

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/256818757>

Al amparo de la noche. La ruta crítica de las mujeres que realizan abortos clandestinos en Costa Rica.

Book · September 2010

CITATION

1

READS

208

1 author:



[Adriana Maroto Vargas](#)

University of Costa Rica

15 PUBLICATIONS 10 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Desarrollo de capacidades en la comunidad de Santa María de Dota para la prevención del suicidio [View project](#)

Al amparo de la noche

La ruta crítica de las mujeres
que se realizan abortos
clandestinos en Costa Rica



colectiva
por el derecho a decidir

Al amparo de la noche

La ruta crítica de las mujeres
que se realizan abortos
clandestinos en Costa Rica



179.46

M355a

Adriana Maroto Vargas :

Al amparo de la noche. La ruta crítica de las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica / Maroto Vargas, Adriana -- 1a. ed. -- San José, C.R.: Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, 2010. 142 p.; 14 x 22 cm.

ISBN 978-9968-9664-6-7 1.

Aborto clandestino. 2. Salud mental. 3. Sexualidad. I. Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir. II. Título.

CRÉDITOS

Producción Editorial

Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir

Investigadora

Adriana Maroto Vargas

Corrección de estilo

Marcia Ugarte Barquero

María Laura Sessa

Diseño y diagramación

Larraitx Lexartza Artza

Se agradece el valioso aporte que realizaron Carmen Carro Barrantes, Javiera Carrera, Laura Fuentes Belgrave, Marcia Ugarte Barquero, Regina Tamés Noriega, Seidy Salas Víquez y Ximena Casas Isaza en la revisión de los borradores del informe de investigación.

Índice

Antecedentes.....	5
Marco conceptual.....	9
La ruta crítica.....	9
El mandato social de la maternidad.....	11
La presencia de los fundamentalismos.....	14
Aspectos jurídico-legales.....	16
Objetivos.....	19
Metodología.....	20
1.¿Por qué utilizar una metodología cualitativa para investigar sobre este tema?.....	20
2.Herramientas metodológicas.....	21
Análisis de los datos.....	27
Perfil de las entrevistadas.....	27
La noticia del embarazo y la decisión de interrumpirlo.....	30
Búsqueda de información.....	41
Realización del procedimiento.....	51
El posprocedimiento.....	101
La clandestinidad.....	112
Reflexiones finales.....	121
La ruta crítica.....	122
La confirmación del embarazo.....	123
La búsqueda de información.....	124
La interrupción.....	125
El posprocedimiento.....	127
La maternidad.....	128
Las amigas.....	131
Las parejas.....	132
Los recursos.....	133
El riesgo.....	134
Referencias bibliográficas.....	139

Antecedentes

El Código Penal costarricense, aprobado en el año 1970, contempla el aborto como un delito contra la vida, y establece penas de cárcel que van desde los seis meses hasta los tres años para la mujer que consienta su aborto y de seis meses hasta diez años para la persona que le asista. La edad gestacional establece una diferencia en la pena, ya que se considera una condición atenuante si el feto tenía menos de seis meses de gestación.

La excepción a este tipo penal es la interrupción del embarazo que se realiza para salvar la salud o la vida de la mujer, conocido desde la doctrina como aborto terapéutico o interrupción terapéutica del embarazo. No obstante, a pesar de que existe esta figura de aborto impune, su práctica reportada en los centros de salud es prácticamente nula. Según datos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en todo el país se realizaron 26 abortos terapéuticos entre el 2002 y el 2006¹.

Además, el Código Penal establece el perdón judicial para quien haya causado un aborto para salvar el honor propio o lo haya producido con ese fin a una familiar y también para la mujer que hubiere causado su propio aborto si el embarazo ha sido consecuencia de una violación. En los datos oficiales del Poder Judicial, en los últimos años solo existe registro de un ingreso de denuncia por este tipo penal pero aún no cuenta con una sentencia.

De esta misma definición de la pena, se evidencia cómo el tema del aborto inducido se legisla desde un contexto sociocultural que

¹ Departamento de Estadísticas de Salud, CCSS. Ver: http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/medica/dis/dep_estadistica/des/publicaciones.html



relativiza el delito dependiendo de elementos como el daño al honor propio y especialmente al honor familiar. En estos casos, parece que el sistema penal costarricense hace una ponderación entre el derecho a la vida del feto y el honor del apellido, y otorgar a esta última condición un peso suficiente que actúa como atenuante para otorgar el perdón judicial.

Sin embargo, como sucede en América Latina y en otras regiones del mundo, la penalización del aborto no evita que las mujeres interrumpan sus embarazos. Según una investigación realizada por Gómez (2008), durante el año 2007 se realizaron 27 000 abortos inducidos en el país, lo cual representa una tasa de 22,3 abortos por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 49 años y una razón de aborto de 38 abortos inducidos por cada 100 nacimientos. Además, 8086 mujeres requirieron atención en algún centro de salud debido a las complicaciones surgidas de estos abortos inducidos.

Sobre este mismo tema, una investigación realizada por Brenes (1994), con datos de la década de los ochenta, estableció que para el período de 1984 a 1987 se practicaron en el país entre 4000 y 8000 abortos inducidos. Dicho en otras palabras, 80 abortos inducidos por cada 1000 nacimientos y ocho abortos inducidos por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 44 años. Para el período de 1988 a 1991, el número de abortos inducidos se estimó entre 6500 y 8500 anualmente, o bien 10 abortos inducidos por cada 1000 nacimientos y 10 abortos inducidos por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 44 años.

Las dos investigaciones mencionadas anteriormente utilizaron metodologías diferentes y no es posible establecer una comparación estricta entre sus resultados; sin embargo, sus datos sugieren que el aborto inducido y realizado en la clandestinidad es una práctica que va en aumento. Por lo tanto, la sociedad

no puede seguir negando su discusión y la toma de decisiones en aras de disminuir estas prácticas riesgosas que son tema de salud pública y perjudican de manera particular a las mujeres.

En contraste, a pesar de este alto número de abortos inducidos de manera clandestina, el Poder Judicial reporta que durante el período del 2002 al 2008, hubo únicamente 249 casos entrados por aborto, 22 por tentativa de aborto, 24 por aborto culposos, 18 por aborto procurado, uno por aborto honoris causa y uno por aborto impune; con un total de 315 denuncias por delitos relacionados con el aborto. De todas ellas, en el mismo período únicamente hubo cuatro condenatorias y dos absolutorias².

Por su parte, en el período del 2003 al 2007, 10 mujeres murieron por causas relacionadas con un aborto y 41 por causas indirectas durante el embarazo, el parto o el puerperio, las cuales podrían eventualmente haberse evitado mediante la interrupción terapéutica del embarazo.

Estos últimos datos señalados son un indicador del incumplimiento del Estado en lo referente al acceso de las mujeres a servicios seguros de aborto legal en aquellos casos en que la continuación del embarazo se constituyó, finalmente, en una sentencia de muerte para las mujeres. Es muy difícil esclarecer los casos en que la continuación del embarazo implicó un riesgo para la salud.

Para la Colectiva por el Derecho a Decidir, conocer el número de abortos inducidos que se realizan en Costa Rica o el número de denuncias interpuestas ante las autoridades respectivas es importante, mas no suficiente para comprender la verdadera dimensión que tiene esta situación en la vida de las mujeres.

² Ver: <http://www.poder-judicial.go.cr/planificacion/Estadisticas/judiciales.html>



Para lograr este objetivo, se considera imprescindible hacer una investigación de carácter cualitativo que, mediante el estudio a profundidad de casos, permita obtener información valiosa para acercarse a las implicaciones que tiene la penalización del aborto en el país.

I. Marco conceptual

La ruta crítica

Indagar sobre la ruta crítica de las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica presupone un punto de partida: las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no deseado en un país en el que es considerado delito, inician un complejo proceso de búsqueda de información y de opciones, que se convierte en la mayoría de los casos en una ruta crítica.

De acuerdo con Sagot (2000), la ruta crítica es un proceso que se construye a partir de las decisiones tomadas y las acciones emprendidas por las mujeres que, en este caso, han decidido interrumpir un embarazo en un contexto de clandestinidad; así como de las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones. En este proceso, existen factores impulsores y factores inhibidores, ambos internos y externos.

Para el tema de interés, la ruta crítica inicia cuando la mujer se entera de un embarazo no planeado y/o no deseado y piensa que no puede o no quiere llevarlo a término. En este punto, empieza la búsqueda de información y de contactos.

Sagot (2000) señala que los factores que intervienen en la ruta crítica son la información, el conocimiento, las percepciones y actitudes de la propia mujer, los recursos disponibles, la experiencia previa, la valoración sobre la situación en la que se encuentra y los apoyos u obstáculos que haya enfrentado o que piense que va a enfrentar.

Todos estos factores se interrelacionan entre sí y actúan sobre la subjetividad de las mujeres para fortalecerlas o



debilitarlas en su decisión de iniciar y continuar una ruta de búsqueda de ayuda y soluciones. Es decir, el papel que los diferentes factores tanto internos como externos juegan en el proceso, depende de la subjetividad de las mujeres. La subjetividad termina siendo la dimensión en la que se construye el sentido del proceso de la ruta crítica y la que explica cómo un mismo elemento puede convertirse en un factor impulsor o inhibidor (Sagot, 2000, pp. 113-114).

Debido a que es un proceso complejo en el que intervienen muchos factores, la ruta crítica usualmente no es lineal, pueden existir avances, retrocesos, momentos en que las mujeres sienten que no hay una salida o que vuelven al mismo punto en que iniciaron.

Entre los factores que intervienen en este proceso, se encuentran aquellos impulsores, es decir los que propician que las mujeres puedan tomar la decisión de iniciar la ruta crítica; y por otro lado, los factores inhibidores, que son los que inmovilizan o actúan negativamente en la decisión de las mujeres de iniciarla (Sagot, 2000).

Como se ha mencionado, estos factores impulsores e inhibidores pueden ser internos o externos, aunque interactúan de manera constante. Entre los factores internos se encuentran los pensamientos, sentimientos, valores y la historia de vida de las mujeres. Los factores externos son las redes de apoyo, la información disponible, el estigma social sobre la maternidad y el aborto, la posibilidad de ser denunciadas, el costo económico de realizar un aborto clandestino, entre muchos otros.

En el tema de abortos realizados en contextos clandestinos, hay tres factores que se manifiestan tanto a lo interno como a lo externo: el mandato social de la maternidad, los fundamentalismos y el contexto jurídico-legal.



El mandato social de la maternidad

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

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

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

Foucault (1998) señala que el cuerpo es el locus o lugar del control social sobre el cual se ejerce poder de una manera múltiple, se trata de un juego de fuerzas en las que se concibe una lista de relaciones de poder con acciones como incitar, inducir, desviar, facilitar, dificultar, ampliar o limitar, entre otras. Las relaciones de poder se caracterizan por la capacidad de unos para poder “conducir” las acciones de otros.



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

Así, la sexualidad es producto de la interacción entre saber y poder. Como dispositivo de poder produce verdad, discurso. Surge lo secreto y lo oculto alrededor de la sexualidad, esto es propio de las sociedades modernas: no se obliga a que la sexualidad permanezca en la sombra, sino que se habla de ella ensalzándola como el secreto (Foucault, 1998).

Por su parte, la maternidad es valorada en términos muy positivos porque mantiene a las mujeres dentro de su mandato social: vivir para cuidar y dar protección a otras personas, rol que debe cumplir para garantizar la reproducción de las instituciones sociales que controlan su cuerpo, su sexualidad y su vida.

En esta tensión entre saber y poder, erotismo y maternidad, las mujeres prefieren no informarse sobre métodos anticonceptivos para evitar ser descubiertas en la transgresión de la vivencia de la sexualidad desligada de la reproducción. Así, según Lagarde (1997), en la subjetividad de las mujeres, producto de los mandatos sociales, se otorga mayor importancia al conocimiento público de la transgresión que a un embarazo no deseado y por lo tanto a la maternidad.

La cultura patriarcal y falocéntrica define el cuerpo de las mujeres desde una mirada binaria del mundo, de allí a que se castigue con sanciones y acusaciones, concretas y simbólicas, a las mujeres que optan por la transgresión: un aborto, el lesbianismo, una sexualidad no procreativa, o periférica, como la llamaría Foucault.

Sin embargo, desde la mirada y el análisis feminista se propone deconstruir los mitos y la naturalización del deseo de ser madre.

El deseo “natural” de tener un hijo puede representar el deseo de reafirmar la propia feminidad, de rejuvenecer, de unir a un compañero, de llenar el hueco dejado por hijos mayores, de asegurarse una vejez acompañada. La “costumbre” de tener hijos encubre motivaciones hedonistas, oportunistas, utilitaristas e interesadas de madres locas, crueles, narcisistas, desinteresadas en el hijo, pasivas o insatisfechas. Hay que desmitificar la imagen de la “buena madre” y hablar de las madres cansadas, hartas, ambivalentes, culposas e inseguras. Para ello es necesario deconstruir la simbolización de la maternidad como la esencia de lo femenino, en especial con su caracterización de sacrificio y victimización (Lamas, 2001, p. 25).

Estas mujeres que se atreven a desafiar los mandatos sociales de la maternidad son llamadas por Lagarde “las malasmadres”. “Para la ideología dominante se ubican en la maldad y el pecado, en la disfunción y la anomia, o en la sinrazón, en la locura” (Lagarde, 1997, p. 733).

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

Esta resignificación de las prioridades en la vida y las implicaciones que tienen en la construcción de la identidad de



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

Según Lagarde (1997), la decisión de abortar puede enmarcarse en dos objetivos fundamentales. Primero, evitar la maternidad o una nueva maternidad. Con esta decisión, las mujeres rehúsan ser de y para los otros. En segundo lugar, deshacerse de la “evidencia” de la transgresión de los tabúes de virginidad, de castidad o de monogamia, es una manera de impedir la intervención de los otros en su vida y, a la vez, una respuesta al poder represivo y represor.

La recuperación de la autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo pareciera que cada día se torna más difícil, en el contexto de los acontecimientos actuales. Lo que está ocurriendo en el ámbito nacional e internacional acerca del estancamiento o retrocesos de los logros en cuanto al derecho de las mujeres a la salud como un derecho humano básico, no es casual. Hay un miedo del patriarcado a que se desordene “la naturaleza de las cosas”.



La presencia de los fundamentalismos

Al referirse al aborto, los discursos fundamentalistas se enfocan en la defensa de la vida, pero ¿a cuál vida o a la vida de quién se refieren? Según señala Mujica (2008), los grupos conservadores han centrado sus discursos alrededor de la vida como una manera de constituirse en el referente estructural de las sociedades democráticas.

La vida que los conservadores dicen defender es la que se origina principalmente en un discurso reproductivo: la reproducción biológica a través de la familia monogámica heterosexual; la reproducción de la moral católica a través de la educación y la Iglesia; la reproducción de las divisiones sociales de clase, económicas, desde la política. Se trata de un sistema complejo de reproducciones sociales.

Los grupos fundamentalistas trabajan en la construcción de un biopoder (a partir de una biopolítica), un sistema para ejercer el control del otro, suspender su autonomía y la capacidad de decidir sobre sí (Mujica, 2008). Es el control social a través del control del cuerpo, y la manera de intentarlo y hacerlo es a través de formas institucionales que tratan de naturalizar el discurso centrado en la reproducción de la familia monogámica heterosexual.

Ante la imposibilidad de controlar el cuerpo desde la disciplina, la familia y lo local, se utilizan técnicas de control y organización de los cuerpos. Desde el terreno político y jurídico se construyen roles de género, la suspensión sistemática de libertades, de la independencia, la autonomía y las diferencias. Todo esto se logra mediante la imposición de la ley del Estado que establece los límites de acción de las personas, como penalizar el aborto, prohibir el uso de ciertos anticonceptivos –entre ellos la anticoncepción de emergencia– o regular la venta de medicamentos que pueden usarse para inducir abortos (Mujica, 2008).

La ley impuesta desde el Estado con relación al aborto en nuestro país es restrictiva, castiga a las mujeres que deciden abortar y a quienes practican el aborto. La ley impuesta desde la confesionalidad católica del Estado costarricense, en su doctrina oficial judeocristiana sobre el aborto, señala que desde el momento en que el óvulo es fecundado por el espermatozoide, existe una nueva persona humana, sujeto



de todos sus inalienables derechos. Como consecuencia de esta pretendida moral única, a partir de esa aseveración la interrupción de un embarazo es homicidio y el castigo que corresponde es, por un lado, la excomunión por haber incurrido en pecado y, por otro, la penalización por haber realizado un delito. Se presenta así el binomio pecado-delito como una unión indisoluble.

Aspectos jurídico-legales

Costa Rica es un país de gran tradición religiosa, situación que repercute en la ideología, las prácticas políticas y en la legislación vigente sobre el aborto.

Como se mencionó anteriormente, el aborto inducido está tipificado como delito en el Código Penal de 1970, incluido en los delitos contra la vida. Las sanciones varían según si el aborto se ha realizado con o sin el consentimiento de la mujer, y dependiendo de si el feto alcanzó la edad gestacional de seis meses. El aborto es no punible cuando pelagra la vida de la mujer, es decir, la indicación de aborto terapéutico que puede ser practicado por un/a médico/a u obstetra autorizada.

Carril y López (2008) han investigado que existen razones más poderosas que la sanción jurídico-legal y la censura moral, que determinan que una mujer opte por interrumpir un embarazo que no desea. Una mujer que aborta lo hace porque no encuentra otra salida ante un embarazo no planificado o no deseado y, al hacerlo, decide arriesgarse a los efectos de la clandestinidad exponiendo su salud y su vida. Esto denota la presencia de fuertes motivaciones que están directamente relacionadas con las coyunturas y realidades, tanto materiales como simbólicas, de cada mujer. Cada una

de ellas se encuentra a sí misma ante una situación límite que la motiva a transgredir la condena moral y legal a pesar de las consecuencias que eventualmente podría enfrentar.

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

La clandestinidad pareciera convertirse en la compañera anónima de las mujeres que deciden abortar; se conoce de experiencias en las cuales las mujeres cuentan con todas las condiciones de seguridad desde el punto de vista médico, sin embargo, toda la experiencia de interrupción es violenta, la condición misma de clandestinidad produce este efecto. En algunas situaciones, las mujeres que deben acudir a servicios de salud enfrentan la censura y las actitudes punitivas del personal de salud que es otra forma en que enfrentan la violencia (Carril y López, 2008).

En los contextos de restricción legal, la clandestinidad impone un ambiente subjetivo en el que el secreto, el temor, la inseguridad y la condena moral no dejan de estar ausentes en la vivencia de la interrupción del embarazo. Las leyes, la legislación que penaliza a las mujeres que abortan, tienen a la vez consecuencias jurídicas y simbólicas. “Son producto de pactos sociales o políticos de un tiempo histórico y cultural particular” (Carril y López, 2008, p. 14).

En Costa Rica y en el resto de América Latina, donde el aborto está penalizado, las mujeres son denunciadas por personal



de salud cuando recurren a los establecimientos hospitalarios, en caso de que se presenten complicaciones. Según un estudio realizado en Chile con mujeres encarceladas por el delito de aborto, en su amplia mayoría las denuncias fueron interpuestas por los mismos hospitales públicos. Notablemente, ninguna clínica u hospital privado inició proceso alguno por aborto. El resultado de las denuncias interpuestas por los servicios públicos de salud es que el grupo de mujeres procesadas por aborto está compuesto desproporcionadamente por mujeres de escasos recursos (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, 1998).

El hecho es que las mujeres han decidido y están decidiendo abortar, como una alternativa frente a un embarazo no deseado, a pesar de las restricciones y las contradicciones entre las normas y las prácticas que conforman el entorno del aborto. Están transgrediendo el mandato que les impone la cultura patriarcal desafiando a la iglesia, la ley, la familia, los otros, la soledad, el sentimiento de culpa, y de esta manera han ido asumiendo una posición de resistencia y protagonismo ante los discursos de doble moral que invaden sus cuerpos.

II. Objetivos



Objetivo general:

Describir la ruta que transitan las mujeres que se han realizado abortos clandestinos en Costa Rica en los últimos veinte años.



Objetivos específicos:

1. Identificar qué roles desempeñaron las personas que intervinieron en el proceso de la interrupción del embarazo.
2. Determinar cuáles fueron los factores impulsores e inhibidores tanto internos como externos que intervinieron en el proceso de la interrupción del embarazo.
3. Identificar las fuentes por medio de las cuales las mujeres obtuvieron la información a lo largo de la ruta para realizar la interrupción del embarazo.
4. Indagar cuáles fueron los métodos que utilizaron las mujeres para interrumpir sus embarazos.
5. Explorar la vivencia psicológica de las mujeres que se realizaron un aborto clandestino.
6. Explorar la situación de riesgo de las mujeres que se hacen abortos clandestinos.

III. Metodología

1. ¿Por qué utilizar una metodología cualitativa para investigar sobre este tema?

En las últimas dos décadas, se han realizado en el país al menos dos investigaciones que hacen una estimación sobre el número de abortos inducidos. No obstante, estos datos no permiten conocer cuáles son los factores que intervienen en la decisión de las mujeres de interrumpir su embarazo; cuál es la función que cumplen las parejas, las amigas, la familia y otras personas significativas en el proceso; si las mujeres se exponen o no a situaciones de riesgo en el proceso de búsqueda de la información y la realización del procedimiento, si los riesgos a los que se enfrentan afectan su salud física o emocional, si experimentan abusos sexuales, económicos u otros que afecten su integridad, y el impacto que tiene toda esta situación en su salud mental.

En este sentido, se puede hablar del carácter complementario de los métodos cualitativos y cuantitativos, que permiten una mejor comprensión de los fenómenos sociales al vincular los comportamientos individuales con sus marcos sociales más amplios.

Por lo tanto, para la Colectiva por el Derecho a Decidir, la investigación cualitativa es una herramienta fundamental para acercarse a las implicaciones que tiene la penalización del aborto en la vida de las mujeres. Por medio del análisis de casos individuales, se puede obtener una mirada más cercana a la situación de la penalización del aborto en el país y la realización de los abortos inducidos de manera clandestina.

La investigación cualitativa permite conocer los significados subjetivos de cada una de las mujeres en su experiencia particular de la interrupción del embarazo, sin negar que esta experiencia esté influenciada por el contexto social en que sucedió. En este sentido, lo realmente importante para la investigación es la vivencia que tuvieron las mujeres de su experiencia y la manera en que la recuerdan. No interesa verificar si todo es real o si su relato es totalmente coherente, ya que emocionalmente hay muchos factores que pueden intervenir en el recuerdo de los hechos.



2. Herramientas metodológicas

El instrumento utilizado para la recopilación de los datos es la entrevista, la cual tiene como objetivo la construcción de la historia de vida de las mujeres en el momento del embarazo y la decisión de interrumpirlo.

Según Acuña las historias de vida se caracterizan por su carácter oral y las define como:

un relato de la vida de una persona, contada por ella misma pero recopilada por un investigador quien se sirve de la grabadora para registrar este intercambio oral o verbal. La entrevista es el lugar, el espacio de interacción y el momento en que se genera el material de las historias de vida. (...) Los documentos personales introducen a la historia y a las ciencias sociales en el universo en donde los procesos de la vida cotidiana, de las relaciones sociales y de la historia son vividos, sufridos, producidos, sentidos, imaginados, inventados e interpretados por los seres humanos de carne y hueso, unos anónimos y los otros conspicuos, pero

todos bregando con la fuerza ciega de la necesidad y la determinación de lo inesperado y lo incontrolable de la historia y la sociedad (1989, p. 7).

Añade este autor:

La fuente oral nos recuerda que la historia y la sociedad son tanto el marco de determinación como el terreno de actuación de la experiencia humana. En fin, la historia oral rescata el lugar que tiene la memoria en la vida social y recuerda que esta no es sólo asunto de los historiadores y otros científicos sociales (1989, p. 11).

Para el caso de esta investigación, se realizó una historia de vida temática que abarca solo un período o un aspecto la vida de la persona entrevistada, en este caso el embarazo no deseado y su interrupción³.

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

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

Al reintroducir lo emocional, los miedos y fantasías que la memoria tiene internalizadas, (...) y, al mismo

³ Ver Anexo: Guía de entrevista.

tiempo, al incorporar la individualidad de cada historia de vida, se ha evidenciado que eso ya no significa un impedimento para la generalización, porque la historia de vida se convierte en un documento vital para la construcción de la conciencia al poner énfasis en la variedad de la experiencia de los grupos sociales, y al mismo tiempo demuestra cómo cada historia individual tiene que ver con una cultura común, lo que representa un desafío a la rígida categorización de lo público y lo privado, así como de la memoria y la realidad (Jaiven, 1998, p. 4).

Esta investigación se realiza desde una postura feminista. Mucho se ha debatido de si el feminismo ha introducido nuevas herramientas a la investigación o no, lo importante es que aún utilizando los métodos convencionales, las investigadoras feministas producen conocimientos significativamente diferentes y novedosos, ya que identifican problemas y fuentes de información que no eran percibidas de esa manera.

En ese sentido, hay que rescatar la importancia política de utilizar como fuente de información la historia de vida de las mujeres que han inducido abortos en contextos clandestinos, ya que los silencios son una forma de pérdida de la historia, de la identidad de género, de la manera en que la sociedad patriarcal oprime a las mujeres, entre muchas otras situaciones.

Según Jaiven:

Cuando hablamos de identidad genérica estamos entrando en el terreno de lo vivido, del cuerpo, de una visión del mundo y de una percepción de la vida misma que estructura y define nuestras emociones, deseos y conocimientos, y delimita asimismo nuestros espacios de interacción (1998, p. 3).



2.1 Criterios de inclusión-exclusión:

Según Acuña (1989), en el caso de la historia oral, la persona investigadora construye o perfila su fuente de información, con base en esto decide a quién entrevistar y también selecciona lo que le va a preguntar. Para este estudio, se planteó entrevistar a las mujeres con base en los criterios señalados en el cuadro 1.

Cuadro 1
Criterios de inclusión-exclusión para las entrevistas

Criterio	Aspecto que interesa	Selección de la "muestra" (al momento del aborto)
1. Mujeres que tuvieron su aborto en los últimos 20 años	Indagar si existen diferencias en el acceso a la información y al procedimiento con el transcurrir de los años.	• 50% de mujeres que tuvieron su aborto entre los últimos dos y cinco años • 50% de mujeres que tuvieron su aborto hace seis años o más
2. Edad en el momento de la experiencia	Indagar si existen diferencias en el proceso según la edad de la mujer.	• 25% de mujeres menores de edad • 25% de mujeres entre 18 y 25 años • 25% de mujeres entre 26 y 35 años • 25% de mujeres de 36 años en adelante
3. Lugar de residencia en el momento de la experiencia	Indagar si existen diferencias en el proceso, si este se vive en el Gran Área Metropolitana o en el resto del país.	• 50% de mujeres del Gran Área Metropolitana • 50% de mujeres del resto del país
4. Condición socioeconómica y/o nivel educativo	Indagar si existen diferencias en el proceso según el nivel socioeconómico de la mujer.	• 33% de mujeres con educación universitaria completa • 33% de mujeres con secundaria incompleta • 33% de mujeres con primaria incompleta

2.2 Realización de las entrevistas

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

Se había planteado que el tamaño de la muestra estaría definido por el criterio de “saturación”, el cual establece que no se realizan más entrevistas cuando ya no se encuentra la referencia a nuevas personas o cuando las entrevistas realizadas no brindan información novedosa y de interés para la investigación (Acuña, 1988).

En este caso el criterio que se cumplió fue el agotamiento de los contactos para establecer nuevas entrevistas, y por esto no fue posible cumplir con todos los perfiles establecidos en los criterios de inclusión-exclusión, lo cual se analiza en el apartado de descripción de resultados.

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

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

El consentimiento informado de las mujeres para participar en la investigación se realizó de manera verbal. No hubo



ningún registro de los datos personales de las mujeres que participaron en el estudio. Para efectos del registro de los datos y la publicación del informe de investigación, se cambiaron los nombres y cualquier otro dato que pudiera permitir una fácil identificación de las personas involucradas en cada caso.

IV. Análisis de los datos



Perfil de las entrevistadas

En el diseño metodológico se establecieron los criterios de inclusión-exclusión con el objetivo de indagar la historia de mujeres diversas en cuanto a edad, lugar de residencia, nivel educativo y plazo de haber realizado la interrupción del embarazo. No obstante, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados, las mujeres que se contactaron y accedieron a realizar la entrevista tienen un perfil muy similar en lo concerniente a la edad y principalmente el nivel educativo; por lo tanto, esta se convierte en la principal limitación de la investigación.

Hubo al menos tres mujeres que se contactaron e inicialmente accedieron a realizar la entrevista. Sin embargo, la cita fue pospuesta varias veces hasta que el equipo investigador tomó la decisión de no insistir más. Si bien las razones que mediaron en esta situación pueden ser diversas, se plantea la hipótesis de que es un tema sobre el que las mujeres no se sienten ni cómodas ni seguras hablando.

En total participaron en el estudio nueve mujeres, pero tres de ellas han tenido dos abortos en diferentes momentos de sus vidas, por lo cual se cuenta con doce historias para el análisis.

Siete de las doce historias sucedieron en momentos en que las mujeres tenían entre 18 y 25 años, y las otras cinco interrupciones fueron realizadas por mujeres con edades comprendidas entre los 29 y 35 años de edad. Respecto al diseño inicial de la investigación, quedaron sin explorar historias de mujeres menores de edad y aquellas mayores de 36 años.



Todas las participantes, sin excepción, son mujeres con estudios universitarios. Para las más jóvenes las interrupciones se realizaron en momentos que estaban iniciando sus estudios y, para el grupo comprendido entre los 29 y 35 años, se dio en la etapa posterior a la conclusión de sus estudios universitarios, es decir, en su etapa de la vida como mujeres profesionales.

Respecto al área de residencia se logró el objetivo de conocer historias de mujeres que viven en diferentes áreas del país, no obstante, todas ellas vivían en áreas urbanas al momento de enfrentar el embarazo no deseado. Cuatro de ellas vivían en San José, cinco en una comunidad urbana ubicada al oeste del Valle Central, dos en cantones de la provincia de Guanacaste y la otra en una comunidad puntarenense.

Finalmente, ocho de las interrupciones del embarazo se realizaron entre los últimos dos y cinco años, y cuatro en un plazo mayor (entre seis y diecisiete años).

A continuación se presenta una breve referencia de cada una de las mujeres al momento de realizar la interrupción:

- Eva. Tenía 25 años, era estudiante universitaria y no tenía trabajo fijo. Estuvo casada por un año pero se encontraba recientemente separada por un historial de violencia. Vivía sola al oeste del Valle Central.
- Giselle (primera ocasión). Tenía 18 años, era estudiante universitaria y no trabajaba. Tenía una relación de pareja estable. Vivía con su familia en un cantón puntarenense.
- Giselle (segunda ocasión). Tenía 35 años, era licenciada en Ciencias Sociales y trabajaba con una organización de la sociedad civil. Tenía una relación de pareja estable. Vivía sola en un cantón guanacasteco.
- Gretta. Tenía 25 años, era estudiante universitaria y no tenía trabajo fijo. No tenía una relación de pareja estable



y estaba saliendo de manera informal con dos personas. Vivía sola al oeste del Valle Central.

- Irina (primera ocasión). Tenía 19 años, era estudiante universitaria y no tenía trabajo. Recientemente había terminado con su pareja, padre de su hijo de 2 años. Tuvo un encuentro casual en una fiesta. Vivía con su familia al oeste del Valle Central.
- Irina (segunda ocasión). Tenía 23 años, era estudiante universitaria y tenía trabajos ocasionales. Vivía con su pareja al oeste del Valle Central.
- Laila. Tenía 25 años, era licenciada en Ciencias Sociales y estaba iniciando su “trabajo de los sueños”. Tenía una relación de pareja que ella no consideraba seria y formal. Vivía con una amiga en San José.
- Lucía. Tenía 32 años, era licenciada en Ciencias Sociales y trabajaba para una institución pública. Tenía una relación de pareja de cuatro meses que ella no consideraba seria ni formal. Vivía sola en San José.
- Miranda. Tenía 29 años, era licenciada en Administración de Empresas y trabajaba para una empresa. Tenía una relación de pareja de cuatro meses que ella no consideraba seria ni formal. Tenía un hijo de 8 años. Vivía al oeste del Valle Central con su hijo y su familia.
- Rebeca. Tenía 18 años, era estudiante universitaria y no tenía trabajo. Tenía una relación de pareja formal que recientemente había terminado por problemas de él de adicción a las drogas. Vivía con su familia en un cantón guanacasteco.
- Silvia (primera ocasión). Tenía 31 años, era profesional y trabajaba en una organización de la sociedad civil. No tenía ninguna relación de pareja estable. Vivía sola en San José.
- Silvia (segunda ocasión). Tenía 32 años, era profesional y trabajaba en una organización de la sociedad civil. No tenía ninguna relación de pareja estable. Vivía sola en San José.



La noticia del embarazo y la decisión de interrumpirlo

Al momento de conocer la noticia del embarazo, las mujeres se encontraban en relaciones de pareja con diferentes niveles de vinculación afectiva y legal, tal como se puede apreciar en el resumen de la situación de cada una presentado anteriormente.

Esta pluralidad en las relaciones de pareja enfrenta al mito de que las mujeres que recurren a abortos inducidos son mujeres solteras que tienen una vida sexual irresponsable y buscan una salida fácil ante un embarazo no deseado. Esta premisa se va desmitificando en el relato de estas mujeres sobre el proceso y su vivencia, ya que se hará evidente la complejidad de factores que intervienen en cada una de las historias.

Las mujeres con diversidad de relaciones, que van desde los encuentros casuales hasta matrimonios y relaciones de convivencia, evidencian que los embarazos no deseados pueden ocurrir a “cualquier mujer” y por cualquier mujer hacemos referencia a mujeres diversas en cuanto al nivel de información sobre métodos anticonceptivos, empoderamiento, religiosidad, nivel académico, zona de residencia y tipo de relación afectiva, entre muchas otras condiciones. Y como consecuencia, la decisión de interrumpir un embarazo es también común a mujeres con esta multiplicidad de características y condiciones.

A pesar de tener una vida sexual activa y contar con información, ninguna utilizaba algún método anticonceptivo –además del condón– de uso regular que les proporcionara un alto nivel de protección, como los métodos hormonales (pastillas e inyectables) o algún dispositivo intrauterino. La gran mayoría utilizaba el condón, pero por alguna razón no lo usaron en la relación sexual particular que produjo el embarazo. Una de ellas confió en

el diagnóstico de infertilidad que tenía su pareja y para otras el coito interruptus no fue efectivo.

La pregunta inevitable en este punto es: ¿por qué mujeres con acceso a información no utilizaron métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales? La respuesta no es sencilla e involucra varios factores.

Giselle enfrenta un embarazo no deseado a los 19 años y un segundo a los 35. Ella tiene claro que fueron circunstancias muy diferentes y reflexiona sobre la situación:

(...) no siempre teníamos preservativos, esa en esa ocasión yo le dije a él que él no podía eyacular adentro y lo hizo igual, lo hizo igual como, yo no creo que con maldad ni porque me quisiera embarazar, más era la cosa de toda la calentura de, de los 19 años, ¿verdad?⁴

(...) y luego a los 35 años a mí me vuelve a suceder, que quedo embarazada eh y, y fue igual, teniendo toda la información, teniendo, ¿verdad?, a ver que sí se juegan un montón de cosas o sea inconscientes, ¿verdad?, y, y que una tuvo un montón de temores y qué sé yo, que no es solo la cosa racional de tener control, ¿verdad?

Si bien este análisis trasciende el objetivo de esta investigación, es importante plantear algunos de los factores que pueden intervenir en la no utilización de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres jóvenes en nuestro país.

Por un lado, como un hecho más objetivo, podemos ubicar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. En las clínicas y

⁴ Todos los relatos son tomados textuales de la entrevistas realizadas esto explica que existan palabras cortadas o repetidas



hospitales públicos existen las consultas de planificación familiar. Este nombre remite a mujeres casadas o unidas que están pensando en cómo planificar su familia, no a mujeres jóvenes que están disfrutando de relaciones de pareja y de sus relaciones sexuales, sin siquiera pensar en el tema de una familia. Por otro lado, las opciones que ofrece la CCSS son muy limitadas. Por ejemplo, en el caso de métodos hormonales se ofrecen anticonceptivos de primera generación⁵, que tienen efectos secundarios dañinos para el cuerpo de las mujeres.

A pesar de que las personas jóvenes y en particular las mujeres entrevistadas tienen información sobre métodos anticonceptivos, no se puede ignorar que el tema de la sexualidad femenina es un tabú en nuestra sociedad. Desde los discursos oficiales, la sexualidad está ligada al tema de la reproducción. Si bien ha habido avances en algunos sectores, el mandato de la maternidad es aún uno de los más arraigados en nuestra cultura y, por lo tanto, su transgresión uno de los que tienen mayores costos para las mujeres. Sobre este tema se profundizará en otro momento.

Al ser la sexualidad un tabú, el desconocimiento de las mujeres de su propio cuerpo, de su sexualidad y del ciclo menstrual es muy importante. Según Lagarde (1997), el cuerpo es un espacio de cautiverio de la mujer, ya que aunque es el eje central de su sexualidad es siempre para los otros: para dar vida a un nuevo ser o para dar placer a su pareja.

Dentro de este paradigma, el erotismo y el placer no tienen cabida. En Costa Rica no existe una política de Estado⁶ de

5 La oferta de anticonceptivos hormonales de la CCSS se restringe a Norgyl, Norgylen y Depoprovera.

6 Existe una política pública del Ministerio de Educación sobre el tema de educación para la sexualidad, sin embargo no se está implementando. Además, se ha debilitado al departamento que tenía a cargo este tema, hasta el punto que en la práctica ha desaparecido.

educación para la sexualidad y, en general, las instituciones del sector social no tienen programas para trabajar este tema. Las pocas veces que se brinda información está referida a métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos, pocas veces a la exploración de la sexualidad y la vivencia del placer.

Nada de esto es casual. En el análisis de la sexualidad y las relaciones de pareja, el poder es un elemento central en los planteamientos de las teóricas feministas. Lagarde (1997) plantea que la ideología del amor se construye sobre el ejercicio de un poder basado en la propiedad privada de las personas, que sin embargo adquiere matices diferentes para hombres y mujeres en el proceso de socialización. Para la mujer, el amor se expresa a través de la renuncia y la entrega, la cual será compensada con los efectos gratificantes; mientras que para los hombres, se vive mediante la posesión y el uso de los otros.

Por lo anterior, la sexualidad erótica de las mujeres es una transgresión que es valorada en términos negativos, ya que altera la relación de dependencia que articula la sujeción y la obediencia al poder. Más aún, “porque subvierte a la vez un saber: el conocimiento de sí misma y de los otros” (Lagarde, 1997, p. 205).

Esta censura social sobre el cuerpo que aprenden las mujeres desde la socialización primaria y que es reforzada en los procesos posteriores, les cobra precios muy altos para el futuro en la vivencia de su sexualidad. Por ejemplo, a pesar de tener información sobre métodos anticonceptivos, no hay un conocimiento claro de su ciclo menstrual, razón por la cual para muchas de ellas son dos ámbitos que no tienen conexión y ante ese vacío es muy fácil que surja el “pensamiento mágico”⁷ de “¡a mí no me va a pasar!”.

⁷ El pensamiento mágico se fundamenta en creencias cuya lógica no sigue un patrón racional. Suele estar basado en percepciones subjetivas de la persona o de un grupo social. Lleva a las personas a creer que sus pensamientos, palabras, deseos o actos causarán o evitarán un hecho concreto de



Estos son solo algunos de los factores diversos⁸ que pueden contribuir a entender por qué mujeres que tienen información sobre métodos anticonceptivos no los utilizan de manera sistemática para prevenir embarazos no deseados. De tal manera que aducir que las mujeres son irresponsables es un argumento muy reduccionista para una situación compleja.

A pesar de este desconocimiento del cuerpo en términos de la sexualidad y del ciclo menstrual, todas confirmaron su embarazo en etapas tempranas, comprendidas entre la tercera y la séptima semana de gestación. Empiezan a sospechar rápidamente del embarazo porque tienen síntomas que no son usuales, principalmente náuseas, tensión mamaria y cansancio, lo cual se combina con un atraso notable en la fecha prevista de la menstruación. En este caso, llama la atención que las mujeres sí conocen suficientemente bien su cuerpo para identificar estos síntomas del embarazo, el cual –para la gran mayoría de ellas– es identificado como una embarazo no deseado y, por lo tanto, causa de mucha angustia y estrés.

En el caso de Miranda, los síntomas fueron tan evidentes que su madre le preguntó si estaba embarazada, interrogación que ella negó rotundamente. Rebeca y Lucía refirieron trastornos en el sueño, llanto y depresión. Así lo expresa Lucía:

(...) entonces pensaba en qué iba a ser de mí si no encontraba una solución, que yo quisiera, ¿verdad?, es decir, la solución diay lo que más puede ser es que todo el mundo te diga: di si, cual es la solución, que nazca, ¿verdad? (...) sí

una manera particular que desafía el pensamiento racional. Consultado en http://es.wikipedia.org/wiki/Pensamiento_m%C3%A1gico

8 Otro factor que puede incidir es el tema de la violencia sexual, pero no se hace alusión ya que no estuvo presente en los casos de las mujeres entrevistadas para la investigación.

te puedo decir que eran noches sin dormir, este... mucha angustia, eh... cero ganas de comer, eh... tener que estar en el trabajo como bien (...).

La gran mayoría tuvo claridad en su decisión de interrumpir el embarazo, incluso antes de confirmarlo con una prueba de sangre u orina. La única excepción es el caso de Giselle (en su segunda experiencia), quien en un inicio se ilusionó con la noticia y de manera posterior tomó la decisión de interrumpirlo por las condiciones de pareja y de vida en las cuales se encontraba. Ella catalogó la decisión como la más dolorosa que tuvo que tomar en toda su vida.

(...) porque era querer, en otras circunstancias haber podido hacerle frente a ese embarazo y que no dependiera digamos de si tenía o no tenía un compañero, pero no tenía las condiciones (...), que al final iba a quedar eh, iba a terminar en casa de mis padres, ¿verdad?, en una involución completa, verdad, en dependencia, para tener que ir a trabajar para que entonces terminara criándose, eh... ¿verdad? eh... esta otra personita en... en un ambiente que además digo que del cual yo logré salir ¿no? y no quisiera poner ahí a nadie más, ¿verdad?, mi papá es alcohólico todo y qué sé yo.

Las razones para no continuar con el embarazo fueron diversas pero las más comunes son que la maternidad no era parte de su proyecto de vida en ese momento y que se sentían muy jóvenes para asumirla. Además había preocupaciones económicas para quienes eran estudiantes y no tenían trabajo; preocupación de tener una hija o un hijo con un hombre con el que no querían tener un ligamen de ese tipo; por ejemplo, en el caso de Eva que estaba recientemente separada por violencia o de Rebeca que había terminado la relación por la adicción de él a las drogas.



No, no le conté [sobre el embarazo] porque ya lo había dejado hace un mes, porque bueno también por la situación de él porque él era una persona drogadicta y también me daba mucho miedo los efectos que podría traer, de consecuencias al bebé, ¿verdad? [Rebeca]

Para aquellas mujeres que habían estado en relaciones de violencia, el embarazo fue un momento clave para hacer consciente la situación que estaban viviendo. Les dio una perspectiva de su futuro pero también de su pasado, les hizo preguntarse si querían seguir vinculadas a este hombre, si su proyecto de vida incluía la relación con las características que había tenido hasta ahora. Concluyeron que tener un hijo o una hija las dejaría atadas de por vida a este hombre y decidieron tomar control sobre su situación.

Por diversas situaciones, las mujeres decidieron interrumpir su embarazo porque tener un hijo o una hija no era parte de su proyecto de vida en ese momento. La maternidad es sin duda alguna uno de los ejes centrales en el análisis que compete a esta investigación y en la discusión pública sobre el tema del aborto. Desde la doctrina de los derechos humanos se entiende la maternidad como un derecho, una maternidad que es calificada como libre, voluntaria y segura. Sin embargo, desde la estructura social es un mandato que se inscribe en el rol que Lagarde (1997) denomina “madresposa”, es decir, un cautiverio basado en la posibilidad de la sexualidad procreadora y su relación de dependencia de los otros a través de su relación de madre y esposa. Por ende, afirma esta autora, en nuestras sociedades existen pocas y reducidas formas de ser mujer y una de ellas es la maternidad. Por ello, el aborto es un claro desafío a este mandato social y se convierte en un tema tan controversial.



Este momento de la decisión para interrumpir el embarazo es una transgresión de grandes proporciones. Según Lagarde (1997), la noción de cautiverio hace referencia a la imposibilidad de las mujeres a tomar decisiones autónomas sobre sus vidas y sus mundos. Por lo tanto, el poder es la esencia del cautiverio, ya que quien ejerce el poder se arroga el derecho a decidir sobre la vida de otras personas, así como el derecho al castigo, que en este tema está institucionalizado en el derecho penal. No obstante, este poder es aun más efectivo cuando se interioriza y se convierte en la moral que rige la vida de las personas. Sobre este punto se profundizará posteriormente.

Una vez que las mujeres tuvieron la sospecha o confirmaron sus embarazos, compartieron la noticia con otras personas, principalmente con la pareja y con las amigas. Los hombres corresponsables de los embarazos tuvieron reacciones muy diversas, tanto frente al embarazo como a la decisión de interrumpirlo. Hubo desde quienes acompañaron a su pareja en todo el proceso, aquellos que únicamente querían asegurarse de que la interrupción se realizara, quienes negaron ser el corresponsable del embarazo, hasta los que amenazaron con denunciarlas. Este último caso lo ejemplifica la historia de Giselle:

(...) empecé a sondear con él, como cuál era la actitud, y me dijo que de plano si yo me hacía un aborto él me amena... él me, o sea, me acusaba con, digamos, con la policía, básicamente. Entonces ahí me di cuenta que, ¿verdad?, yo solita.

Silvia (en su primera experiencia), Irina (en ambas experiencias) y Laila decidieron compartir la noticia del embarazo solo con su

pareja porque era una situación que –al menos en ese momento– no consideraban necesario comunicar a otras personas. En el caso de Irina, él le dio la espalda y ella a sus 19 años rápidamente concluyó: “(...) estoy sola en estas”. En los otros casos, ellas encontraron de sus parejas el apoyo que buscaban, incluyendo el caso de Silvia, cuya decisión es que él no se involucre:

Sí hubo respaldo, tampoco yo quería que fuera una compañía ahí digamos, tampoco era porque, porque hubiera digamos... tenía... teníamos esa responsabilidad compartida, tampoco yo quería, este... que estuviera conmigo, que cambiara la relación que tuviéramos no, entonces, fue un proceso que yo asumí sola, digamos, pero yo lo quería también asumir así.

La figura de la amiga fue la más común a la cual recurrieron las mujeres para comentarles sobre su sospecha de embarazo y el deseo de interrumpirlo. En todos los casos que las mujeres buscaron a una o varias amigas encontraron apoyo emocional, acompañamiento e incluso –cuando fue requerido– soporte económico. Eva reflexionó sobre lo importante que fue contar con las amigas en momentos tan complejos como el que estaba viviendo:

(...) el problema de esto es que se cierran muchos los espacios, ¿verdad? por la clandestinidad y entonces, digamos, son muy pocas las personas que con las que podés contar. Esta, esta amiga se podía contar al cien por ciento.

Como se verá a lo largo de los relatos, las amigas fueron claves en el proceso. Lagarde (2006) pregunta: ¿qué sería de las mujeres sin el aliento y el apoyo que brindan otras mujeres en situaciones de crisis que son tantas a lo largo de sus vidas? Ella responde:

(...) no habríamos sobrevivido a los avatares de la vida sin otras mujeres conocidas y desconocidas, próximas o distantes en el tiempo y en la tierra. (...) Qué habría sido de las mujeres en el patriarcado sin el entramado de mujeres alrededor, a un lado, atrás de una, adelante, guiando el camino, aguantando juntas. ¿Qué sería de nosotras sin nuestras amigas? ¿Qué sería de las mujeres sin el amor de las mujeres? (p. 1).

Este tejido social que usualmente se conoce como solidaridad es definido por esta y otras autoras feministas como *sororidad*, y se hará referencia continua a este concepto en esta investigación. Para Lagarde (2006) se trata de una dimensión ética y política que busca la creación de relaciones positivas con otras mujeres, para contribuir mediante acciones específicas y de apoyo mutuo a la eliminación de todas las formas de opresión y apoyar así al empoderamiento vital de cada una.

Esto no implica que todas las mujeres estén de acuerdo en todo, sino que es la posibilidad de “acordar de manera limitada y puntual algunas cosas con cada vez más mujeres. Sumar y crear vínculos. Asumir que cada una es un eslabón de encuentro con muchas otras y así de manera sin fin” (Lagarde, 2006, p. 4).

Hubo algunas ocasiones en que las amigas no estuvieron de acuerdo con la decisión de la interrupción, pero no se convirtieron en una barrera de acceso a la información, ni trataron de convencerlas de que su decisión estaba equivocada y menos aún las amenazaron con denunciarlas si se decidían por la interrupción del embarazo. Rebeca compartió la noticia con seis amigas, dos de ellas le dijeron que no estaban de acuerdo con su decisión pero la respetaban y no interfirieron de ninguna manera en el proceso. Eva inició el proceso de



búsqueda de información con una amiga, quien en los días siguientes le dijo que no se sentía lista para apoyarla y se retiró. El caso de Giselle (en su primera ocasión) es muy particular, ya que su amiga la ayudó a ubicar la información y estuvo pendiente durante el proceso, pero luego le dijo que se arrepentía y que ella nunca estuvo a favor de su decisión. Giselle, en el análisis que hace años después, reconoció que este fue un factor de riesgo muy importante del que no estuvo consciente en el momento:

(...) yo no sentí miedo, ahora pienso que estaba en un riesgo altísimo de que lo hiciera [la denuncia a las autoridades], que fue un milagro que no lo hiciera, ¿verdad?, y creo que hasta el día de hoy lo haría pero yo no... no, no, ten, no lo dimensionaba en ese momento cuánto realmente sería un compromiso, o sea, era un rollo moral para ella y de culpa, ¿verdad?...

La labor de las amigas no fue siempre complaciente, pero sin duda alguna fue una guía que les ayudó a considerar sus opciones. Miranda le comunicó la noticia a una amiga que está a favor del derecho a decidir de las mujeres. No obstante, esta amiga pensó antes que todo en la integridad de ella y se aseguró que estaba clara en la decisión que estaba tomando: "(...) piénselo muy bien porque usted tiene sus bases católicas cristianas muy formadas, ¿verdad?, y diay, piénselo bien".

Rebeca compartió la noticia del embarazo con una mujer adulta de su familia, en este caso particular fue su tía. Ella le brindó su apoyo para la interrupción. Sin embargo, en aquellos casos en que las mujeres realizaron la interrupción siendo jóvenes o jóvenes adultas no fue usual que buscaran el apoyo de personas adultas más allá de sus amigas o parejas.

Es interesante la pregunta de por qué las mujeres jóvenes que enfrentan embarazos no deseados no consideran a las personas adultas como una fuente de información o guía para la toma de la decisión. Irina (en su primera historia) muestra un caso muy particular:

(...) yo creo que a mi madre no le conté ni le conté a ningún allegado, porque yo siento que el primer embarazo llegó a su término y nació Raúl, ¿verdad?, porque... eh... todos los adultos, ya realmente adultos, mi mamá, todo el entorno, o sea lo que me dijeron es si usted aborta se vuelve loca, entonces pucha, una persona de 16 años embarazada... yo en el momento lo pienso y digo, puta, realmente si no te abren el chance lo vas a tener porque, más bien como que me encerraron, entonces cuando ocurre este segundo embarazo, eso fue una situación muy, muy dura que yo me la comí sola.

Por lo tanto, en el caso de las mujeres jóvenes, además del tema del poder y el control patriarcal que hemos analizado, también interviene el adultocentrismo. Las personas adultas —en general— son el referente para el castigo y la censura, no son personas que las escuchen y las apoyen, sino quienes imponen sus puntos de vista. Es interesante que con algunas excepciones, la mayoría de las personas adultas que forman parte del proceso lo hacen mediante la intermediación de un pago, principalmente las y los médicos.

Búsqueda de información

La búsqueda de la información fue un momento clave en todo el proceso desde que surgió la sospecha del embarazo hasta su interrupción. A excepción de aquellos casos en que existe alguna complicación en el procedimiento, el acceso a



la información fue el factor determinante en el período de tiempo transcurrido desde la confirmación del embarazo hasta la realización del aborto.

Todas, a excepción de Rebeca, empezaron a explorar sus opciones de manera inmediata a la confirmación del embarazo. Rebeca dejó pasar alrededor de unas cuatro semanas esperando que la situación se resolviera por “sí misma”. Ella tenía claridad en que no quería continuar con ese embarazo, que no tenía las condiciones para asumir una maternidad en ese momento de su vida, sin embargo, existía un temor de tomar la decisión y asumirse en un papel activo.

Cuando las mujeres viven algunas situaciones límite toman la decisión de interrumpir su embarazo, aun cuando se enfrentan con un miedo a transgredir el orden social y las normas establecidas, un miedo a ser descubiertas por “los otros” y ser sancionadas moral y, en este caso, legalmente. Gracias a la impotencia aprendida en su proceso de socialización, se sienten incapaces, por un lado, de afrontar las reacciones de poder y, por el otro, de asumirse como “malas” (Lagarde, 1997).

Para las otras mujeres la situación fue diferente a la vivida por Rebeca. Algunas de ellas, como Eva, Irina (segunda ocasión), Laila, Miranda y Silvia, ya tenían la información y tardaron tan solo unas pocas horas o días en hacer los contactos para concertar las citas necesarias y realizar el procedimiento. Hubo otras, como Lucía, Gretta y Giselle (primera ocasión), que iniciaron la búsqueda desde cero y lograron resultados en un corto período.

Este apartado se centrará en las historias de las mujeres que tardaron varias semanas localizando diversas fuentes de información que les permitiera acceder a un procedimiento. En el

caso de Irina (en su primera experiencia), este período tardó aproximadamente diez semanas, situación que generó cada vez mayor presión y estrés, ella tenía su decisión tomada pero no encontraba las vías apropiadas.

La búsqueda de la información usualmente se hizo en compañía de la o las personas –amigas o pareja– a las cuales se les notificó sobre el embarazo. En algunas ocasiones, la misma amiga tenía acceso directo a un medicamento que producía el aborto o es quien tenía el nombre de un médico o clínica que le podía ayudar. En otras ocasiones, las mujeres obtuvieron por otros medios el nombre de una o un médico o de una clínica a donde acudieron directamente.

Acá es importante destacar que el saber de esas otras mujeres es reconocido y respetado. En muchos de los casos la validación está sustentada en el hecho de que han tenido experiencias previas, ya sea personalmente o de apoyo a otras mujeres.

Incluso, en algunos casos, las mujeres tenían como referente a otras mujeres de mayor edad que habían tenido abortos pero que no eran sus amigas cercanas. Ellas, a pesar de que sabían que estas otras mujeres tenían la información, no mantenían una relación de confianza para hacer la consulta. Los siguientes testimonios reflejan las experiencias de Giselle (en su primera interrupción) quien sí se decidió a consultar, mientras que Laila prefirió buscar otra vía más directa:

(...) la única referencia que teníamos de una mujer que sabíamos que se... se había hecho algún aborto era otra chica del, del colegio que era mucho más grande que nosotras, que era compañera de la hermana [risas], era compañera de la hermana de mi amiga (...) pero no es



por confianza que me le acerco, es por la certeza de que ella ya se lo había hecho, y yo voy y la busco. [Giselle]

Yo sabía que se podía abortar con pastillas porque ya tenía conocidas que lo habían hecho, sin embargo no me... no me atreví a... a preguntarles, ¿verdad?, fue como... como que no quería que nadie más supiera. [Laila]

La experiencia de estas mujeres que obtuvieron la información de otras mujeres, independientemente de que fueran amigas o simplemente conocidas, remite de nuevo al concepto de sororidad. Acá es importante destacar que no se trata de una simple colaboración o ayuda que se espera de otra persona, sino del apoyo y la guía en una práctica sancionada moral y legalmente. Lagarde (2006) señala que el concepto de sororidad hace referencia a:

(...) las amigas, las compañeras y las colegas que acompañan a otras en riesgo por infinidad de cosas. Las mujeres que nos han curado y cuidado, las que nos han enseñado el mundo, con íntima cercanía por encima de los tabúes y normas sociales (p. 1).

Eva, Silvia (en las dos ocasiones) y Laila, al momento de quedar embarazadas, tenían información general sobre el aborto con medicamentos: sabían que podían abortar con determinadas pastillas, incluso algunas de ellas habían acompañado a otras mujeres, pero además sabían dónde y cómo conseguirlas.

Eva cuenta sobre su historia:

Entonces... eh... yo sabía que ella [en referencia a una amiga] las tenía y entonces de una vez, eh... o sea simplemente, ¿no?, o sea, no hablamos mucho sim-

plemente le dije: salió positivo, este... y creo que la fecha límite es la otra semana, eso fue... así.

De una manera muy similar ocurrió para Laila, quien comenta:

(...) yo sabía que existían, que existían las pastillas y había acompañado a una, a la hermana de una amiga en realidad, con mi amiga habíamos acompañado a su hermana, entonces yo más o menos tenía como la idea de cómo se tomaban y cuál era, cuál era el procedimiento, y este... mi compañero, mi novio, él me dijo bueno yo tengo un amigo que es médico y yo sé que mi amigo también... este... ha recetado ese tipo de pastillas.

Respecto a este punto cabe hacer dos aclaraciones. Primero que todo, ellas conocían sobre la existencia y la disponibilidad del medicamento, pero no necesariamente tenían información precisa sobre las dosis, los síntomas, los plazos en que actúa el medicamento, los efectos secundarios, etc. Por lo tanto, es muy importante el contacto posterior que realizaron con alguna persona que las orientó; sin embargo, en muchas ocasiones no existió el espacio para hablar abiertamente sobre el tema. Laila refirió que el médico que ella consultó le brindó únicamente información técnica pero de una manera muy distante:

(...) muy poca información nos dio en realidad y estaba como incómodo también (...), pero fue una consulta como súper rápida, donde el médico no tuvo ningún contacto conmigo, más que preguntarme cuatro cosas y nos dio la receta (...).

En segundo término, tener acceso a esta información no fue sinónimo de que la intervención fuera exitosa, situación que



les sucedió tanto a Eva como a Silvia (en su segunda ocasión), las cuales se comentarán posteriormente.

Otra fue la situación para las mujeres que no tenían ningún conocimiento sobre cómo abortar. Ellas indagaron por diferentes medios: Internet, contacto con organizaciones o personas, mujeres que sabían que habían abortado, contactos con médicos, entre otros. Para ejemplificar esta situación se retomará la historia de Irina (en su primera ocasión) y Gisele (en su segunda), quienes tuvieron una larga travesía para encontrar la información.

Irina

Irina tenía 19 años, era estudiante universitaria y tenía un hijo de dos años. Este primer embarazo no fue deseado. En su momento, ella le comunicó a su madre —a quien consideraba una mujer muy abierta— su intención de interrumpirlo. Sin embargo, recibió una respuesta de mucho apoyo de su madre y su padre para que continuara con el embarazo. El padre del niño no se hizo cargo de él ni emocional ni económicamente. Años después, Irina tuvo una relación sexual con otra persona y nuevamente quedó embarazada. Debido a que tenía encuentros ocasionales con el padre de su hijo, le hizo creer que él era el corresponsable del embarazo, con el fin de lograr un apoyo de su parte para la interrupción.

En esta segunda oportunidad Irina decidió buscar la información por sus propios medios, ya que según sus propias palabras:

(...) el concepto mío sobre las personas adultas en esa época era: puta, ¿no?, te vuelven hacer parir a este chiquito, ¿verdad?, con puros viajes de Dios, y la locura y estas cosas.

Ella confirmó el embarazo alrededor de la quinta semana de gestación. A partir de este momento inició su ruta hacia la interrupción:

1. Realizó una búsqueda en Internet sin ningún resultado.
2. Sabía que existía una señora en el lugar que ella vivía que estaba relacionada con la realización de abortos. Indagó con ella sin hacerle la consulta directamente y no consiguió ninguna información que le pudiera ayudar.
3. Sabía que su ex pareja y corresponsable del embarazo conocía a un médico que recetaba “pastillas para abortar”, pero él le negó la información sobre el médico y rehusó hacer él mismo la consulta y conseguir el medicamento. Posteriormente ella se enteró de que él se había negado porque en ese momento estaba haciendo el contacto con este médico, porque necesitaba ayuda para la interrupción del embarazo de su novia oficial.
4. Su familia tenía contacto con una enfermera cubana que vivía en la isla. Ella la llamó por teléfono y le hizo la consulta directamente. La enfermera se negó a ayudarla con el argumento de que su embarazo sobrepasaba la edad gestacional establecida para realizar abortos legales, argumento que Irina luego se enteró de que no fue más que una excusa, ya que sí se encontraba dentro del plazo legalmente establecido.
5. El corresponsable del embarazo hizo el contacto con su madre que vivía en un país en el que el aborto era legal y ella estuvo de acuerdo en apoyar a Irina para que viajara y realizara la interrupción.

Para este punto ya habían transcurrido alrededor de diez semanas e Irina estaba en la semana decimosexta de embarazo, o dicho en lenguaje común, en su cuarto mes de embarazo. Sobre esta situación Irina señaló:



(...) cuando empiezan a cerrárseme las puertas yo incluso pensé, y me parece que muchas mujeres tienen que pensar en eso, de la desesperación, me parece, en eh... yo decidí: yo no lo voy a tener, si no lo voy a tener, me suicido básicamente, así, ¿verdad?

De esta historia es muy importante destacar que la única persona que estuvo enterada de todo –y no dio el apoyo que ella esperaba– fue el corresponsable del embarazo. No hubo la compañía de amigas, que según el testimonio de quienes sí la tuvieron, fue muy importante en el proceso. Dos años antes, su primer embarazo no deseado llegó a término porque justamente las personas a las que ella consultó la obligaron a continuar con este, brindándole información manipulada y no verídica para cambiar su decisión. Por lo tanto, es entendible que en esta oportunidad ella decidiera no involucrar a ninguna otra persona.

Al igual que las otras mujeres jóvenes, Irina enfrentó semanas de mucha angustia y estrés, y el gran precio que tuvo que pagar fue la soledad. La falta de apoyo de otras figuras significativas unido al cierre de todas las opciones que fue buscando, la llevaron a pensar en el suicidio como una opción.

Sobre este punto se discutirá posteriormente, pero debe identificarse como un riesgo al que se exponen las mujeres en Costa Rica cuando toman la decisión de interrumpir un embarazo no deseado, especialmente cuando no encuentran una respuesta oportuna.

Giselle

Giselle tenía 35 años y se encontraba en una relación de pareja. Él vivía en un país europeo y estaban planeando ir a vivir juntos a otro

país latinoamericano. Algunos meses antes, se encontraron personalmente para hablar sobre las preocupaciones que ella tenía en relación con este cambio de residencia y fue en este encuentro en que ella quedó embarazada. El embarazo produjo una crisis de pareja y su compañero le dijo que respetaba la decisión de ella, pero que él no quería tener un hijo o una hija. Ella estaba sin empleo, en una crisis importante en su vida y tomó la decisión de interrumpirlo, decisión que cataloga como la más difícil de toda su vida.

Ella había conversado sobre la sospecha del embarazo con compañeras y compañeros de trabajo y amigas que vivían fuera del país, porque en ese momento –a pesar de estar asustada– estaba ilusionada con la noticia. Una vez que tomó la decisión de interrumpirlo se lo comunicó a estas mismas personas y empezó a buscar la información:

1. Una amiga que vive en México le ofreció hospedaje en su casa y empezó a sondear sobre la atención que podría recibir en la ciudad de México y el costo, incluyendo el viaje.
2. Habló con una amiga que vive en Panamá. El novio de la amiga le refirió el nombre de un médico, con quien ella conversó por teléfono. Esta comunicación no le brindó confianza ya que no tuvo la oportunidad de conversar ampliamente con el médico sobre todo el proceso y la única información que recibió es que el procedimiento se haría por medios quirúrgicos y tendría un costo de 1000 dólares estadounidenses.
3. En un momento de mucha incertidumbre y desesperación, se encontró en el chat a una ex profesora de la universidad. Decidió hacerle la consulta y obtuvo el número de una clínica privada en San José. En ese momento ella vivía en un cantón guanacasteco aproximadamente a 300 kilómetros de la capital.
4. Llamó a la clínica y le indicaron que no tenían la posibilidad de brindarle información por vía telefónica. Aun



así, decidió escoger esta opción entre todas las posibles. Para este momento ya habían transcurrido cuatro semanas desde que confirmó el embarazo.

A manera de conclusión sobre este apartado, se puede afirmar que las mujeres que se plantean la posibilidad de interrumpir un embarazo van a encontrar la información, ya que esta se encuentra disponible por diferentes medios. Una de las principales fuentes es la de otras mujeres: mujeres que se han realizado un aborto, mujeres que han acompañado a otras en sus procesos, mujeres que conocen el nombre de una o un médico o una clínica, mujeres que entienden lo que significa un embarazo no deseado y el desafío que implica la transgresión a los mandatos sociales.

Un hecho que parece muy importante es que entre las mujeres entrevistadas, Internet no aparece como una fuente de información. Muy pocas de ellas que consultaron en la red no encontraron ninguna información o esta no les pareció segura y confiable.

Sobre este tema habría que realizar una indagación específica, pero es probable que la presión social que existe y, especialmente, la conciencia sobre el riesgo de realizar un procedimiento clandestino, hagan que un espacio tan anónimo e impersonal como Internet no brinde las condiciones mínimas de seguridad que las mujeres requieren. En este sentido, un contacto más personal y especialmente una voz con experiencia que reconozca saber cómo se realiza el procedimiento –independientemente de que sea otra mujer o una persona profesional en salud– brinda una mayor garantía para la seguridad, tanto en términos legales como de su propia vida.

Tal y como se mencionó al inicio de este apartado, la búsqueda de la información parece ser uno de los momentos más importantes de la ruta crítica que recorren las mujeres en la búsqueda por interrumpir su embarazo. Las mujeres que tuvieron acceso a información clara y que tuvieron espacio para hacer todas las consultas vivieron el proceso con menos angustia y mayor tranquilidad, que aquellas que tuvieron únicamente acceso a un procedimiento o a un medicamento pero que no tenían claridad sobre qué esperar.



Realización del procedimiento

El período de la realización del procedimiento contiene elementos muy diversos y de interés para el análisis y el acercamiento a la ruta crítica de las mujeres en este momento de sus vidas. Para algunas de ellas el procedimiento propiamente dicho tardó media hora o un par de días, mientras que para otras se extendió por semanas. Independientemente del tiempo, hubo personas involucradas, sentimientos y emociones muy diversas. Por lo tanto, este apartado se ha subdividido en varios temas, entre ellos la oportunidad que tuvieron las mujeres para la elección del procedimiento, el costo económico que tuvo, la calidad de la atención recibida y aspectos emocionales y personales ligados a la vivencia de la interrupción.

Elección del procedimiento

Fueron muy pocas las mujeres que tuvieron la opción de decidir sobre cuál método querían utilizar para la interrupción del embarazo. La gran mayoría de las veces, las mujeres lograron un contacto —sea amiga o profesional en salud— que les ofreció una única

opción: el aborto con medicamentos y particularmente con el misoprostol, conocido como cytotec, nombre comercial registrado en Costa Rica y que es el que usualmente las mujeres recuerdan. En su relato Miranda cuenta:

(...) andaban las famosas cytotec dando vueltas por ahí que las andaba otra amiga, se conocían unas dosis, entonces, había que conseguir esta otra amiga que no aparecía, y mientras... diay, pasó una semana más todavía o más de una semana para que apareciera la otra amiga con las famosas pastillas.

En Costa Rica el misoprostol está aprobado para el tratamiento de complicaciones gastrointestinales. Su venta está restringida y controlada mediante recetas médicas retenidas, sin embargo, los datos de esta investigación coinciden con lo hallado en el estudio de la Asociación Demográfica Costarricense, en el sentido de que a pesar de estos controles, las mujeres que desean abortar logran conseguir el medicamento por algún medio (Gómez, 2007).

En un contexto de clandestinidad, el aborto con medicamentos brinda mayor seguridad, no solo a las mujeres, sino también al personal de salud que realiza los procedimientos, ya que en este caso la persona no está directamente realizando la interrupción, sino que brinda una asesoría a la mujer y sería ella misma quien se administra las pastillas. Además, algunas de las mujeres realizan la interrupción sin consultar a un o una profesional de salud y el método menos riesgoso en estas condiciones es el medicamento. Por lo tanto, no es de extrañar que haya sido el método utilizado por el mayor número de mujeres entrevistadas. Sobre este tema se profundizará posteriormente.

Gretta, Silvia (en sus dos ocasiones) y Giselle (en su segunda ocasión) son las únicas que tuvieron la opción de decidir entre el aborto con medicamentos y la aspiración manual endouterina (AMEU). Las tres acudieron a una clínica privada donde realizaban ambos procedimientos. Gretta es la única que escogió la aspiración:

Me pareció este... más rápido, menos tal vez, menos doloroso y un proceso como... que era en el momento y ahí terminaba, entonces sí me pareció como mucho mejor.

Al contrario, Silvia y Giselle tenían claro que querían optar por el aborto con medicamentos, en general porque lo consideraban menos invasivo hacia sus cuerpos. Además, cada una tenía una razón muy particular. Giselle pensaba que un aborto quirúrgico podría tener secuelas negativas para embarazos futuros y Silvia consideraba que en Costa Rica no existían las condiciones para realizar este tipo de procedimientos, los cuales deberían realizarse en hospitales especializados tal y como sucede en su país de origen en que el aborto era legal.

(...) sí me... me preocupaba digamos de que si este método no funcionaba ya otro método, digamos, sí podría ser mucho más, más complicado, digamos, y había menos condiciones en el país para realizarlo. [Silvia]

En síntesis, de las doce interrupciones realizadas, únicamente cuatro de ellas tuvieron la opción de elegir: una optó por el AMEU y las otras por el medicamento. De las ocho restantes, una tuvo un procedimiento quirúrgico realizado en un país en que el aborto es legal y las siete restantes tuvieron acceso únicamente al misoprostol.



El costo económico⁹ de la interrupción del embarazo versus la atención recibida

El análisis de los costos económicos en contextos de clandestinidad es un factor muy importante, porque evidencia que esta práctica se convierte en un negocio para algunas personas, principalmente profesionales de la salud que realizan los procedimientos en el ámbito privado.

Al escuchar los relatos de las mujeres entrevistadas, se puede percibir que no solo existe diversidad en los montos que debieron pagar sino también en la atención recibida. En algunos casos las mujeres encontraron una atención de calidad, un espacio seguro y una escucha activa para sus dudas e inquietudes; mientras que en otros, únicamente una ruta de acceso al procedimiento –especialmente el medicamento– pero sin ningún tipo de apoyo emocional ni de información sobre el mecanismo de acción, los efectos secundarios, la tasa de efectividad y otros datos relacionados.

Esto pone de manifiesto que en contextos de clandestinidad los recursos económicos marcan una diferencia entre el acceso que se pueda tener al procedimiento o no, no así en el tema de la calidad de la atención. Para el caso de las mujeres más jóvenes, especialmente aquellas que están estudiando y no tienen trabajo, el costo económico es una de las principales barreras o factores inhibidores que encuentran en la ruta.

En lo relativo al pago del procedimiento, nuevamente las amigas y las parejas son actores involucrados. Las primeras nunca se negaron a apoyar económicamente cuando fue necesario; mientras que en algunos casos las parejas se rehusaron a pagar

⁹ Debido a que las historias sucedieron en años diferentes, es difícil hacer el cálculo en dólares americanos. Para una referencia general se puede calcular 1 dólar = 577 colones.

aun cuando tenían los recursos económicos y estaban a favor de que su compañera se realizara la interrupción.

Eva y Miranda tuvieron acceso al medicamento por medio de sus amigas. Ellas no saben cómo lo conseguían, pero no tuvieron que pagarles. Este es otro ejemplo de sororidad, de los cuales se encuentran muchos a lo largo de los relatos.

Diferente fue la experiencia de Miranda. Su pareja en todo momento estuvo exclusivamente preocupada por el daño que este embarazo le causaba a él, y su interés fue asegurarse de que no llegara a término. Aun así, no estuvo anuente a apoyar, ni siquiera en términos económicos:

(...) él estaba fascinado porque... porque nos estábamos ahorrando o le estaba ahorrando un montón de plata, ¿verdad?, entonces él estaba encantado con este contacto mío que podía facilitarnos las... las pastillas, porque él se metió a Internet y hizo toda una averiguación, hasta que nosotros, que YO las trajera por Internet, él me daba todas las soluciones porque yo no le podía arruinar la vida.

(...) entonces en algún momento (...) le dije no está saliendo bien, voy a tener que ir donde el doctor y ahora sí hay que pagar, y entonces dijo estoy ocupado, tengo que trabajar, ando en X lugar y no me moleste o una cosa así.

Por otro lado, se encuentran las historias de las mujeres que sí tuvieron que recurrir a alguna clínica privada. Laila y Silvia (en sus dos ocasiones) “únicamente” tuvieron que pagar el costo de las pastillas. En el caso de Laila, el precio del medicamento (\$30 000) fue cancelado por ella y su pareja en partes iguales. Silvia, quien



asumió todo el costo, no recuerda el monto exacto pero cree que fue cercano a los ₡20 000. Por su parte, para Giselle (la primera experiencia) tuvo un costo total de ₡28 000, la mitad fue para el pago de la consulta del médico y la otra mitad para la compra del medicamento. En su caso, ella comenta:

Entonces con esta plata yo saco las cuentas, con la plata que iba a ganarme con este trabajillo de admi, con con unos pescadores, eh, artesanales y yo que sé qué contabilidad, saco las cuentas y me alcanzaba para ir a San José, pagar la consulta del médico y comprarme las pastillas, tan tan, ¿verdad? Las pastillas costaban como 14 000 colones la caja de 28 más o menos y de ¿verdad?

Para el resto de mujeres, los costos son mucho más altos. Gretta, Rebeca, Giselle e Irina (en su segunda ocasión para las últimas dos) y Miranda acuden a clínicas privadas y el costo fue de ₡150 000, ₡250 000, ₡350 000, US\$500 y ₡200 000, respectivamente. Para las primeras tres, la atención incluyó consejerías pre y post, mientras que para las últimas dos fue únicamente de acceso al medicamento. En el caso de Giselle el costo fue más elevado porque ante un fallo del método, el proceso tardó varias semanas y requirió mayor número de consultas. No obstante, en todos los casos ellas lograron negociar arreglos de pago. En el caso de Miranda:

(...) lo que hice fue que le pagué la mitad y le dije que, después yo tenía que volver a los quince días, entonces que a los quince días yo le volvía a pagar los cincuenta y que a los quince días le podía pagar los cincuenta.

Para las mujeres adolescentes y jóvenes que aún no tenían un trabajo estable e independencia económica, el costo económico de realizar una interrupción se convirtió en un factor

de mucha presión y estrés, ya que no contaban con fondos de emergencia o ahorros para afrontar situaciones no previstas. A la vez –debido a la situación de clandestinidad–, sus posibilidades de buscar el apoyo económico de otras personas no fueron muy amplias. El caso de Giselle es un muy buen ejemplo, ya que sabía que tenía recursos muy limitados y la preocupación de gastar su dinero en opciones que no fueran efectivas le generó mucha incertidumbre:

(...) tampoco era seguro que por pagarle la consulta e ir a decirle, él me la iba a dar, ¿verdad?, eh... de hecho ella... ella [la amiga que le da el contacto] es en eso en lo que me insiste, ¿verdad?, en cómo tengo que hablarle porque... diay, porque él no me la iba a dar así nada más.

(...) yo sé que yo tenía un presupuesto de 28 000 colones y con eso fue que me la jugué, ¿verdad?, y claro como había vomitado seis pastillas y ya después ya sólo me quedaban para tres y tres más, yo estaba con un miedo de que si no me hacían, ¿verdad?, y qué iba a hacer, ¡de dónde iba a agarrar más plata para eso!

La diferencia entre estas mujeres no es solo el monto que tuvieron que cancelar sino la calidad de la atención, la cual va desde una atención fría y distante hasta un espacio en el que se sintieron seguras y acompañadas.

Miranda se mostró muy satisfecha con la atención recibida porque sintió que no fue juzgada, sin embargo, en su relato no se percibe empatía por parte del médico:

Él actuó tan normal que en realidad no, no no fue, se comportó muy bien, muy, muy bien, este, digamos como... como llamarlo a nivel médico, profesional o no sé, la... la

atención de él fue, fue buena, no fue ni indiferente, ni grosero, ni me hizo sentir “oh maldita” o una cosa así, ¿verdad?, “lo que está haciendo”, para nada. Fue muy, como si fuera muy normal y ya, simplemente diay a los números a lo que vinimos y decídase si quiere o si no quiere.

Rebeca también tuvo una impresión muy positiva de la clínica privada donde fue atendida:

(...) sí, la verdad sí me sentí muy segura porque estaba viendo que estaba tratando con personas profesionales, eh, se veían que sabían sobre el asunto, el lugar era, era... se veía muy lindo, muy nítido, todo todas sus cosas bien, bien ubicadas y todo, entonces sí, sí, me sentía muy segura.

La primera experiencia de Giselle fue diferente, ya que el médico fue distante, no evidenció ninguna apertura a conversar con ella o dar seguimiento:

(...) el tipo así frío, grande, no pregunta mucho, me... me hizo un chequeo, este... para ver como el tamaño (...), y nada, nada más me hizo la receta, no dijo casi ni palabra, hizo la receta y me hizo así [señales con la mano], tres cada tres, esa fue toda la indicación que me dio, tres cada tres, o sea, tres pastillas cada tres horas.

De todos los relatos, la forma de violencia más evidente por parte de las o los proveedores la vive Giselle durante su segunda interrupción. Antes de ser atendida fue tratada como una posible infiltrada de la policía o de algún medio de comunicación, por lo cual primero que todo debió garantizar que su solicitud era “auténtica”:

Lo primero me hacen deschingarme toda, me interrogan yuyuyu, eh... me preguntan, yo estaba pasando por

un proceso, una cosa muy, ¿verdad?, era muy doloroso, era muy tremenda la decisión (...), y entonces sí estaba tremendamente vulnerable, digamos, eh... yo me sentía como una adolescente, ¿verdad?, y a mí de esta clínica, este... digo yo no le recomiendo a nadie, que se vaya a tocar esas puertas, la experiencia fue muy fea.

Irina (segunda experiencia) y Giselle (primera interrupción) tenían el nombre de un médico que había realizado abortos a otras mujeres que ellas conocían y rápidamente lograron ubicar sus datos y concertar una cita. A pesar de esta referencia de otras mujeres, tenían muy claro que era clave el primer contacto que hicieran porque el médico podía negarse a ayudarlas y se les cerraría una oportunidad:

(...) yo llamé al señor, le pedí una cita, él obviamente no es un doctor que haga abortos porque en Costa Rica ningún doctor hace abortos, ¿verdad? (...), él sabe que si aparece alguien joven pues por ahí es... eh... que viene a otra cosa y directamente se lo tiré así, a mí me dieron la información estas personas, eh... ya ellas han venido aquí y yo sé que usted los hace (...), efectivamente el tipo pela los ojos y me dice ¡cómo!, si yo sé o sea yo sé y yo sé, y bueno empieza a temblar un poco, se hace un poco el rogado y al final accede a hacer el procedimiento. [Irina]

Estos testimonios permiten ubicar que en estas situaciones de clandestinidad no solo están en riesgo las mujeres, sino también las y los proveedores de salud que realizan los procedimientos. Para el personal de salud el riesgo está referido al ámbito legal y precisamente por eso es que el aborto con medicamentos se ha convertido en una opción que les brinda mayor seguridad.



En el caso de Gretta, una de las principales barreras que encontró durante el proceso fueron los recursos económicos, ya que ella rápidamente identificó la clínica, hizo el primer contacto y logró la primera cita, pero no tenía el dinero requerido. La búsqueda de los recursos económicos le tomó alrededor de una semana. Primero, buscó a su papá, con quien mantenía una relación muy buena, sin embargo él rehusó a apoyarla aunque de ninguna manera intentó persuadirla de cambiar su decisión. Dos amigas fueron quienes le prestaron el dinero:

(...) yo le comenté a mi papá justamente por la cuestión económica para no pedirle a mis amigas, pero obviamente mi papá es muy abierto para muchas cosas pero él sí no, no me quiso dar la plata.

Gretta es la única de las mujeres entrevistadas para quien el padre figuró de una u otra forma en la historia, y más aun como referente a quien le comunicó abiertamente sobre su embarazo y su deseo de interrumpirlo. No obstante, encontró una respuesta negativa.

Lucía consiguió el medicamento por medio de un contacto y nunca fue atendida directamente por personal de salud. Este contacto fue una amiga de su amiga que conocía sobre el tema y tenía acceso al medicamento. Ella pagó \$150 000, sintió seguridad pero a pesar de esto sabía que el riesgo estaba presente en algún nivel:

La parte de contactar a mi amiga, ¿verdad?, ella tiene como experiencia en... en diversos trabajos, ¿verdad?, entonces esa parte la sentía súper segura y igual con el siguiente contacto, ¿verdad?, yo sabía que eran personas que tenían bastante información sobre el tema y de que por supuesto di, no me iba a poner en riesgo por lo menos penal, ¿verdad?

Finalmente, están los casos de Silvia (en su segunda experiencia) e Irina (en la primera), quienes viajaron a países en que el aborto es legal. En ambos casos debieron cubrir los gastos del viaje, con la diferencia que en uno de los países la atención fue gratuita y en el otro el costo del procedimiento fue de US\$1500. Silvia cubrió sus propios gastos ya que en ese momento tenía un trabajo estable e independencia económica. En el caso de Irina, fue la madre del corresponsable del embarazo la que cubrió todos los costos.

El aborto por métodos quirúrgicos

En diez de las doce interrupciones se utilizó el método del aborto con medicamentos, al menos como primera o única opción. Las excepciones las constituyen Gretta, quien se decidió por el AMEU, e Irina (en su primera opción) que accedió a un procedimiento quirúrgico en otro país.

Mediante la utilización de estos métodos, la interrupción del embarazo propiamente dicha transcurrió en un momento muy concreto (alrededor de 30 minutos) y fue realizado por profesionales en salud. Estas mujeres tuvieron diferentes niveles de información y consejería pero finalmente el procedimiento como tal no dependió de ellas, sino de la pericia técnica de la o las personas que las estaban atendiendo. En este sentido, el aborto por métodos quirúrgicos no implicó una conexión tan cercana de las mujeres con su propio cuerpo, como sí sucedió con quienes utilizaron medicamentos.

Gretta fue de pocas palabras durante la entrevista, relató su historia con mucha tranquilidad. Refirió que llegó a la clínica, acompañada por una amiga, fue atendida primero por una psicóloga y posteriormente por dos médicas. Durante el procedimiento, que tardó aproximadamente 30 minutos, tuvo anestesia local y



música para relajarse. El dolor que sintió fue mínimo. El embarazo estaba en su sexta semana. En sus propias palabras:

Sí, siempre estuve acompañada, pero, preguntas y temores casi que no. Por lo mismo, porque como estaba tan segura de lo que iba a hacer, lo único sí era como... como el suspenso de de cómo iba a ser porque nunca había pasado una, una situación de estas, entonces era pero, como un suspenso, pero a la vez yo estaba confiada, tranquila, mhjm [afirmación].

La tranquilidad y seguridad de Gretta al relatar su experiencia son tal que durante la entrevista se le consultó si ella vivió el proceso de esa manera o si es el resultado del tiempo transcurrido y la manera en que lo recuerda. Ella respondió:

Yo siento que es de, de las dos, creo que sí estaba segura en el momento, no lo veo así como en el momento tuviera mayor implicación, fue, creo que pienso igual ahora, si me vuelve a suceder me gustaría pasar igual.

Sin embargo, no todas las experiencias fueron vividas en estos términos por parte de las mujeres. Para algunas hubo angustia, muchos temores, incertidumbre, percepción de que estaban en riesgo, sensación de inseguridad, entre otros. Irina (en su primera experiencia) había tardado alrededor de diez semanas buscando información y explorando opciones para interrumpir su embarazo, hasta que la madre de su ex compañero accedió a apoyarla si viajaba al país en que estaba viviendo. En ese momento Irina sabía que no era sencillo el viaje por temas migratorios, y fue un momento de mucho estrés e incertidumbre:

(...) ahí es cruzo los dedos y solicité visa (...) y que te la den. Eso fue lo peor que me ha pasado en mucho

tiempo, porque el embarazo corre, corre y corre y ya tengo la posibilidad pero yo no sé si me van a dejar entrar. Muy jugada la muchacha le roba las cuentas bancarias a los papás, le roba los planos, nadie sabía nada, le robo los planos a mis papás, certificaciones de salarios, la matrícula de la universidad y como es una universidad pública de prestigio, entonces yo llegué a decir voy de vacaciones (...), presento los papeles en la embajada y me dicen feliz viaje, casi me muero del susto y de la impresión.

El procedimiento –ella no sabe cuál fue– se realizó en una clínica privada. Toda las consultas fueron en un idioma que ella no dominaba entre la “suegra” y el médico, ella apenas entendió algunas cosas, no tuvo espacio para hacer consultas, pero lo poco que entendió es que por lo avanzado del embarazo era un procedimiento riesgoso y su vida podría estar comprometida. Además, esto implicó que el costo económico aumentara significativamente.

Irina tuvo claro que esta señora le iba a ayudar a realizar el procedimiento pero que eso no se traduciría en apoyo emocional. Incluso fue advertida desde su primer encuentro que no iban a hablar sobre la situación y que su esposo no podría enterarse de lo que estaban haciendo:

(...) simplemente es la señora que muy amablemente va a servir de mecenas en este proyecto, punto, así no se conversa en ningún momento nada, y todo muy sola, muy sola, muy sola muy yo, yo, yo, ¿verdad?

Toda esta situación fue vivida con altos niveles de estrés y bajo mucha presión. Debe recordarse que se trata de una mujer adolescente que tiene un hijo de dos años que atiende

sola, porque el padre no se hizo responsable ni económica ni emocionalmente. Para viajar tuvo que mentir a su familia sobre el motivo del viaje, posteriormente llegar a un lugar en que es atendida por una persona que ella no conoce y que no se muestra cercana y, entre otras cosas, todo transcurre en una lengua que no entiende.

De todo este panorama se puede concluir que Irina es una adolescente que tiene ciertos recursos, que le permitieron ir buscando nuevas rutas cada vez que se le cerraron las puertas, así como encontrar los mecanismos necesarios para cumplir trámites tan complejos como la solicitud de la visa. Después de este transitar en completa soledad e incertidumbre, al llegar a la clínica siente que ya encontró a la persona que va a resolver su situación y a partir de ahí se traslada hacia un modo "más pasivo":

(...) en eso ya entro como en una nebulosa, yo siento que el cerebro se apaga cuando hay demasiado estrés, este..., y era como entre estrés y alivio ¿no? Entonces el tipo me dice bueno, eh... usted está demasiado adelantada, eh... si usted hubiera venido la próxima semana simplemente yo no se lo hago y me voy a jugar el chance de que usted se muera, (...) lo que me explica es que me van, en inglés que ojo que yo lo apenas lo mastico, que me van a... a introducir una... un tipo de tableta, que no tengo idea cómo se llama que lo que hace es dilatar, que después que eso dilata, me van a anestesiarse totalmente y a partir de ahí existe el procedimiento, eso es digamos eh... digamos hasta ahí llegamos.

Ella entiende que se trata de un procedimiento riesgoso, que incluso su vida está en juego. Su mayor temor era dejar a su hijo solo en caso de que ella muriera. Este fue el único

momento de la entrevista en que Irina se vio muy afectada emocionalmente durante el relato: hubo silencios, lágrimas y su voz se escuchaba entrecortada:

(...) el temor mío era dejar a mi hijo solo [silencio] porque yo no lo iba a tener y punto, entonces la decisión era no tenerlo y se acabó, yo no, no, no quería ser mamá, no quería estar sola una vez más con esa situación, no entendía por qué aquí a uno se le cierran las posibilidades para decidir y digamos el miedo mío era dejar solo a mi hijo [silencio], mm.... obviamente me sentía muy sola, y ese era el miedo ¿no?

Luego del procedimiento Irina se despertó en la clínica y lo único que supo es que ya habían realizado el procedimiento, pero no recibió ninguna otra información ni ella realizó consultas. Regresó a la casa de la señora y descansó unos días antes de viajar de nuevo a Costa Rica. Sus primeros sentimientos fueron de alivio: "(...) era como catártico el momento, era como yuhu otra vez, ¿verdad?, tengo otro chance para hacer con mi vida lo que yo quiero y volver a Costa Rica".

La Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) ha afirmado que las mujeres que frente a un embarazo no deseado han tomado la decisión de interrumpirlo, enfrentan el mayor período de angustia en las etapas previas a la interrupción. Posteriormente los sentimientos pueden ser muy diversos y dependen de muchos factores que tienen que ver con la historia previa de la mujer, el ambiente de censura social, las redes de apoyo con que cuenta, entre muchos otros. Sin embargo, su conclusión es que los estudios realizados en contextos en que el aborto es legal han mostrado que los sentimientos más comunes son el alivio y la felicidad.



El aborto con medicamentos

Una vez que tuvieron acceso al medicamento, las mujeres tomaron decisiones sobre dónde, cuándo y en compañía de quién se lo iban a tomar o a colocar vaginalmente. Entre las historias se pueden encontrar vivencias muy diversas, las cuales estuvieron muy relacionadas con los resultados que obtuvieron.

Para la elección del lugar se buscó, en la medida de lo posible, privacidad, tranquilidad y la oportunidad de contar con la compañía de personas, principalmente amigas, que las habían estado acompañando y apoyando en los momentos previos.

En el tema de los preparativos, Eva es un caso excepcional por su meticulosidad. Había tenido dos experiencias previas de abortos espontáneos y el último de ellos fue atendido con misoprostol. Por lo tanto, ella tenía una idea bastante clara de cómo iba a ser la interrupción y decidió preparar hasta el más mínimo detalle. Ella y la amiga que la estaba acompañando tardaron una semana en lograr las condiciones que se habían planteado como mínimas para iniciar el procedimiento:

(...) el lugar, donde lo íbamos a hacer (...). En mi casa no porque en mi casa hay muchos vecinos por ejemplo y, y es pared compartida, entonces si en algún momento me daban muchos dolores o alguna cosa así no quería que se dieran cuenta o si llamaban alguna ambulancia que sé yo, ¿verdad?, entonces no quería, ¿verdad?, por ahí, y y como todos me conocen entonces también. (...) al final dimos con la casa de un amigo, ¿verdad?, que vive en un lugar lejos y él me daba las llaves para que yo le fuera a cuidar la casa. (...) Luego

eh, eh... por ejemplo bolsas de basura, este... todo un botiquín eh... termómetro, mmm, mucha ropa, enaguas, yo sabía que por ejemplo no iba a poder comer cosas pesadas entonces muchas verduras, frutas... de ese tipo, ir también pensando bien, ir practicando el discurso, ¿verdad?, en caso de que tuviera que ir al hospital, este... quemar la basura, todo eso así, una lista así enorme, este... música [risa], libros, eh... eh lo otro, ah, estábamos buscando a otra persona también que, porque decíamos, bueno... si tuviéramos que ir al hospital de emergencia le, una persona se va conmigo para el hospital y la otra se queda desapareciendo las pastillas, quemando la basura... ah... eh, y arreglando la casa y sin dejar ningún rastro, ¿verdad? (...) Eh, plata para los taxis, ¿cuántos taxis podríamos pagar? entonces a ver cuánta plata eh... de cuánta plata teníamos que disponer. (...) la cama, que teníamos que poner una bolsa de basura sobre las sábanas, este... que cuáles sábanas íbamos a utilizar que estuvieran bien limpias.

Las otras mujeres no tomaron tantas previsiones. En primera instancia lo que se aseguraron fue un lugar seguro y tranquilo. Algunas, como Lucía, Laila, Silvia (en la primera vez) e Irina (en su segunda experiencia), vivían solas, con alguna amiga o con su pareja, y sintieron que podían permanecer en su casa. Giselle y Silvia (ambas en la segunda interrupción) iniciaron el procedimiento en la casa de alguna amiga que les prestó el espacio para este propósito.

Miranda, que vivía con su mamá, su hijo de ocho años y un hermano, sabía que este no era el espacio más indicado y por lo tanto inició la búsqueda de un lugar. Pensó en la casa de su pareja, ya que él vivía solo, y no solo conocía sobre la

situación sino que estaba a favor de que se realizara la interrupción. Sin embargo, él le comunicó que no iba permitir que “eso” sucediera en su casa y que buscara otro lugar. Esta situación aumentó la presión sobre Miranda, ya que tenía el medicamento pero no encontraba un lugar adecuado, y además la enfrentó a la realidad sobre la relación de pareja en la que había estado involucrada:

(...) yo no esperaba que me dijera venga mi amor vamos a formar una familia, pero que por lo menos se comportara como un amigo, aunque diay, no sé, algo de solidaridad por lo menos, ¿verdad?, y no, él cada, cada día que pasaba era más patán, más y más.

Las historias de estas mujeres muestran que una vez que la decisión está tomada van a seguir adelante a pesar de cualquier circunstancia, incluyendo que no cuenten con un lugar seguro para tomar el medicamento. Giselle (en el primer aborto) tenía 18 años, no tenía trabajo, sus recursos económicos eran limitados y vivía con su familia. Por lo tanto, tenía posibilidades más restringidas y una menor autonomía para ausentarse de su casa, ni siquiera por una noche, de tal manera que se toma la primera dosis por la noche en su casa:

Ah, claro, era una noche común y silvestre con papás, hermanos incluidos, todos, ¿verdad?, eh... yo estaba aterro-
rizada de que me fuera a pasar algo, ¿verdad?, más por el
rollo de la... de la hemorragia que tenía como en mi cabeza,
eh, pero había que hacerlo y punto.

Anteriormente se mencionaba que otro factor importante son las personas que acompañan durante el procedimiento. Rebeca fue acompañada por algunas amigas durante la búsqueda de información y a las primeras citas a que asistió en

una clínica privada, pero aun así ella consideró importante involucrar a su tía, quien finalmente la acompañó el día que viajó a San José a la consulta en que se realizó la interrupción. En el caso de Miranda, Lucía y Eva, el apoyo y acompañamiento fueron protagonizados por sus amigas, en su mayoría las mismas que estuvieron en el proceso de búsqueda de la información.

Para todas ellas, la presencia de estas mujeres fue fundamental, ya que les brindó mayor seguridad al convertir un momento de incertidumbre en un momento más apacible, gracias al acompañamiento emocional y el apoyo demostrado hacia la decisión tomada libre de toda censura:

(...) ellas me hicieron pasar un rato bonito, vimos una película, eh, trajimos comida, o sea se portaron diay como amigas ¿verdad?, entonces para tenerme entretenida mientras, porque yo estaba un poco nerviosa y ya en la noche ya empezamos, hasta no le digo, que hasta que me las puso y todo. (...) Estaba muy acompañada, entonces eso me daba tranquilidad porque aunque no estaba saliendo como tan rápido como yo hubiera querido. [Miranda]

Eh, de hecho se dedicó a cuidarme toda esa noche, ¿verdad?, de hecho, yo no podía dormir, ¿verdad?, y entonces ella me agarró y me abrazó, ¿verdad?, y a partir de ahí me pude dormir hasta que como a las dos horas sentí los dolores (...). [Lucía]

Lagarde (2006) afirma que los índices de desarrollo humano de los países no registran aún las tramas del tejido social que se construyen entre mujeres en relaciones tan diversas como las familiares, conyugales, de amistad, trabajo, entre otras,

las cuales son sostenidas desde el ejercicio de la sororidad. Afirma que esta es una alternativa política por las que optan las mujeres ante el medio social en que se fomentan otros valores y prácticas que dificultan o impiden la identificación positiva de género y las alianzas.

Si bien la decisión ya estaba tomada y es posible que realizaran el procedimiento bajo cualquier circunstancia, el apoyo de las amigas es una especie de factor impulsor, en el sentido de que brindan una mayor certidumbre. Esto no debe interpretarse como que son las amigas las que presionan o incitan a interrumpir el embarazo, sino que brindan este tejido social que refiere Lagarde, que las contiene y les brinda una mayor seguridad en el marco de la clandestinidad.

Otra fue la situación de Silvia quien decidió que no quería compañía y estuvo sola en todo momento. Incluso ella tenía sus razones de peso para no compartir este momento con otras personas:

(...) la relación que tenía no era una relación como pública, entonces más bien, no es, no era la... la interrupción del embarazo lo que estaba escondiendo, era la relación, entonces por eso fue que no quise decirle a nadie, pero también porque estaba como siendo como muy sencilla la cosa y me sentía muy acompañada por la clínica donde lo estaba haciendo, entonces, si hubiese tenido alguna complicación sí hubiera llamado a alguna gente.

En el caso de Laila, Irina y Giselle (segunda experiencia para las últimas dos) quien acompañó fue su pareja. Las primeras dos lo decidieron de esa manera porque consideraron que era un asunto en el que no se consideró conveniente ni importante involucrar a otras personas, pero en el caso de Gi-



selle fue diferente porque las otras personas en quien ella buscó apoyo y comprensión le dieron la espalda. En el proceso de búsqueda de opciones, ella consideró viajar a otros países, incluso México, donde el procedimiento era legal. Sin embargo, finalmente decidió realizarlo en una clínica privada en Costa Rica, porque consideraba un factor de mayor peso las redes de apoyo que ella pensaba tener: "(...) yo no me quería ir para México, tenía esta fantasía de que mis redes de apoyo estaban aquí (...)". "(...) yo de verdad pienso que si este mae [su pareja] no hubiera venido, seguro yo me muero, verdad, entre que me muero de la tristeza y que me muero de de las complicaciones."

Este ejemplo es una muestra del alto precio que la sociedad cobra a las mujeres por transgredir las normas, en este caso, el desafío a la maternidad como uno de los núcleos dogmáticos de mayor peso, tema que se analizará posteriormente.

Sin embargo, se pueden observar algunas diferencias en estos casos en que el acompañante es la pareja, con relación a aquellos en que fueron las amigas. Estas últimas siempre estuvieron pendientes del proceso y de una u otra manera estaban más conectadas con los sentimientos y las necesidades de las mujeres; mientras que las parejas apoyaron pero reaccionaban ante los pedidos explícitos de sus compañeras:

(...) yo lo quería matar porque fue así como a los codazos casi a las patadas de despiértese, ¿verdad?, porque me duele mucho y corra al baño pero él no, no, como que no estaba despierto, pero ya como que se levantó medio a adormecido. [Irina]

En el caso de Giselle el acompañamiento de su pareja fue un proceso en que el nivel de involucramiento pasó del apoyo económico

al emocional. Al inicio él le ofreció pagar por el procedimiento y es ante un reclamo de ella que él entendió que ella necesitaba un involucramiento más cercano de parte de él:

(...) ahí él reacciona y me dice, no, yo voy, ¿verdad?, yo me voy para donde vos decidás irte a hacer el... ¿verdad?, eh, al menos, ¿verdad?, en ese sentido hizo más de lo que muchos harían que yo conozco, ¿verdad?, ¡ojo que es lo que deberían de hacer!, no estoy diciendo que, ay, sí, qué extraordinario que él lo hizo, no, no, ¿verdad?, creo que era lo mínimo que podía hacer al final de cuentas.

Además, existieron algunos indicios de la falta de empatía de él durante el proceso, ya que le fue muy difícil entender por un lado la criminalización social del aborto y, por otro, el hecho de que a pesar de que Giselle lo había decidido, ella lo estaba viviendo como una pérdida muy importante en su vida:

(...) hablaba de, de que un aborto era como tomarse unas pastillitas y tener una menstruación, (...) él no podía creer digamos que, que la gente se hubiera enojado conmigo o que, ¿verdad?, le parecía una cosa inconcebible.

(...) yo tenía sentimientos encontradosísimos, yo salí de ahí llorando, pataleando y enojada. [Cuando confirman la interrupción.]

Por otro lado, están aquellos casos en que la pareja tuvo una presencia y/o participación coercitiva en el proceso de la interrupción. Eva tenía una semana de estar separada de su esposo por violencia y para Miranda el embarazo fue el momento crucial en que empezó a percibir los signos de que había estado sufriendo agresión. Las dos decidieron interrumpir su embarazo, a pesar

de que Eva deseaba ser madre y Miranda se oponía férreamente al aborto. Aun así, y propio de los círculos de violencia, ellas en algunos momentos tuvieron la fantasía de que el embarazo pudiera cambiar la situación:

Quería llamarlo a él. Aunque yo sabía que él era un agresor, digamos, y que yo no podía volver con él, este... sí tenía muchas ganas de que él supiera, como esta, aquella ilusión, ¿verdad?, de que te... eh puro así telenovelesco, ¿verdad?, que, mira tengo a tu hijo, ¿verdad?, y que tal vez con eso iba a cambiar, pero yo sabía en el fondo, racionalmente, digamos, yo más bien en esa semana estuve muy racional (...). [Eva]

(...) y yo lo llamaba y lo que hacía era putiarme que lo dejara en paz, porque él estaba muy tranquilo por allá disfrutando y que yo tenía que resolver y, entonces, pero yo en mi cabeza yo tenía la idea de que él iba a volver y que... y que lo íbamos a resolver, ¿verdad? [Miranda]

Rebeca también decidió ocultar el embarazo y la interrupción a su compañero, y al igual que Eva, estaba segura de que si este se hubiera enterado la habría denunciado judicialmente. No obstante, Rebeca piensa que él sí tuvo sospechas del embarazo:

Él no creo que se haiga dado cuenta pero sí lo pudo sospechar porque eh... él como que lo hizo a adrede, o sea, él me embarazó porque él quería tener un hijo pero él nunca me dijo nada a mí. Él después habló con los amigos, supuestamente todo el mundo pensaba que yo estaba embarazada pero no.



Estas fantasías sobre el potencial del embarazo para cambiar situaciones de violencia y la amenaza de la denuncia judicial podrían convertirse en factores inhibidores para la interrupción, sin embargo en los casos analizados tuvieron mayor peso otros factores, ya mencionados anteriormente, que las motivaron a tomar la decisión.

Otro aspecto interesante respecto del aborto con medicamentos es el momento que las mujeres eligen para tomar o administrarse la primera dosis: el denominador común es que eligieron la noche. Para muchas de ellas parecía ser el momento más propicio por criterios “prácticos”: durante el día estaban en sus otras actividades (trabajo o estudio), era el horario en que podían tener la compañía de sus amigas, era el momento en que estaban de regreso en su casa luego de la consulta con el médico o simplemente porque “se dio de esa manera”. Eva es la única que se lo planteó como una decisión tomada con base en criterios muy claros:

(...) planeamos la hora de la dosis, porque yo decía si alguien... hay alguna emergencia prefiero ir en la madrugada al hospital y no durante el día, ¿verdad?, entonces en la madrugada hay menos gente en el hospital etcétera y me atienden más rápido blablabla. Y porque además yo sabía que si iba al hospital me iban a hacer un legrado, entonces me lo harían el día siguiente en la mañana, entonces quiere decir que nada más estaría dos días en el hospital, ¿verdad? [risa], estaba todo así [risa], todos los tiempos súper contados.

Este hecho de tomar la dosis durante la noche es de notable importancia. Durante las entrevistas no se pidió a las mujeres profundizar sobre este tema y es probable que la mayoría de ellas no lo haya percibido como algo importante, sin



embargo no parece ser un detalle aislado en la lógica de realizar un acto que es considerado un delito en el ámbito penal y un crimen en el ámbito moral. Es posible que las noches les brinde una sensación de seguridad y de protección, un espacio de intimidad en el que únicamente están presentes las personas “invitadas a participar” en el proceso: las amigas o la pareja, y no aquellas personas que censuran y condenan. La noche, con su oscuridad y tranquilidad, se convierten así en cómplice de la decisión de estas mujeres. Por otro lado, también refleja en alguna medida el estigma interiorizado en las propias mujeres: un aborto no es una acción que se realiza a la luz del día, sino en el anonimato y la clandestinidad que otorga la noche. De esta manera ellas se sentían más seguras y tranquilas.

Lagarde (1997) menciona que el aborto es una respuesta al poder represivo y represor que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres y, por lo tanto, es una transgresión que desafía la virginidad, la monogamia y/o el mandato de la maternidad. Es una manera de impedir que los otros tomen decisiones sobre sus vidas. Sin embargo, hacerlo de manera secreta es una expresión de hasta “qué punto las mujeres no se pertenecen a sí mismas” (p. 758).

Las dosis y vías de administración

Las indicaciones para las vías y dosis de administración fueron muy diversas. Laila se tomó una pastilla cada hora hasta completar el frasco de 28 comprimidos; a Giselle el médico le indicó tomar tres pastillas cada tres horas; a Miranda y a Irina el médico les introdujo una dosis vaginalmente y luego debieron tomar otras dosis en casa y repetir la dosis vaginal (cuatro grageas cada vez); Lucía tomó cuatro pastillas y repitió el procedimiento cuatro horas después; a Eva le dieron

la misma indicación pero en tres dosis, y Rebeca debió tomar tres pastillas e introducir seis vaginalmente.

La mitad de estas indicaciones fueron dadas por amigas u otras mujeres que tenían información sobre el uso del medicamento. Este criterio fue considerado como legítimo, principalmente por la certeza de que ellas lo habían utilizado o porque habían acompañado a otras mujeres. A esto debe unirse que en la idiosincrasia costarricense es común la prescripción de medicamentos entre personas conocidas (familiares, amigas, colegas, etc.).

La otra mitad de las mujeres recibieron las indicaciones directamente de un médico o médica. A pesar de esto, se nota fácilmente la diversidad de indicaciones. No es del interés de este estudio profundizar en el análisis de cada prescripción, pero se puede corroborar que la mayoría de ellas no tiene sustento en la evidencia científica y los criterios establecidos por instancias como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Este es un elemento importante en la ruta crítica de la clandestinidad, ya que las médicas y los médicos prescriben dosis con base en los usos y prácticas propios, lo cual tiene varias implicaciones: la principal es que la tasa de efectividad será menor al uso correcto y sistemático del medicamento. Si el medicamento no es efectivo, la angustia y la ansiedad aumentarán cada vez más en la mujer que está a la espera de los síntomas que le aseguren que la interrupción ha iniciado. Si finalmente esto no ocurre, la mujer seguirá transitando por su ruta crítica, ya sea reiniciando el tratamiento con otras dosis o buscando contactos para nuevas opciones.

Asimismo, es esperable que la información que se transmite de "boca en boca" entre mujeres pueda irse distorsionando en la ca-

dena de transmisión. Toda esta situación es más compleja debido a que no existen protocolos institucionales o nacionales, ni servicios que puedan brindar información y/o consejería sobre el uso del medicamento. En este caso, tomar el medicamento en dosis que no son las correctas aumentará la posibilidad de enfrentar efectos secundarios negativos, como diarrea y dolor de cabeza.

Una vez que las mujeres inician el proceso están decididas a terminarlo, no solo porque ya está tomada la decisión sino porque algunas de ellas tienen claro los efectos teratogénicos del medicamento. Ellas sabían que ante un eventual fallo o complicación del método que involucrara algún nivel anormal de sangrado, la posibilidad que tenían era acudir a un hospital. Algunas con mayores recursos económicos contemplaron la posibilidad de viajar a otro país:

Entonces dije yo: di, qué torta, ¿verdad?, no funcionó, y qué torta si lo que voy a tener es una malformación, ¿verdad?, o un niño que nazca con algún tipo de síndrome o algo por el estilo, ¿verdad? De hecho ya estaba sacando cuentas a ver si podía ir a México o a Nicaragua o donde fuera, ¿verdad?, porque si ya había dado el primer paso y igual no había funcionado, tenía que buscar una situación, este... paralela. [Lucía]

Una de las principales preocupaciones de acudir a un servicio de salud era la posibilidad de ser descubiertas, y por ende las implicaciones tanto en el ámbito legal como en términos del (mal) trato que podrían recibir en el servicio. Además, algunas tenían mucho miedo frente a los posibles efectos secundarios, el cual está sustentado en la falta de información y los mitos respecto al uso del medicamento.



(...) susto tenía de que no saliera o de que el doctor dijera no y que no y luego yo, ahora sí es cierto, ¿a dónde, a quién buscamos, qué hacemos?, sobre todo porque ya había, diay, ya había empezado algo, ¿verdad?, pero sí estaba muy segura de lo que quería, de lo que yo quería o de más bien de lo que no quería. [Miranda]

(...) yo ahí sí me aterrorizo, ¿verdad?, de pensar en que... en que si iba a ir al hospital cómo me iban a maltratar, ¿verdad?, era como todas las pesadillas juntas, ya no era ni la cárcel sino era empezar por el maltrato al que me iba a ver sometida, ¿verdad?, todo este temor enorme que yo tenía de pasar por un embarazo quirúrgico iba a ser en las peores condiciones, ¿verdad?, y que probablemente sí me iban a imposibilitar, dentro de lo que yo pensaba sí iba a ser como ya, que definitivamente la imposibilidad de la maternidad y... y aparte de eso todo el temor de la cárcel, ¿verdad? [Giselle]

Estos temores tuvieron el potencial para convertirse en factores inhibidores, sin embargo para muchas de ellas fue la única opción disponible, y la decisión ya estaba tomada así que no fueron efectivos.

En situaciones en que el medicamento se utiliza de acuerdo con las indicaciones basadas en la evidencia científica, la tasa de éxito se ubica alrededor del 90% (FLASOG, 2007). En los casos analizados en esta investigación, de nueve mujeres que tuvieron la opción de aborto con medicamentos, cinco no tuvieron éxito y debieron buscar atención en un centro de salud y una tuvo un proceso muy largo y complicado con el medicamento. Esto refleja que el temor de las mujeres de acudir a un hospital por un fallo del método no es una fantasía irracional, sino una posibilidad real en el contexto de

clandestinidad, la cual es resultado de la desinformación y falta de capacitación del mismo personal de salud sobre el tema de interrupción del embarazo.

Como se mencionó anteriormente, si bien en Costa Rica el aborto es considerado un delito, existe la excepción de la interrupción del embarazo que se realiza cuando está en riesgo la salud y/o la vida de la mujer, conocido como aborto terapéutico y establecido en el artículo 121 del Código Penal. Asimismo, en Costa Rica no está autorizado el uso ginecológico y obstétrico del misoprostol, sin embargo, existe abundante evidencia científica sobre sus usos e indicaciones que permiten a aquellas personas profesionales en salud que se deciden a utilizarlo, hacerlo de una manera responsable desde el punto de vista de la integridad de sus pacientes.

Por lo tanto, el uso irresponsable del medicamento que hacen las y los profesionales en salud no es más que una práctica amparada en el contexto de clandestinidad, ya que las mujeres no tienen ningún medio para hacer la denuncia en aquellos casos en que reciben una mala atención o que sienten que fueron estafadas al tener que pagar por un servicio que no fue efectivo. Más aún, es probable que en general las mujeres en estas situaciones sientan que la o el médico les hizo un gran favor al “ayudarlas”, perdiendo de vista el negocio en que se ha convertido la penalización del aborto para las y los proveedores a nivel privado.

La vivencia de la interrupción en el aborto con medicamentos

Sobre la vivencia de la interrupción propiamente dicha se puede encontrar una diversidad de situaciones: aquellas que tuvieron un proceso rápido y exitoso, las que tuvieron complicaciones y enfrentaron un proceso más largo que implicó



intervenciones quirúrgicas (AMEU o legrados), quienes lo vivieron sin culpa, aquellas que soñaban con la maternidad pero no tenían las condiciones y lo vivieron como una pérdida que trascendía el embarazo como tal, las que lo vivieron solas y las que tuvieron apoyo y compañía. Es muy difícil recuperar todas estas vivencias de las mujeres, pero se hará el recorrido por esta parte de la ruta junto al relato de ellas.

Luego de la primera dosis de medicamentos, se presentaron horas o días de mucha incertidumbre a la espera de que “algo” sucediera; ese “algo” usualmente estaba asociado a la expectativa sobre el sangrado y el dolor, síntomas que generaron emociones diversas, ya que por un lado fueron molestos, pero por otro eran muy esperados por ser el indicador de éxito de la interrupción:

(...) entonces era como aquella zozobra de ir en bus y con esto y que si sangre y que si me siento mal y que no sé qué... entonces era esto, pero bueno estaba mi compañero siempre. [Irina]

(...) eran como retortijones y... y de alguna manera yo estaba deseando sentir algo, entonces era como, uy, qué dicha, pero no, no fueron, no fueron dolores fuertes. [Laila]

No obstante, existían muchos mitos sobre estos síntomas, especialmente sobre el sangrado. La mayoría de las mujeres, especialmente las que no tuvieron un adecuado proceso de consejería, esperaban un sangrado muy abundante:

(...) y yo diay, con todos los mitos, ¿verdad?, me preparé con una cantidad de camisetas y de ropa vieja porque pensé que me iba a desangrar. [Giselle]

(...) que teníamos que poner una bolsa de basura sobre las sábanas [en relación con los preparativos]. [Eva]

Silvia e Irina (segunda intervención) consultaron en una clínica privada, tuvieron acceso a información completa y tenían un número de teléfono al que podían hacer consultas. Este factor les brindó mucha tranquilidad, ya que sabían que estaban realizando un procedimiento seguro, especialmente en términos de su integridad personal y su vida:

(...) y creo que lo que se siente muy bien es saber que hay un doctor atrás que aunque aquí sea ilegal, que a vos te va a atender por lo menos, o te va a... a intentar parar la hemorragia o cualquier susto de estos en caso de que no, no saliera todo bien. [Irina]

(...) tenía los teléfonos de las personas, digamos, de la clínica para llamar en cualquier cosa, y... y bueno no, no, el único temor era que no funcionara. [Silvia]

Estos testimonios reflejan que el acceso a información completa y el respaldo de una o un profesional capacitado brinda mucha confianza y disminuye la percepción del riesgo de las mujeres.

Para Irina y Silvia, la interrupción transcurrió de acuerdo a las indicaciones que tenían y se completó durante una noche. Silvia, quien no recuerda la edad gestacional, pero sabe que estaba iniciando el embarazo, refiere que no tuvo dolor y sí un sangrado moderado que fue el indicador de éxito del procedimiento, lo cual corroboró mediante un ultrasonido, una semana después. Refirió que la sensación que tuvo fue "alivio, satisfacción ¿no?, porque se pudo [risas]". Por su parte, Irina, quien estaba entre su tercera y cuarta semana de embarazo, tuvo un dolor que describe como "un fuerte dolor de panza".



Al contrario, Laila y Giselle (primera experiencia) obtuvieron el medicamento a través de la consulta privada con médicos, pero de quienes no obtuvieron ni la información ni el acompañamiento esperado: ellos se mostraron fríos, distantes y despreocupados por la situación de ellas. De tal manera que no tuvieron la posibilidad de plantear sus dudas ni durante la consulta ni de manera posterior. Ambas estaban alrededor de su quinta semana de embarazo. Se tomaron la primera dosis durante la noche, esperando que en las próximas horas se presentaran los síntomas: dolor y sangrado. No obstante, obtuvieron resultados muy diferentes. En el caso de Laila no sucedió nada y al día siguiente debió regresar a su trabajo con la ansiedad, la incertidumbre, la preocupación, el estrés y el miedo que esta situación le generaba:

(...) yo iba al baño como cada media hora y nada, y entonces me tomaba las pastillas, yo andaba las pastillas en bolso, entonces iba al baño, me tomaba una pastilla, iba al baño, me tomaba una pastilla, me las tomaba como no sé, me las tomaba como cada hora y... y como con esa angustia.. como... de ¿cómo de que nada? y nada y nada y nada y nada.

A Giselle, una amiga le dijo que no siguiera las indicaciones del médico y que se las tomara en una dosis que ella le recomendó de acuerdo a su experiencia:

(...) lo único que me dijo fue: mae, ¡no vomités!, te las tenés que tomar, vas a sentir unas ganas de, ¡no vomités! (...) empecé a convulsionar, empecé... el cuerpo empezó a convulsionar, me empecé a brincar y a brincar y a brincar y a tener unos escalofríos terribles y a..., y así, tuve que vomitar, me estaba intoxicando, y quedé hecha leña, cansadísima, porque además yo traté de sostener por mucho

rato y no lo logré porque ya, yo me di cuenta que no, que ya el cuerpo me estaba brincando, entonces yo vomito, y... y me acosté a dormir, yo dije ya.

Giselle pasó por esta situación totalmente sola y en la casa de su familia. Esto le generó una sensación de que podría estar en riesgo con el procedimiento. Al día siguiente decidió tomar el medicamento siguiendo las indicaciones que le dio el médico. Ese día ella estaba en la casa con toda su familia y luego de la segunda dosis que tomó, iniciaron los dolores:

(...) empecé con unos dolores tremendos de caderas y yo estaba ahí haciendo como barriendo y seguía y seguía, seguía como si nada, yo limpiando toda la casa, ¿verdad?, y ya empecé a tener dolores y a tener dolores y a tener dolores, mi mamá haciendo almuerzo, todo el..., todo transcurría como si nada estuviera pasando, era una locura (...) ya en algún momento no aguanté el dolor y me tiré en la cama de mi hermana, en el cuarto, y me tiré boca arriba, o sea puse los pies así como... como si estuviera pariendo y empecé a empujar porque eso me aliviaba.

Para Laila transcurrió un día más en el que no notó ningún cambio. Pasó el final de la tarde y la noche con su pareja, pero no hablaron sobre el tema sino que se dedicaron a resolver otros asuntos del día. Ella refirió que sentía una necesidad muy grande de hablar consigo misma. Decidieron dar dos días de tiempo para realizar una nueva consulta, cuando empezaron los dolores y las náuseas, signos inequívocos de que el medicamento estaba teniendo efecto:

(...) yo tenía como la sensación de hablarle a mi cuerpo y como de decirle, no te aferrés, o sea soltá, soltá,



soltá, soltá, soltá, porque yo decía ¿por qué no?, ¿por qué no funcionan las pastillas?, ¿verdad?, entonces yo decía no, no, entonces yo me decía como a mí misma, como a mi cuerpo: suelte suelte, suelte, suelte, suelte, ¿verdad? (...) soltá, vamos a estar mejor, pero era como... como muy conmigo misma y como con esa sensación de hablarle... de hablarle a mi cuerpo, que tal vez no lo había tenido como tan fuerte antes.

Tanto Laila como Giselle confirmaron la interrupción por las características del sangrado:

(...) nunca me ha gustado mucho ver la sangre y sí, sí recuerdo que sí tuve como curiosidad, como curiosidad de ver si en ese sangrado había algo diferente, no sé, tenía como no sé, como ideas o... o estereotipos de que iba a ver como cosas diferentes y sí, recuerdo que había mucho, como mucho coágulo, ¿verdad?, y entonces me dio como, como tranquilidad, como decir ok eh sí, es como algo diferente, ¿verdad?, entonces sentí, sentí tranquilidad, sí me sentí como bien. [Laila]

(...) entonces empecé a pujar, empecé a pujar, de ahí fui al baño y ya, cayó una cosita diminuta, como ver un hígado chiquitito. [Giselle]

Ninguna de ellas dos contaba con instrucciones por parte del médico que las atendió de concertar una cita ginecológica, una prueba o un ultrasonido de seguimiento para confirmar la interrupción del embarazo. Ambas consideraron las características del sangrado como indicadoras de éxito, pero incluso así Giselle, por decisión propia, y Laila, por sugerencia de una amiga, se realizaron un examen de embarazo que salió negativo.

La experiencia fue un poco más compleja para Miranda y Giselle (en su segunda experiencia). Ambas completaron la interrupción con el uso de medicamentos pero enfrentaron complicaciones en el proceso. Miranda, alrededor de la séptima semana de gestación, con base en las instrucciones y la ayuda que le brindó una amiga, se colocó vaginalmente la primera dosis del medicamento y, al no percibir ningún efecto en las horas siguientes, decidió consultar a un médico en su consultorio privado:

(...) una de ellas me dijo, tenga, ¿no?, tiene que estar muy segura porque después le puede agarrar toda la culpa, quién sabe cómo se va a sentir y si le pesa y todo eso y yo le dije, vea, después si me tengo que pagar psicólogo, yo me tiro a pista para para... tratar esa parte, pero ahora es esto lo que ocupo solucionar, ¿verdad?, ese otro rollo lo soluciono después, pero ahora es este.

Esta prolongación del período de la interrupción y la visita al médico fue emocionalmente muy fuerte para Miranda, porque le hizo más real la situación de la interrupción:

(...) él [habla sobre el médico] ya actuó como como... como lo que hizo, sacó y empezó a sacar las cuentas y tenía siete semanas, ahí sí es cierto que casi me, ahí sí es cierto, yo: wow, siete semanas. (...) Porque no creí que estuviera tan grande, tan avanzado, yo pensé que tenía menos, entonces ahí sí sentí culpa, ahí sí (...) y no lo hablé con nadie.

Ella tenía una formación religiosa muy sólida y una posición muy clara en contra del aborto, razón por la cual sus amigas



insistieron mucho en verificar que estaba segura de su decisión. Esta situación de Miranda refleja que si bien los valores espirituales y morales pueden ser muy importantes en la vida de una persona, en “situaciones límite” como la que ella estaba enfrentando, hay otros factores que tienen un mayor peso para tomar la decisión. En su caso, la formación religiosa pudo ser un factor inhibitor, sin embargo, la situación particular a la que se enfrentó tuvo mayor influencia en su decisión.

Miranda estaba segura de su decisión y continuó con el proceso. El médico le indicó que las pastillas que se había introducido el día anterior estaban mal puestas; le recetó una nueva dosis y la envió para su casa. Esa noche ella debió compartir la habitación con su hijo pero aun así se sintió tranquila, y además tenía el apoyo de sus amigas que le enviaban mensajes de texto y la llamaban por teléfono:

Fue, fue muy feo, ¿verdad?, a nivel emocional (...), dormí bien, dormí muy tranquila, tenía que despertarme a las cuatro horas entonces puse el despertador y para cumplir las dosis y diay no, no sé si fue, o sea yo estaba muy tranquila, es que estaba tan segura, no había vuelta atrás que, no fue nada, no sé, es que yo no quería, no quería ya [en relación a la maternidad].

Durante la noche sintió un dolor que calificó como un dolor de estómago e inició el sangrado. Al día siguiente en la tarde notó algo grande en uno de los sangrados y lo interpretó como un indicador de éxito del procedimiento. El sangrado disminuyó de manera significativa a partir del tercer día. Posteriormente realizó una cita de seguimiento con el mismo médico y confirmó la interrupción.

En el proceso, su pareja desempeñó un papel muy importante ya que la hostigó constantemente para asegurarse de que

se hubiera realizado la interrupción. Debido a su negativa de apoyar económicamente, ella le manifestó que ante el fallo del primer método había decidido continuar con el embarazo. Él –a través de amistades comunes– logró ubicar el nombre del médico al que ella recurrió, lo buscó personalmente, se presentó como la pareja de ella y le manifestó su preocupación por el bienestar de Miranda, ante lo cual el médico, violentando el secreto profesional, le brindó toda la información. Con esta confirmación de la interrupción, la pareja nuevamente hostigó a Miranda diciéndole que ya sabía que el proceso se había completado y que no lo volviera a molestar.

En el caso de Giselle (segunda ocasión) el proceso fue largo y difícil, especialmente a nivel emocional. El embarazo se dio en un momento confuso de su relación de pareja. Por lo tanto, además de las decisiones sobre la interrupción, estaba tomando decisiones sobre su relación y su futuro, lo cual hizo que tuviera que enfrentar muchas pérdidas significativas e iniciar el proceso de elaboración del duelo en medio de la incertidumbre de la interrupción del embarazo.

Ella acudió a una clínica privada y le indicaron que se acercaba el fin de año y como aún se encontraba en una etapa temprana del embarazo, debía esperar y regresar en enero. Estas semanas de espera fueron de mucha angustia y soledad:

(...) yo me tuve que ir a pasar navidades y demás, es... tenía la presión bajísima, pasé en cama prácticamente, todo el... esas semanas, eh, me adelgacé una barbaridad, me estaba consumiendo (...) era una exageración como la, la cantidad de energía que me sacaba, yo pasaba todo el día ahí como tirada en una cama, ¿verdad?, de hecho en mi casa no tenían ni idea qué estaba pasando conmigo.



Durante este período su pareja fue el principal apoyo que ella tuvo. Él estaba en Europa pero hablaban diariamente por teléfono. Al cabo de tres semanas, él llegó al país y se instalaron en el apartamento de una pareja amiga en San José. Ella regresó a la clínica y le entregaron la primera dosis del medicamento. Debido a que le provocó vómitos, regresó a una consulta. En esta ocasión confirmaron que era un embarazo gemelar y el equipo de profesionales que la estaba atendiendo sintió que la situación era más complicada de lo que podían manejar:

(...) me transmiten muchísimo miedo y muchísima inseguridad porque se asustan un montón (...) porque al final lo ponían en términos de vida o muerte, o sea ya ahí la cárcel era, ¿verdad?, perdía importancia porque el tema era que ya yo estaba en riesgo, ¿verdad?, de acuerdo con los criterios de ellas, entonces fue tremendo, ¿verdad?

Desde la práctica obstétrica regular, la atención de una interrupción del embarazo gemelar en sus primeras semanas no implica un mayor riesgo para la integridad de la mujer. Sin embargo, nuevamente juega aquí un papel determinante el contexto de clandestinidad, ya que la médica que la atiende no se encuentra capacitada para atender este tipo de situaciones. Por lo tanto, aun cuando Giselle no estaba en una situación real de riesgo obstétrico, su percepción del riesgo era muy alta y esto aumentó la presión y el estrés sobre la situación.

A pesar de lo anterior, en la clínica le entregaron repetidas dosis del medicamento, pero este no tuvo ningún efecto. La médica que la estaba atendiendo estuvo incapacitada por algunos días y no hubo otra persona que la reemplazara. Por esta razón, le comunicaron que le darían la última dosis (en total ya sumaban

36 pastillas) y que ya no la acompañarían más en el proceso. Le recomendaron buscar ayuda en otro lugar.

Esta noticia fue muy impactante para Giselle, quien se sentía segura por el acompañamiento profesional que tenía. Sin embargo, a la “complicación” del procedimiento se suma el desamparo ante esta noticia. La decisión de la clínica y sus profesionales de no seguirla atendiendo se encuentra respaldada por la situación de clandestinidad en que operan. En este contexto, no deben hacerse responsables del servicio que brindan, ya que ante una posible denuncia la mujer sería la primera procesada por el delito de aborto.

Ella sabía que el aspecto emocional desempeñaba un rol determinante en el proceso y que estaba apegada al embarazo, pero además porque lo estaba viviendo como su última oportunidad de ser mamá:

(...) después de esta última toma y demás, ahí como que trabajé, traté como de ¿verdad?, de... de... de... ahí, trabajarme yo más bien, ¿verdad?, como de poder hacer un cierre con esto y de verdad dejar y soltar y ya, porque ¿verdad?, ya era demasiado el maltrato además, o sea ya no había vuelta para atrás, ya no había vuelta para atrás (...) entonces ahí ya como que yo termino de soltar creo, porque ese mismo día ya por la, como al medio día, eh, sí de verdad cae algo grande que yo, diay... no puedo evitar la curiosidad y de sacarlo y verlo y ¿verdad?... y sentirlo y volverlo a dejar ir por la taza del interior.

Ese día, aproximadamente seis semanas después de realizar el primer ultrasonido para verificar el embarazo, confirmó que la interrupción fue exitosa. Para las otras mujeres,



este fue un momento en el que la palabra más utilizada para describir sus emociones fue “alivio”, ya que se confirmó el aborto y, a la vez, no enfrentaron complicaciones ni legales ni físicas que pusieran en riesgo su vida. Para Giselle fue uno de los momentos más difíciles en todo el proceso:

(...) yo salí de ahí llorando, pataleando y enojada además con Simón [su pareja] y él tratando de celebrar, ¿verdad?, y yo salí de ahí hecha polvo, ¿verdad?, era como este... yo no, yo no tenía nada que celebrar digamos, o sea, yo sabía que que sí, que me había salvado a pelitos pero, de una más fea (...).

El testimonio de Giselle ayuda a poner en perspectiva el mito de que el aborto es la salida fácil que buscan las mujeres ante conductas irresponsables. Para ella fue una decisión tomada con base en criterios muy claros sobre las condiciones de vida que ella tenía en ese momento y que le podría brindar eventualmente a su hija o hijo. Sin embargo, de ninguna manera fue una decisión sencilla ni de tomar ni de afrontar.

Lucía, Eva y Silvia (en su segunda ocasión) iniciaron el proceso con medicamentos, no obstante, ante el fallo del método, debieron recurrir a un servicio de salud en el cual les realizaron un legrado. Las primeras dos de ellas fueron atendidas en hospitales públicos de la Caja Costarricense del Seguro Social, y Silvia viajó a su país de origen.

Eva, luego de una planeación de una semana y en compañía de su amiga, utilizó la primera dosis del medicamento. Ella soñaba con la maternidad pero sabía que las condiciones actuales con su pareja no eran apropiadas para continuar con el embarazo. Esta dualidad influyó en sus acciones, ya que se tomó las pastillas pero le fue muy difícil asumir su decisión

emocionalmente. Incluso, de alguna manera ella misma boicoteó el proceso al no seguir las instrucciones que recibió:

(...) eran tres dosis, al..., me hice solamente dos y di, en el lapso de cada dosis sí era así como de... demasiado difícil, demasiado duro, porque entre cada dosis sentía como que me arrepentía, ¿verdad?, eh... pero diay, no.

Al igual que la mayoría de las otras mujeres, Eva no habló con su amiga sobre estos sentimientos en el momento. A pesar de tener la compañía de personas afectivamente cercanas y de mucha confianza, las mujeres pasaron el proceso en soledad en lo referente a este acompañamiento emocional, justamente porque en medio de la situación que estaban viviendo no encontraron el momento o no contaban con las herramientas para hablarlo, lo cual forma parte de la complejidad de sentimientos que enfrentan por realizar esta transgresión. Durante el momento mismo de la interrupción, no hablaron sobre sus sentimientos y temores, sino que trataron de enfocarse en temas cotidianos. En el caso de Eva, entre cada una de las dosis ella pensaba en:

Las consecuencias legales, este... la culpa, por él, por mi ex esposo, este... y saber que, que yo siempre he querido estar embarazada y que estaba y que era como muy extraño de repente decir que no, que no quiero estar embarazada, eh, que más no sé, pero mucho, pero así mucho, mucho, demasiada miedo así de ir al hospital, era así como un, un pavor y así, mucha paranoia digamos, estar en eso.

Luego de la ingesta de los medicamentos se inició un sangrado leve, el cual continuó por tres días. Debido a su experiencia previa de dos abortos espontáneos, ella sabía que



este era un síntoma que daba prueba de que el aborto estaba en proceso. En lugar de completar la dosis indicada, decidió acudir al hospital, sin embargo, se encontraba muy preocupada porque sabía que estaba en riesgo de que detectaran la inducción del aborto y, por lo tanto, podría ser denunciada judicialmente:

(...) como yo estaba tan nerviosa por ir al hospital y por los rollos legales, yo estaba llorando un montón, pero entonces, yo decía es que si me ven llorando, me van a ver llorando porque estoy perdiendo a mi hijo.

Eva tuvo que enfrentar su peor temor: acudir al hospital. En su caso, se percibe una cierta ambivalencia entre su decisión clara e irreversible de terminar el embarazo, versus otros sentimientos como la culpa por no hacer partícipe a su ex pareja y por no lograr su sueño de ser madre. Lagarde (1997) señala que las contradicciones que enfrentan las mujeres ante las transgresiones que realizan, les generan sentimientos como la rabia y la agresión que no encuentran vías positivas de expresión, y más bien se convierte en una fuerza destructiva contra ellas mismas, con consecuencias como destrucción, bloqueo, impotencia, incapacidades diversas, formas de anulación e inmovilidad.

En el caso de Eva, a pesar de que no existía un riesgo obstétrico real que pusiera en riesgo su salud o su vida, desde su vivencia personal, la falta de información y los mitos alrededor del uso del medicamento provocaron que sintiera temores que la motivaron a acudir al hospital:

Sí, claro, claro que sí, aunque, aunque una sepa que racionalmente una tiene todo cubierto y que en este país ya no nos morimos [risa] por eso, (...) siempre claro que sí,

da muchísimo miedo. Porque cuando vos ves tanta sangre salir, ¿verdad?, de repente te podés quedar petrificada ahí y es el miedo de... de desangrarse, que es tu cuerpo el que está desangrándose, te trae un montón de cosas, ¿verdad?, y que o... o... y también está el miedo, este... de que no podás contenerte y, ¿verdad?, reventés en locura en el hospital y así, no sé...

En esta situación, las mujeres optan por el silencio como una forma de protegerse de esa diversidad de emociones intensas que enfrentan, pero que de las cuales, en mayor o menor medida, se creen responsables por atreverse a transgredir las normas establecidas socialmente. Por lo tanto, a pesar de estar en compañía de amigas muy cercanas –o en algunos casos la pareja– que las apoyan y no las juzgan por su decisión, se encuentran en un momento de mucha soledad en cuanto a la expresión de sus emociones y sentimientos más íntimos. Toda esta situación las afecta muy directamente, ya que por un lado afecta su salud mental –al punto de temer “reventar en locura”– y por otro las expone a situaciones como la visita a un centro médico con todas las implicaciones que esto tiene en el contexto de clandestinidad.

En la historia de vida de Eva hay un dato muy importante: estaba casada. Rápidamente ella se dio cuenta de que esta era una carta a su favor, ya que desde el imaginario social las mujeres que abortan son las solteras.

En el hospital le confirmaron que la interrupción había ocurrido en su cuarta semana de gestación: “(...) me hicieron un ultrasonido, entonces el doctor llegó y me sobó la espalda y me dice: ‘Mi amor, ya no está’”.

Detectaron algunos restos y le hicieron un legrado. Al día siguiente ella notificó a su mamá de la situación, quien al igual



que el personal de salud asumió que era una pérdida espontánea y la acompañó en el proceso de salida del hospital y recuperación.

Lucía, en compañía de una amiga, utilizó la primera dosis un viernes en la noche cuando tenía siete semanas de gestación. En el transcurso de la madrugada iniciaron los dolores y el sangrado. Para el día siguiente disminuyó la intensidad de los síntomas y ella concluyó que el proceso había sido exitoso. No obstante, los días transcurrieron y el sangrado continuó. Fue referida al hospital por el médico de su lugar de trabajo:

(...) me revisan y dicen que sí, que ahí tengo como, bueno me dicen que tuve un aborto, que pudo ser un aborto espontáneo, que si sabía que estaba embarazada, yo le dije: ¿cómo que yo estuve embarazada?, no me di cuenta, ¿verdad? (...) eh... eh... me dijeron que tenía que volver en ocho días para saber si mi cuerpo por sí solo había expulsado todo. Volví a los ocho días y mi cuerpo no había expulsado todo porque igual seguía sangrando, igual, nunca en mi vida me había hecho un ultrasonido vaginal y ahí me hice como veinte, ¿verdad?, fue bastante incómodo esa parte la verdad.

A la semana el sangrado continuó y regresó al hospital. Fue internada y le hicieron un legrado. El personal lo asumió como una pérdida espontánea. Recibió una buena atención médica, así como las condolencias del personal que se solidarizan con ella en ese momento. Este hecho es interesante, ya que el personal de salud (y la sociedad en general) presupone que perder “un hijo o una hija” siempre es un hecho lamentable y doloroso. En este sentido, refuerza en la mujer lo que ya ella sabe: el aborto inducido es una transgresión

social, ya que es un desafío al mandato de la maternidad como destino ineludible de ser mujer. Se trata de un claro ejercicio de poder de la mujer sobre su sexualidad, su cuerpo y su vida.

Para Lucía el proceso de la hospitalización fue lo más difícil en el ámbito emocional, al punto que le provoca el llanto durante la entrevista en la cual había permanecido muy tranquila.

(...) pasé mi primera noche en el hospital [en la vida] y fue como, el momento así como [se entrecorta la voz, y hay un poco de llanto] más triste de la vida, ¿verdad?, verse, una como con esas batas, ¿verdad?, este... eh... llevaba un libro, ¿verdad?, me lo leí todo en el día esperando que hubiera camilla, eh, a las diez de la noche que te despiertan porque vas para sala, eh, en fin, ¿verdad?, fue como el momento súper, súper triste, di no sé igual. [Se entrecorta la voz.]

Las reflexiones que ella realizó sobre este momento muestran la interiorización del estigma social. Ella lo asumió como un castigo o una consecuencia derivada de su transgresión al orden legal y moral: su decisión de interrumpir el embarazo. A pesar de ser el momento que se hace emocionalmente más fuerte, ella no lo compartió con nadie, ni siquiera con las amigas que la habían acompañado en la etapa de búsqueda de información y de la interrupción en sí misma. Ella lo justificó de esta manera:

(...) yo misma me lo había buscado, por confianza, ¿verdad?, entonces que ya había como embarrado a mucha gente, ¿verdad? Y que igual la gente no tenía por qué estar sabiendo como este tipo de cosas, ¿verdad?, que si yo había sido lo suficientemente grande como para meterme en



la situación en la que me había metido, entonces que sola igual tenía que asumir todo, ¿verdad?

Silvia tenía una experiencia previa de aborto con medicamentos que se resolvió de manera rápida y sin inconvenientes. Por esta razón, ante un nuevo embarazo, ella acudió a la misma clínica y se decidió por el aborto con medicamentos. Utilizó la dosis recomendada pero no hubo ningún síntoma. Días después realizó la prueba de embarazo y salió positiva. Recurrió a una segunda toma de los fármacos. En esta oportunidad tuvo dolores muy fuertes pero no hubo sangrado.

En la clínica le dijeron que ya no era viable continuar con los medicamentos y que debía utilizar otro método. En este momento, Silvia consideró tres opciones: realizar un AMEU en la misma clínica, realizar un legrado en un hospital público (en la misma clínica le ayudaban a establecer los contactos) o viajar a su país de origen en que es un procedimiento legal. Ella tenía claro su temor a realizar procedimientos quirúrgicos en el país porque consideraba que la situación de clandestinidad hacía que fueran inseguros, ya que ante eventuales complicaciones el personal no estaba debidamente capacitado y además no podía hablar abiertamente sobre su situación. Finalmente, tomó la decisión de realizarse un AMEU en la misma clínica privada a la que estaba asistiendo, a pesar de todos los temores que le generaba:

(...) frustración digamos porque no había, no había funcionado, y, y también digamos ahí sí tenía más, más miedo porque, este... porque no, porque me daba miedo digamos, eh... como acudir al otro, al otro método.

Se programó la cita para realizar el AMEU. El procedimiento generó algunas molestias físicas y el personal le informó que

no se iba a completar, por lo que era necesario programar una segunda cita una semana después. En esta segunda cita, Silvia definió el dolor como muy fuerte y finalmente le comunicaron que tenía algún problema en el cuello del útero que imposibilitaba completar el aborto y que era necesario realizar más exámenes para confirmar exactamente de qué se trataba:

(...) podría ser que tuviera un fibroma o qué sé yo, o unos quistes o cosas así que... que para mí eran mucho más preocupantes digamos que el embarazo, este... entonces digamos ahí estaba como más preocupada por, por mi salud y sí, y sí, digamos, sí me daba como mucho miedo digamos el tema de que en la situación en la que estaba no podía acudir a un hospital aquí digamos, porque tenía un... una interrupción de un embarazo como a medias digamos, si esa situación no se lo podía como explicar a ningún hospital (...) eso sí me... me generaba mucha, mucha angustia pero también rabia digamos, ¿no?

Silvia decidió que era hora de viajar. En su país no solo tendría la oportunidad de recibir una atención de mayor calidad, ya que no tenía que mantener el tema del aborto en la clandestinidad, sino que su familia, amigas y amigos estarían cerca y le brindarían su total apoyo:

(...) no solo legal [con relación al aborto en su país] sino que es socialmente aceptado, entonces ahí yo tenía digamos a toda mi familia apoyándome, a todas mis amistades, a todas las amistades de mis amistades, a las amistades de mi familia, es decir, tenía todo un, un capital social ahí, eh... inmenso digamos y además que es gratuito, es decir, entonces ya, yo preferí



de estar tan bien, por esa parte principalmente pero también por un tema económico, eh... me salía mejor pagarme un boleto que... que seguir digamos pagando aquí cosas inciertas y además inseguras digamos ya desde, un desde un punto de vista de salud.

Llamó a un amigo médico en su país, compró el boleto de avión, tramitó un permiso sin goce de salario en su trabajo y viajó. Fue recibida de inmediato en un hospital oncológico, en el cual, primero que todo, confirmaron el embarazo y segundo, descartaron cualquier problema en el cuello del útero. De este hospital fue remitida a un hospital especializado en salud de la mujer en el que le programaron una cita para hacer el legrado una semana después. En el sistema de salud público no tenían acceso al misoprostol por lo que la médica le recomendó utilizar ese fármaco para la dilatación del cuello del útero. Gestionó que el medicamento le fuera enviado desde Costa Rica y el procedimiento fue realizado con éxito alrededor de la octava semana de gestación.

Rebeca, por su parte, acudió a una clínica privada. En la primera consulta recibió consejería con una psicóloga, fue valorada por una médica y le realizaron un ultrasonido. Le recomendaron realizar la interrupción con AMEU. Ella vivía a unos 300 kilómetros de San José. En la penúltima cita recibió una dosis de misoprostol para que se la tomara la noche antes de acudir a la cita en la que se realizaría el AMEU.

Rebeca solicitó a su tía que la acompañara a esta última cita. Las semanas que transcurrieron entre las citas fueron complejas en el ámbito emocional y le generaron algunas dudas:

(...) el día antes de tomarme las pastillas estaba un poco indecisa porque diay, ya eran cuatro meses,

¿verdad?, de los nueve, entonces yo decía diay, ya no es nada pero no, siempre, siempre me las tomé.

En este caso, Rebeca detectó el embarazo desde la cuarta semana de gestación y casi de inmediato tuvo certeza de que no deseaba llevarlo a término. Sin embargo, el “pensamiento mágico” la hizo pensar que podría dar un plazo para ver si tenía una pérdida espontánea y la dificultad de acceso (incluyendo el costo económico) a un sitio seguro la hicieron llegar hasta su cuarto mes de embarazo, lo cual sin duda la colocó en un momento difícil para decidir.

Su situación refleja nuevamente la soledad en que se encuentran las mujeres a pesar del acompañamiento de personas afectivamente cercanas. Incluso Rebeca tuvo acceso a un espacio de consejería –lo cual no fue así para la mayoría de las otras mujeres–, pero parece que la misma situación de clandestinidad no le permitió asistir las veces necesarias para asegurarse de que estaba tomando la mejor decisión, de acuerdo a sus valores y al momento particular de su vida, entre otros factores. En este sentido, ella decidió sobre lo que consideró era lo apropiado en su caso, pero en medio de algunas dudas.

Al día siguiente realizó el viaje en bus con su tía desde su lugar de residencia hasta San José. La dosis de misoprostol que había tomado la noche anterior, supuestamente para contribuir a la dilatación del cuello del útero, tuvo su efecto para la interrupción del embarazo antes de lo previsto:

(...) en la mañana me comenzaron a dar como contracciones, en el bus fue más, más feo porque yo comencé a sangrar y a sangrar y a sangrar y a mí se me contrajo el estómago de una manera (...) el pantalón



que llevaba, todo se me manchó, la blusa también en la parte de atrás todo, sí me sentí en riesgo porque no sabía, digamos como nunca había sangrado tanto, no sabía si, si se me iba a parar o qué o iba a seguir.

En esta situación no existía un riesgo obstétrico concreto y evidente que pusiera en peligro la vida de Rebeca, no obstante, ante la incertidumbre, la falta de información, la culpa, la vergüenza, el temor a consultar en cualquier clínica u hospital, cualquier mujer siente que está en riesgo, principalmente porque no tiene espacios seguros adonde acudir. Conforme transcurrieron los minutos, el proceso de interrupción continuó:

(...) tuve que parar, ir al baño, y cuando yo estaba en el baño se me vino el bebé [se le entrecorta la voz], entonces yo comencé a sangrar mucho (...) yo sentí que me... que me salió algo, ya, así como..., yo solo sentí pla y sonó en el baño y yo tenía el cordón, entonces yo lo que hice, bueno mi tía se metió conmigo al baño y mi tía me decía rómpalo, rompa el cordón entonces yo, yo cerré los ojos, yo abrí las piernas y lo corté con las manos, bueno porque yo tengo las uñas largas entonces me imagino que ya iba ahí el feto.

Luego de esta situación, Rebeca continuó su viaje. Llegó a la clínica y debió esperar dos horas para ser atendida, momento en el que le realizaron el AMEU:

(...) como yo ya no tenía nada entonces me lo hicieron por medio de una aspiradora para sacarme los restos que yo tenía adentro, porque todavía tenía un poco de la placenta adentro en el vientre, entonces tenía placenta entonces con la aspiradora me sacaron todo eso.

El aborto con medicamentos es avalado por instancias de alto nivel como un método seguro, menos invasivo al cuerpo de las mujeres y más sencillo de utilizar. Sin embargo, las historias relatadas por las mujeres no resultan tan sencillas: están rodeadas de incertidumbres, de temores, de la sensación de que se encuentran en riesgo la integridad física e incluso la vida, y sobre todo de soledad. Todos estos ingredientes agregados por la situación de clandestinidad.

Lagarde (1997) propone como herramienta metodológica para estudiar la antropología de las mujeres el estudio de los días excepcionales y los días rutinarios. Sin duda alguna, la noticia de un embarazo no deseado y la vivencia del aborto convierte los días en excepcionales en la historia de vida de cada mujer, principalmente porque están realizando un acto ilegal con consecuencias penales y especialmente una severa condena moral. Es la situación límite de enfrentarse a este embarazo en condiciones que ellas consideran adversas, lo que se convierte en un factor impulsor para desafiar los mandatos sociales que han aprendido a lo largo de su socialización. Por lo tanto, no es sorprendente que sean breves espacios temporales en que exista una trama tan compleja de sentimientos, pensamientos, emociones y experiencias.

El posprocedimiento

En ninguna de las doce historias estudiadas hubo una complicación física posprocedimiento que pusiera en riesgo la integridad, la salud o la vida de las mujeres. La mayoría –independientemente del método utilizado– tuvieron algún nivel de sangrado, el cual fue considerado normal incluso por ellas mismas:

(...) tenía así como, como náuseas, y como problemas gástricos, ¿verdad?, pero yo lo atribuía mucho así



como a dos días de angustia que había pasado, pero no hubo ninguna, ninguna complicación. [Laila]

Miranda notó un mal olor vaginal y al consultar con el mismo médico que la atendió durante la interrupción, confirmó que se trataba de una infección vaginal. Sin embargo, esta infección pudo ser resultado de situaciones diversas que no interesa reseñar en este documento. Con unas inyecciones aplicadas por una semana fue superada la infección.

Más allá de estas situaciones no hubo complicaciones pos-procedimiento en lo relativo a la salud física. En algunos casos, como la interrupción del embarazo gemelar de Giselle, la detección del presunto problema en los órganos reproductivos en el caso de Silvia (última ocasión) o el sangrado de Rebeca en un autobús, hubo una sensación de inseguridad vivida por las mujeres como riesgo hacia su salud o su vida. Sin embargo, una vez que fueron atendidas por personal capacitado y/o confirmaron la interrupción del embarazo, no hubo situaciones de riesgo ni reales ni percibidas por ellas.

Debido a su carácter cualitativo, esta investigación no pretende generalizar resultados ni constituirse en la "verdad" sobre la situación del aborto en Costa Rica, sin embargo, se puede señalar que estas historias son buenos ejemplos que dan pistas para argumentar por qué en Costa Rica es prácticamente nula la mortalidad materna ligada a abortos clandestinos. En este sentido planteamos dos hipótesis.

En primer lugar, las mujeres que realizan un aborto tienen acceso a tecnologías modernas, métodos seguros y personal calificado para realizar la interrupción. Por lo tanto, la falta de capacitación al personal, las indicaciones confusas y la falta de acompañamiento emocional pueden ser factores de riesgo

para el bienestar de las mujeres, pero no para su vida. Aquellas mujeres que no tienen acceso a estas tecnologías modernas, probablemente encuentran como única opción continuar con su embarazo o, en algunos casos, recurrir al suicidio, tema que aún no está documentado en nuestro país pero que es una línea de investigación pendiente.

En segundo lugar, ante cualquier eventualidad, como un sangrado abundante, mal olor vaginal o dolor, las mujeres acuden a los servicios de salud públicos o privados en los cuales son atendidas. Algunas podrán ser detectadas y denunciadas como sospechosas de aborto inducido ante las autoridades correspondientes y muchas otras serán tratadas como un caso de aborto espontáneo, pero independientemente de esto, todas recibirán la atención médica requerida.

Por lo tanto, en Costa Rica el tema de la clandestinidad no se puede asociar al tema de mortalidad materna como sí sucede en otros países de la región y del mundo. Sin embargo, la penalización sí implica un riesgo para las mujeres con matices muy heterogéneos que se han señalado a lo largo de este informe.

En el caso de la salud emocional, se encuentran situaciones muy diversas entre las mujeres en las semanas y meses posteriores a la interrupción. Este tema sin duda remite a la pregunta de si las mujeres enfrentan trastornos en su salud mental posterior a un aborto, o dicho en otras palabras, de si sufren el "trauma postaborto".

Sobre este tema, la Asociación Americana de Psicología (APA) y la Asociación Americana de Psiquiatría se han pronunciado en reiteradas ocasiones afirmando que el aborto realizado en contextos legales no representa ningún riesgo para la salud emocional de la gran mayoría de las mujeres



que toman esta decisión (Adler *et al.*, 1992; APA, 2008). El objetivo de este estudio es precisamente generar información que permita discutir sobre el impacto que tiene la clandestinidad en la salud física y emocional de las mujeres que se realizan un aborto.

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

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

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

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

Al contrario, Rebeca hizo referencia a un fuerte dolor emocional. Según su relato, hubo un plazo mayor a las diez semanas entre la noticia del embarazo y la interrupción, debido a diversos factores, tales como que la decisión no estaba tomada, la identificación de un lugar y principalmente la falta de dinero para acudir a las consultas ginecológicas. En la clínica que fue atendida le ofrecieron la posibilidad de tener algunas sesiones de consejería posterior al aborto, pero ella decidió que no necesitaba el espacio porque no quería hablarlo, ya que consideró que con una especie de bloqueo o negación de la experiencia todo iba a estar bien. A pesar de que ya habían transcurrido algunos años, no había hablado con nadie sobre esta situación:

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



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

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

Eva también tenía varias situaciones que no había elaborado:

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

Para Lucía la experiencia del sangrado, que tardó aproximadamente tres meses, era el recuerdo más vívido de la interrupción. Según sus palabras, quedó traumatizada por esta situación e incluso afirmó que a veces en un día regular sentía el olor de la sangre.

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

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

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

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

(...) por qué uno no se cuida más y se evita este poco de cosas, ¿verdad?, sin ninguna necesidad, también ya viene



la parte entonces, ya de que yo como mujer por qué... por qué me estoy, o sea, por qué estoy con una persona así, si, y pasando por estas cosas ahora sola, entonces ya viene todo una reflexión de, de mí, por qué llegué hasta aquí, púchica, tuve... tuve que pasar por todo esto para, para ponerme a pensar en mí.

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

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

Irina, luego de su primera interrupción, sufrió de agorafobia¹⁰, claustrofobia¹¹ y ataques de pánico, síntomas que la llevaron a buscar terapia psicológica. Ella tenía 19 años, era madre adolescente, el padre no se había hecho cargo del hijo y había tenido síntomas depresivos anteriores al embarazo. En su relato expresó muy claramente el impacto que tiene el contexto y la presión social en la vivencia de un aborto inducido:

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

Como se ha mencionado anteriormente, las redes de apoyo son un factor que incide en la vivencia psicológica del aborto. A lo largo de las historias se ha mencionado que el papel de las amigas fue fundamental en todo el proceso y las etapas posteriores no son la excepción. La mayoría de las mujeres conversaron con sus amigas sobre la interrupción, especialmente con aquellas que no las acompañaron en esos días. Las excepciones las constituyen Rebeca, Giselle y Silvia (ambas en su primera experiencia). Una diferencia importante es que esta última no lo habló con nadie porque no lo consideró un suceso relevante como para compartirlo, mientras que las primeras dos no lo hicieron porque aprendieron que era un tema sobre el que no se hablaba.

¹⁰ La agorafobia es un trastorno de ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, por temor a sufrir una crisis de pánico.

¹¹ La claustrofobia es un miedo a los espacios cerrados pero no por el espacio en sí mismo, sino a las posibles consecuencias negativas de estar en ese lugar: quedarse encerrada o encerrado para siempre o la asfixia, por creer que no hay suficiente aire



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

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

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

Para las otras mujeres que lo conversaron con sus amigas, este fue un espacio muy importante de elaboración de lo sucedido. Laila es la única que conversó sobre su experiencia con un amigo, y recibió todo el apoyo de él. Ella también decidió contárselo a una de sus mejores amigas y “descubrió” que las dos habían vivido una experiencia similar de manera simultánea:

(...) fue con ella [en referencia a una amiga] con la que sí ya empecé a hablar de sentimientos (...) me sentí acompañada digamos por ella, identificada, digámoslo así. [Eva]

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

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

Toda esta complejidad hace pensar que afirmar categóricamente que el aborto produce por sí mismo un síndrome post-traumático en las mujeres, es una reducción simplista que no tiene sustento desde la psicología clínica, y más aún, desde el “sentido común”, luego de conocer la diversidad de factores que intervienen en la experiencia de la interrupción en contextos de clandestinidad.





La clandestinidad

A todas las mujeres se les consultó si al momento de enfrentar su embarazo no deseado y tomar la decisión de interrumpirlo tenían conocimiento de que el aborto era un delito en Costa Rica. Con mayor o menor grado de certeza y claridad todas sabían que era ilegal o al menos que era “algo” que se hacía de manera clandestina. Sin embargo, algunas no sabían cuáles eran las implicaciones legales de la inducción del aborto:

(...) no tenía, no tengo todavía en ese momento ni ahorita, información sobre cuál es la pena por ejemplo, este... en qué circunstancias sí, en qué circunstancias no, no, no, no manejo nada de esa información. [Eva]

(...) no tengo tanta claridad de que puede significar cárcel digamos, ¿verdad?, más había una cosa punitiva como de, de, de, cosa moral, ¿verdad?, de que si se dan cuenta, de que si, ¿verdad?, de que si mi familia este..., no, más era como la cosa, el miedo de que se dieran cuenta, era más por, por la... el estigma digamos, moral y religioso y pecaminoso, todo este rollo, más que la dimensión de que de verdad estaba en riesgo de ir a la cárcel, eso yo realmente yo no lo tenía tan, ¿verdad?, o sea es como que no lo podés ni creer seguramente, o sea no lo podés creer que esto tenga estas dimensiones, ¿verdad? [Giselle]

No, no tenía para nada claro, solo sabía que que... que se hacía clandestino, o sea no sabía por qué, no me interesaba por qué, no sabía, solo sabía que se hacía clandestino y sabía que se hacía como con pastillas. [Laila]

El aborto en Costa Rica, y en otros países, es un tabú sobre el que no se habla. Existe una censura legal, moral y religiosa que se aprende “desde siempre”, un código social que hace que las mujeres sepan que el aborto es una conducta clandestina, sin embargo, no se conoce cuáles son las implicaciones legales. El mandato es simple y directo, ¡sobre el aborto no se habla!

Sobre la consulta de si esta experiencia personal implicó algún cambio en su posición sobre el tema del aborto, de las nueve mujeres entrevistadas siete dijeron que estaban de acuerdo con el derecho a decidir de las mujeres desde antes de enfrentar su embarazo no deseado y una dijo que nunca se lo había preguntado, pero que luego de la situación vivida, creía que era un derecho de las mujeres.

Algunas de ellas comentaron que esta posición personal estuvo marcada por el conocimiento de la historia de mujeres cercanas o de referencia que habían realizado un aborto. Sobre el tema del aborto existen tantos mitos y estereotipos en el imaginario social que cuando existe un rostro humano detrás de la historia, cuando se conoce las circunstancias en que las mujeres toman la decisión y el proceso que esto implica, es mucho más sencillo aproximarse desde una mirada que no juzga, ni señala ni castiga.

Eva y Lucía aclararon que a pesar de tener claridad política sobre el derecho de las mujeres a decidir, siempre habían pensado que personalmente ellas nunca lo harían:

(...) yo siempre... eh siempre he estado a favor y, y digamos lo... no, lo que jamás pensé fue que yo misma lo fuera a hacer, ¿verdad?, porque yo siempre he querido,



pero, pero no, no, para nada. Más bien reafirmó y me... y me generó muchísima más conciencia femenina de saber digamos por todas las cosas que pasan muchas mujeres (...) entonces en ese sentido más bien se hizo, se, se expandió la conciencia más bien. [Eva]

Bueno, yo siempre de hecho, decía: bueno, la ley debe reformarse, las mujeres tienen derecho a decidir y tal, ¿verdad? Eh, cuando yo me veo en esta situación la verdad es que digo yo: la verdad es que no me importa, que me abran un proceso y tener que hacer lo que tenga que hacer, pero di, la decisión estaba tomada. [Lucía]

Miranda es la única de las mujeres que dijo que tenía una posición personal muy clara en contra del aborto. Por eso, para ella el proceso fue muy difícil pero entendió que la decisión de cada mujer se toma en su contexto de vida particular:

Te lo voy a decir así, tuve que tragarme cada una de las palabras, de críticas, de comentarios acerca de otras personas que yo supe que lo habían hecho, así todas y cada una me las tuve que tragar, y, y fue así como una bofetada, deje de hablar, usted no sabe nada, deje de, o sea no critique porque usted no sabe nada.

Sin embargo, aun así Miranda tuvo dudas sobre la pertinencia o no de un cambio legal. Esta dualidad refleja la lucha que tiene entre el peso del mandato religioso versus su historia de vida:

(...) no puedo decir que si se legaliza, todas las chicas vamos a andar abortando a diestra y siniestra, pero es que son los extremos, ¿verdad?, o sea, tampoco se podría convertir, no me, sería muy injusto que se convirtiera en, no sé si llamarlo alcahuetería pero, pero

no se me ocurre otra palabra, pero también es muy, no, no, no, no puede ser, no debería de ser ilegal porque hay muchas situaciones.

Estos últimos tres relatos muestran una vez más que cada mujer en su situación particular será la que decida sobre la continuación o interrupción de un embarazo, en algunas ocasiones en contra de sus propios valores, de su posición política sobre el tema y del contexto legal. Los elementos que tienen el mayor peso son las circunstancias en que está enfrentando el embarazo no deseado y las herramientas con que cuenta para tomar una decisión (sea continuarlo o interrumpirlo). La vivencia de esa circunstancia particular (sea propia o de una amiga cercana) le permitirá darse cuenta de que en la decisión intervienen muchos otros elementos que los postulados que se defienden desde los discursos que se oponen a la despenalización y/o legalización del aborto.

Para finalizar la entrevista, se les consultó a las mujeres, según su experiencia personal, cuál era la peor implicación que tenía la clandestinidad en la vida de aquellas que se enfrentan a un embarazo no deseado y toman la decisión de interrumpirlo. Sobre este tema se encuentran reflexiones muy diversas que son sumamente valiosas para la discusión pública, referente al debate en torno a la penalización versus la despenalización del aborto. Por esta razón, se identifican cada una de ellas, dejando que sean las mismas mujeres en sus propias palabras quienes lo ejemplifiquen:

1. La violencia psicológica que enfrentan las mujeres, tanto a nivel de la sociedad como de los servicios de salud. Lagarde (1997) menciona que ante la transgresión de las mujeres a los códigos sociales mediante un hecho que se desaprueba y sanciona, se le identifica como pecadora y “se actúa sobre



ella con una maldición que inscribe el hecho en el campo religioso el cual hace las veces de código moral. En relación a éste se desaprueba y sanciona negativamente el hecho" (p. 665). La manera concreta en que esto se manifiesta es con la violencia psicológica, la cual las "otras" personas se sienten autorizadas y legitimadas para ejercer:

(...) te ubican en el lugar de la persona mala y cuando te ubican en el lugar de la persona mala te pueden hacer daño, te pueden destruir, te pueden maltratar, ¿verdad?, se dan permiso de hacer todo esto porque ya te pusieron ahí, y estar en ese lugar, tiene un costo altísimo, ¿verdad?, estar en ese lugar mucho más con la gente que, que se supone que es la gente que te quiere. [Giselle]

2. Falta de información que permita el acceso a herramientas y procedimientos seguros, a la vez que dé claridad a la mujer sobre lo que implica el procedimiento de su elección:

La falta de información, yo creo porque después aprendí digamos cuál era la forma correcta de tomarse las pastillas, cuántos son los tiempos que hay que esperar, cuáles son los plazos, y yo creo que si yo hubiera tenido esa información me hubiera angustiado mucho menos, ¿verdad?, yo tenía como toda esa angustia de decir ¿qué pasa? que tomo y tomo pastillas y nada sucede, ¿verdad?, y era pura falta de información, ¿verdad?, yo creo que si yo hubiera tenido más información de cómo es el proceso, de cómo son los tiempos, de qué es lo que tengo que esperar en cada momento, me hubiera sentido mucho más tranquila y la parte más angustiada que viví se habría minimizado. [Laila]

(...) hay mucho desconocimiento de qué utilizar, cómo utilizarlo, eh... no hay como apoyo médico por ejemplo, como es ilegal. [Gretta]

3. Las implicaciones emocionales de la interrupción del embarazo, resultado de la presión social y los mandatos sociales:

La culpa, la culpa. La culpa [risas], no tengo más que decir. [Miranda]

(...) lo hemos discutido con algunas amigas, no es que usted queda loca después de hacerse un aborto es que cómo no va a quedar loca con toda la presión y todos los viajes que le meten a uno en la cabeza o sea y además para la gente que tiene nivel moral, para mí que me despojo de todos estos rollos y que no me dejan, (...) pero imaginate una mujer con todos estos sentimientos, ¿verdad?, lidiar con todos ellos y que no tenga los recursos por ejemplo para hacerse atender por una psicóloga como lo hice yo, o para hablarlo con cierta gente que sea políticamente más activa, o sea comerse todo este miedo. [Irina]

4. La carencia de redes sociales de apoyo para el proceso:

(...) principalmente yo lo que creo digamos más difícil de manejar es el espacio, la búsqueda digamos de un grupo, de una red de apoyo, ¿verdad?, entonces, que vos no podés expresar, que vos no, o sea, tenés que disimular todo el tiempo eh... andar en, en, en... durante el proceso digamos tienes que estar escondiendo, etcétera, este... si te llaman por teléfono y vos estás con dolores tenés que disimular porque nadie se puede dar cuenta, entonces es como mucho de ese tragar, tragar, tragar. Al menos desde mi experiencia



digamos para mí eso fue lo peor, ¿verdad?, que se me cerraron demasiados espacios y que quedaban muy pocas personas, digamos, imagínate solo quedaba una persona a la par mía. [Eva]

(...) desde mi vivencia yo creo que lo más, lo más duro fue no contar con una red de apoyo, eh, porque la gente misma está muy enrollada con el tema, ¿verdad?, que no hay apertura, porque no hay respeto, porque no hay una cultura, ¿verdad?, que permita, entonces la misma gente que es cercana que te quiere, ¿verdad?, y que quiere lo mejor para vos, es la que te puede joder. [Giselle]

5. La amenaza de la cárcel:

(...) cuando ingresé [al hospital] me hicieron exámenes de todo, ¿verdad?, entonces mi gran miedo era que entre esos exámenes de todo que me hicieron de sangre, este... salieran restos de las pastillas y me dijeran, este, mirá vos estas aquí por esta y esta situación de una vez aquí está el departamento judicial y vamos a abrir el proceso. [Lucía]

6. La falta de sitios seguros para la atención y por ende el riesgo que esto implica para la salud de las mujeres:

Yo pienso que debería de haber sitios más seguros para las mujeres como en Estados Unidos porque yo tengo una amiga que se fue para los Estados y ella allá abortó, pero digamos que le, que le den más información sexual a las... a las adolescentes del colegio, porque a mí nunca nadie me habló de que yo podía quedar embarazada o, o algo así, entonces que le den más

información a las adolescentes y que existan lugares seguros donde ellas puedan ir, digamos con toda la confianza del mundo y que, que les hablen sobre los diferentes métodos que pueden ellas encontrar o las soluciones a sus problemas. [Rebeca]

(...) a mí lo que me preocupa es que hasta donde yo sé muchas mujeres lo hacen de maneras muy inseguras y lo van a hacer igual que como lo hice yo, lo que pasa es que yo tal vez por recursos logré que se hiciera en una clínica y, y, y fui muy hábil y lo logré, pero yo sé que igual hay mujeres que lo van a hacer igual así a costas de lo que sea en las peores condiciones. [Irina]

7. En caso de alguna complicación, la imposibilidad de reallizar consultas claras y de brindar toda la información pertinente para la atención:

(...) el mayor costo es la propia salud de las de las mujeres, por la, por las, por las complicaciones que se puedan dar digamos, porque el procedimiento en sí mismo no es un proceso, no es tan riesgoso digamos si sale normal digamos, (...) pero hay un porcentaje de que hay alguna complicación, ¿verdad?, entonces eh... en estos casos se necesita. Digamos, una eh, digamos una legalidad para, para poder atenderlo en su integralidad, porque el tema digamos de salud reproductiva de la mujer, está asociado también con todo el sistema de salud. [Silvia]

No poder realizar consultas de forma abierta, porque yo me veía en el hospital y no podía decir bueno es que tal vez, este... se me pudo pasar esto porque no me tomé las pastillas de forma adecuada. [Lucía]



Reflexiones finales

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

El falso dilema sobre el aborto, como lo apuntan Barzelatto y Faúndes (2005), es plantear la discusión sobre si cada quien está a favor o en contra, ya que esta dicotomía no es real. Primero que todo, no existe tal posición como estar “a favor del aborto”, sino a favor de la despenalización y/o legalización de esta práctica, es decir, de que las mujeres no sean consideradas y tratadas como delincuentes si deciden interrumpir su embarazo. Segundo, es cada vez menos frecuente encontrar personas que estén total y absolutamente en contra del aborto. Usualmente, quienes están en contra de que las mujeres puedan decidir encuentran algunas excepciones a su regla: cuando está en riesgo la salud o la vida de la mujer, cuando es una niña, cuando el embarazo es consecuencia de una violación, cuando existe una malformación del feto incompatible con la vida, cuando la mujer se encuentra en condiciones de pobreza, entre otras. Estar a favor de la vida y en contra del aborto en todas las circunstancias es un enunciado que puede parecer muy loable pero que tiene un sostén muy frágil en la vida real.

En todo caso, el objetivo de este estudio no es solventar esta discusión, sino mostrar que mientras se dan las luchas en el plano político y legal, las mujeres deciden y un alto número está decidiendo interrumpir su embarazo. Esta parece ser evidencia suficiente para argumentar que las leyes restrictivas no



disuaden a las mujeres de abortar. Por lo tanto, las preguntas que surgen son, si el objetivo de los grupos conservadores es defender la vida del feto y la penalización del aborto no ha demostrado ser una vía eficaz, ¿no debería pensarse en otra estrategia? ¿Por qué se embarazan las mujeres si no lo desean? ¿Por qué no existen cambios en las políticas públicas que permitan la prevención de los embarazos no deseados?

En Costa Rica, al igual que en los otros países con leyes restrictivas, las mujeres realizan abortos clandestinos, sin embargo, la tasa de mortalidad materna registrada asociada a abortos inseguros es prácticamente inexistente. De esta situación no se puede inferir entonces que estos abortos clandestinos sean “seguros” sino que es importante resignificar el término *aborto inseguro*. A través de historias narradas por las mismas mujeres, en esta investigación se pudo indagar sobre cuáles son algunos de los riesgos a los que se exponen las mujeres en las rutas que deben transitar para lograr la interrupción que buscan.



La ruta crítica

Para efectos de esta investigación, la ruta crítica abarca desde las primeras sospechas del embarazo hasta el momento que ellas identificaron como el cierre, el cual puede estar dado por la confirmación de que la interrupción fue exitosa (en algunos casos se puede extender algunos días o semanas, especialmente si hubo complicaciones). En general, se trata de un lapso de tiempo corto pero muy intenso en sus vidas.

En el análisis se identificaron cuatro grandes momentos en la ruta de las mujeres para realizar la interrupción del embarazo, los cuales en la vida real no tienen límites tan claros. El

primero de ellos es la confirmación del embarazo y la decisión de interrumpirlo; el segundo, la búsqueda de la información; el tercero, la interrupción; y, el último, el posprocedimiento.

La confirmación del embarazo

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

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

No sentirse preparadas para asumir la maternidad (fuera porque no era parte de su proyecto de vida, porque se sentían muy jóvenes, porque no tenían estabilidad laboral o porque no querían tener ese tipo de vínculo con su pareja) fue el



principal factor impulsor para proseguir por la ruta en la búsqueda de la interrupción. Posteriormente se hará referencia más amplia a este tema por ser un eje muy importante.

El elemento de la censura social y legal era un potencial factor inhibitor, principalmente porque no les permitía ubicar información y contactos, sin embargo, no tuvo la suficiente fuerza para disuadir a estas mujeres de su decisión.

La búsqueda de información

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

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

Un factor que llama la atención es que a pesar de que todas son mujeres de clase media y con un nivel de educación alto

(universitaria incompleta o completa), Internet no fue una fuente de información. Debe tenerse en cuenta que algunas de las interrupciones se realizaron en momentos en que el acceso era bastante limitado. Sin embargo, en aquellos casos sucedidos en los últimos años, algunas lo utilizaron para realizar contactos y solo una de ellas lo utilizó como fuente de información, pero le pareció insegura y la desestimó.

Las fuentes de información principalmente son dos. Por un lado, médicas y médicos que atienden en sus consultas privadas, y como profesionales de la salud tienen un conocimiento que se considera legítimo. Por otro, mujeres –en la mayoría de los casos amigas y/o conocidas– que tenían acceso a la información por experiencias diversas. Este conocimiento fue igualmente validado y respetado.

La falta de acceso a la información no actuó como factor inhibitor, incluso para aquellas que tuvieron mayores dificultades y debieron buscar múltiples opciones. De nuevo, fue la decisión ya tomada la que las movilizó a buscar una nueva opción cada vez que encontraban una negativa.

La interrupción

La gran mayoría inició la interrupción de manera inmediata apenas lograron encontrar información de cómo hacerlo. Hubo dos mujeres que fueron la excepción, ya que tardaron entre *una y dos semanas* buscando el dinero para poder realizar el aborto.

En su gran mayoría, las interrupciones se realizaron entre *la cuarta y la octava semana de gestación*, es decir, durante el primer trimestre. Por lo tanto, a pesar de ser ilegal, en Costa Rica es posible realizar interrupciones del embarazo

en etapas tempranas. Hubo dos casos en que los abortos se realizaron alrededor de la *decimosexta semana*, uno de ellos efectuado fuera del país.

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

Los sentimientos fueron diversos pero la gran mayoría experimentó ansiedad e incertidumbre antes y durante la realización del procedimiento, especialmente asociadas a la interrogante de si iba a ser efectivo. Temores relacionados con su integridad, principalmente en aquellos casos en que no tuvieron acceso a información completa y la oportunidad de realizar consultas durante el proceso. Frustración en aquellos momentos en que sentían o se daban cuenta de que el método no estaba siendo efectivo. Alivio para la mayoría de ellas cuando lograron confirmar la interrupción. Dolor y tristeza para una de ellas en que la decisión de abortar implicó asumir muchas otras pérdidas. Culpa para una que moralmente se oponía pero creía que era la mejor decisión que podía tomar en el momento.

La mayoría de las mujeres fueron acompañadas hasta este momento por las mismas personas que estuvieron desde el inicio: amigas y parejas. Solo en un caso estuvo una tía adulta.

La ineffectividad de los métodos no actuó como un factor inhibitor, sino que ante el fallo del método utilizado todas buscaron una segunda oportunidad (con el mismo u otro método) para

completar el proceso. Para algunas, un factor impulsor luego de haber iniciado fue el conocimiento de los efectos teratogénicos que el medicamento podría tener sobre el feto, de tal manera que ya no veían como una oportunidad dejar que el embarazo continuara con su curso.

En muy pocos casos las mujeres confirmaron mediante algún método (ultrasonido o prueba de embarazo) la finalización del embarazo. La mayoría tomó como indicador de éxito los dolores y el sangrado, especialmente cuando notaron algunas características particulares y atípicas de este.



El posprocedimiento

En ninguno de los casos hubo complicaciones físicas que pusieran en riesgo la salud o la vida de la mujer.

El tema más importante es la salud emocional, especialmente por el difundido mito postaborto. En ninguno de los doce casos estudiados se encontró ni el menor indicio de estrés postraumático.

La mayoría de las mujeres mencionaron que el sentimiento que tuvieron al confirmar el aborto fue de alivio y tranquilidad. Algunas otras estaban elaborando el duelo, no solo del aborto, sino de otros eventos previos y/o asociados como abortos espontáneos anteriores, rupturas de parejas y en un caso específico la pérdida de empleo. Debe recordarse que el duelo no implica un trastorno emocional o es indicio de una enfermedad psiquiátrica, sino que es un proceso normal ante algunos eventos. En un caso específico había culpa debido a que la mujer tenía una formación religiosa muy significativa, pero a la vez decía sentirse segura y tranquila con la decisión que había tomado.





La maternidad

Anteriormente se ha mencionado que la maternidad es uno de los temas de mayor trascendencia en la discusión sobre el tema del aborto y en el caso de las mujeres entrevistadas, el factor de mayor peso para tomar la decisión de interrumpir el embarazo.

Históricamente la feminidad y la maternidad se han constituido en un binomio indisoluble y uno de los mandatos sociales más naturalizados que existen en nuestra cultura. Desde el plano formal se han dado avances muy importantes que entienden la maternidad en el marco de los derechos humanos como una maternidad libre, voluntaria y segura; en el diseño de las políticas públicas sin duda alguna está reconocida de esta manera. Sin embargo, en la cotidianidad y en las representaciones sociales aún es un tema con raíces muy profundas en el patriarcado.

La capacidad biológica de la procreación se equipara a un instinto materno –ignorando que este supuesto instinto responde a un arduo proceso de socialización–; el embarazo se equipara a la maternidad y siempre a una maternidad que produce alegría y que termina siendo la realización máxima de la mujer como ser humano. En la vida real y a nivel muy personal, muchas mujeres han descubierto que no existe tal determinismo, sin embargo, aún estamos muy lejos de quebrar esta fórmula matemática en el imaginario social:

(...) si decís que estás embarazada, con solo que digás que estas embarazada ya te comienzan a hacer el té de *baby shower* y demás, ¿verdad?, no te preguntan qué vas a hacer, ¿verdad?, ya lo dan como un hecho. [Lucía]

No se está haciendo referencia a la maternidad en el marco del derecho a decidir de las mujeres, de la maternidad planeada y deseada, de la maternidad segura y voluntaria, sino de aquellas situaciones en que las mujeres ante la noticia de un embarazo no planeado y/o no deseado se enfrentan a la realidad de la maternidad en ese momento concreto de sus vidas, sea por primera vez o no.

Laila realizó una reflexión muy interesante sobre este tema. En su experiencia, el embarazo abrió una

(...) nueva dimensión de eh... lo que siempre había sido como una posibilidad abstracta que era el hecho de la maternidad, en algún momento se volvió concreta, ¿verdad?, era como decir ¡yo puedo ser madre!, ¿verdad?, y eso generó, digamos a mí me generó como un montón de sensaciones en parte como de miedo, ¿verdad?, en parte como de susto, como de constatar lo biológico del hecho, ¿verdad?, o sea ya no solo es una cuestión abstracta sino que es biológicamente un hecho, yo puedo ser madre, y eso fue como una, como un autodescubrimiento muy, muy fuerte.

Para algunas mujeres, especialmente aquellas más jóvenes y de niveles socioeconómicos medios y altos, como las entrevistadas en este estudio, su identidad como mujeres no se equipara con la maternidad. Esto no significa que la maternidad esté totalmente excluida de su proyecto de vida sino que, en primer lugar, entienden la maternidad como una posibilidad sobre la que pueden decidir en qué momentos de sus vidas es oportuna y, en segundo lugar, no es un elemento imprescindible para sentir que son exitosas y felices. Esta deconstrucción del mandato social, el cual no ha sido



sencillo, fue uno de los pilares más fuertes sobre los que se sostiene su decisión de interrumpir el embarazo.

Incluso, algunas de ellas al momento de realizar la prueba del embarazo tuvieron la capacidad de poner límites al personal de salud que las atendía, quienes automáticamente asumieron que el resultado positivo era equivalente a una buena noticia.

(...) vea señora hágame el favor y usted no haga ninguna expresión, porque siempre que uno llega embarazado a algún lugar le hacen cara de felicidad mamá y uno a veces no quiere ser mamá. Esa mujer puso una cara que cuando me entregó el resultado y era positivo temblaba, no, porque ella no podía creer que me tenía que decir que era positivo después de que yo le hubiera dicho que no, no me hiciera gestos. [Irina]

(...) el médico te ve que estás embarazada y de una vez te empieza a tratar como mujer, como mamá, y te pone, te dice, hasta me sacó la fecha del día que iba a parir y yo salí tan enojada de ahí, digamos estaba enojadísima con el médico y con toda la cosa digamos, que en Cuba llegas a un hospital y, y te hacen un examen de embarazo, te dicen estás embarazada, ¿qué vas a hacer?, es la pregunta seguida, ¿lo vas a tener o lo vas a interrumpir?, es lo que te preguntan, es decir, nadie te trata como mamá porque estás embarazada, ¿verdad? [Silvia]

En algunos sectores de la población ya no solo se cuestiona que el destino de toda mujer sea la maternidad sino que en algunos casos la maternidad se presume como “no indicada”, como en el caso de niñas y adolescentes embarazadas. No se hace referencia acá al principio enunciativo de consenso social

de que ninguna niña debería ser madre, sino a las oportunidades que se deben brindar a una adolescente embarazada.

Irina fue madre adolescente. Al momento de confirmar el embarazo pensó en la opción de la interrupción, pero su madre y su padre la “convencieron” de tener a su hijo. Ella recuerda como un momento muy impactante el día que un grupo de amigas de su mamá cuestionó esa decisión:

(...) una frase que me marcó para toda la vida es: cómo tu mamá hizo parir a una chiquita tan joven. Por eso te digo que es una cuestión que nunca me la habían dicho en la cara y eso era lo que yo sentía, eh... ¿verdad?, con toda la preparación que tiene su mamá, cómo, cómo hizo que usted la tuviera tan joven. [Irina]

En suma, el tema de la maternidad es central en la vida de las mujeres, incluso para aquellas que deciden no serlo y que dado el contexto legal deben afrontar una ruta compleja.

Las amigas

Las amigas fueron personas muy importantes para todas las mujeres que decidieron involucrarlas, desde el momento de la sospecha del embarazo hasta la interrupción. Historias como las relatadas por estas mujeres son las que dan contenido al concepto de sororidad, propuesto por autoras feministas.

Las amigas ayudaron a buscar opciones, cuando fue necesario las confrontaron con sus propios valores personales para comprobar que estaban seguras de las decisiones que estaban tomando, les dieron apoyo emocional, les cocinaron, las abrazaron, las escucharon, las hicieron reír, las ayudaron en

la organización “logística”, aportaron dinero, prestaron sus casas, las acompañaron a las citas, les introdujeron las pastillas, les consiguieron el medicamento y, muy particularmente, respetaron y las acompañaron en la decisión que habían tomado. En resumen, estuvieron presentes y muy atentas a las necesidades de las mujeres.

En algunas ocasiones en que las amigas no estuvieron de acuerdo con la interrupción, o por una u otra razón sentían que no tenían la capacidad para acompañar el proceso, se hicieron a un lado y no se convirtieron en un obstáculo o una amenaza.

De manera posterior a la realización del procedimiento, las mujeres también buscaron a algunas amigas para compartir sus historias. En estas ocasiones se encontró tanto apoyo como censura, sin embargo, esto último no implicó el fin de la amistad y fueron capaces de hablar sobre la diferencia de criterios y valores.



Las parejas

Debe recordarse que al momento del embarazo las mujeres se encontraban en relaciones de pareja muy diversas: desde encuentros casuales sin ningún nivel de compromiso hasta matrimonios y/o relaciones de convivencia.

Las parejas o en algunos casos corresponsables de los embarazos tuvieron diferentes niveles de participación. Algunos apoyaron y las acompañaron en todo el proceso. Otros amenazaron con la denuncia judicial ante un aborto y, por esta razón, no se enteraron de la decisión tomada e incluso, en algunos casos, del mismo embarazo. Uno de ellos hostigó a su compañera para que se hiciera el aborto pero no la apoyó de ninguna manera, ni siquiera en el aspecto económico.

En muchos de los casos, la relación terminó de forma posterior, no necesariamente por el aborto, sino porque todo el proceso desde la noticia del embarazo hasta la interrupción, les permitió a algunas de ellas darse cuenta de que la relación no era la que ellas tenían idealizada. Solo hubo un caso en que el compañero participó de la interrupción, y luego de algunos años permanecen juntos.



Los recursos

El tema de los recursos es un factor fundamental en este tema, entendiendo recursos en el sentido amplio que incluye diferentes niveles: económico, empoderamiento, acceso a información, acceso a Internet, entre otros.

Todas las mujeres que participaron en el estudio se podrían ubicar en la clase media y habían tenido acceso a educación formal, incluso la universitaria, lo cual no solo brinda acceso a información sino que contribuye al desarrollo de contactos, capacidades y habilidades para enfrentar diversas situaciones en la vida.

Aun cuando algunas al momento del embarazo estaban desempleadas y no tenían recursos económicos propios, tenían personas cercanas –principalmente amigas y/o la pareja– activas laboralmente y con la posibilidad de facilitarles el dinero, fuera como un apoyo o como un préstamo.

Aquellas que aún eran estudiantes y no tenían trabajo (incluso una de ellas que era madre soltera) contaban en mayor o menor medida con el apoyo de sus familias para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, universidad, acceso a servicios públicos, etc.), razón por la cual pudieron gestionar recursos económicos para la interrupción del embarazo con otras personas,

sin tener que desatender necesidades como alimento, pagar el alquiler de la casa u otras. Por su parte, las que ya estaban graduadas y tenían trabajo no escatimaron recursos económicos para realizar el aborto.

Por otro lado, estas mujeres también contaban con algún nivel de empoderamiento que les permitió cuestionar el mandato de la maternidad, conocer de antemano información o al menos personas que sabían que les podían ayudar, en algunos casos viajar a la capital y moverse en una ciudad que no conocían o incluso realizar trámites migratorios para viajar a otros países.

Si bien en contextos de clandestinidad los recursos económicos son un factor fundamental que determina o no el acceso a un aborto, no son los únicos ya que también influyen estas otras habilidades y los “recursos personales” de las mujeres.



El riesgo

Se ha mencionado reiteradamente en esta investigación que el aborto inseguro no es una causa de muerte materna en Costa Rica. Si bien no es posible afirmar la razón, existen dos hipótesis que se corroboran al menos en los casos estudiados:

- Las mujeres están accediendo a los abortos a través de personal calificado, lo cual no es sinónimo de personal capacitado en tecnologías modernas o que estén al tanto de las últimas actualizaciones científicas. Sin embargo, es personal que utiliza procedimientos seguros desde el punto de vista técnico, principalmente medicamentos y en limitados casos, el AMEU.
- Ante eventuales complicaciones, las mujeres acuden a servicios públicos de salud, en los cuales son atendidas.

Si no existe evidencia de la inducción, el personal asume que es un aborto espontáneo. Existen datos en la Fiscalía General que muestran que hay un cierto número de mujeres que sí son denunciadas judicialmente, sin embargo, esto se hace de manera posterior a su atención médica.

Sin embargo, lo anterior no es sinónimo de que en Costa Rica los abortos sean seguros. Uno de los objetivos de esta investigación fue explorar la situación de riesgo de las mujeres que hacen un aborto de acuerdo a las particularidades que ofrece el contexto de nuestro país, no solo en cuanto al marco legal sino al acceso a los procedimientos, la atención de las complicaciones, las redes de apoyo y todos los elementos explorados.

Se parte de la premisa de que *en el contexto de la clandestinidad todo aborto es inseguro*, aun cuando sea atendido por personal capacitado y en instalaciones adecuadas. Esta afirmación se sustenta en los siguientes argumentos:

1. Riesgo en la salud emocional. La censura, el estigma y la culpa, colocadas desde el imaginario social y principalmente cuando son interiorizadas, dificultan la elaboración psicológica de la experiencia, lo que en algunos casos puede tener repercusiones negativas en la salud emocional de las mujeres.
2. Percepción del riesgo. Aun cuando las mujeres no enfrenten situaciones de riesgo obstétrico, debido a la falta de información y consejería, pueden vivir algunos de los síntomas regulares de la interrupción como indicadores de que su salud y su vida están en riesgo. Esta situación está muy relacionada con el tema de salud emocional.
3. Riesgo de violencia psicológica. Si la mujer es “descubierta” en su transgresión social es legitimado socialmente el maltrato que puede recibir, tanto desde sus personas conocidas como por parte del personal de salud, incluyendo a



aquellas personas a las que les paga para que realice el procedimiento.

4. Riesgo de persecución penal. El fantasma de la denuncia penal y la sanción de la cárcel acompañan a las mujeres en todo el proceso, generando una sensación de inseguridad.
5. Riesgo a la integridad personal. Aun cuando la mujer tenga un procedimiento técnicamente seguro, tanto ella como el personal que la asistió se convierten en criminales que deben encubrir su delito, ya que si son descubiertos no solo corre el riesgo de enfrentar un proceso judicial con todo lo que este implica, sino que debe asumir las consecuencias sociales: pérdida de empleo, pérdida de vínculos con familiares y amistades, estigma social, entre otros.
6. Riesgo para la salud y la vida. En la mayoría de los casos las mujeres son atendidas por profesionales en salud, sin embargo, debido al tabú que existe sobre el aborto, usualmente no se encuentran capacitadas o capacitados en las tecnologías modernas para la interrupción del embarazo. Es usual que los procedimientos que utilizan se basen en sus usos y prácticas, mas no en evidencia científica ni en capacitación continua sobre el uso de las técnicas.

También se encuentran aquellas ocasiones en que las mujeres inician la interrupción acompañadas por personal de salud pero eventualmente deben hacer frente a las complicaciones por sí mismas, ya que en la clínica o el consultorio les informan que no cuentan con personal capacitado para la situación o con las técnicas o procedimientos necesarios para terminar la interrupción ante el fallo del medicamento. En estos casos, el aborto está en proceso y por lo tanto las mujeres deben buscar una solución de manera rápida. En el caso de Silvia (segunda ocasión) ella contó con los recursos económicos para viajar fuera del país, pero no todas las mujeres tienen esta posibilidad.

Por otro lado, existe una dimensión que ha sido poco indagada y discutida, que es la del suicidio, especialmente entre las mujeres más jóvenes. Esta es una línea de investigación que queda pendiente para futuros estudios.

El interés de la Colectiva por el Derecho a Decidir al realizar esta investigación es colocar en el debate público la discusión sobre la despenalización del aborto. Hay un hecho que es innegable: las mujeres abortan, independientemente de que sea, social y legalmente, considerado un delito o no. Por lo tanto, si el objetivo final de la penalización del aborto es prevenir que estos sucedan y salvar vidas humanas, está mostrando ser una medida infructuosa. Si el fin es controlar el cuerpo de las mujeres y sancionarlas por atreverse a desafiar el mandato de la maternidad sí está siendo eficaz, ya que al transitar por la ruta de la clandestinidad se enfrentan a muchos y diversos riesgos para su integridad personal.

El debate filosófico y discursivo en torno a la penalización/despenalización del aborto ha mostrado ser estéril, porque la defensa de principios abstractos, como el “derecho a la vida”, se convierten en cascarones carentes de contenido en la vida real. Por lo tanto, con esta investigación se pretende mostrar historias de mujeres reales que, en su contexto particular, tomaron la decisión de interrumpir el embarazo; decisión que no se ejecuta mágica e inmediatamente, sino que requiere transitar por una ruta que es compleja y riesgosa. Los relatos de estas mujeres aportan elementos concluyentes para desmitificar el debate sobre la despenalización del aborto.

Las doce historias relatadas para esta investigación muestran una parte de la realidad de las mujeres que abortan de manera clandestina en el país, realidad que sin duda alguna es mucho más amplia y compleja. Existen mujeres muy di-



versas que no se incluyeron en esta investigación, ya fuera porque no fue posible localizarlas o porque no accedieron a hablar sobre este tema. La enumeración es amplia, pero entre ellas se puede hacer referencia a mujeres indígenas, mujeres jóvenes, mujeres rurales, mujeres de clases sociales altas, mujeres afrodescendientes, mujeres en condición de pobreza y, finalmente, mujeres que abortaron, fueron denunciadas y han enfrentado procesos judiciales.

Referencias bibliográficas

Acuña Ortega, Víctor (1989). "La historia oral, las historias de vida y las ciencias sociales". En: Fonseca, Elizabeth (comp.). (1989). *Historia: Teoría y métodos*. San José: Editorial Universitaria Centroamericana.

Adler, Nancy; David, H.; Major, B.; Roth, S.; Russo, N. & Wyatt, G. (1990, April). Psychological responses after abortion. *Science*, 248: 41-44.

Adler, Nancy; David, H.; Major, B.; Roth, S.; Russo, N. & Wyatt, G. (1992). Psychological factors in abortion: a review. *American Psychologist*, 47(10): 1194-1204.

American Psychological Association (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington: APA.

Brenes, María Isabel (1994). *Actitudes y práctica del aborto inducido en Costa Rica*. Trabajo de grado, Maestría en Estadística, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Boonstra, Heather; Benson, R.; Richards, C. & Finer, L. (2006). *Abortion in Women's Lives*. New York: Guttmacher Institute. Consultado el 21 de enero de 2009, en <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>

Camacho, Rosalía (1997). *La maternidad como institución del patriarcado: representaciones y manifestaciones en obreras del sector textil*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad de Costa Rica y Universidad Nacional.



Carril Berro, Elina y López Gómez, Alejandra (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Centro de Derechos de Mujeres (2005). *"Nunca antes lo había hablado". El aborto, testimonio de mujeres hondureñas*. Tegucigalpa: Centro de Derechos de Mujeres.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos (1998). *Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los derechos humanos*. Reimpresión. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos.

Foucault, Michel (1998). *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

Fuller Osore, Norma (2001). Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros. En: Donas, Solum (comp.). (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional.

Gómez Ramírez, Cristian (2008). *Estimación del aborto inducido en Costa Rica, 2007. Informe de resultados*. San José: Asociación Demográfica Costarricense.

Herrera Rodríguez, Susana (2004). *El aborto inducido, ¿víctimas o victimarias?* Santiago de Chile: Catalonia.

Jaiven, Ana (1998). "Cuando hablan las mujeres". En: Debates en torno a una metodología feminista. México D.F.: UAM-X, CSH.

Lamas, Marta (2001). *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*. México D.F.: Plaza & Janés, México, S.A. de C.V.

Lagarde, Marcela (1997). *Los cautiverios de las mujeres: maldresposas, monjas, putas, presas y locas*. 2a. ed. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Lagarde, Marcela (2006). *Pacto entre mujeres sororidad*. Madrid: Coordinadora Española para el Lobby Europeo de Mujeres. Ponencia.

Mujica, Jaris (2007). *Economía Política del Cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

Paterna, Consuelo y Martínez, Carmen (2005). *La maternidad hoy: claves y encrucijada*. Madrid: Minerva Ediciones.

Sagot, Monserrat (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudio de casos de diez países)*. Organización Panamericana de la Salud.

Sierra Bravo, Restituto (1995). *Técnicas de Investigación Social: Teoría y Ejercicio*, 10a. ed. Madrid: Editorial Paraninfo.

Anexo

Guía de entrevista

1. El embarazo

- ¿En qué situación se dio el embarazo?: edad que tenía la mujer, situación económica, tenía trabajo y/o estaba estudiando, con quién vivía, estaba utilizando algún método anticonceptivo, tenía pareja, era esta el “aporte genético”, cómo se tomó la noticia del embarazo, la compartió con alguien, edad gestacional al momento de conocer la noticia del embarazo.

2. La decisión de interrumpir el embarazo

- ¿Por qué razón o razones decidió que no podía continuar con el embarazo?
- ¿Habló con alguna otra persona sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo?
 - Sí: ¿con quién/es?, ¿cuál fue su reacción?, ¿era esa la reacción que usted esperaba que tuviera esa persona?
 - No: ¿por qué no lo habló con nadie más?, ¿por qué no lo habló con el “aporte genético”?

3. La búsqueda de la información

- ¿Adónde y cómo inició la búsqueda para interrumpir el embarazo?
- ¿Eran fuentes confiables?
- ¿Era información clara sobre los procedimientos, las indicaciones, los riesgos, etc.?, ¿era comprensible para usted?, ¿tuvo la oportunidad de hacer preguntas?
- ¿Hubo alguna persona que la apoyara en ese proceso?
 - Sí: ¿quién?, ¿cuál fue su papel?
- ¿Esa información le ayudó a tomar la decisión final?, ¿cuáles dudas o vacíos quedaron?

4. La realización del procedimiento

- ¿Por qué se decidió por ese procedimiento y no por otro?
- ¿Tuvo que consultar en varios lugares o con varias personas para realizarlo?



- Sí: ¿cuáles lugares?, ¿cuáles personas?, ¿por qué no “funcionaron” las primeras opciones?
- ¿Quién fue la persona que hizo el procedimiento o que le brindó los medicamentos?, ¿cómo fue el trato?, ¿sintió que era una persona de confianza?, ¿sintió que se aprovechó de la situación de alguna manera?
- ¿Cuál fue el costo?
- ¿Alguna persona la acompañó?
 - Sí: ¿quién?, ¿cuál fue su papel?
 - No: ¿por qué decidió ir sola (en caso de que otras personas hubieran estado en la “fase anterior”)?
 - ¿Sintió que estaba en riesgo en algún momento?, ¿por qué?, ¿qué tipo de riesgo?, ¿alguna persona se aprovechó de usted en el proceso?, ¿de qué forma?
- ¿Sintió algún temor?, ¿cuál/es?
- ¿Le informaron sobre el uso de algún método anticonceptivo durante este proceso?
- ¿Cuál era la edad gestacional al momento de la interrupción?

5. El posprocedimiento

- ¿Sufrió alguna complicación? ¿Debió visitar algún centro de salud posterior al procedimiento?
- ¿Cómo se sintió inmediatamente después de realizado el procedimiento?
- Conforme ha pasado el tiempo, ¿cómo se ha sentido?
- ¿Fue necesario buscar ayuda profesional?, ¿por qué sí o por qué no la buscó?
- ¿Ha hablado con alguien sobre la experiencia?, ¿con quién?, ¿cuáles han sido las reacciones?

6. El contexto legal

- Antes de enfrentar esta situación, ¿sabía que el aborto era penalizado?
- ¿Qué pensaba de esa situación?, ¿qué piensa ahora?
- ¿Cuál cree que es la peor situación que enfrenta una mujer por realizar un aborto clandestino?

