró sus preguntas en obtener narraciones sobre aspectos difíciles de las experiencias de aborto de las mujeres (Cocrill y Nack 2013).

Todos los nombres de las personas entrevistadas han sido reemplazados por una codificación que corresponde a “E” de entrevista y el número correspondiente al orden en el que fueron realizadas (E 001).

## Categorías de análisis

Con el fin de reconocer los rasgos del estigma, si los hubiere, en las experiencias de aborto inducido relatadas por las personas participantes en la investigación, quisimos echar mano de la extensa reflexión académica expuesta en nuestro marco teórico. En ese sentido, elegimos las siguientes categorías de análisis, diseñadas para ofrecer una comprensión amplia y holística de la experiencia de aborto inducido en este contexto, con énfasis en los aspectos contextuales, subjetivos y vivenciales que pueden estar vinculados a la aparición del estigma.

1. Conocer la experiencia individual y subjetiva vivida por las mujeres participantes en su proceso de aborto
  - a. Sentimientos vinculados a la experiencia del aborto
    - ii. Físicas
    - iii. Emocionales
    - iv. Psicológicas
  - b. Opinión respecto al aborto
2. Indagar entre mujeres que han abortado cómo accedieron a la información pertinente y el método abortivo usado
  - a. Acceso a la información
    - i. Acceso a la información respecto al aborto
    - ii. Actores/espacios involucrados en el proceso de informar (organizaciones, instituciones, personas, recursos)
  - b. Método abortivo usado: cómo tomó la decisión, fue impuesto/por descarte o tuvo información de diversas opciones; cambió de opinión en algún momento
    - i. Decisión sobre método
    - ii. Método(s) usado(s): pastillas, legrado, AMEU, combinación
    - iii. Recorrido o proceso de acceso a método
  - c. Acompañamiento pre, durante, post aborto
    - i. Rol de pareja
    - ii. Rol de familiar
    - iii. Rol de amigas
    - iv. Rol de personal de salud
    - v. Rol de acompañante

- d. Contexto del aborto
  - i. Espacio físico
  - ii. Insumos, servicios
  - iii. Privacidad
- 3. Identificar si hubo consecuencias psicológicas o sociales derivadas de la decisión de interrumpir ese embarazo
  - a. Gestión del yo dañado
    - i. A quiénes le ha contado (o no)
    - ii. Emociones negativas asociadas a hablar de su aborto
    - iii. Emociones positivas asociadas a hablar de su aborto
  - b. Ocultabilidad: ansiedad asociada a la posibilidad de que otros se enteren
  - c. Transitoriedad: cuándo piensas en tu aborto
  - d. Estigma proyectado: cómo se refieren a otras mujeres que abortan o han abortado, o al aborto
- 4. Conocer su opinión sobre qué es para ella el aborto, y la autonomía reproductiva
  - a. Caracterización de la sexualidad
  - b. Caracterización de la maternidad
  - c. Caracterización de la crianza de hijos e hijas
  - d. Autonomía sobre la sexualidad

# Estigma relacionado al aborto

Para este análisis, partimos de las categorías desarrolladas en la ruta metodológica, haciendo un ejercicio de redefinición para establecer las categorías que en nuestro criterio mejor describen el estigma relacionado al aborto.

## Aborto y procesos emocionales

Los procesos emocionales vinculados a mujeres y personas gestantes que abortan dan cuenta de las formas que estas personas encuentran para gestionar sus procesos de aborto, en un contexto que criminaliza y rechaza profundamente el ejercicio de la autonomía sobre sus cuerpos. En los testimonios de las mujeres vemos reflejadas diversas sensaciones, pensamientos e ideas que consideramos reflejan el estigma alrededor del aborto, debido a la carga sociocultural que este conlleva, junto a las ideas preconcebidas sobre la familia, la sexualidad y el rol de las mujeres en estas.

**"Las mujeres entrevistadas manifiestan transitar por diferentes estados emocionales, la mayoría de ellos negativos..."**

Partiendo de los testimonios de las mujeres entrevistadas, podemos evidenciar que en la mayoría de los casos prevalecen sensaciones negativas de culpa y rechazo en relación al proceso de aborto. Las mujeres entrevistadas manifiestan transitar por diferentes estados emocionales, la mayoría de ellos negativos, como la vergüenza relacionada directamente a la decisión de ocultar su aborto y a la anticipación al estigma (Quinn y Chaudoir, 2009), es decir, al rechazo y vergüenza asociada a los juicios que hipotéticamente se emitirían en entorno a su decisión.

*"Por un momento sentía nervios. Como te dije creo que al pensar en esa palabra a uno le da como terror." (E 015)*

*"Susto, nervios, preocupación, y eran un montón de sentimientos encontrados, porque casi no hay información, sabes, es como tú te metes en internet y hay un montón de cosas horribles y hay otro montón de cosas no tan horribles, y tú cómo que no sabes a quién creerle." (E 004)*

“Yo los sentimientos que asocio con esto primero que nada es dolor hacia mí porque voy a pasar por un momento muy duro, tanto por el dolor, tanto por las cosas, y me siento como un poco asustada porque era la primera vez que yo iba a hacer esto.” (E 012)

Una de las maneras en las que el estigma asociado al aborto puede ser internalizado es cuando existe un convencimiento de que se ha cometido una falta, un acto de maldad o de egoísmo. Como ha sido identificado anteriormente (Kumar et al., 2009), las construcciones socioculturales, el imaginario colectivo alrededor de la sexualidad femenina, la familia y la maternidad, además de la situación de ilegalidad en la que está sumido el aborto inducido en Venezuela, generan condiciones para que el estigma sea normalizado por mujeres y personas gestantes que han abortado, no sólo como si hubiesen cometido un acto cruel, sino incluso un crimen.

*“Pena en el sentido de, por lo menos, me vayan a ver así haciéndome esas cosas como que ¿naguará<sup>3</sup> el novio la dejó, el novio no le respondió y ahora mira lo que está haciendo. Me daba pena en ese sentido hasta con mi mamá, porque mi mamá bastante que me lo dijo y yo no le hacía caso.” (E 003)*

Otras de las emociones negativas que en reiteradas ocasiones aparecen en los testimonios son culpa, tristeza, necesidad de ser perdonada, cuadros de estrés e incertidumbre sobre si la decisión tomada efectivamente fue correcta. Es constante en lo expresado por las mujeres que la determinación para realizar el procedimiento no fue sencilla, sus procesos estuvieron atravesados por reflexiones, revisión de información e incluso consultas a vínculos cercanos como madres, padres o parejas. La culpa representa una de las emociones con mayor presencia y peso en las experiencias relatadas. La toma de decisión sobre sus cuerpos se va complejizando en medio de un contexto donde la idea arquetípica de mujer se relaciona profundamente con la maternidad y esto parece ser inamovible.

*“Me sentía muy rara. Fue una experiencia muy grande que de verdad no le deseo a nadie porque no es fácil, no es fácil de asimilar. Hoy en día me cuido mucho, ahora trato de hacer las cosas bien.” (E 003)*

El estigma relacionado al aborto también se alimenta de arquetipos culturales sobre la femineidad, incluidas construcciones simbólicas sobre la sexualidad femenina procreadora y el deseo innato de la mujer de ser madre (Kumar et al., 2009; Cockrill y Nack, 2013); de ahí que la noción de “hacer las cosas bien” tenga que ver con el ejercicio de la maternidad y/o de la anticoncepción eficaz, donde el aborto se considera un marcador de fracaso o falla.

En otros contextos, puede ser un acto de ejercicio de autonomía poder decidir sobre el futuro, el cuerpo y las condiciones en las que las mujeres queremos

<sup>3</sup> Expresión coloquial venezolana, implica admiración, asombro.

o no enfrentar la maternidad, pero partiendo de estos testimonios de mujeres venezolanas, para muchas es una especie de marca que genera vergüenza, y un rechazo relacionado con la idea de irresponsabilidad que recae en la mayoría de los casos sólo sobre las mujeres. (Norris et al., 2011, p. 3)

*“Y bueno, era como mucha culpa, sentí que los había decepcionado, algo así (...) Por más que yo también pienso que la mujer debe tener el derecho a un aborto legal y todo eso, como que uno entiende, pero en el fondo uno igual siente la culpa.” (E 008)*

Estas emociones podemos ubicarlas temporalmente en los momentos previos al proceso de aborto, por ejemplo en la decisión sobre cuál método abortivo utilizar. Incluso son anteriores a la decisión de ocultar el aborto, es decir, decidir con quién compartir la información y con quién no. Algunas mujeres manifiestan que a pesar de solventar con el proceso de aborto una situación compleja a nivel personal, socioeconómica o de cualquier otra índole, en lo emocional este tiene una carga negativa que las atraviesa y les genera una sensación de culpa. Esta sensación de culpa pareciera estar reflejada en distintos aspectos de la vida cotidiana. Algunas prefieren intentar omitirla, ocultarla u olvidarla; otras la tienen presente como una carga en su día a día.

En el transcurso de sus abortos, algunas mujeres entrevistadas manifestaron sentirse altamente impresionadas por la dimensión de los síntomas relacionados a este: la abundancia del sangrado, el aspecto del producto de la concepción (lo expulsado), etc. Esta impresión se relaciona profundamente con la falta de información en la que la mayoría de ellas emprendió el proceso de aborto, también con la falta de educación sexual desde una perspectiva integral que incorpore información específica sobre el proceso abortivo.

*“No sé, a veces por lo menos de repente me voy a dormir en la noche y no puedo dormir. Me pongo a pensar y me viene a la mente esa situación.” (E 011)*

*“Es como una etapa muy triste y oscura, creo que ha sido el momento más difícil de mi vida, a veces tenía sueños sobre eso, siempre me viene a la mente como un recuerdo muy triste y de un momento muy triste, un momento muy difícil.” (E 008)*

En algunos casos las emociones negativas asociadas al aborto y las impresiones que estas causan podrían incidir en la tranquilidad, hábitos de sueño y descanso de algunas de las mujeres entrevistadas.

*“Cuando llega la temporada de abril, 18 de abril siempre me acuerdo de eso o todos los 18. Todos los 18 me acuerdo de eso, porque en esa fecha era muy duro para mi.” (E 012)*

En este sentido, también podemos evidenciar la incidencia del estigma relacionado al aborto en los vínculos sexo-afectivos de las mujeres, pues algunas consideran que tener una vida sexual activa y placentera desencadenaría nuevamente una experiencia como la interrupción de un embarazo no deseado.

“Fue el año pasado, y oye me costó mucho superarlo porque, nugará, me trato de cuidar tanto que a veces no me gustaría ni tener novio porque he pasado por una cosa tan difícil que no me gustaría volver, eso fue tan difícil para mí, pero bueno, aquí estoy.” (E 012)

En un principio el miedo puede afectar la forma de tomar la decisión de interrumpir el embarazo. Este miedo tiene su origen en la desinformación y en los términos en los que está definida la maternidad en el imaginario colectivo de la sociedad venezolana.

“Bueno al principio, obviamente estaba asustada. Al principio era así como que ‘bueno nada yo voy abortar’, pero después empecé como a involucrar mis sentimientos. Nunca tuve rechazo hacia lo que iba hacer pero sí siento que me costaba cada vez más como tomar la decisión de abortar.” (E 001)

A su vez, evidenciamos que el acceso a la información confiable y segura se relaciona de forma determinante con cómo las mujeres atraviesan su experiencia y cómo la desinformación, en el contexto de ilegalidad (Norris et al., 2011: p.5), permea los espacios medicalizados, desacreditando el ejercicio de la autonomía en el cuerpo de las mujeres. Como señala Marbella Camacaro (2009) en algunos procesos reproductivos de las mujeres estas son tratadas como enfermas, lo que genera que reduzcan su posibilidad de valerse por sí mismas, acarreando como consecuencia la dependencia de una intervención técnico-médica para hacer frente a su vida sexual, reproductiva, psíquica y hasta cotidiana.

“Bueno tuve mucho miedo, pero me sentí más segura cuando tuve la guía de ustedes [Faldas-r], porque anterior a eso había ido al médico y el médico más bien me dijo que eso era algo ilegal, que eso era algo muy fuerte, que me podría morir.” (E 006)

A pesar de que en la mayoría de los casos se hacen más tangibles estas sensaciones de rechazo y culpa, pudimos observar en algunos testimonios ideas relacionadas con el alivio:

“Se bota mucha sangre pero uno queda con la sensación de alivio, de bienestar, de estar mejor.” (E 015)

Para algunas mujeres el hecho de solucionar el conflicto generado por un embarazo no deseado es una nueva oportunidad de reestructuración de sus vidas y dinámicas. Aquí el estigma persiste, pero permite visibilizar un horizonte sin

el flagelo de la vergüenza o sufrimiento, apostando a una reconciliación con la autonomía, el poder decidir y transformar la idea de la maternidad.

“Uno emocionalmente después va asimilando la decisión que se tomó y va estructurando de ahí en adelante lo que quiere.” (E 015)

Es posible encontrar planteamientos disruptivos entre los testimonios que hemos analizado hasta ahora, pues algunas mujeres consideran que el hecho de interrumpir el embarazo es un acto de amor, un ejercicio de autonomía y conciencia. Esto puede evidenciar la existencia de una disputa de sentidos con los efectos generados por el estigma relacionado al aborto en las mujeres.

“No solamente ejerzo la autonomía sobre mi cuerpo sino que siento que ahí se comenzaron a involucrar sentimientos dentro de lo que significa abortar, podría decir que lo relaciono con un acto de amor profundo.” (E 001)

Éstas emociones aparecen en momentos posteriores a la interrupción, pudiendo relacionarse con sentimientos de alivio, tranquilidad, amor propio, auto-cuidado y bienestar.

“Aliviada. Es como alivio, sí, esa es la palabra. Me siento más tranquila. Porque gracias a que pude tomar esa decisión o irme por ese camino, pude organizar mejor mis cosas, pude organizar mejor mi vida. Porque un embarazo puede llegar de maneras que uno no espera pero si tienes la decisión para saber qué rumbo quieres seguir.” (E 015)

En este sentido, se evidencia el malestar que puede representar el asumir una maternidad no deseada y aunque existan momentos previos de temor, tristeza e incertidumbre, la decisión es tomada en favor de lo que representa un beneficio, no sólo para la mujer o persona gestante que decide abortar, sino para la familia (Cockrill y Nack, 2013; Instituto Guttmacher 1999). Este tipo de representación con respecto al aborto tiene una carga que transgrede las construcciones arquetípicas de lo “femenino”, basadas en un sometimiento de la sexualidad femenina a la procreación, la inevitabilidad de la maternidad y el cuidado de la familia como destino (Kumar et al., 2009).

**"Para algunas mujeres el hecho de solucionar el conflicto generado por un embarazo no deseado es una nueva oportunidad de reestructuración de sus vidas y dinámicas."**

“En situaciones determinadas, creo que esos pensamientos vienen a mi cuando estoy sola, como si fuese algo muy vago, no es que piense en ponerme triste ni nada de eso si no que es como que piense en aquello que se estaba formando, como he estado tan acompañada no me afecta negativamente si no que con todo el amor del mundo tuve que dejar ir.” (E 014)

La poca información segura, oportuna y confiable sobre la interrupción voluntaria del embarazo se traduce en la presencia de temor y nervios, no sólo en los momentos previos al aborto, sino también durante el transcurso del proceso. La situación de ilegalidad y la respectiva clandestinidad que lo rodean en Venezuela

alimentan en torno al aborto un universo de pensamientos fatalistas y de suma gravedad. Algunas mujeres manifestaron sentir mucho temor en el transcurso de sus procedimientos, y aunque lo asumieron como un proceso natural, los calambres y sangrados generaron angustia y miedo a morir; también manifestaron sentir soledad en esos momentos.

*“Es un proceso totalmente natural, pero como te digo, de pronto si yo hubiese tenido la experiencia previa de un embarazo o de haber dado a luz de manera normal, quizás no hubiese sentido tanto temor.” (005)*

*“Tenía unos dolores terribles que creía que me iba a morir y sí me dolió muchísimo.” (013)*

Las redes activistas de información segura tuvieron un rol significativo para disminuir miedos y tensiones durante el transcurso de los abortos inducidos de las mujeres y personas gestantes entrevistadas. Al tener acceso oportuno a información veraz y confiable, las mujeres pudieron realizar sus procedimientos con mayor seguridad, tranquilidad y serenidad. Sobre el rol del acompañamiento por parte de nuestra organización, algunos testimonios expresaron que sintieron no estar solas y en un estado mental mucho más despejado.

*“Entonces de verdad que sentí mucha confianza con ustedes, no busqué ni siquiera otras instituciones, ni más nadie, sino que me dieron toda la información que necesitaba y me quedé con ustedes.” (E 008)*

*“Ya no tenía tanto miedo como antes, más que todo con ustedes que son una organización y ya tienen experiencia, me sentía segura con toda la información que me daban y cómo me asesoraban, me hacían sentir segura.” (E006)*

*“No tuve a nadie que me acompañara en ese momento, salvo la persona que me llevó con ustedes que me dio esa fortaleza y esa orientación pero telefónicamente. Me apoyó bastante.” (E 005)*

Como podemos ver, existen un conjunto de emociones negativas vinculadas con la práctica del aborto. Sin embargo, también es posible identificar una disputa en relación a los sentidos y al efecto que el estigma relacionado al aborto tiene en las mujeres y personas gestantes. A su vez, es posible señalar el rol del acompañamiento como un elemento que tiene un impacto para disminuir dicho estigma.

## Perspectivas de las personas entrevistadas respecto al aborto

La visión sobre el aborto que las mujeres y personas gestantes desarrollan es clave para abordar el estigma asociado al aborto. Sus opiniones, juicios, ideas y proyecciones, no sólo sobre su propia interrupción, sino también sobre el aborto en general y los procesos abortivos de otras personas, dan respuestas sobre cómo se vive el proceso de abortar al margen de la legalidad en Venezuela, pues nos hablan de las implicaciones socioculturales que esto provoca; cómo gestionan (y a veces esquivan) las posibles repercusiones a nivel personal que podrían existir si sus abortos fueran conocidos por otras personas; y cómo consideran que debería vivirse este proceso.

En algunas opiniones se expresó que el hecho de abortar es una decisión sumamente personal e individual y como un acontecimiento totalmente decisivo, transformador, de aprendizaje y crecimiento, especialmente en los casos de mujeres jóvenes debido a sus metas y futuro.

“El abortar es decidir sobre tu vida, qué es lo que tu quieres hacer con tu vida y qué quieres para ti más adelante. Abortar es tal cual una decisión de vida es como trazar tu familia porque el abortar está en ti, es tu cuerpo, es tu decisión y es tu vida la que va a cambiar en ese momento.” (E 015)

“Creo es un profundo acto de amor hacia uno mismo y hacia el ser que está dentro de ti, este, sobre todo porque de uno depende la vida de otro ser vivo pues. No es como simplemente ‘ay yo tengo un hijo y ya’, sino que depende un montón de cosas y un montón de variables, entonces yo creo particularmente a mi esa experiencia me marcó y me cambió, es decir para bien no para mal para nada, (...) un poco transformador, es decir, lo que está pasando, lo que estoy haciendo y que tengo que cambiar porque me está pasando esto y yo no puedo. O sea incluso a niveles de decir, si yo no puedo ser mamá en este momento porque no estoy preparada sobre todo emocionalmente, psicológicamente para ser mamá.” (E 001)

Las opiniones respecto al aborto por parte de las mujeres entrevistadas estuvieron cargadas de demandas de legalidad, acceso a información segura y a condiciones aptas para realizarlo con los menores riesgos posibles. En relación a la demanda de legalidad destaca la mención a la salida de la clandestinidad, en donde las mujeres manifiestan tener pleno conocimiento de que otras han abortado a lo largo de la historia y lo siguen haciendo. Hacen énfasis en el hecho de que la legalidad y la descriminalización social del aborto salvarían vidas y evitaría complicaciones que pueden afectar seriamente la salud de mujeres y personas gestantes.

“Deberían de aceptarlo, debería de ser legal, porque muchas personas, hay un gran índice de personas que fallecen y que tienen muchas complicaciones

gracias a que se hacen esto en sitios clandestinos, no tienen la información a la mano, porque intentan ocultarlo, pero ¿sabes algo? No puedes tapar el sol con un dedo, no puedes taparlo, y las mujeres abortan desde tiempos inmemorables, con yerbas, con bebedizos, con equis y en cantidad de cosas.” (E 004)

“El aborto es una decisión que tomas ante tu cuerpo, ante la sociedad, y ante la economía, porque realmente todo eso tiene mucho que ver, el aborto para mí es algo que debería ser legalizado, y bueno creo que salvaría bastantes vidas.” (E 014)

Las visiones y opiniones de una parte de las mujeres entrevistadas en relación con el aborto dan cuenta no sólo de qué es para ellas dicho proceso, o cómo desearían que fuera, sino cómo debe ser manejado por quienes se realizan un procedimiento, y también cómo no debería ser implementado.

En otro orden de ideas, existe una separación entre mi aborto y tu aborto, o el aborto de él/ella. Muchas de las mujeres entrevistadas añaden que abortar más de una vez puede ser un acto de poca vergüenza e irresponsabilidad, incluso de maldad. Algunas añadieron que convertir el aborto en lo que consideran una práctica habitual, es la forma “incorrecta” de gestionar el aborto. Es importante notar que ninguna de las mujeres entrevistadas cita un caso concreto de esta “práctica habitual de aborto”.

“Estoy en contra de que las mujeres se hacen eso a cada rato, como dice la gente, por sinvergüenzura. Yo me lo hice porque lo necesitaba. No me lo saqué, no lo hice porque yo soy mala, no. Lo hice por necesidad, porque sentía que tenía que hacerlo.” (E 003)

“He escuchado que hay mujeres que no lo hacen por no traer otro niño al mundo, sino que ya lo hacen más por diversión. Yo lo veo así pues, lo hacen así como sin dolor.” (E 003)

“Bueno, yo siento que siempre y cuando sea justificado, porque vamos a decir que en oportunidades, si es un niño no deseado, si va a presentar alguna complicación por edad [madre] o porque no dispone de recursos [económicos], estoy completamente de acuerdo. Lo que no me parece es que se convierta en una práctica habitual.” (E 005)

Otra de las formas “incorrectas” de abortar que responden al estigma en torno al aborto es la “forma injustificada”. Si detrás de la decisión de abortar no hay una razón contundente que lo acredite como violencia sexual, fallas anticonceptivas, dificultades económicas o complicaciones de salud de algún tipo, puede ser visto como un aborto innecesario o un acto de poca conciencia. Muchas de las entrevistadas alegaron las razones por las que sus abortos fueron “correctos”, fueron menos irresponsables en comparación con “otros abortos”, o incluso fueron embarazos no deseados dentro de la pareja.

“... no es por justificarme, pero yo tengo mi esposo, tengo mi pareja estable, nosotros tratamos de cuidarnos y me pasó eso y me ayudaron bastante.” (E 013)

“Es importante saber decidir, mi razón fue por la situación económica, pero no es porque te presione otra cosa tu decidas abortar. Tiene que ser algo muy puntual y que sea necesario, no es por ejemplo que el papá dijo que no porque no quiso y la mujer va a decidir abortar. Creo que hay que saber muy bien cuál es el motivo,” (E 007)

Los abortos que no tienen una justificación de fallo anticonceptivo, acto de violencia sexual, o de complicaciones en la salud, son aquellos con más carga de características *desviantes* (Goffman, 1963) presentes en el estigma, que pensado en torno al aborto, es una marca que construye un imaginario alrededor de la identidad de esa persona que abortó “sin justificación”.

De hecho, algunas de las mujeres en sus testimonios señalan que aunque abortaron, no tienen certeza sobre apoyar su legalidad. Consideran que el hecho de sentir culpa, malestar, emociones negativas como tristeza o dolor, o que haya otras mujeres que pierden la vida a raíz de abortos inseguros significa que en efecto están haciendo algo negativo y condenable. En estos testimonios las referencias al aborto y a las mujeres que abortan son neutras, solapadamente negativas, atravesadas por la culpa e incluso la contradicción.

“Una como mujer es consciente de lo que hace. Pero no te puedo decir que estoy en contra o que lo apoyo, de verdad que no. Para mí fue una solución rápida que no le deseo a nadie. De apoyarlo, no lo apoyaría porque yo no me sentí bien haciéndolo. Hay muchas mujeres que al hacerlo les va mal, pierden la vida o una parte del organismo no les funciona más.” (E 003)

“Por más que yo también pienso que la mujer debe tener el derecho a un aborto legal y todo eso, como que uno entiende, pero en el fondo uno igual siente la culpa. No sé si es algo inculcado, uno lo entiende y lucha por eso y quiere todo eso, pero en el fondo es como un tema de todo lo que nos han enseñado.” (E 008)

Otras de las opiniones frecuentes en torno al aborto y sobre las mujeres que abortan es que en caso de que se despenalice, debería estar acompañado con educación sexual integral, para prevenir que el aborto se convierta en un método de rutina.

“Dependiendo la circunstancia de cada quien reforzarlo con un poquito de educación sexual, justamente para no manejarlo como algo que se deba practicar siempre, ¿no? sino en los casos que realmente lo ameriten y que no se vuelva una rutina porque tampoco considero que se deba atentar así contra el cuerpo, ¿no?” (E 005)

Aunque no todas las mujeres entrevistadas expresaron de forma explícita estar a favor de la despenalización y legalización del aborto, a lo largo del relato de sus experiencias vividas, la mayoría legitimó el ejercicio de poder decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad y por tanto sus vidas como un acto de autonomía. Si bien no demandan en sus testimonios de forma explícita la legalidad del aborto, sí demandan la libertad y soberanía para la toma de decisiones sobre los cuerpos y sobre sus procesos sexuales y reproductivos.

*“Nadie me obligó, ni nadie me dijo qué tenía que hacer, nadie me dijo lo que estaba bien para mí. (...) simplemente decidí por mí misma porque yo sé, yo soy una persona razonable, y una persona que tiene cinco dedos de frente que sabe qué es lo bueno y lo malo y qué es lo que voy a decidir o lo que no voy a decidir.”*  
(E 003)

*“Debemos poder decidir sobre nuestro cuerpo, porque no sólo vamos a decidir una cosa, sino que esa cosa puede cambiar el resto de nuestra vida. Puede cambiar todo lo que habíamos trazado, o sea todo lo que queremos trazar.”* (E 015)

*“Significa tener el poder sobre ti mismo, o sea no es como el poder capital o el poder social, es el poder sobre una y entender que así les guste o no, es tu decisión, es empoderarse.”* (E 014)

A su vez, entre las entrevistadas reconocen que las principales dificultades y obstáculos para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos son las formas en las que la sexualidad femenina ha sido construida socioculturalmente, éstas consideran que sobre los cuerpos de las mujeres recaen toda una serie de expectativas, juicios, requerimientos y disputas, relacionados con coartar el disfrute y placer.

*“Creo que la mujer en todo esto de la sexualidad se lleva la peor parte porque a diferencia del hombre, no es bien visto que disfrutes, que busquen el placer, sino que eres juzgada por todo, si has estado con varias personas, si no te cuidaste, siempre te apunta a ti hasta si eres madre soltera. Prácticamente todas las decisiones que uno tiene en torno a su sexualidad son juzgadas, a menos que sea ser virgen hasta el matrimonio.”* (E 008)

La visión de los abortos “justificables” guarda relación con la percepción sobre la sexualidad femenina (Kumar et al., 2009) como tradicionalmente asociada a la maternidad. En ella entra en disputa el hecho de que mujeres y personas gestantes decidan sobre su propia sexualidad, con énfasis en desear ser activas sexualmente sin fines de procrear. Es en este quiebre en el que aparecen razones de por qué un aborto es válido y otro no, pues el sexo no procreativo rompe con la cosmovisión judeocristiana y con lo esperado tradicionalmente de la sexualidad femenina. El uso de métodos anticonceptivos para el disfrute de una vida sexual placentera representa un margen permisivo para el arquetipo normativo de mujer.

**"...el aborto frente a un embarazo no deseado, producto de una sexualidad placentera y sin el control anticonceptivo, es uno de los que más se enfrenta al estigma..."**

La elección en torno a la anticoncepción es la posibilidad que permite a las mujeres y personas gestantes decidir sobre su placer y reproducción. Sin embargo, ningún método anticonceptivo es 100% eficaz y todos tienen un margen de error<sup>4</sup>. Esta falla anticonceptiva se convierte en una sólida justificación al momento de la interrupción del embarazo: hay un ejercicio de planificación sobre la reproducción que falla, por lo tanto realizar el procedimiento sigue siendo percibido como un "error". De esta forma el aborto frente a un embarazo no deseado, producto de una sexualidad placentera y sin el control anticonceptivo, es uno de los que más se enfrenta al estigma y con el que algunas de las mujeres entrevistadas se mostraron en desacuerdo.

Recapitulando, el estigma vinculado a los procesos de aborto y la subsecuente jerarquización de las prácticas abortivas son elementos que se relacionan en gran medida con lo expuesto por Cockrill y Nack (2013) respecto al estigma internalizado, dado que el basamento para proyectar las injustificaciones en los abortos de otras mujeres parten de una aceptación e internalización del deber ser de la sexualidad femenina y de lo que socioculturalmente se ha construido en torno a la maternidad y al aborto.

### **Estigma, ocultabilidad y redes afectivas de acompañamiento**

Contar con una red afectiva de apoyo durante sus procedimientos fue para las mujeres entrevistadas sumamente relevante. Estas redes pueden estar conformadas por una o más personas cercanas a ellas, generalmente se trata de parejas, madres y/o padres, hermanos y amistades cercanas. Varias de ellas indicaron sentirse queridas, acompañadas y apoyadas durante su aborto. A pesar de que algunos integrantes de dichas redes afectivas no estuvieran totalmente de acuerdo con el aborto, sí acompañaron a las mujeres.

Una parte de las entrevistadas manifestaron tener pareja. Aunque no todas contaron con el apoyo o participación activa de sus parejas, en ciertos casos las actitudes de parejas sexoafectivas fue la de proveer recursos o realizar tareas logísticas, en favor de hacer más llevadero el aborto.

*"...le dije a mi esposo, yo voy a ir, si me meten presa buenas noches- Pero bueno, quédate tú con los muchachos, yo voy a arriesgarme... y con miedo fui." (E 013)*

<sup>4</sup> Los métodos tienen diferentes mecanismos de acción y eficacia a la hora de evitar embarazos no deseados. La eficacia se mide por el número de embarazos habidos en un año por cada 100 mujeres que utilizan el método. Según su grado de eficacia utilizándolos de forma habitual, los métodos se clasifican en: muy eficaces (entre 0 y 0,9 embarazos por cada 100 mujeres); eficaces (entre 1 y 9 embarazos por cada 100 mujeres); moderadamente eficaces (entre 10 y 19 embarazos por cada 100 mujeres) y menos eficaces (20 o más embarazos por cada 100 mujeres). Ver <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

“Por ejemplo con el hombre que fue el que me apoyó con las pastillas, la verdad él tiene su familia, ya él es un hombre casado. Y bueno, de momento él solamente lo único que me dijo fue es que hiciéramos las cosas bien porque tampoco él quería poner mi vida en riesgo, sino hacer las cosas bien; por eso él me apoyó en cuanto a ir al médico ¿hazte el eco para saber cuántos meses tienes y si de verdad aquí las pastillas van a funcionar o no o como va ser el proceso, pero siempre me apoyó a pesar de que físicamente no podía estar aquí conmigo.” (E 010)

“...sí, esta persona [pareja] que estaba conociendo, en el momento que supo que estaba embarazada quería que tuviera el bebé (...), me apoyó en mi decisión, pero se sentía como también un poquito culpable y triste, entonces no fue como que me cuestionó, pero sentía que estábamos haciendo algo malo, y eso también lo sentí bastante.” (E 008)

Además de parejas, algunas usuarias manifestaron llevar a cabo su aborto siendo acompañadas por familiares o amigos que aun estando en desacuerdo con su decisión, les acompañaron de forma cariñosa, comprensiva y contenitiva. Asimismo, comentaron sentir culpa o vergüenza frente a sus familiares que estaban al tanto, incluso algunas fueron increpadas por miembros de su familia. Sin embargo, en ningún caso estas personas intentaron frenar u obstaculizar el procedimiento, ni tomar acciones punitivas o legales.

“Mi mamá me apoyó mucho, me apoyó y me dijo que la decisión era correcta, que no era el momento. Y hay más unión, porque yo digo que en la vida uno tiene que apoyarse y sentir empatía por las personas, entonces el lugar donde uno se pone en los zapatos de la otra persona, se puede decir ‘cónchale sí, está bien lo que estás haciendo’ o de repente decir ‘no, no está bien’, o aconsejarlo pues, pero siempre esa empatía o por lo menos ese apoyo que siente uno, es un alivio muy grande.” (E 015)

“Prácticamente mi refugio fueron mis padres y para ellos también fue muy difícil porque bueno, ellos obviamente vienen de otra crianza y todo eso, sobre todo para mi mamá por la religión y esas cosas, entonces fue fuerte.” (E 008)

“Mi familia estaba clara de todo y más bien me apoyaba porque ella dijo ‘no, maldad es si tu traes otro bebé al mundo a pasar trabajo’, porque está rudo tener un bebé, ella me dijo ‘yo no sé cómo hacen las mujeres para estar saliendo embarazadas a cada rato y más si estamos en Venezuela, y esta cosa ahorita para comprarse un paquete de pañal’ eso es lo que me decía mi tía, porque mi tía es por ese lado, son claras pues, que ‘tu vas a traer a ese bebé al mundo a pasar trabajo, ya tienes una hija’. Me apoyaron, y cuando tomé la decisión de sí, lo voy a hacer, mis tías se alegraron porque estaba tomando la decisión correcta. Ella me decía ‘te vamos a apoyar, cuenta con nosotros’, y yo, naguará me brillaron los ojos. Y yo de verdad le dí muchas gracias porque eso no es fácil pasarlo uno solo.” (E 012)

*“No, las personas que sabían no se podían trasladar a mi casa en esa oportunidad y bueno, tuve que afrontar la situación yo solita. Así lo compartí con una amiga, sin embargo, no me pudo acompañar en el momento, que es lo ideal. Yo no recomiendo que nadie esté solo en ese momento.” (E 005)*

**“...las mujeres comentaron que el acompañamiento y apoyo de las redes afectivas fue fundamental...”**

En lo expresado, las mujeres comentaron que el acompañamiento y apoyo de las redes afectivas fue fundamental para que sus abortos fueran más llevaderos y esto, en gran medida, incidió en la forma en la que vivieron el estigma asociado al aborto, pues aunque el apoyo de sus vínculos más significantes no anuló el estigma (expresado en el juicio de quienes les acompañaron), sí contribuyó en aligerarlo. Coincidiendo con lo expuesto en Coast et al. (2018) y Norris et al. (2011), el miedo a las reacciones negativas asociadas al estigma usualmente representan un obstáculo para que las mujeres decidan buscar apoyo o ayuda, desde contención emocional hasta tareas logísticas (cuidado de hijos, alimentación, movilidad).

Muchas de las mujeres entrevistadas fueron acompañadas por una o dos personas cercanas, aunque indicaron que preferían compartir lo menos posible sobre sus procesos. Muchas indicaron que puede ser difícil abortar sin que nadie lo sepa o en total soledad, incluso algunas usuarias no recomiendan que alguien realice un aborto sin compañía o apoyo.

Sobre cómo gestionaron la ocultabilidad de su aborto, algunas entrevistadas argumentaron que se trataba de “un proceso personal”, que no deseaban ni necesitaban compartir esa información con personas cercanas.

*“...bueno creo con mi mamá quizás sea un poco más de confianza pues porque fue, osea creo que ... Coño vivo con ella, ¿no?; o sea esa incomodidad de estar embarazada y no decirle a tu mamá creo que es bastante, es como chimbo. Este... entonces bueno, creo que un poco más de confianza con ella y con mi papá.” (E 001)*

*“No les digo que yo lo he pasado y no es que me dé pena, pero es algo muy personal y siento que es muy...porque uno dice ‘Ah es que me hice un aborto’ y la gente se sorprende y más a mi corta edad que tengo 18 años. Por eso me gusta guardarme las cosas; mis cosas personales son mis cosas personales.” (E 003)*

Otras entrevistadas comentaron que no deseaban compartir información sobre sus abortos por miedo a ser juzgadas o señaladas, partiendo de que muy probablemente las personas que se enterasen no comprenderían las razones de su decisión o que tendrían opiniones negativas o emitirían juicios hacia su proceso y hacia ellas mismas.

Muchos de estos miedos, además de encontrarse fundados en construcciones socioculturales que condenan el aborto autónomo, también fueron detonados

por el hecho que seres cercanos o personal de salud emitieran comentarios y actitudes de rechazo. En consonancia con lo hallado por Shellenberg et al. (2012), hubo señales, palabras u otras expresiones valorativas con las que las mujeres anticiparon que si otras personas se enteraban de su aborto, muy posiblemente recibirían juicios y críticas, por tanto lo mantuvieron en secreto o en conocimiento de muy pocas personas cercanas.

*“Lo saben pocas personas; y ¿por qué? Porque lastimosamente vivimos en una sociedad que..que sigue siendo tema de tabú, que mucha gente está en contra de eso, que mucha gente no entiende las razones.” (E 010)*

*“Sí, el segundo médico si hizo como que, `ah bueno, quieres hacerlo, eso no se puede, sin embargo te puedo decir eh, las pastillas que necesitas, cómo te las vas a tomar, pero ya, no me llames más nunca.”(E 006)*

En los testimonios compartidos por las mujeres fue hallado otro enfoque en relación a relatar sus abortos con personas no tan cercanas o que no integren su “red de apoyo”. Algunas de ellas consideran que si conocieran a alguna persona que se encontrara en la realización de un aborto o que planificara realizarlo y que necesitara ayuda, se verían dispuestas a compartir sus experiencias, estrategias, aprendizajes, herramientas, redes y contactos. Añadieron que aunque no sea un tema pertinente de conversar de forma frecuente, piensan que sí es oportuna toda clase de información, apoyo y refuerzo positivo antes, durante y después del proceso de aborto; por tanto de forma solidaria dejarían de ocultar su aborto a personas puntuales y específicas, en beneficio de esas mismas personas.

Esto coincide con lo planteado por Ellison (2003): no todas las mujeres se sienten estigmatizadas por haber abortado, pero sí se acata un código de discreción en torno a ello, y cuando se decide compartir la experiencia vivida de un aborto, se hace en medio de un escenario de complicidad y prudencia.

*“A lo mejor yo me consigo otra amiga que me diga ´yo quiero abortar´ y quizás le cuente mi experiencia y de ustedes como organización, como ayuda, pero ahorita no me parece un tema de conversación frecuente, es más personal.” (E 007)*

*“Yo le conté a una muchacha que está pasando una situación también difícil y ella quería tomar también esa decisión. Yo conversé con ella, le expliqué mi situación, le expliqué todo lo que yo pasé, cómo me ayudaron, con quien contacté, la puse en contacto con las chicas, entonces sí he conversado. Y con mi mamá, porque yo vivo con mi mamá y tuve que tener esa conversación porque ella es miembro de mi familia y necesitaba contar lo que me estaba pasando.” (E 015)*

*“Cuando hay alguien que me habla del aborto yo siempre cuento mi experiencia. Incluso con mi experiencia luego una amiga mía puso unas historias en Instagram sobre el aborto y yo le respondí, me dijo que si yo le podía contar mi historia, yo se la conté. Y luego como a las tres semanas ella me escribió que tenía una amiga*

*que se necesitaba hacer un aborto en Venezuela y yo la puse en contacto con ustedes, y ella se pudo hacer un aborto.” (E 001)*

Pudo haber detonantes provenientes de integrantes de la red afectiva de apoyo de las mujeres, personal de salud, parejas o personas allegadas, que acrecentaron la ansiedad de las entrevistadas relacionada a que otras personas se enteraran de su procedimiento. Comentarios o actitudes de desaprobación, emisión de juicios negativos, cuestionamientos o reprimendas.

*“La segunda ginecólogo que me hizo el eco fue la única, sí; mi pareja y yo terminamos llorando con un trauma porque que ahí nos cuestionamos e incluso hacer la suspensión [del aborto], porque de verdad me amedrentó bastante mal.”(E 004)*

Otro de los aspectos importantes en relación a la ansiedad asociada a que otras personas se enteren de sus abortos es la clandestinidad y criminalización en Venezuela. La mayoría de las entrevistadas añadieron sentir temores sobre ser aprehendidas, denunciadas o descubiertas por algún órgano policial, y que esto representara ser enjuiciadas o privadas de libertad. Esta vertiente es relevante para comprender la ansiedad que puede generar en las mujeres no manejar el tema de sus abortos con discreción y que otras personas se enteren de ello.

*“Bueno, en primer lugar tienen que quitar las medidas que te pueden meter presa. En primer lugar eso, porque ese día que yo fui a buscar la pastilla casi me da un infarto, dije ‘Dios mío será que yo llego allá y está la policía y todo es una trampa; y yo no me lo creía, que tenía que poner la cédula y sacarme una foto, no me lo creía.” (E 013)*

Cuando se les preguntó a las entrevistadas sobre de qué forma piensan en su aborto, en qué momentos lo suelen recordar y qué emociones conlleva hacerlo, muchas se refirieron al procedimiento de una forma reflexiva sobre sus realidades hipotéticas de no haber interrumpido el embarazo. Es muy significativo que cuando las mujeres piensan en su aborto, la imagen presente es la del hijo no nacido, percepción que está profundamente atravesada por la culpa. Cuando piensan en su aborto, pueden hacerlo desde la nostalgia, la tristeza y el dolor. En la mayoría de los casos analizados, estos sentimientos aparecen en mujeres que ya son madres.

*“No, de vez en cuando que veo así como ‘cómo sería’ o pienso en que ya tuviese un año ahorita. Pero me digo ‘ya, ya, ya’, no quiero pensar en eso porque es muy doloroso.” (E 003)*

*“Tengo dos niñas y yo creo que no es el hecho de haberle quitado la vida a una persona que no sabía si era niño o niña, qué podía ser pues.” (E 007)*

*“Yo soy mamá, entonces siempre está como el pensar en eso, de repente recordar qué sería si nace.” (E 015)*

Otro pensamiento común entre las mujeres entrevistadas tiene que ver con la transitoriedad del aborto, al imaginar tener que interrumpir un embarazo no deseado en futuras oportunidades, a lo que añadieron sentir miedo incluso de llevar una vida sexual activa. Algunas usuarias manifiestan que la experiencia fue abrumadora emocional, física y económicamente, y que de ninguna forma quisieran repetir una circunstancia similar en sus vidas. Esto es cónsono con lo planteado por Norris (2011) sobre la experiencia de abortar y cómo el estigma relacionado hace que reemerja de forma dolorosa lo vivido en determinadas situaciones como pueden ser durante relaciones sexuales o en la cotidianidad con los hijos.

“Sí, sí. De hecho, me costó otra vez mantener relaciones. Bueno, tenía miedo pensando que yo no me podía permitir reincidir en lo mismo, pero por supuesto ya tomé mis medidas preventivas y anticonceptivas.” (E 005)

“Claro, ante el temor de que esto [el embarazo] vuelva a suceder por eso [una relación sexual], sí es verdad que no.” (E 005)

Finalmente, uno de los aspectos más relevantes en esta última parte del proceso de análisis es cómo inciden positivamente las redes afectivas y de apoyo, además del proceso transformador del acompañamiento, en la disminución del estigma relacionado al aborto.

# Conclusiones

En el inicio de la presente investigación, dimos cuenta de las inquietudes e intenciones que nos llevaron a investigar el estigma relacionado al aborto, esto es: comprendiendo cómo se expresa este estigma entre quienes han abortado, podríamos desarrollar una respuesta adecuada desde nuestra organización a las mujeres y personas gestantes que acompañamos.

El desarrollo de esta investigación ha supuesto un viaje hacia la subjetividad de las mujeres entrevistadas, y la nuestra propia, pudiendo analizar críticamente discursos y prácticas estigmatizantes en torno al aborto, que son absolutamente cotidianas y cuya presencia podemos identificar hasta entre personas convencidas de la importancia del aborto seguro y legal.

A lo largo de este recorrido, nos hemos encontrado con varios hallazgos que creemos esenciales para entender qué es el estigma relacionado al aborto y cómo afecta a las personas que deciden interrumpir embarazos no deseados en Venezuela.

En primer lugar, es evidente que existe una prevalencia del sentimiento de culpa entre las mujeres entrevistadas, tras su proceso de aborto. Se puede trazar de forma bastante clara la relación de este sentimiento y el incumplimiento del mandato maternal, la maternidad obligatoria que nos desvincula de nuestro derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y vidas, con la finalidad de cumplir un rol social pre-establecido. Para nosotras, este sentimiento constituye la reafirmación de la existencia postergada que le impone el patriarcado a las mujeres: una existencia cuya razón de ser es fundamentalmente el cuidado de otros, donde nuestras decisiones (sobre cualquier cosa desde nuestros proyectos de vida hasta nuestros cuerpos) debe siempre considerar primero las necesidades, deseos y expectativas de otros, antes que el propio deseo. Se trata de una subjetividad que se adapta a permanecer en segundo plano, que enfrenta obstáculos para identificar las necesidades y deseos propios.

Alcanzamos la idea de que son necesarios los espacios colectivos de diálogo con personas post-aborto para explorar abiertamente las sensaciones, reflexiones y expectativas que genera el proceso y ver que son emociones compartidas: el poder experimentar en el propio cuerpo que no estamos solas y que todes enfrentamos el riesgo a ser desvalorizadas producto de nuestra decisión. En ese sentido, existen iniciativas feministas muy prometedoras como por ejemplo los

“círculos de historias”, una intervención dirigida a reducir el estigma relacionado al aborto en el nivel individual entre mujeres que habían abortado en México (Belfrage et al., 2019). Los resultados de esta intervención indican que la posibilidad de encontrarse en un espacio seguro distinto a su cotidianidad, construyendo confianza a lo largo de varias sesiones y compartiendo sus testimonios, le permitió a las mujeres participantes explorar sus experiencias de aborto de manera empoderada y afirmativa de su autonomía. También reconocemos otras experiencias continentales de acompañamiento post-aborto, como el llevado adelante por compañeras mexicanas agrupadas en el colectivo ADAS, (Acompañamiento Después de un Aborto Seguro), iniciativa que inició en 2007 como una alternativa de atención emocional a mujeres luego de una experiencia de aborto. En palabras de Ortiz Ramirez (2021), integrante y fundadora, el trabajo que realizan posibilita “la investigación abierta de la experiencia emocional de las mujeres y los factores psicológicos asociados; ya que estos no se han atendido en la mayoría de los servicios públicos y privados, favoreciendo su invisibilidad.”

Esta investigación abrió un amplio panorama sobre estigma y la necesidad de darle espacio a la construcción de narrativas diversas y distintas en torno al aborto. Esto constituye una invitación no sólo a pensar cómo podemos mejorar nuestro acompañamiento a mujeres y personas que han decidido abortar, sino a seguir generando procesos de investigación que profundicen en las consecuencias individuales y colectivas de las marcas psicosociales vinculadas al aborto. Los resultados de este proceso dan cuenta de cuán urgente es hacer nuestros procesos de acompañamiento cada vez más inclusivos y abiertos a distintas experiencias de aborto, así como a reflexionar continuamente qué prácticas o discursos aún tenemos que están reforzando estigmas ocultos y cómo podemos replantearlos.

Creemos firmemente en la potencia de colocar la evidencia de ERA hallada en este estudio como insumo para el debate, con la perspectiva de idear acciones concretas en torno al abordaje del estigma como una urdimbre que estamos llamadas a rever y resignificar entre todas. Visualizamos la posibilidad de generar espacios de elaboración tanto individual como colectiva, que nos lleven a vernos reflejadas en la experiencia de nuestra semejante y que de cuenta del carácter estructural del estigma que rodea al ejercicio pleno de nuestros derechos sexuales y reproductivos.

# Bibliografía

**Aahman, E., Shah, I. (2004).** *Unsafe abortion: Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. 4th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

**Angulo, A. (2017).** *El aborto*. *Revista de Derecho de la Defensa Pública* 180, ( 2), 127-182.

**Belfrage, M., Ortíz, O., Sorhaindo, A. (2019).** *Story Circles and abortion stigma in Mexico: a mixed- methods evaluation of a new intervention for reducing individual level abortion stigma*. *Revista Culture, Health & Sexuality. An International Journal for Research, Intervention and Care*. ISSN: 1369-1058 (impreso) 1464-5351 (Online). DOI: 10.1080/13691058.2019.1577493. Disponible online: <https://www.tandfonline.com/loi/tchs20>

**Camacaro, M. (2009).** *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico improntas de la praxis obstétrica*. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162. Recuperado en 01 de junio de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&tlng=es).

**Coast, E., Norris, A., Moore, A., Freeman, E. (2018)** *Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework*. *Revista Social Science & Medicine* 200 , 199–210. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.035>. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY license. Disponible online en: [www.elsevier.com/locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)

**Cockrill, K., Nack, A. (2013).** *"I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion*. *Revista Deviant Behavior*, 34: pp.973–990, 2013. Copyright # Taylor & Francis Group, LLC. ISSN: 0163-9625 (impreso), 1521-0456 (online). DOI: 10.1080/01639625.2013.800423

**Cockril, K., Upadhyay, U., Turan, J., Greene Foster, D. (2013)** *The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma*. *Revista Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45 (2),.

**De Souza Minayo, M. (2003)** *Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social*. En *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Lugar Editorial.

**Ellison, Marcia (2003)** *Authoritative Knowledge and Single Women's Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence*. *Revista Medical Anthropology Quarterly* 17:322–347.

**Equivalencias en Acción (2018),** *Incidencia de muertes maternas, partos de madres adolescentes y abortos en 3 centros hospitalarios de la zona central de Venezuela*. Disponible

online: <https://avesawordpress.wordpress.com/2019/02/25/ algunos-datos- sobre-la-mortalidad-materna-embarazos-adolescentes-y-abortos-en-tres-hospitales-de-la-region-central-del-pais/>

**Faldas-r (2019).** *Informe estadístico de atención telefónica a la Línea Aborto: Información Segura 2015-2018.* Disponible online: <https://faldas.red/investigaciones-y-publicaciones/>

**Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., et al. (2017).** *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model.* The Lancet, 390(10110), November 25, 2372–81. Disponible online: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)

**Goffman, E. (1963)** *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

**Grossman, D., Holt, K., Peña, M., Lara, D., Veatch, M., Cordova, D., et al. (2010).** *Self-induction of abortion among women in the United States.* Revista Reproductive Health Matters, 18, 136–146.

**Harding, S. (1996).** *Ciencia y Feminismo.* Ediciones Morata.

**Informe Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes -Idenna- (2014),** “*Diagnóstico de los Factores Generadores del Embarazo a Edad Temprana y en Adolescentes*”.

**Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes IDENNA (2014).** *Diagnóstico de los Factores Generadores del Embarazo a Edad Temprana y en Adolescentes.*

**Instituto Guttmacher (1999).** *Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide.* New York: Alan Guttmacher Institute. Disponible online en: <https://www.guttmacher.org/pubs/sharing.pdf>

**Instituto Guttmacher (2018).** *Induced abortion worldwide. Fact sheet.* Disponible online en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

**Jones, R., Finer, L., Singh, S. (2010).** *Characteristics of U.S. abortion patients, 2008.* New York: Guttmacher Institute.

**Jones, R., Cox, D., Laser, R. (2011)** *Committed to Availability, Conflicted About Morality.* Public Religion Research Institute. Disponible online en: <http://publicreligion.org/site/wp-content/uploads/2011/06/Millennials-Abortion-and-Religion-Survey-Report.pdf>

**Jones, R., Kooistra, K. (2011)** *Abortion Incidence and Access to Services in the United States, 2008.* Revista Perspectives on Sexual and Reproductive Health 43,41–50. Disponible online en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1363/4304111>

**Kumar, A., Hessini, L., Mitchell, E. (2009)** *Conceptualising abortion stigma, Culture, Health & Sexuality*, 11:6, 625-639, DOI: 10.1080/13691050902842741. ISSN: 1369-1058 (impreso) 1464-

5351 (Online). Disponible online en: <https://www.tandfonline.com/loi/tchs20>

**León, M. (2012).** *Temas centrales en el debate sobre el aborto en Venezuela y argumentos teóricos para su despenalización.* Revista venezolana de estudios de la mujer, julio - diciembre 2012.17 (39), 165-174.

**Link, B., Phelan, J. (2001)** *Conceptualizing stigma.* Revista Annual Review of Sociology 27, 363-85.

**Major, B., Gramzow, R. (1999).** *Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment.* Journal of Personality and Social Psychology, 77(4), 735-745. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.735>

**Ministerio del Poder Popular para la Salud -MPPS- (2013).** *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.*

**Mohamed, D., Diamond-Smith, D., Njunguru, J. (2018)** *Stigma and agency: exploring young Kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency.* Revista Reproductive Health Matters, 26 (52),. 128-137, DOI: 10.1080/09688080.2018.1492285. ISSN: 0968-8080 (impreso) 1460-9576 (Online). Disponible online en: <https://www.tandfonline.com/loi/zrhm20>

**Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J., Kavanaugh, M., De Zordo, S., Becker, D. (2011)** *Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences.* Revista Women's Health Issues 21-3S (2011) S49-S54. Copyright: 2011 by the Jacobs Institute of Women's Health. Published by Elsevier Inc.

**Ortiz, O. (2021).** *ADAS: experiencia emocional de las mujeres que buscaron apoyo después de una interrupción legal del embarazo en el DF.* Revista con la A. Número 75, "La utilidad del feminismo". (Mayo, 2021). Disponible online en: <https://conlaa.com/adas-experiencia-emocional-de-las-mujeres-buscaron-apoyo-despues-de-una-interrupcion-legal-del-embarazo-en-el-df/> Consultado en Junio del 2021.

**Organización Mundial de la Salud (1992).** *Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion.* 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1994. Disponible online: [libdoc.who.int/hq/1990/WHO\\_MCH\\_90.14.pdf](http://libdoc.who.int/hq/1990/WHO_MCH_90.14.pdf)

**(2008).** *Unsafe abortion incidence and mortality - Global and regional levels in 2008 and trends. Information sheet.* Disponible online: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/rhr\\_12\\_01/en/#](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_01/en/#)

**(2012).** *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - 2ª ed.* Disponible online: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/)

**Prandini, M., Larrea, S.** *Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic.* Revista Sexual and Reproductive Health Matters, 28 (1), DOI: 10.1080/26410397.2020.1779633. Disponible online: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1779633>

**Pérez-Arciniegas E., Godoy-Albornoz D., Quiroz-Figuera D., et al (2016).** *Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela.* Rev Bio-med.;27(1),3-9. Disponible online en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63523>

**Quinn, D., Chaudoir, S. (2009)** *Living with a Concealable Stigmatized Identity: The Impact of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, and Cultural Stigma on Psychological Distress and Health.* J Pers Soc Psychol. 2009 October; 97(4), 634–651. doi:10.1037/a0015815. Disponible online en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511710/>

**Quinn, D., Williams, M., Quintana, F., Gaskins, J., Overstreet, N., et al. (2014)** *Examining Effects of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, Internalization, and Outness on Psychological Distress for People with Concealable Stigmatized Identities.* PLoS ONE 9(5): e96977. Doi:10.1371/journal.pone.0096977. Disponible online en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016201/>

**Rodríguez, I. L. (21 de enero 2021).** *Lucha del aborto no es snob.* Ciudad CCS. Disponible online en: <http://ciudadccs.info/2021/01/21/laaranafeminista-lucha-del-aborto-no-es-snob/>

**Rondón, M. B. (2009)** *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido.* PROMSEX, Lima, Peru. Hecho depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009 -13894, ISBN: 978-612-45154-3-9 Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., Onda, T. (2018) *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access.* New York: Guttmacher Institute. Disponible online en: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>

**Shellenberg, K., Tsui, A. (2012)** *Correlates of Perceived and Internalized Stigma among Abortion Patients in the USA: An Exploration by Race and Hispanic Ethnicity.* Revista International Journal of Gynecology & Obstetrics 118, Supplement 2:S152–S159. Disponible online en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920620>

**Sorhaindo, A., Juárez-Ramírez, C., Díaz, C., Aldaz, E., Mejía, M., García, S. (2014)** *Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico.* Revista Women and Health, 54(7), 622-640. ISSN: 0363-0242 (impreso) 1541-0331 (Online). DOI:

10.1080/03630242.2014.919983. Disponible online en: <https://www.tandfonline.com/loi/wwah20>



FALDAS R