



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
MÉXICO Y CENTROAMÉRICA**

T E S I S

EL ACOMPAÑAMIENTO FEMINISTA DURANTE EL PROCESO DE ABORTO

**LA CONSTRUCCIÓN DE UN MANUAL
SORORARIO A PARTIR DE LAS
EXPERIENCIAS Y VOCES DE LAS MUJERES
QUE ACOMPAÑAN**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ESTUDIOS E INTERVENCIÓN FEMINISTAS

PRESENTA

NADIA HELENA GUERRA GARDIDA

DIRECTORA DRA. SARAÍ MIRANDA JUÁREZ





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
MÉXICO Y CENTROAMÉRICA**

T E S I S

EL ACOMPAÑAMIENTO FEMINISTA DURANTE EL PROCESO DE ABORTO

**LA CONSTRUCCIÓN DE UN MANUAL
SORORARIO A PARTIR DE LAS
EXPERIENCIAS Y VOCES DE LAS MUJERES
QUE ACOMPAÑAN**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ESTUDIOS E INTERVENCIÓN FEMINISTAS

PRESENTA

NADIA HELENA GUERRA GARDIDA

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTORA DRA. SARAÍ MIRANDA JUÁREZ

DRA. MARIA GEORGINA RIVAS BOCANEGRA

MTRA. LILIANA LÓPEZ ARELLANO

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

Junio de 2019





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
23 de mayo de 2019
Oficio No. DIP/0339/2019

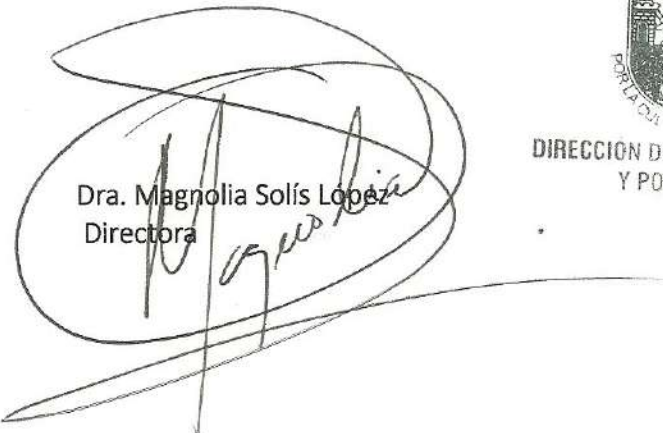
C. Nadia Helena Guerra Gardida
Candidata al Grado de Maestra en Estudios
e Intervención Feministas UNICACH
Presente

En virtud de que se me ha hecho llegar por escrito la **opinión favorable** de la Comisión Revisora que analizó su trabajo terminal denominado **"El acompañamiento feminista durante el proceso de aborto. La construcción de un manual sororario a partir de las experiencias y voces de las mujeres que acompañan"**, y que dicho trabajo cumple con los criterios metodológicos y de contenido, esta Dirección a mi cargo le **autoriza la impresión del documento** mencionado, para la defensa oral del mismo, en el examen que Usted sustentará para obtener el **Grado de Maestra en Estudios e Intervención Feministas**.

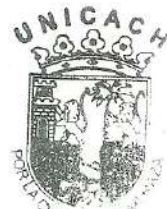
Se le pide observar las características normativas que debe tener el documento impreso y entregar en esta Dirección un tanto empastado del mismo.

Atentamente

"Por la Cultura de mi Raza"



Dra. Magnolia Solís López
Directora



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
Y POSGRADO



C.c.p. Expediente
*MSL/rags

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| | |
| CAPÍTULO I..... | 13 |
| Nociones teóricas a partir de la práctica médica del aborto..... | 13 |
| 1. El habitus médico..... | 13 |
| 1.1 El Habitus en el acompañamiento feminista de aborto..... | 14 |
| 1.2 Prácticas del acompañamiento feminista..... | 15 |
| 1.2.1 Afidamento y sororidad..... | 16 |
| 1.2.2 Complicidad..... | 17 |
| 1.2.3 Buentrato..... | 17 |
| 1.2.4 Escucha activa..... | 18 |
| 1.2.5 Empatía y contención emocional..... | 18 |
| 1.3 ¿Qué se ha escrito sobre Acompañamiento y aborto? | 20 |
| 1.4 Aborto y derechos humanos..... | 28 |
| 1.4.1. Aborto como problema de salud pública..... | 32 |
| 1.4.1.1 El concepto de Salud integral de la OMS..... | 34 |
| 1.5 Acompañamiento como vía para el ejercicio de un derecho..... | 40 |
| 1.5.1 Aborto, feminismo y acompañamiento..... | 41 |
| 1.5.2 ¿Qué es el acompañamiento durante un aborto inducido? | 46 |
| 1.5.3 ¿Consejería, orientación o acompañamiento? | 47 |
| 1.6 Acompañamiento psicológico post aborto..... | 48 |
| | |
| CAPÍTULO II..... | 51 |
| 2. El aborto un problema de justicia social en México..... | 51 |
| 2.1. Avances y retrocesos en Derechos Sexuales y Aborto en México..... | 52 |
| 2.2. Legislación sobre el aborto en la República Mexicana..... | 54 |
| 2.3. Algunos datos sobre aborto en México..... | 56 |
| 2.4. La despenalización del aborto en la Ciudad de México..... | 58 |
| 2.4.1 La "protección de la vida desde la concepción"..... | 59 |
| 2.5 Las luchas feministas a favor del derecho al aborto en México y Chiapas..... | 60 |
| 2.6 El aborto en Chiapas..... | 64 |
| 2.6.1 Causales para abortar legalmente en Chiapas..... | 65 |
| 2.6.2. El contexto Chiapas- San Cristóbal de las Casas..... | 67 |
| | |
| CAPÍTULO III..... | 74 |
| 3 Metodología de investigación e intervención..... | 74 |
| 3.1 Acompañantes entrevistadas..... | 82 |
| 3.2. ¿Porqué un Manual Sororario para acompañantes de aborto? | 84 |
| 3.3. El acompañamiento durante el aborto ¿activismo político feminista? | 85 |

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO IV..... | 87 |
| 4. El acompañamiento durante un aborto en México..... | 87 |
| 4.1. ¿El aborto inducido con medicamentos, es seguro? | 88 |
| 4.2. El trabajo de las Organizaciones de la Sociedad Civil y colectivas que acompañan abortos en México. | 89 |
| 4.2.1. De “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir” a “Aborto en la casa y con amigas” | 91 |
| 4.3. Categorías de análisis/ acompañamiento..... | 93 |
| Sofía Mora..... | 98 |
| Julia..... | 103 |
| Margarita..... | 110 |
| Karla..... | 117 |
| Grupo Focal con acompañantes de la CDMX..... | 123 |
| 4.4. Católicas por el Derecho a Decidir, México..... | 127 |
| 4.4.1. Otras formas de ser católicas. Teoría de la Liberación en Chiapas..... | 129 |
| 4.4.2. Acompañamiento que brinda la Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir..... | 132 |
| 4.4.3. Alcances de la Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir..... | 135 |
| 5. REFLEXIONES FINALES..... | 137 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA..... | 146 |
| 7. ANEXOS..... | 149 |
| Guía de entrevista Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir..... | 150 |
| Guía de Entrevista diversas Organizaciones de las Sociedad Civil..... | 158 |
| Tabla comparativa Organizaciones de la Sociedad Civil y acompañamiento que brindan..... | 159 |
| Manual Sororario para Acompañantes de aborto..... | 171 |

DEDICATORIA

A las acompañantes que destinan gran parte de sus vidas a resignificar el aborto mediante su activismo feminista. Esta tesis visibiliza su “poner el cuerpo”, para que las mujeres ejerzan su derecho a decidir.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que amorosamente me han acompañado en este proceso.

Especialmente a Citlalli, Estefanía, Flor, Frida, Guiet, Irlanda, Lilith, Samantha, Silvia, Sonia, Tania, Violeta y Yazmin, por compartirme su tiempo, sus saberes y conocimientos, pues éstos fueron la clave para construir el *Manual Sororario para Acompañantes de Aborto*.

A mi aliada y acompañante de vida, mi mamá Leti Gardida. Sin ti sería imposible cumplir mis metas y sueños.

A mi tía Rosa, quien me enseñó a creer en mí misma y en mis decisiones. Gracias por todo tía querida, descansa en paz.

A mi amiga y directora Saraí Miranda, quien pacientemente me ha acompañado hasta el final de este proyecto. Estoy segura de que sin su apoyo incondicional no habría concluido esta tesis.

A mis dos lectoras la Dra. Georgina Rivas y a la Dra. Liliana Arellano quienes me han leído pacientemente durante todo el proceso.

A la organización con la cual colaboro en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, la Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir, gracias por permitirme aproximarme a la realidad del aborto en este contexto.

También agradezco a la vida y a mis circunstancias personales, por haberme permitido ejercer mi derecho a decidir sobre mi cuerpo, algo que no debiera ser un privilegio. Estas experiencias me permitieron visibilizar la importancia del acompañamiento durante un aborto.

INTRODUCCIÓN

“¿Podemos conmovernos en conjunto por algo
que sucede remotamente?”

—Susan Sontag, Ante el dolor de los demás

Este trabajo de investigación tiende un puente entre el activismo feminista y la academia. Si bien el aborto ha sido un tema central en los estudios de género, el tema del *acompañamiento de aborto* es un tema relativamente nuevo. Esto se debe a que es una práctica realizada fuera de la hegemonía médica y en los bordes de la legalidad, de ahí que este trabajo pretende visibilizar y legitimar al acompañamiento de aborto.

Es importante puntualizar que, pese a las restricciones legales y morales, el aborto inducido siempre ha existido¹, al mismo tiempo que la figura de la *acompañante*, siendo las parteras, amigas, hermanas o vecinas, la vía para la consecución de éste. No obstante, en años recientes, el uso de medicamentos –misoprostol y mifepristona–, ha transformado el aborto volviéndolo más accesible, pues su uso no requiere hospitalización. Estos fármacos han sido declarados como “medicamentos esenciales” por la Organización Mundial de la Salud² (OMS).

El acercamiento al tema del acompañamiento tiene que ver con mi subjetividad y con mi experiencia personal, durante el 2005 en la Ciudad de México, una amiga que no deseaba seguir con su embarazo, me pidió que la acompañase en su aborto medicamentoso –ambas teníamos 21 años de edad-. Tiempo después al reflexionar juntas sobre cómo este acompañamiento había sido importante en su vida; me compartió que “*sentí que tú también sentías mi dolor, me sentí acompañada, comprendida, segura y lo más importante es que no juzgaste mi decisión*”.

¹ Hammurabi (1730-1688 a. C.) rey de Babilonia promulgó un conjunto de leyes en las que se nombraba al aborto “si un hombre golpea a una mujer embarazada, lo que le provoca el aborto, entonces deberá pagar 10 shekels por su pérdida”. San Agustín (1- 600 d.C.), consideraba que “el acto del aborto no se considera homicidio, porque aún no se puede decir que hay un alma viva en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotada de sentidos”.

² En el 2005, la OMS incluyó al misoprostol en la “Lista de medicamentos esenciales”. En ese mismo año declaró a la mifepristona como medicamento esencial, no obstante, su aprobación, disponibilidad y accesibilidad siguen limitadas.

Si bien, esta experiencia fue en su momento una práctica entre amigas, me llevó a dar información y consejería sobre el uso de medicamentos para abortar en la Universidad. Me desempeñaba de manera empírica y autónoma, porque había una necesidad de consejería de las mujeres a mi alrededor, sin embargo, no era consciente de que el acompañamiento de aborto es activismo político feminista. La sensación de incertidumbre de esas primeras experiencias de acompañamiento se veía compensada con la satisfacción de que las mujeres pusieran fin a un futuro incierto en sus vidas, pues practicarse un aborto les libraba de una gran dificultad en ese momento y en su futuro.

En el 2007, el panorama respecto al aborto cambió en la Ciudad de México al despenalizarse hasta las 12 semanas de gestación y bajo libre decisión de la mujer. La despenalización se aprobó bajo el argumento de que el aborto es un derecho, parte de los derechos sexuales y reproductivos. Además de una práctica que protege a la salud de las mujeres y parte del derecho a “*recibir información y atención oportuna y de calidad respecto a su salud reproductiva*”. De esta manera, puede considerársele como una práctica *legal* y determinante en el acceso a la salud, sobre todo para aquellas mujeres más vulnerables por razón de clase, etnia y lugar de residencia.

La despenalización abrió la puerta a que distintas Organizaciones de la Sociedad Civil expresaran abiertamente que acompañan a mujeres durante sus abortos, pese a que tenían años de experiencia brindando información y consejería bajo diversas causales. Fue en esta coyuntura política que me uní a Fondo *MARLA* (Mujeres, Aborto, Reproducción, Información y Acompañamiento) donde vinculé mis conocimientos adquiridos como estudiante de licenciatura en psicología con el activismo feminista. Esta organización de la sociedad civil, funciona a manera de fondo revolvente³ en el que se les brinda acompañamiento emocional, económico y logístico a mujeres de todo el país que requieren abortar. *Fondo MARLA*, intenta empoderar a las mujeres que acceden a un aborto, así como a las activistas que acompañamos.

El acompañamiento de aborto devuelve el carácter de *respeto a la dignidad humana*, que

³ Un fondo revolvente, es un fondo de préstamo para las mujeres que no cuentan con recursos económicos suficientes para solventar sus gastos de aborto. Las mujeres que han recibido este apoyo, eventualmente regresan una parte del dinero para que éste sea reutilizado.

enuncian las diversas conferencias mundiales de Derechos Humanos. No es lo mismo abortar en un entorno hospitalario bajo el orden médico, autoritario, que eventualmente devendrá en prácticas violentas –propias de la medicina hegemónica–, que abortar fuera de este orden. Con esto no sostengo que todos los médicos sean autoritarios, no obstante, puede argumentarse que el *campo médico* tiene ciertas características, asentadas en una estructura de poder, que legitiman dichas prácticas autoritarias “*los profesionales médicos, profesan saber más que los otros sobre la naturaleza de ciertas cosas*” (Hughes, 1993:375). El *habitus médico*, se expresa mediante posturas, emociones, actitudes conductas y predisposiciones, producto de una estructura social que se ha hecho cuerpo (Castro, 2013). Dicho *habitus*, incorporado en la subjetividad de los profesionales, tiene ciertos símbolos muy eficaces que legitiman su poder y naturalizan la violencia hacia las pacientes. Esto se confirma en diversas recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos⁴, que dan cuenta de la frecuencia de las violaciones a los derechos de las mujeres dentro de las instituciones de salud.

Este *habitus* médico se contrapone al *habitus* de las acompañantes de aborto. Las *prácticas* del acompañamiento, facilitan ambientes de *buentrato*, donde se atiendan las emociones –culpa, remordimiento, tristeza, ira– de las mujeres. La *escucha* una de las prácticas primordiales del acompañamiento, pone en primer lugar sus necesidades, evitando asumir roles de poder aconsejándolas, para que sean ellas mismas las que encuentren sus soluciones.

Respecto a las acompañantes, éstas se posicionan como agentes de derechos, la mayoría se asumen activistas feministas, como resultado de un devenir histórico sobre sus cuerpos. Siendo el ejemplo vivo de que *lo personal es político*, pues sus historias dan cuenta de vivencias de abortos en sus cuerpos o en los de mujeres cercanas, donde el sufrimiento, la desprotección y la vulnerabilidad, las han atravesado de tal forma que han decidido accionar mecanismos para revertir este maltrato. La relación de poder entre acompañantes y mujeres busca ser horizontal,

⁴ En el 2017, la CNDH emitió la Recomendación General 31/2017 para que las autoridades de salud combatan violaciones a los derechos humanos de las mujeres en la atención obstétrica y eliminar toda vulneración a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud. Esta recomendación es producto del análisis de diversas llamadas de atención que la CNDH ha emitido sobre el tema entre el 2015 y 2017. En la misma investigación, se concluyó que los derechos humanos que se trasgreden con mayor frecuencia son: protección a la salud, una vida libre de violencia, a la información y al libre consentimiento informado, a la libertad y autonomía reproductiva, a la igualdad y no discriminación, a la integridad personal y a la vida. En: <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=30105> [Consultada: 1 de marzo del 2019]

aunque no siempre es así⁵. Se busca que el acompañamiento favorezca la autonomía de las mujeres y que sean ellas que tomen sus propias decisiones de manera informada. El *acompañamiento*, es un espacio de empatía en el que se busca formar redes y sumar recursos, económicos, legales, psicológicos, para que un aborto llegue a término.

Los avances legales en torno al derecho al aborto en la capital del país, han evidenciado condiciones inequitativas en la práctica, pues en el interior de la república mexicana, las mujeres siguen abortando, pero de manera clandestina y desinformada. A pesar de que se promulgó la constitucionalidad del aborto en la Ciudad de México, en otras entidades se sigue persiguiendo, encarcelando y discriminando a mujeres por decidir en su esfera íntima.⁶ El Estado no puede ostentar los títulos de “democrático” y “constitucional” si la mitad de la población no goza de los mismos derechos, por vivir en una u otra entidad. En este sentido, el acceso a un aborto seguro es también un tema de *justicia social*.

No obstante, a estas injerencias del Estado en la esfera íntima, también existe una base social activa y comprometida, que “pone en movimiento” estos derechos negados para un sector de la población. En las entidades federativas, son las diversas asociaciones de la sociedad civil, o activistas feministas las que han tendido los puentes entre las instancias para que las mujeres accedan a este derecho. Su trabajo no es menor, si se toma en cuenta que el *acompañamiento* implica *escuchar* a las mujeres, ser cómplices de ellas –por tratarse de una práctica estigmatizada e ilegal– y ser *sororas* bajo circunstancias de mayor estigma y de ilegalidad. El acompañamiento en estas circunstancias, se puede considerar como un acto de resistencia que abona en la construcción de un derecho alterno. Citando a Martha Rosenberg, feminista argentina “*la práctica crea un espacio de derecho*”, es decir, las prácticas aún por fuera de la ley, producen pautas emancipadoras, hay una *apropiación de derechos* de parte de las mujeres que acompañan y las que abortan convencidas. Asimismo, este activismo feminista ha logrado resignificar estas prácticas

⁵ Las acompañantes cuentan con mayor información sobre derechos sexuales y reproductivos y sobre el uso de los medicamentos para abortar, no obstante, son las mujeres las que conocen su cuerpo. En ese sentido, se busca que el acompañamiento sea un intercambio de información y de conocimientos recíproco.

⁶ Un ejemplo es el estado de Guanajuato, que se ha caracterizado por tener una de las legislaciones más restrictivas y punitivas del país. Las Libres, organización de la sociedad civil en el estado, ha documentado casos de mujeres acusadas injustamente de “homicidio en razón de parentesco” pese a haber sufrido abortos espontáneos. Estos casos ponen en evidencia la grave intromisión del Estado y de la autoridad médica en la esfera privada de las mujeres (Madrazo, 2011).

al generar lazos afectivos entre mujeres –acompañantes y mujeres–, con estos vínculos afectivos, se ha logrado revertir el secreto, la vergüenza y la incertidumbre que antes generaba un aborto.

En San Cristóbal de las Casas también se realizan acompañamientos de aborto, pero bajo condiciones de ilegalidad y de estigma, lo que vuelve el quehacer de los agentes –las colectivas y organizaciones de la sociedad civil– más complejo. La ciudad es un centro político y social neurálgico del estado de Chiapas, donde confluyen muchas voces. Los pobladores de San Cristóbal, se conforman por culturas ancestrales mayas de la región denominada *Altos de Chiapas*, pobladores nacionales, extranjeros y mestizos. El lugar es escenario de desigualdad social y exclusión sobre todo hacia los indígenas, lo que ha dado lugar –entre otros factores–, a varios movimientos sociales. Como ejemplo el levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional de 1994, que estimuló el surgimiento de organizaciones de la sociedad civil, críticas antes dichas condiciones de injusticia. La ciudad tiene entre sus principales problemáticas insuficientes servicios de salud para la población. En este escenario, son las diversas organizaciones de la sociedad civil, las que han jugado un papel importante para transformar dichas desigualdades.

En Chiapas, el aborto está permitido bajo tres causales; *a) si el embarazo es producto de violación, b) si la vida de la mujer corre peligro y c) si el producto tiene graves alteraciones genéticas o congénitas.* No obstante, no existen protocolos de atención para aquellas mujeres que acuden a los servicios de salud pidiendo una interrupción legal. Además, la ciudad cuenta con una gran población rural e indígena hablante de lenguas tsotsil y tseltal. Aunado a la barrera de lenguaje, los determinantes sociales, generadores su vez de desigualdades sociales, provocan que se obstaculice el acceso a los servicios públicos, dificultando el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Las activistas trabajan de manera clandestina, fuera de los márgenes de la ley y fuera de los servicios de salud pública.

Considerando este panorama de injusticia social, la investigación que aquí presento tiene como Objetivo general: Ahondar, describir y analizar las prácticas, los conocimientos y saberes de las acompañantes de aborto de San Cristóbal de las Casas y de la Ciudad México, para construir un Manual Sororario para acompañantes de aborto.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- a. Analizar las nociones teóricas de habitus médico, distinguiéndolo del habitus del acompañamiento de aborto.
- b. Discutir al acompañamiento de aborto como un tema de derechos humanos.
- c. Distinguir el acompañamiento de aborto de la consejería y de la orientación.
- d. Describir los avances y retrocesos en materia jurídica sobre el tema del aborto.
- e. Señalar al aborto seguro como un problema de justicia social en México.
- f. Visibilizar los saberes, experiencias y subjetividades de las acompañantes por medio del análisis de las entrevistas realizadas.
- g. Elaborar una categorización de acompañantes en función de sus saberes, estrategias y su definición personal de acompañamiento
- h. Crear un manual de acompañamiento, recuperando las prácticas, los conocimientos y saberes de las acompañantes de aborto.

Para el logro de los objetivos planteados, se ponen en práctica una **estrategia metodológica** de orden cualitativo basada en la recuperación de las experiencias de las acompañantes. Se centra en las subjetividades de las principales protagonistas de la práctica del acompañamiento. Me interesaba ahondar en los conocimientos, los comportamientos, las actitudes y los valores de las acompañantes, pues sólo así lograría captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto (Bonilla y Rodríguez, 1997 en Monje 2011).

El principal resultado de este proceso es un *Manual Sororario para Acompañantes de Aborto* que tiene como propósito invitar a reflexionar sobre aborto sin prejuicios y a des estigmatizar el acompañamiento como algo prohibido e ilegal, dejando y manifestando que a esta práctica es activismo político. Dicho activismo, se sustenta en el hecho de que son mujeres organizadas las que facilitan el cumplimiento de decisiones personales, incluso por fuera del orden legal, en hechos *políticos*. Tanto en la tesis como en el manual logrado, resalto que el acompañamiento es una vía para ejercer el derecho a la salud, en el entendido de que la *salud es un bien público*. La salud como bien social debe estar al alcance de todos/as, y puede ser modificado colectivamente para hacerlo “*más afín a nuestras creencias y más conforme a nuestras aspiraciones, menos amenazante o más justo*”

(Fassin, 2008:7). Bajo este entendido, todo problema de salud, –incluso el aborto, que es considerado ilegal en el estado de Chiapas–, concierne a la colectividad y por tanto podrá intervenir en el restablecimiento y resolución de dicho problema.

La tesis que presento está organizada en cuatro capítulos. En el primero se presentan las nociones teóricas relacionadas con las prácticas abortivas. En primer lugar, se habla sobre la Medicina hegemónica y se describe el *habitus* médico. En un segundo momento, se describe el *habitus* de las acompañantes de aborto y se definen las *prácticas* propias de un acompañamiento realizado desde el feminismo, de manera que se separa el acompañamiento de la consejería y la orientación.

En el segundo capítulo, problematizo el tema del aborto como un tema de justicia social. Analizo el contexto legal del aborto en México, dando a conocer los avances y retrocesos en materia legal, además de aportar algunos datos que ayudan a comprender por qué el tema del acompañamiento de aborto es un tema de injusticia social. Además, presento una genealogía de las luchas feministas por el aborto en México y en Chiapas. El capítulo finaliza dando a conocer el contexto de esta investigación, la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

En el tercer capítulo se explica el porqué de la metodología utilizada. Se dan a conocer a las sujetas de investigación; *las acompañantes de aborto*, justificando la elección de los casos. En este capítulo, se desmenuzan las categorías de análisis utilizadas para esta investigación, dando cuenta de cómo a través de ellas, ahondé en las *prácticas* de las acompañantes.

En el capítulo cuarto, se analizan las entrevistas realizadas, revelándose las experiencias, saberes, así como el origen del activismo político de las sujetas de esta investigación. También, profundizo en los conocimientos y saberes de las acompañantes de la Ciudad de México. Dado que se desenvuelven en un contexto de despenalización del aborto desde el 2007, me interesaba saber si existen contrastes en su labor. Antes de finalizar el capítulo, profundizo en el trabajo de Católicas por el Derecho a Decidir, organización de la sociedad civil que labora en san Cristóbal de las Casas principalmente.

Finalmente se presentan las reflexiones de este trabajo. Intento hacer un balance entre

los objetivos iniciales y los logrados. El *Manual sororario para acompañantes de aborto* se presenta anexo a la tesis.

CAPÍTULO I

Nociones teóricas a partir de la práctica médica del aborto

Esta investigación toma en cuenta la noción teórica de *habitus*, y la contrasta con la práctica médica. El *habitus* de las acompañantes de aborto es opuesto al *habitus* médico dominante, caracterizada por ser violento y patriarcal. El acompañamiento se da en un entorno de horizontalidad, *buentrato* y brinda a las mujeres información necesaria ante su decisión, configurando una contra resistencia política y *haciendo la salud pública Fassin (2005)*.

1. EL HABITUS MÉDICO

En los servicios médicos hospitalarios, el buentrato, la dignidad, el respeto por el cuerpo y los derechos de las mujeres no tienen cabida. Rosario Caballero (2012), realiza un ejercicio metafórico en el que compara el ingreso a un hospital con la migración. Al entrar en un hospital expresa “*todos somos migrantes*”, pues el lenguaje médico, jerarquiza, segrega y demarca posiciones, la rigidez de los protocolos, parecen “*perder eficacia sanadora si no se reproducen ritualmente*”. En su metáfora el paciente es el extranjero y el profesional o médico es la persona autóctona, entre ellos se establece una relación de dependencia, pues la entrega al médico con la esperanza de la sanación, es casi total (Caballero, 2012:35).

Si a estas circunstancias se le agrega el factor de género, el maltrato hacia las mujeres que desean interrumpir un embarazo, se dispara (Castro, 2014).

Siguiendo a Castro (2010), quien define el *habitus* médico como:

“el conjunto de predisposiciones incorporadas –esto es, que teniendo un génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales que, a través de un largo periodo de socialización, iniciando en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano” (Castro, 2010:59).

El concepto del autor da cuenta del origen de las prácticas médicas, las cuales suelen estar acompañadas desde violencias sutiles hasta las más directas. Su génesis se remonta a los años de formación, y dichas prácticas médicas se reafirman en su quehacer cotidiano.

La relación asimétrica entre el médico, que ostenta la autoridad, domina las técnicas y procedimientos de aborto y las pacientes que no las saben, se agudiza. Ante estas circunstancias no asombra que las mujeres opten cada vez más por los abortos medicamentosos, en entornos más cálidos, fuera del ámbito hospitalario, incluso en contextos de “despenalización del aborto”, que cuentan con servicios especializados en interrupción legal del embarazo, como la Ciudad de México.

Si bien el *habitus* médico es el conjunto de predisposiciones incorporadas, éste se sostiene a través de las prácticas de los médicos, quienes tienen mayor agencia que las pacientes, -por ejemplo-, en un hospital (Salazar, 2012).

1.1. EL HABITUS EN EL ACOMPAÑAMIENTO FEMINISTA DE ABORTO

Por otro lado, y contrarrestando el maltrato institucional, propio del *habitus* médico, se encuentran las acompañantes de aborto. Las acompañantes formamos parte de un *habitus* (Bourdieu, 1991). La naturaleza de este *habitus*, responde a un conjunto de jerarquías (escolares, de género y profesionales) que han sido incorporadas profundamente y se han vuelto constitutivas de sus esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad que les rodea (Castro, 2014). Algunas de las características propias de este *habitus*:

- a. Las acompañantes, formamos una contra resistencia ante la hegemonía médica. El acompañamiento de aborto propicia ambientes de *buentrato* donde se atiendan las necesidades emocionales –culpa, remordimiento, tristeza, ira– de las mujeres.
- b. Hemos sido capacitadas y profesionalizadas para acompañar y escuchar activamente.
- c. Somos un respaldo, al margen de los prejuicios morales propios de los contextos médicos altamente patriarcales y maltratantes.
- d. Pese a que hemos sido educadas en la ética del cuidado, re significamos el *ser para otros* en un activismo político.

- e. Somos conscientes de que el aborto es un derecho ganado a través de años de luchas feministas.
- f. Acercamos información que permite a las mujeres decidir sobre su cuerpo, considerando sus contextos, creencias, sentires y pensamientos.
- g. Conocemos las leyes y tratados nacionales e internacionales que legitiman al aborto.
- h. Nos respaldamos en manuales de acompañamiento, así como en saberes no considerados científicos para ejercer nuestra labor.

1.2. PRÁCTICAS DEL ACOMPAÑAMIENTO FEMINISTA

Líneas telefónicas, sitios en la web o encuentros personales operan como vehículos para revertir el secreto o la vergüenza que suele acompañar a la construcción de sentidos de las prácticas abortivas (Vaggione, en Bellucci 2014). Las prácticas propias del acompañamiento tienen como eje primordial al buentrato hacia las mujeres en proceso de aborto (Sanz, 2016). La información que otorgan sobre aborto sin prejuicios, rompe con uno de los aprendizajes más arraigados en las mujeres -el tener miedo y el de no ser solidarias unas con otras.

La salud colectiva, se construye según Jairnilson Paim como *“proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte”*. La coyuntura actual, como expresa Edmundo Granda (2004), reclama que la salud pública ponga en práctica conocimientos, lo suficientemente amplios para interpretar y explicar la situación actual de la salud, que apoye en el avance de las condiciones de vida y salud cada vez más deteriorados de la población, promoviendo y fortaleciendo diversas expresiones individuales y colectivas progresistas, que buscan impulsar a la salud y apoyar en la construcción de un estado democrático.

Es en este sentido, que encuentro que las prácticas de las acompañantes de aborto, transgresoras también podrían enmarcarse dentro del concepto de salud colectiva, al rescatar los saberes, los contextos socioculturales y las luchas organizativas de sujetas sociales que construyen su salud y su bienestar.

1.2.1. AFIDAMENTO Y SORORIDAD

Affidamento, es un concepto surgido a partir del activismo intelectual de la Librería de las Mujeres de Milán. Hace referencia a la práctica de mediación entre mujeres, de forma que unas puedan apoyarse en el valor o en el saber de otras (Colectivo de las Mujeres de Milán, 1991). Parte de la premisa de que son las acompañantes las que poseen saberes imprescindibles en la consecución de un aborto seguro, –esta confianza en otra– es una herramienta de lucha que implica confiar en una mujer para darse valor, tomando en cuenta que las mujeres somos distintas.

Según este colectivo, en este caso las acompañantes son mujeres con educación y conciencia de género, la mayoría se asumen feministas y cuentan con conocimientos y experiencias invaluable que las mujeres en situación de aborto, no tienen a la mano en ese momento de sus vidas. Es en esos conocimientos técnicos y en ese apoyo moral, en el que se apoyan para dar fin a un embarazo no deseado.

También en el *acompañamiento* una práctica es la *sororidad*, entendiéndola como una:

“experiencia de las mujeres que conduce a la búsqueda de relaciones positivas y la alianza existencial y política, cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con otras mujeres, que contribuye a la eliminación social de todas las formas de opresión, y al apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas y al empoderamiento vital de cada mujer” (Lagarde, 2006: 3- 4).

El concepto de Sororidad, va más allá de la solidaridad, pues busca modificar las relaciones entre mujeres. La existencia de una cierta solidaridad –o sororidad– como le ha llamado Marcela Lagarde (2006) ha permitido tejer lazos entre mujeres con características propias, reivindican la autonomía, la horizontalidad, la autodeterminación, la independencia y cuestionan los poderes dominantes, sus reglas y estructuras (Hernes, 2003).

Las acompañantes generan lazos con las mujeres que acompañaron, este proceso se da debido a la *complicidad* que las mujeres generan en torno a un evento que ha sido históricamente estigmatizado y criminalizado. El espacio de escucha y de contención que se genera en los acompañamientos, hace que se les dé valor a las decisiones que toman las mujeres.

1.2.2. COMPLICIDAD

Según Carmen Alborch (2011), el sistema patriarcal actual, ha provocado el efecto perverso de la desvalorización de las mujeres por las propias mujeres. Por sobrevivencia las mujeres se han vuelto enemigas potenciales: *“disputando a las demás un lugar en el mundo a partir del reconocimiento del hombre y de su relación con él, de su pertenencia en instituciones sociales y al amparo del poder”*.

Ante tal rivalidad, la complicidad, la cual es entendida como la solidaridad entre mujeres, incorpora una mirada de respeto y de dignidad entre nosotras. Es un punto de referencia para entender que las mujeres debemos ser leales entre nosotras, que no siempre debemos pensar que los hombres son más importantes (Alborch, 2011).

La complicidad entre mujeres también se caracteriza por su horizontalidad. El propio término da cuenta de una relación distinta a la propia de la jerarquía médica, donde las pacientes se subordinan al poder médico hegemónico quedando en una posición de dependencia y de indefensión. Acompañantes y mujeres se vinculan en una relación de complicidad, en la cual son las mujeres las que poseen los conocimientos sobre su cuerpo y las acompañantes cuentan información sobre la toma de pastillas.

1.2.3. BUENTRATO

Las relaciones en la cultura patriarcal se basan en el poder y el maltrato, este sistema patriarcal, nos atraviesa a todas y a todos en las esferas personal, relacional y social. En oposición a este modelo, Fina Sanz (2016) propone uno de convivencia desde y para el buentrato. El buentrato, es la forma de expresión del amor y una forma de vincularnos con los demás.

Sanz (2016), lo conceptualiza como sigue;

“Buentrato es la expresión de respeto y amor que merecemos y podemos manifestar con el entorno como un deseo de vivir en paz, armonía, equilibrio, desarrollándonos en salud, bienestar y gozo” (Sanz, 2016)

El acompañamiento de aborto, se caracteriza por ser cálido, sororo, amoroso. Atiende a la necesidad social de las mujeres ante una crisis, la de un embarazo no deseado y la consecuente resolución en un aborto. Los vínculos sororarios que se tejen entre mujeres acompañadas y acompañantes, aunque de corta duración, son imprescindibles para la consecución del derecho al aborto, pero sobre todo valida el derecho de las mujeres a la autonomía sexual.

Ante un sistema patriarcal opresivo y violento, donde prima la injusticia social, el racismo, el clasismo, la misoginia, acompañar amorosamente, horizontalmente y con buentrato es político, pues acerca a las mujeres a su derecho a la salud. Hacer la salud pública de manera amorosa y con buentrato es quizás la característica principal del acompañamiento de aborto.

1.2.4. ESCUCHA ACTIVA

La escucha activa es un término que hace referencia a una serie de comportamientos y actitudes que preparan al receptor para escuchar, a concentrarse en la persona que habla y a proporcionar respuestas. Es un “arte” que requiere “disponibilidad, interés por la persona, comprensión del mensaje, espíritu crítico y prudencia en los consejos” (Estanqueiro, 2006:63). Escuchar activamente requiere atención física, psicológica y verbal.

1.2.5. EMPATÍA Y CONTENCIÓN EMOCIONAL

La empatía, busca la horizontalidad y respeto por los procesos de la otra persona, permitiendo observar el dolor y sufrimiento de la otra persona, pero desde fuera. Cuando se empatiza con la otra persona, se *sintonizan* los sentimientos de la otra persona durante su proceso de crisis y se comprenden sus necesidades (Slaikeu, 2000).

La contención emocional es clave en el acompañamiento de las personas, pues busca reducir el efecto de las crisis en la vida de las personas, mediante el contacto humano sensible y humano, facilita la expresión y elaboración de sus emociones y sentimientos (Martínez, 2018).

Para dicha contención emocional, es necesaria la comunicación asertiva, la escucha activa y la empatía. El acompañamiento emocional, es aquel que se da cuando una persona está junto

a otra, en un momento crítico, vital, significativo de su vida. Brinda seguridad, sostén, apoyo y contención emocional (Martínez, 2018). El acompañamiento de aborto, valida la decisión de abortar de las mujeres y les proporciona la información y apoyo necesario para ejercer su derecho al aborto y a la autonomía sexual.

1.2.6. AUTOCUIDADO

El activismo feminista sin la vivencia placentera que
genera, pierde sentido
—Apuntes sobre feminismos, placer y militancia

El poder tradicional, autoritario, para dominar a otros/as, reduce a la otra/o en objeto, el activismo feminista, en cambio, busca que las mujeres ejerzan un poder no para dominar, sino para ayudar a otras mujeres a desarrollar sus propios poderes, para lograr una ciudadanía plena (Lagarde, 1997).

El autocuidado para acompañantes de aborto realizado desde el feminismo es fundamental y debiera colocarse en primer plano. Un activismo, que deja exhaustas, saturadas o con una “carga emocional” excesiva a las mujeres, coloca a las mujeres de nueva cuenta en una relación de poder, en la que es la institución u organización de la sociedad civil, la figura de autoridad y la acompañante la que sigue órdenes (Gómez y López, 2015).

Un componente fundamental del autocuidado es la identificación de límites, pues identificándolos se pueden tomar medidas de precaución antes de que el desgaste emocional ocurra. El acompañamiento de aborto, es en sí misma una práctica que se torna desgastante por el sistema patriarcal que estigmatiza al aborto, por eso, la necesidad de crear espacios colectivos, donde se puedan expresar y escuchar las dificultades en la labor de acompañamiento (Ortiz, 2010).

1.3. ¿QUÉ SE HA ESCRITO SOBRE ACOMPAÑAMIENTO Y ABORTO?

A pesar de que en casi toda América Latina el aborto es criminalizado, existen organizaciones de la sociedad civil que acercan información a las mujeres que requieren realizarse un aborto fuera de los márgenes de la ley. La Organización Mundial de la Salud (2007) colocó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales para la interrupción del embarazo, dejando en claro que el aborto con medicamentos es seguro y que las mismas mujeres pueden administrárselo.

Legitimándose en este hecho, diversas colectivas y organizaciones divulgan el uso del misoprostol como abortivo, también se respaldan en el derecho a la información sobre salud, la libertad de expresión y el derecho a la confidencialidad, así como en leyes internacionales que legitiman el derecho al aborto.

En Argentina, donde el contexto es altamente restrictivo en materia de aborto, –es descrito en su código penal como “delito contra la vida”– existen varios documentos que visibilizan el activismo feminista. Del 2013: *El aborto lesbiano que se hace con la mano. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012)*. Este documento sistematiza la experiencia de lesbianas y feministas, que construyen un nuevo discurso del aborto: desmedicalizador, autogestivo y empoderante.

Enmarcándose en la Campaña por un Aborto Libre de Argentina, relatan que “el aborto con misoprostol, con la información correcta y el acceso a los medicamentos, emerge como una revancha al heteropatriarcado capitalista que disciplina a las mujeres” (Mines et al, 2013:134). Este documento recaba las experiencias de las militantes que atienden la *Línea Aborto (más información, menos riesgos)*. En un primer momento las autoras contextualizan históricamente su militancia desde su visión de feministas lesbianas, inconformes con los discursos de las ONG’s e instituciones.

En un segundo momento, se cuestionan *¿quiénes son las sujetxs políticas del feminismo?, ¿quiénes tienen voz y voto en las definiciones de las estrategias?, Las lesbianas ¿podían hablar de aborto? ¿y las y los trans?.* Estos cuestionamientos surgen luego de que las lesbianas feministas se vieran fuera

de las luchas argentinas por el aborto libre y seguro. El lema: “*Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para decidir*”, hace referencia a una concepción de la sexualidad heteronormativa y se instala en un imaginario que criminaliza al aborto siendo este es un problema de falta de acceso a una educación sexual integral, producto de la ignorancia, pobreza, falta de oportunidades. Esta causa miedo e instala la noción de que el aborto es un procedimiento peligroso, cuando la OMS ha dicho que el aborto medicamentoso es tan seguro que las mujeres pueden auto gestionarse.

Las autoras de dicho documento, abrevian un ideario racista, paternalista y católico, que invisibiliza los deseos, experiencias, aprendizajes y trayectorias de las mujeres que abortan. Los dichos, conocimientos y saberes que las mujeres y sus acompañantes recaban, producto de sus abortos –elegidos–, no son puestos en el debate por la legalización del aborto (Mines et al, 2013:13). Esta colectiva, crítica a la legalización del aborto, pues según estas autoras, este cambio en las leyes, despolitiza las luchas por el aborto libre, y deja de lado los conocimientos de las acompañantes.

Sobre la incidencia feminista que han tenido las líneas que dan información sobre el uso de aborto con medicamentos, existen varios escritos que sistematizan dichos aprendizajes y saberes tanto de las acompañantes, como de las mujeres “*Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina*” de Raquel Irene Drovetta (2015), en este documento se rescatan las experiencias de las mujeres con el uso de medicamentos abortivos en Argentina.

La autora subraya la importancia del activismo político de las *socorristas* –acompañantes– de la línea de aborto seguro en ese país, pues éstas construyen ciudadanía al ser una vía para el ejercicio del derecho al aborto, siendo una estrategia que ha dado resultados positivos, al incrementar los abortos seguros –con misoprostol– en el contexto argentino.

Ruth Zurbriggen, activista feminista de la colectiva *La Revuelta* en Argentina, subraya la importancia de ser activistas y académicas para así rescatar los conocimientos que se han generado producto del acompañamiento feminista de aborto. *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible* (2013), visibiliza cómo necesario el movimiento feminista en las calles, pero

también en universidades, hospitales, centros de salud, organismos de Derechos Humanos, medios de comunicación, en aras de construir otro imaginario, el del aborto como derecho de las mujeres. Subraya como fundamental la tarea de acompañamiento a mujeres que abortan desde un *trato digno*. Es importante saber que este libro se publica posterior a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal y Seguro y gratuito en Argentina.

Desde su visión como académica y activista Ruth Zurbriggen (2016), subraya la importancia de las alianzas entre acompañantes de *Socorristas en Red*, con otras colectivas como *La Revuelta* y el Sistema de Salud de Neuquén, provincia de Argentina, estas asociaciones, permiten que las mujeres accedan de manera más rápida a servicios de aborto, de acuerdo a sus contextos particulares.

Asimismo, reflexiona sobre la incongruencia de la etiqueta o rótulos “amigable” en los servicios de salud, puesto que “*se puede ser garantista de derechos, más no amigable en el sentido profundo del término [...] garantizar un ILE, sin embargo, hacerlo desde prácticas prejuiciosas, paternalistas, maternalistas, racistas, etc.*” (Grosso & Zurbriggen, 2016:8). A manera de cierre se posicionan como colectiva, insistiendo en que mantienen un doble juego: demandar en la esfera pública la despenalización y legalización del aborto y, por otro lado, mantener una práctica feminista de autogestión en la salud comunitaria.

Encuentro a los manuales revisados como un ejemplo a seguir para el caso de México, que no cuenta con un manual propio realizado desde la experiencia de las activistas feministas que ejercen su labor desde antes de la despenalización del aborto en la Ciudad de México (2007). El lenguaje coloquial que utilizan, posibilita que el uso del misoprostol para abortar como tecnología segura y asequible a más mujeres.

En México aún no se ha dado el salto de teorizar desde la práctica –de aborto– rescatando los conocimientos de las acompañantes de diversas colectivas, así como de las líneas de aborto existentes en el país.

Existe una división entre la producción academicista y la práctica, los conocimientos producto del activismo feminista son tan válidos como los conocimientos que provienen de la

perspectiva académica. Son una de las principales bases que generan la acumulación del conocimiento sobre la temática. Asimismo, son necesarios para las luchas por el aborto libre, seguro y gratuito en México, así como para solventar las brechas de injusticia social que se evidencian en los tipos de abortos a los cuales las mujeres acceden.

Sobre los Derechos sexuales y Reproductivos y su intersección con la ciudadanía, “La creación Feminista de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la Ciudadanía de las mujeres en México” de Juana Alma Rosas Olvera (2002), aporta un amplio panorama del trabajo de las Organizaciones de la sociedad civil principales en el país. Analiza la ciudadanía de las mujeres como un concepto dinámico que se construye en la práctica social, concreción de derechos, deconstrucción de identidades patriarcales. Toma a la sexualidad como el elemento fundante de la ciudadanía de las mujeres, que atraviesa nuestros cuerpos “*manipulados, reprimidos, controlados, dominados, sin conciencia de derechos para decidir sobre él*”. Analiza el proceso de conciencia de derechos y de reconocimiento de las mujeres como ciudadanas, a través de las luchas feministas por el derecho al aborto.

Al respecto, la práctica del aborto en sí misma, no irá modificando estas leyes que reproducen injusticia social, pues “*las mujeres ricas se realizan abortos en secreto, y las pobres mueren a causa de abortos inseguros*”. Son las luchas y el activismo por el aborto seguro, las que abrirán una brecha, un espacio de derecho en el que construirá una nueva “ética y un nuevo derecho alternativo”, como enuncia Martha Rosenberg (2014).

De entre de las Organizaciones de la Sociedad Civil mexicanas que acompañan a mujeres en sus procesos pre- durante y post aborto, pueden nombrarse: Fondo MARIA, en la Ciudad de México, con presencia en todo el país mediante la línea telefónica, Católicas por el Derecho a Decidir con presencia en varios estados y en Chiapas, así como otras La Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDSER). Estas Organizaciones no cuentan con manuales que permitan que esta información sea aprovechada por las mujeres que deciden abortar fuera de la Ciudad de México o incluso dentro de ella, pero fuera de clínicas médicas especializadas en Interrupción legal del embarazo (ILE).

El *Fondo de Aborto para la Justicia Social MARLA* cuenta con una guía: “*Acompañar para empoderar*”, dicha publicación del 2010, sistematiza –parcialmente– la experiencia de las acompañantes en su labor, para que dichos conocimientos y saberes puedan ayudar a otras que quieran formarse como acompañantes. Esta publicación es para uso interno de organización, no para las mujeres que buscan información sobre cómo abortar, en este no se menciona el *protocolo de ingesta de medicamentos* que se requiere para lograr un aborto seguro.

Dicha guía elaborada por Olivia Ortiz (2010), quien es una activista y psicóloga feminista que teoriza desde la práctica, contextualiza al aborto y lo mira desde distintos lentes; el de la salud pública, el feminista y de derechos sexuales y reproductivos, vinculándolos con el problema de justicia social mexicano. Asimismo, mira la relación del aborto con la ética, el estigma social y los problemas de las juventudes, por ser un fragmento vulnerable que no cuenta con educación sexual adecuada ni acceso a anticonceptivos.

Ortiz (2010), argumenta que para que el acompañamiento pueda nombrarse *feminista*, no puede desvincularse de las condiciones históricas y culturales en las que las mujeres vivimos. Habla de la cultura patriarcal, los estereotipos y roles de género desiguales. Expresa que la estructura familiar en la que las mujeres nos desarrollamos, es en sí misma una estructura violenta, que no nos deja decidir sobre nuestro cuerpo.

Visibiliza las situaciones de vulnerabilidad a las que las mujeres embarazadas se enfrentan: las condiciones de marginación, escasez de recursos y los condicionantes de género. Frente al panorama adverso al que se enfrentan, algunas, con un proyecto de vida establecido, deciden desde la autonomía sexual y reproductiva: interrumpir su embarazo. Otras, –la gran mayoría creo yo–, abortan pues un embarazo no deseado no está en sus planes inmediatos, abortan sin conciencia de derechos.

También toca el tema del aborto desde la mirada de los hombres; parejas, amigos o familiares de las mujeres en situación de aborto: cuáles son sus percepciones, su papel en la decisión de abortar, así como la exclusión a la cual se ven enfrentados por no ser dueños del cuerpo en el que se lleva a cabo el embarazo no deseado/no planeado. Argumenta que los

varones colaboran ya sea en: lo emocional, económico, con información, cuidando o responsabilizándose temporalmente de las tareas de cuidados (Ortiz, 2010).

La premisa del manual “acompañar para empoderar” evidencia que el acompañamiento a mujeres en situación de aborto, *posibilita* el fortalecimiento personal para la toma de decisiones y el ejercicio de un derecho. Este empoderamiento se logra mediante un *protocolo de atención* que responda a las múltiples necesidades de las mujeres, relacionadas con aspectos: individuales, familiares y sociales, en los diferentes momentos en los transitan las mujeres cuando eligen un aborto: conocimiento del embarazo, toma de decisión, búsqueda de información, procedimiento, post aborto.

Dicho protocolo; *“debe reflejar un marco teórico, conceptual y práctico que defina el acompañamiento”* (Ortiz, 2010;40). Asimismo, considera al acompañamiento como un proceso de empoderamiento en dos sentidos: el de la persona que acompaña, como el de la persona acompañada. Ambas crecen en conocimientos y experiencias, lo que resulta en su seguridad y capacidad de acción: *“el ejercicio del derecho a decidir de la mujer acompañada, brinda certeza en la mujer que acompaña sobre su propia determinación”* (Ortiz, 2010; 37).

El último capítulo ahonda sobre el acompañamiento desde un enfoque feminista y de derechos. Hace hincapié en que el formarse como acompañante requiere hacer un ejercicio introspectivo de revisión de valores y creencias de la sexualidad, para así respetar los valores y creencias de las mujeres que se acompaña.

Formarse implica además tener conocimientos en el campo legal del aborto en México, adquirir nociones básicas sobre embarazo y desarrollo intrauterino, autonomía de las mujeres, aborto y salud mental, cuáles son los servicios de salud especializados en ILE, adquirir herramientas básicas de escucha activa para así brindar a las mujeres mejores opciones y que ellas decidan en base a sí mismas. Enlista los factores que pueden indicar que una mujer requiera atención psicológica post aborto. Al final del capítulo subraya la importancia de estrategias de *autocuidado*, como premisa básica de la labor de acompañamiento.

Olivia Ortiz (2010) enuncia ciertas *pautas* que marcan para que un acompañamiento pueda nombrarse como feminista; a) reconocer la inequidad de género y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, b) valorar el aporte de las mujeres al desarrollo y el bienestar de otras, c) impulsar la responsabilidad del cuidado compartida con los hombres; y d) apoyar –desde el acompañamiento– para lograr que cada mujer tome la mejor decisión sobre su vida y acceda a una atención de manera libre y segura.

Esta guía constituye en sí misma un protocolo de acción, útil para acompañantes y mujeres en situación de aborto. Fundamenta al acompañamiento dentro de los derechos sexuales y reproductivos y visibiliza la agencia de las activistas- acompañantes. Sin embargo, está acotada al contexto de despenalización y permisividad del aborto de la CDMX, la información que brinda vía telefónica es sólo eso: mujeres brindando información sobre aborto medicamentoso, resguardándose legalmente en el derecho a la libertad de expresión y a proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, su falta de divulgación deja a las mujeres acompañantes de otros estados – como Chiapas– más vulnerables, pues éstas actúan en contextos de ilegalidad y clandestinidad y se arriesgan más. Valoro que el *autocuidado* al que la autora hace referencia como premisa del acompañamiento feminista no está presente de manera formal en las acompañantes de Chiapas, pues no están bien informadas sobre sus derechos, ni cuentan con sesiones de contención emocional y de autoanálisis en las que puedan explorar cuáles son sus límites para acompañar a otras, lo que deja de lado su salud mental y su bienestar integral.

El contexto san cristobalense, Angélica Aremy Evangelista García, en el 2013, rescata el trabajo de jóvenes en el área de Derechos Sexuales y Reproductivos y al camino que encontraron en sus procesos de ciudadanía al agenciarse estos derechos. Ante el panorama desalentador en términos de derechos en Chiapas, la autora subraya la importancia de los proyectos dirigidos a jóvenes como *agentes de derechos* que promuevan que las personas –no sólo las mujeres– estén educadas e informadas sobre sus derechos, y que controlen su cuerpo y su vida. Da cuenta cómo esta articulación entre jóvenes y organizaciones les da mayor amplitud a las acciones a favor de los Derechos Sexuales y Reproductivos, observando que estos *agentes de derechos* son privilegiados en cuanto a posición socioeconómica y sólo equivalen a una proporción mínima de la población.

Tras el discurso de derechos sexuales y reproductivos que estos agentes portan, subyace una noción de sujetos con autonomía y determinación que tal y como corrobora, distan mucho de las condiciones de riesgo y vulnerabilidad en la que viven la mayoría de las sujetas reales, concretas y cotidianas de San Cristóbal de las Casas, Chiapas (Evangelista, 2013).

La autora analiza el activismo que realizan estos jóvenes, formadas como *agentes de derechos*, pues no conforman un movimiento social sólido que presione cambios profundos en cuanto a legislación, sobre derechos sexuales y reproductivos *“las organizaciones de la sociedad civil focalizan tanto su promoción de los derechos sexuales y reproductivos, que dejan de lado la reflexión sobre las condiciones que posibilitan su apropiación, pero sobre todo la autorización de sí para ejercerlos”* (Evangelista 2013: 229).

Georgina Rivas (2009), quien estudió el embarazo no deseado en el contexto san cristobalense, identifica que este problema social se encuentra invisibilizado y acarrea daños a la salud mental de las mujeres. El daño a la salud de las mujeres se encuentra vinculado a las condiciones precarias de vida de las mujeres cristobalenses, sin embargo, son los mandatos culturales, las normas sociales y las subjetividades que reproducen el “deber ser”, es decir son las inequidades de género, las que acarrearán mayores afectaciones a la salud mental de las mujeres, pues son ellas las que viven en su cuerpo un embarazo no deseado. Problematisa la injusticia social a la que se enfrentan las mujeres precarizadas que desean abortar, pues son ellas las que mueren por causa de abortos clandestinos. Sólo las mujeres de clases favorecidas acceden a abortos en mejores condiciones.

Encuentro que no existen documentos académicos que revisen el activismo político que ofrece el acompañamiento del aborto en México. Diversos documentos hacen referencia a la construcción de ciudadanía a través de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, así como al tema del aborto en todas sus facetas; el aspecto legal, el biomédico, desde la mirada antropológica, médica, etc. Sin embargo, éstas no ofrecen una mirada desde el feminismo, que logre visibilizar lo que los movimientos que luchan por el aborto libre y seguro han afinado: el acompañamiento a mujeres que deciden abortar y como tal el logro se minimiza, pues no se ve el panorama completo que ofrece este; evitar muertes maternas y el que las mujeres accedan a abortos seguros. Considero que este acompañamiento, logrado a través de Organizaciones de la

Sociedad Civil construyen ciudadanía pues son estas agentes de derechos –en su mayoría mujeres–, las que por medio de su activismo logran que las mujeres ejerzan su derecho al aborto.

1.4. ABORTO Y DERECHOS HUMANOS

Los Derechos sexuales y reproductivos surgen como resultado de un intenso y crítico cuestionamiento de las carencias y desigualdades a nivel mundial en materia de sexualidad y reproducción que afectan a la población más desfavorecida; mujeres indígenas, las que residen en contextos marginados –tanto rurales como urbanos–. Se ha criticado a su vez, la ambigüedad de las políticas públicas, así como la insuficiencia de medidas y programas que atiendan a las necesidades y demandas reales de las mujeres (Lerner et al, 2016).

Las críticas en torno a la expresión “Derechos sexuales y reproductivos” giran en torno al infinito de derechos a los cuales esta hace referencia, y la falsa noción de que los derechos sexuales son un subconjunto de los derechos reproductivos. Remite a la “mujer heterosexual en edad reproductiva”, –y con útero–, quedando limitada a las problemáticas “femeninas” de embarazo, parto, puerperio, climaterio (Burin, 2010). Además, esta noción excluye del marco de protección a las personas LGBTTI, a los hombres adultos, adolescentes y personas de la tercera edad. Por este motivo es pertinente hacer una distinción entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Los derechos sexuales, reconocen del ejercicio de la sexualidad como un derecho humano donde se respeta la diversidad sexual. Los derechos reproductivos, por su parte, buscan proteger la libertad y autonomía de las personas para decidir con responsabilidad si tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién. Esto es, trasladan a las personas el poder de decisión sobre su vida reproductiva y sobre su cuerpo. Los derechos sexuales incluyen el derecho a obtener información precisa sobre estos asuntos; acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de anticoncepción; elegir si se desea casarse, cuándo y con quién; decidir si se quiere tener hijos y cuántos (Maciness y Díaz, 2008).

Estos derechos –sexuales y reproductivos–, han conseguido aceptación gracias a los movimientos de mujeres que han reivindicado la maternidad como elección y no como destino,

con ello el derecho a decidir libremente si tener o no tener hijos y a contar con información necesaria sobre el uso de anticonceptivos.

Los derechos sexuales no se limitan a un enfoque solamente de salud sexual, sino que incluyen el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad, a recibir educación sexual, el derecho a que se respete la integridad física, el derecho a elegir pareja a decidir si ser o no sexualmente activa, el derecho a mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo, el derecho a contraer matrimonio de mutuo acuerdo y el derecho a llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera (OMS, 2002).

Los tratados internacionales que respaldan a los derechos sexuales y reproductivos son: la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena, Austria, en 1993, la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto, en 1994; y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, China, en 1995, estos son considerados imprescindibles para el desarrollo integral de las mujeres (Guillaume y Lerner, 2007).

Dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos, se incluyen: el derecho a la información sobre salud, a la educación sexual, a los servicios de salud, a una vida libre de violencia sexual, a la igualdad y a ser libres de toda discriminación, a decidir sobre su cuerpo, a beneficiarse del progreso científico y tecnológico, y el derecho a la libertad de conciencia y religión (Brenes, 2004).

A partir de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de el Cairo 1994, se superan los conceptos de "planificación familiar" y "anticoncepción" como sinónimos de natalidad -en manos de los gobiernos y sus leyes- para definirla como el hecho de llevar una vida sexual satisfactoria, segura, responsable y autónoma (Maciness y Pérez, 2008; Lerner et al, 20016). En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing 1995, se ratifican estos acuerdos. A partir de estas dos conferencias se estableció una Plataforma de Acción.

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las

relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y su discriminación, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual⁷ (ONU, 1995; pár. 96).

A nivel internacional, los Derechos Sexuales y Reproductivos, están ratificados por los siguientes pactos y declaraciones: La declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, La Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Americana de Derechos Humanos. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belem Do Pará), es el único instrumento internacional que trata el problema de la violencia hacia la(s) mujeres, el cual ha sido esencial para sustentar los Derechos Sexuales y Reproductivos en Latinoamérica.

La creación en 1928 de la Comisión Interamericana de la Mujer (CIM), fue el primer esfuerzo por consolidar una institución oficial *intergubernamental* que velara por el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de las mujeres. En 1994 se creó la “relatoría para la Condición de la Mujer en las Américas” en el seno de esta Comisión. Su primer informe evidenció que, pese a los cambios normativos en la región, persisten graves problemas que afectan la condición legal, social, política y económica de las mujeres (Lerner et al, 2016).

En lo que respecta al marco normativo, los derechos reproductivos, han sido desarrollados por diversos instrumentos internacionales suscritos por el estado mexicano. Su formulación y su contenido son más claros que los derechos sexuales, en el sentido que encuentran su fundamento constitucional en el artículo 4º, segundo párrafo, y provienen del derecho a elegir libremente el número y espaciamiento de los hijos y a contar con métodos contraceptivos, incluyen el derecho a tener información necesaria para estar en condiciones reales de decidir sobre reproducción.

⁷ ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de la reunión celebrada en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995.

No obstante, la legitimación de los derechos reproductivos y sexuales, las leyes vigentes aún no admiten una gama amplia de posibilidades de control de la fecundidad, ni reconocen explícitamente el derecho de la mujer a decidir sobre los asuntos que afectan su reproducción, como la posibilidad de tener un aborto seguro (Ávalos, 2013).

La salud reproductiva pone énfasis en el ejercicio de los Derechos Humanos, en específico en los Derechos Sexuales y Reproductivos, en la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, así como en las igualdades y equidades sociales y de género (Lerner y Szasz, en Lerner et al, 2016). El reconocimiento del aborto como ejercicio de derechos humanos, se sustenta a su vez en el derecho a la vida y a la salud integral de las mujeres (Ortiz, 2010).

El 23 de octubre del 2007, en la primer Conferencia Global sobre aborto seguro llevada a cabo en Londres, se refirió por primera vez al aborto como un “*derecho humano que debe garantizarse en todo el mundo*”. Para hablar del aborto como un derecho se tiene que anteponer a los derechos reproductivos, y su vinculación con los derechos a la vida y a la salud que tienen todas las mujeres, los cuales son contemplados en numerosos tratados internacionales. El derecho al aborto seguro, no se encuentra aislado de otros derechos, pues está vinculado con el derecho a la vida privada, el derecho a la salud que tienen todas las mujeres, a la integridad personal y a la no discriminación. (Ávalos, 2013). Asimismo, el derecho al aborto se enmarca dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos, se sustenta en el derecho a la vida y a la salud integral de las mujeres (Ortiz, 2010).

Elizabeth Maier (2010), refiere que el *derecho al aborto* se sustenta en tres argumentos primordiales; a) el primero se relaciona con la constitución del sujeto femenino moderno y el derecho a ejercer el control sobre su cuerpo y fecundidad; el derecho a las mujeres a la autonomía de su propio cuerpo, b) el segundo, responde a la consolidación histórica de *nuevos sujetos- sujetas*, que emerjan posicionándose como agentes en carne viva de derechos, en este caso de derechos sexuales y reproductivos, en específico agentes de derecho al aborto; y c) el tercer argumento remite a la *justicia social*, sosteniendo que existe el acceso diferencial a aborto según estrato socioeconómico, siendo las mujeres pobres de los sectores mayoritarios de México, las que abortan en condiciones insalubres y precarias, incrementando con ello, la posibilidad de complicaciones que arriesguen su salud y su vida (Maier, 2010: 27).

Lo que subyace a la aprobación del aborto como derecho es la ponderación de que la vida de las mujeres es importante y de que son sujetas de derechos. Por ende, es prioritario defender sus vidas y sus derechos fundamentales; así lo pronunció el ministro Vals Hernández (2008) durante la sentencia que legitimó la constitucionalidad del aborto en la Ciudad de México; “no es constitucionalmente admisible que el legislador, con la finalidad de proteger la vida en gestación, sacrifique, en forma absoluta, los derechos fundamentales de la mujer embarazada, considerándola como un mero instrumento de la vida en gestación” (GIRE, 2009).

El derecho es dinámico, en este sentido, las nuevas prácticas; aborto con misoprostol, acompañado de mujeres conscientes de derechos, produce *normas*: “mientras que el derecho positivo, estatal legaliza, el derecho insurgente desde las prácticas, genera contra-discursos a favor de la legalización” (Vaggione, 2014, en Belluci, 2014). Este proceso insurgente de agencia de derechos lo construyen las feministas que acompañan abortos inducidos, la mayoría de ellas al margen de la ley, construyendo con estas prácticas en un *derecho vivo*.

1.4.1. ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El protocolo adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, reconoce en su artículo diez, el derecho de toda persona a gozar del nivel más alto posible de salud física y mental, y establece que los estados parte reconocen a la salud como un “bien público”. En el inciso *a*, hace referencia a la atención primaria de la salud, entendida como “asistencia sanitaria” esencial, que debe ponerse al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad ⁸.

Por salud pública se entiende el bienestar colectivo de poblaciones y actividades emprendidas por una sociedad para asegurar condiciones en las cuales las personas puedan ser saludables. Esto abarca los esfuerzos comunitarios organizados para evitar y contrarrestar las amenazas a la salud del público.

⁸ <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf> Consultado el 20 de marzo del 2017

El concepto de salud pública, presenta varios problemas y limitaciones. Surgido a partir del método positivista y bajo el presupuesto filosófico- teórico de la enfermedad y la muerte, se comprendía, que sólo el Estado podía asegurar la prevención de enfermedades en la sociedad. Con el paso del tiempo el concepto de salud pública se ha transformado a la par de la globalización, buscando que el proceso salud- enfermedad mire más allá de sortear las enfermedades y que se mire a la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz conceptual y en su fundamentación vital (Granda, 2004).

En este sentido retomo lo propuesto por Fassin (2005), quien diferencia de la salud pública de la medicina, en el sentido de que la salud pública tiene como principal objetivo, preservar y promover la salud de una sociedad en el marco de las acciones públicas, de las políticas de las salud, donde el término de lo público es el reconocimiento al *bien común*, entendiendo este como la organización de vivir conjuntamente alrededor no solo de bienes compartidos sino también de normas contradictorias y conflictivas.

Por tanto, la salud pública no puede limitarse a una realidad epidemiológica correspondiente al estado de salud de una población, sino a una forma de gestión pública de la salud que tiene como objetivo primordial, proporcional a los individuos las condiciones necesarias para hacerse responsables y en consecuencia controlar su propia salud y llevar a cabo sus proyectos de vida (Fassin, 2005 en Lerner et al, 2016).

Fassin (2005) cuestiona *¿qué conduce a que una realidad social se convierta en un problema de salud pública?* A partir de este cuestionamiento, insiste en la importancia de tener en cuenta el contexto social, cultural y político en el cual las desigualdades sociales se entrelazan con la salud pública. A partir sus planteamientos que hacen referencia a la construcción social del aborto como problema de salud pública, de justicia social y de discriminación.

Inscribo el problema del aborto como problema de *salud pública*, en tanto que este corresponde a una situación de alto riesgo ante un marco jurídico restrictivo, que orilla a las mujeres a recurrir a la práctica clandestina e insegura del aborto, esta situación se manifiesta en las tasas de mortalidad y morbilidad materna debidas a abortos inseguros, así como a serias afectaciones a la salud física y mental de las mujeres y no se puede desconocer que el contexto

de injusticia y desigualdad social del aborto, que afecta de manera distinta a las mujeres, siendo las más vulnerables las mujeres en entornos sociales marginados.

Las transformaciones sociales han dado paso al surgimiento de otros conceptos como el de salud colectiva. Este nuevo concepto, da mayor poder a la acción social y las nuevas identidades que luchan por la salud como es el caso de las acompañantes de aborto.

Me adhiero a la argumentación discursiva en torno al aborto como problema de salud pública pues desde la psicología feminista, tomo en cuenta que la mirada de la salud integral de las mujeres debe ampliarse, en tanto que abarque comprensivamente que es un derecho a la mujer a decidir sobre su cuerpo, así como a su autonomía reproductiva.

1.4.1.1. EL CONCEPTO DE SALUD INTEGRAL DE LA OMS

El primer concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud en 1948, entiende no sólo la ausencia de enfermedad, sino “*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones*”, en un sentido más amplio, “*es la capacidad de adaptarse a un medio ambiente, tomar decisiones y desarrollarse con autonomía*” (OMS, 1948:84).

Este concepto, incorpora a los *determinantes sociales* que condicionan el estado de salud de una población vinculándolos con las conductas, acciones y comportamientos de los individuos en el contexto cultural (Lerner et al, 2016).

En el 2013 la OMS añade que la salud es: “*un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer contribuciones a su comunidad*” (OMS, 2013: s.p.).

Además, respecto al primer concepto, el de *Salud integral*, cabría preguntarse si es asequible lograr ese completo estado ya que cualquier malestar que tenga origen interno o externo puede vulnerarlo. El segundo concepto también genera cuestionamientos sobre todo respecto a las aptitudes de cada persona, ¿cuáles serían estas? Y sobre todo ¿cuáles serían las

presiones normales de la vida? Además, la OMS generaliza en cuanto a considerar a todos los individuos como iguales sin distinguir su sexo.

Algunas críticas en relación a los conceptos y al quehacer de la Organización Mundial de la salud, argumentan que, en estos espacios, la salud poco tiene que ver con el mejoramiento o con la garantía de adecuadas condiciones de vida, con el acceso a tecnologías médicas o *psicológicas* específicas que faciliten el bienestar en situaciones de complejidad orgánica o psíquica. Según estos autores, la preocupación fundamental de los programas de escala mundial, está entendida como la garantía reproductiva y productiva en el marco del sistema capitalista (Cuello y Contreras, 2016).

La OMS enunció el concepto de Salud Reproductiva en 1994 en el marco de las Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo. El concepto de Salud Reproductiva, vincula visiblemente a las mujeres con su aparato reproductor y a problemáticas de las mujeres como embarazo, parto, puerperio, climaterio. Los temas más frecuentes además estaban vinculados a la psicoprofilaxis obstétrica, así como a la depresión puerperal, lactancia etc. (Burin, 2010). Dejaban de lado a la salud emocional de las mujeres y cómo las vicisitudes y las violencias a las cuales se enfrentan las mujeres hacen mella de la salud integral y no solo a su salud reproductiva. Y aunque enuncian un nuevo concepto que hace nuevamente referencia al completo estado de bienestar mental de las mujeres, hace énfasis en las capacidades reproductivas de las mujeres;

La salud reproductiva es el completo bienestar físico, mental, social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de llevar una vida sexual segura y satisfactoria, que tenga la capacidad de reproducción y la libertad de decidir sí y con qué frecuencia procrean, derecho a ser informados y tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad de su elección, seguros, efectivos, sostenibles y aceptables, así como acceso a otros métodos de regulación de la fecundidad, y el derecho a tener servicios de salud apropiados que capaciten a la mujer a tener un embarazo y parto seguros y provean a las parejas de mayores posibilidades de tener un hijo saludable (OMS-CIPD, El Cairo, 1994).

La Salud Mental de las mujeres implica poner atención a su capacidad reproductiva, así como a los mandatos sociales y culturales impuestos y las tareas de cuidado que indudablemente desgastan su salud emocional, considerando, además, las dificultades que las mujeres atraviesan

producto de embarazos no deseados. Tomar a las mujeres como sujetas activas en su propia salud se vincula con el concepto original de la OMS; *las personas deben tomar decisiones autónomamente sobre su salud.*

Mabel Burin (1987), quien reconoce que existe una desigual distribución de la responsabilidad en las tareas de cuidados, dentro de los vínculos de pareja, familiares y de atención de los niños. También reconoce a las mujeres como sujetas activas, su concepción de salud se enmarca dentro de una orientación participativa, que observa las necesidades de la población con la cual trabajan, definiendo acciones y criterios de salud mental desde sus mismas protagonistas, con la colaboración de equipos de salud mental multidisciplinares.

Esta perspectiva reconoce la salud mental como una noción que sus mismas protagonistas –las mujeres- van construyendo en diferentes momentos de sus vidas. Tanto ellas como las personas que inciden en la construcción de esta salud comunitaria, tienen una perspectiva centrada en la concientización y la transformación de las condiciones de vida de las mujeres, así como de los factores opresivos que hacen que su salud mental se deteriore (Burin, 1987).

Asimismo, Burin (1987), toma en cuenta la cultura patriarcal en las que las mujeres nos desarrollamos, pues es ésta con sus particulares normas y valores y su influencia sobre los roles y el papel de las mujeres quienes constituyen factores enfermantes. No obstante, estas condiciones opresivas, Burin considera que las mujeres presentan modos de resistencia por medio de las cuales se adecuan a las condiciones de opresión. Muchos de los trastornos de salud mental femeninos tradicionales podrían ser comprendidos desde la perspectiva de la resistencia que oponen las mujeres.

Una revisión sobre los estudios de salud mental de las mujeres y su relación con el aborto, indican que la interrupción de un embarazo es un acontecimiento íntimo e intenso, cuya vivencia –al tocar puntos muy sensibles de la vida de las mujeres- puede contener una profunda carga emocional. El impacto emocional y mental del aborto y la diversidad de reacciones están asociadas a diversas características y condiciones que enfrentan las mujeres.

No son las mismas consecuencias para las mujeres sanas, emocional y mentalmente, que en las que se reúnen factores de riesgo (Lafaurie et al, 2005). En entornos estigmatizados y de rechazo en la sociedad, donde el aborto se encuentra penalizado, las mujeres pueden experimentarlo de manera negativa e incluso traumática (Rondón, 2009). Estudios realizados en población estadounidense como los de Munk- Olsen (2011), muestran que las mujeres experimentan una gran variedad de emociones después del aborto, cuando el embarazo no fue planeado y/o deseado, el alivio es la emoción más reportada, aunque algunas mujeres también experimentan sentimientos de tristeza o culpa (Munk-Olsen et al, 2011). Las mujeres, con problemas previos de salud mental, baja autoestima y deseos de tener hijos, presentan mayores indicios de depresión (Robinson *et al*, 2009).

Para diagnosticar la situación mental de las personas, se necesita indagar sobre sus historias de vida, sus condiciones y una variedad de factores que inciden en su bienestar físico y mental. Diagnosticar la salud mental de las mujeres requiere tener en cuenta sus trayectorias en sus trayectorias sexuales y reproductivas, así como las condiciones subjetivas que enfrentan ante un embarazo no deseado y optan por un aborto. No se puede evaluar mentalmente a las mujeres sin indagar con anterioridad en estos factores, además, los criterios de enfermedad o trastorno mental son muy subjetivos y dependen enormemente de los contextos en los que se desarrollan las mujeres.

Por otro lado, diversas investigaciones en México (Rivas 2009; Ortiz y Troncoso, 2012; Maldonado 2012; Lamas, 2014) hacen referencia al aborto voluntario como un evento que posibilita a las mujeres decidir sobre sus cuerpos, les fortalece y les permite construirse como sujetas autónomas.

Las consecuencias psicológicas del aborto pueden llegar a ser positivas cuando la mujer pone fin a un embarazo en buenas condiciones sanitarias y, sobre todo, cuando ella opta por esta práctica de manera consciente, libre e informada (GIRE, 2005). En un estudio sobre el aborto clandestino en México (Amuchástegui y Rivas 2002, en Guillame & Lerner 2007), las autoras incluyen testimonios de mujeres que declararon sentir una sensación de gran tranquilidad después de interrumpir un embarazo al margen de la ley, pero practicado de manera segura y siendo tratadas con respeto por el personal médico que las atendió.

Entre los factores que inciden en la estigmatización del aborto, así como en la vivencia negativa de éste, se encuentra la penalización. La estigmatización del aborto está ligada a la percepción de este no como un delito, en entornos legales restrictivos, como es el caso de México, el estigma aún prevalece.

La penalización lo significa como un procedimiento “malo e intrínsecamente perjudicial para la sociedad” (Cook et al, 2016: 438), el efecto de este simbolismo refleja su origen histórico, al percibirlo como un procedimiento pecaminoso que debe castigarse. Asimismo, la penalización de la práctica marca a las mujeres que lo solicitan como “anormales”, a los médicos como “abortistas” y a las personas que las acompañan y apoyan como “negligentes” o “ineptas” (Cook et al, 2016: 441). El estado estigmatiza a las mujeres que abortan al poner en tela de juicio sus capacidades y su sexualidad, poniendo en evidencia ideas preconcebidas de ellas. Con la penalización, el estado contribuye a la animosidad por motivos de género (Pollvogt, citado por Cook et al 2016).

El estigma en torno al aborto, aplica tanto a las personas que ejecutan un aborto – personal de servicios de salud, parteras, enfermeras/os–, así como a las mujeres que abortan. El estigma opera marcando a las mujeres interna y externamente como inferiores a los ideales de la feminidad.

Las suposiciones más comunes de lo que debe o no debe ser una mujer varían de una cultura a otra, no obstante, todas ellas presuponen que hay una “condición esencial de la mujer”. Los ideales que se transgreden con el aborto son: 1) la sexualidad de la mujer únicamente con fines reproductivos, 2) La inevitabilidad de la maternidad, 3) el cuidado y atención instintivos de la mujer hacia quienes son vulnerables o ética del cuidado (Kumar et al 2009, citado en Cook 2016).

Bruce Link y Jo Phelan (2006), han estudiado la forma en la que funciona el estigma, así como sus implicaciones en Salud Pública. Sus investigaciones pueden ayudar a comprender cómo éste opera al penalizarse al aborto.

El estigma en lo que se refiere al aborto está compuesto de cinco elementos: 1) la penalización marca como distintas a aquellas personas que se realizan abortos o los practican, 2) se estereotipa estas diferencias vinculándolas a características indeseables, 3) las separa del resto de la cultura dominante, 4) resultado de esta separación se justifica la pérdida de estatus social y la discriminación hacia ellas, 5) finalmente se ejerce poder hacia las personas estigmatizadas (Link y Phelan, citados/as por Cook *et al* 2016).

Como puede observarse, la estigmatización señala a las mujeres que abortan al separarlas del resto, el estigma que las mujeres perciben influye negativamente en ellas al hacer que retarden la búsqueda de ayuda o acompañamiento, así como de servicios pos aborto cuando los consideren necesarios. El estigma percibido, hace que las mujeres oculten su aborto, “resultando en menores posibilidades de que la mujer encuentre apoyo emocional y social” (Cook *et al*, 2016: 449). Las repercusiones de la internalización del estigma en las mujeres que abortan, hacen que éstas no se perciban con el derecho de cambiar su situación, a consecuencia de esto ocultan y silencian su experiencia (Ortiz, 2010).

La información proveniente de varios estudios (Freyermuth, 2008; Ortiz, 2008; Lamas, 2014), expone que las mujeres están muy motivadas para regular el tamaño de su familia y utilizar anticonceptivos posteriores a un aborto, por esta razón, se recomienda que las intervenciones mejoren la cobertura y la calidad de los servicios de anticoncepción después de un aborto inducido, así como los servicios de consejería y acompañamiento durante el aborto (Juárez *et al*, 2008).

1.5. ACOMPAÑAMIENTO COMO VÍA PARA EL EJERCICIO DE UN DERECHO

La premisa del acompañamiento durante el aborto es que todas las mujeres deben tener acceso a servicios de aborto seguro y legal, así como a cualquier tipo de apoyo que necesiten durante la experiencia de aborto. Al acompañamiento se le identifica como la orientación y la atención durante el proceso de aborto elegido de la mujer, que puede ser llevado a cabo por distintas personas, ya sea enfermeras, trabajadoras sociales, familiares o las parejas de las mujeres que abortan. La persona que brinda acompañamiento ofrece apoyo emocional, físico y logístico

a una mujer durante su experiencia de aborto (Barcklow y Reyes, 2010:170 citado por Börjensson et al 2015).

El acompañamiento desde el *feminismo*, promueve la solidaridad a mujeres en situación de aborto sin caer en prácticas asistencialistas. La relación que se establece entre acompañantes y mujeres se da en un plano horizontal. El acompañamiento feminista reconoce en primer término las inequidades históricas de género, así como las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres. Valora a las relaciones solidarias entre mujeres pues considera que éstas conlleven al desarrollo y el bienestar común (Ortiz, 2010).

El acompañamiento ayuda a des estigmatizar la práctica de aborto y a visibilizar al aborto como ejercicio de derechos sexuales y reproductivos al proveer información sin prejuicios, desnaturalizando con esto el que el aborto sea siempre una práctica negativa en la vida de las mujeres.

Este acompañamiento aunado al apoyo emocional post aborto son espacios donde las mujeres reconocen y validan sus deseos, pues a éste activismo feminista, le interesa desarticular los discursos que han evitado que las mujeres tomen decisiones por sí mismas y les proporciona una perspectiva afirmativa del aborto como ejercicio de derechos sexuales, reconociendo que tuvieron que enfrentar un aborto para tomar consciencia del ejercicio del derecho a decidir sobre su cuerpo, así como de su autonomía sexual (Ortiz, 2008).

1.5.1. ABORTO, FEMINISMO Y ACOMPAÑAMIENTO

“Apenas constituidos, los grupos de mujeres tuvieron que enfrentarse con un viejo problema: el del aborto”.

—Manifiesto Rivolta Femminile

“Tenemos que habitar orgullosas la casa de la diferencia...”

—Audre Lorde

“En nuestra situación —como feministas— esa casa es el aborto”

—Mabel Bellucci

El aborto es el único lugar donde convergen todas las tendencias del feminismo, históricamente todas han pugnado por la libertad de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos. Si se toma en cuenta que el eje fundamental de la identidad de las mujeres es ser para los otros —ética del cuidado- y ser madre, el aborto se sitúa como la mayor *desobediencia* al sistema patriarcal. A las mujeres se les ha formado para el ajuste y la adaptación sexual a su papel ancestral: la maternidad y la sumisión al esposo. La esencia de la femineidad radica en aspectos negativos como la debilidad del cuerpo, la torpeza de la mente y la incapacidad para ejercer otro trabajo que no sea el doméstico. Esto las mantiene dentro de su papel de reproductora y trabajadora doméstica. Como Graciela Hierro afirma: “*la condición femenina parte de la biología, obedece a las necesidades culturales y se sanciona con la doble moralidad positiva en todos los regímenes patriarcales*” (Hierro, 1998: 57).

A través del aborto, muchas mujeres expresaron su voluntad de ser las protagonistas de sus vidas, rechazando su rol materno como única forma de autorrealización femenina. Cabe destacar que el aborto *siempre ha sido posible*, las mujeres lo han practicado en todas las épocas y culturas como un medio para desasirse de un destino no deseado y que cobraba forma en la maternidad impuesta (Deveraux, 1976).

Según Carla Lonzi, las mujeres no hemos logrado una sexualidad propia. Es evidente, que las luchas por el aborto legal dentro del feminismo quisieran manifestar la búsqueda de la autonomía en las mujeres, además de pugnar por la legalización del aborto, no obstante, desde 1974, cuando la *Rivolta Femminile* publica su manifiesto, evidenciaban que la legalización del aborto no haría que las mujeres se liberen de la opresión de la que eran objeto.

La *Rivolta Femminile* tomaba como punto de partida para el cambio y la liberación de las mujeres a los grupos de autoconciencia –feminista–. En dichos grupos se tenía como premisa el diálogo y la validación con otras mujeres. Era a través del diálogo y de preguntas que posibilitarían la toma de conciencia feminista, que las mujeres lograrían su liberación. La pregunta desencadenante en relación al aborto era *¿Por el placer de quién he quedado embarazada?, ¿por el placer de quién estoy abortando?* Estas interrogantes ponían en evidencia al patriarcado hegemónico y a la magnitud de la opresión de las mujeres. *Rivolta Femminile*, trabajaban por un cambio profundo mediante la toma de conciencia de las mujeres, y el empoderamiento mediante sus abortos.

Coincido con el manifiesto de las *Rivolta Femminile*, en el sentido de que un aborto sin información y sin conciencia de derechos no empodera a las mujeres, para que haya cambios profundos en ellas, necesitan iniciarse en un proceso psicológico de concientización que varía de acuerdo a sus contextos particulares, en el que reciban la información que les permita conocer que el aborto que ejercieron es un derecho, posibilitando con esto un verdadero ejercicio reflexivo.

Las preguntas generadoras que las *Rivolta Femminile* planteaban era muy reveladoras y posibilitaban catarsis en las mujeres que se acercaban a ellas para abortar, sin embargo, no eran respetuosas a sus procesos de vida, así como de sus tiempos –psicológicos–.

Mabel Belluci (2010) reflexiona al *acompañamiento feminista* como transcendental en tanto que ha ido resignificando el aborto, haciéndolo parte de una lucha y generando comunidades de afecto entre acompañantes y mujeres anónimas. El acompañamiento feminista revierte la clandestinidad, el secreto y el estigma que rodea al aborto (Bellucci, 2010).

En “*Historia de una desobediencia, aborto y feminismo*”, Bellucci hace una genealogía de esta desobediencia, distinguiendo cómo a través de la creciente legalización desde abajo –práctica del aborto como derecho vivo–, las mujeres se insubordinan al sistema heteropatriarcal donde la maternidad es obligatoria.

Como primeros antecedentes al Movimiento de Liberación de la Mujer (MLM), surgido después de la segunda guerra mundial, a este movimiento se le conoce como feminismo de la segunda ola. Llama “marginalidades dinámicas”, a las luchas que acontecieron junto a este movimiento como son la lucha por los derechos civiles entre la comunidad negra de Estados Unidos de Norteamérica, las luchas de los estudiantes a nivel mundial y las luchas por los derechos de las mujeres. Es en el contexto de posguerra que el feminismo surge como una necesidad de instalar en el debate público la noción de la diferencia sexual y teniendo como antesala a *El segundo Sexo* de Simone de Beauvoir (1949).

Más tarde, con la invención de la píldora anticonceptiva en los años 60’s, se resquebraja la noción de maternidad como único destino para algunas mujeres privilegiadas, Bellucci (2010) señala que junto con esta tecnología surgen injusticias sociales debidas a cuestiones de clase, raza, etnia.

Solo un pequeño porcentaje de mujeres son las que se beneficiaron con esta tecnología, siendo las mujeres latinas –con quienes se probó la píldora– las mayores afectadas por los efectos indeseados de la píldora anticonceptiva. Agatha Ignaciuk (2002) hace referencia a que, si bien la píldora fue la “inauguradora del feminismo de la segunda ola”, también trajo la instauración de la anticoncepción como tarea preventiva sólo de las mujeres.

Es hasta 1967, que el movimiento de Mujeres Radicales de Nueva York (NYRW) ponen en el debate al aborto. *La dialéctica del Sexo* (1968) de Schulamith Firestone, una de sus integrantes, hace referencia a la sexualidad en términos del placer de las mujeres. Firestone consideraba necesario un replanteamiento total de la sexualidad femenina en aras de que ésta fuera placentera y satisfactoria para ellas.

También en el contexto estadounidense, *Pan y Rosas* surgido en 1969, inaugura el lema feminista del derecho a decidir de las mujeres. *Pan y Rosas* afirmaba categóricamente “*debemos insistir en el derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos*”. Esta colectiva, problematizaba el contexto de injusticia social al cual se enfrentaban las mujeres chicanas, negras y puertorriqueñas de Nueva York, quienes se enfrentaban en un 75% más a las muertes por abortos clandestino, en tanto que sólo el 25% de las mujeres blancas morían por abortos.

Mabel Belluci (2010), distingue cómo desde aquella época, las colectivas transmitían los conocimientos de la práctica abortiva contra el orden médico, jurídico y político, lo que potenciaba la autonomía y el empoderamiento de las mujeres. En 1969 el tribunal de Nueva York llamó a varias personas que proporcionaban información sobre aborto a comparecer ante un jurado de acusación. Tales hechos presionaron al Movimiento de Liberación de las Mujeres (MLM) a entrar en contacto con la comunidad sanitaria femenina, organizando el *Proyecto Femenino de Aborto*, que fungió como un catalizador para mantener el tema del aborto en el debate.

Este movimiento convocó a las mujeres a desfilar por las calles de Nueva York el 28 de marzo de 1970 para presionar al gobierno de Nueva York a reparar en el tema de aborto como un tema de justicia social, en sus carteles, estas feministas enunciaban “quinientos dólares por aborto equivale a su prohibición”. Meses después esta efervescencia política se disolvió al cambiar la legislación sobre aborto. El 1 de julio de 1970, se permitió la interrupción del embarazo en NY, siempre que la efectuase un médico antes de las 24 semanas. El *Proyecto Femenino de Aborto* no se dio por vencido al exigir al gobierno la debida capacitación de los médicos, educación integral sobre educación sexual y abortos gratuitos.

Tres años después el caso *Roe vs. Wade*, finalmente se permitió abortar legalmente a las mujeres en Estados Unidos. Un tribunal federal consideró que las mujeres podían elegir un aborto en el primer trimestre del embarazo en función de su *derecho a la privacidad*. La corte no confirmó el derecho por el cual las feministas de aquella época exigían: *el derecho a la autonomía sobre el cuerpo* (Bellucci, 2010).

Como antepasadas de las colectivas feministas actuales que acompañan abortos, las JANE, colectiva afín al movimiento punk londinense, con la consigna “*Hazlo tú misma*”, operaron

en Chicago desde 1968 hasta la decisión de la corte norteamericana de legalizar el aborto –Roe vs. Wade– en 1973. Sus cifras indican que realizaron 11 mil abortos, bajo un exhaustivo *protocolo de seguridad*, con hincapié en los componentes médicos, de acompañamiento y consejería. Su experiencia, evidencia que es posible desplegar una organización autónoma, eficiente, disciplinada, fuera de la medicina y moral tradicional occidental. JANE como colectiva autónoma, satisfacía las necesidades de acompañamiento durante un aborto, que no cubría el estado ni los médicos de la época y visibiliza cómo los conocimientos y saberes abortivos pasaron de una mujer a otra, en un *continuum de aprendizaje* que generó su práctica, fuera de los márgenes de la ley.

Jane no abogaba por la legalización del aborto, de hecho, la criticaba como única forma de acceder a un aborto legal y seguro, argumentando que el proceso de legalización trae como resultado la mecanización, deshumanización y cooptación de la salud de las mujeres. Debatieron el que se esperara a la legalización para que el gobierno tomara cartas en el asunto respecto al acompañamiento de mujeres durante sus abortos. Insistían en omitir y resistir a las leyes y abogar por la autogestión y la organización entre mujeres (JANE, 2015).

A esta colectiva feminista se le suman diversas colectivas a nivel mundial que se respaldan en el derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos, pero también en los derechos y tratados internacionales que legitiman el derecho al aborto.

En Sudamérica, las colectivas feministas “Línea de aborto” en Chile y la “Línea de Aborto: Más Información, Menos Riesgos” de Argentina, han aprendido a través de la aproximación telefónica diaria con mujeres, sobre sus necesidades e incertidumbres frecuentes. Ambas han propuesto sus propios manuales “*Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*” (2012) en Argentina y “*El Manual*” (2012) en Chile.

Estos han sido imprescindibles en su quehacer como activistas. Recuperan sus aprendizajes cotidianos y democratizan la información al publicar sus contenidos de manera digital e impresa “*para las mujeres que no tienen acceso expedito a internet, ni el dinero suficiente para hacer una llamada telefónica o que requieren información más detallada sobre cómo realizar un aborto con pastillas*”. En estos manuales se retoman las voces de las mujeres que abortan, así como las de las

acompañantes que han aprendido a través de la información que entregan 365 días al año vía telefónica.

1.5.2. ¿QUÉ ES EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE UN ABORTO INDUCIDO?

“La figura de la acompañante siempre ha existido, es la vecina, amiga, madre, hermana, novia, prima, siempre hay alguien que facilita algo para que otra pueda abortar”

—Alma Osiris de Gante, Acompañante
activa de Missovarias

Autoras como Joaquina Erviti, quién ha estudiado la experiencia de aborto en mujeres pobres, subraya la importancia de las redes sociales, familiares o amistades en sus procesos de aborto. La autora, señala que al menos en las mujeres entrevistadas, las que tienen una red social amplia, suelen interrumpir de manera más rápida un embarazo no deseado (Erviti, 2005).

El acompañamiento, se da en una relación de horizontalidad, sólo esta relación de iguales puede enunciarse feminista, en tanto que toma a las mujeres como sujetas activas de derechos. Son ellas las que conocen su cuerpo y saben con qué herramientas personales cuentan, saben, además, quienes serán sus aliados en la consecución de su aborto.

Para el caso de México, Fondo MARIA ha aprendido de su activismo feminista posterior a la despenalización del aborto en la Ciudad de México en el 2007 y ha hecho un ejercicio auto reflexivo de su activismo feminista, así como de su quehacer como OSC. Han enunciado un concepto de acompañamiento;

“Es una oportunidad que permite a la mujer tomar conciencia de su autonomía, de la fuerza que radica en ella. El acompañamiento, en todas sus facetas (antes, durante y después del aborto), puede ser visto como una herramienta sustentada en el respeto de la autonomía de las mujeres y que mediante una relación acciona y promueve tomar contacto con dicha fuerza, siendo respetuosa del momento en el que cada mujer se encuentra cuando decide la interrupción de su embarazo, es decir, aun cuando no todas lo perciban así porque aún no han cobrado cabal conciencia de esa autonomía en sí mismas” (Ortiz, 2010: 72).

El acompañamiento feminista, posibilita el acceso al derecho a la información sobre su salud, a la privacidad, a tener acceso a las tecnologías que hacen más fácil el aborto –misoprostol– respetando las creencias y las condiciones socioeconómicas de cada una. Este acompañamiento, pone a las mujeres como protagonistas de su aborto, pues ellas deciden que decisiones y cómo lo llevarán a cabo, –ya sea medicamentoso o por AMEU–. En ese sentido, son las acompañantes una guía y respaldo que los escucha activamente sin los prejuicios morales de los contextos médicos altamente patriarcales y violentos.

El acompañamiento es *activismo político* pues conduce a las mujeres a ejercer un derecho ganado a través de históricas batallas por el movimiento feminista. A este derecho lo legitiman diversas leyes y tratados internacionales, las acompañantes son conscientes de estas leyes y su función es fundamentalmente acercar información que permita a las mujeres decidir sobre su cuerpo de la mejor forma posible, tomando en consideración sus creencias, sentires y pensamientos y de acuerdo a sus contextos.

1.5.3. ¿CONSEJERÍA, ORIENTACIÓN O ACOMPAÑAMIENTO?

En el trabajo de acompañamiento, va más allá de ofrecer un servicio, pues también se presta compañía, escucha activa y solidaridad, además es un trabajo centrado en las necesidades de las personas (Hamson et al, 2014).

El término *acompañamiento* da cuenta de una relación de horizontalidad propia del feminismo, así como de complicidad y empoderamiento de ambas partes; tanto de la mujer que aborta, como de su acompañante. A diferencia de éste, la *orientación y consejería* se da en una relación desigual donde una de las partes *enseña y aconseja* a la persona en cuestiones de salud según el paradigma positivista actual de la salud mental. Por estos motivos, considero que el término conveniente para esta investigación es *acompañamiento*, donde la salud es vista como un derecho humano al cual todas y todos debiéramos acceder.

A través de otros ejemplos de acompañamiento, como el de Las Libres, organización asentada en Guanajuato, se puede apreciar el valor de depositar la confianza en las mujeres y los lazos de apoyo entre ellas. De manera que tanto las afectadas -en su caso mujeres criminalizadas por abortar-, como las mujeres defensoras de derechos logran hacer vínculos de confianza y de solidaridad, amortiguando la victimización. Estas prácticas potencian la transformación social pues logran concienciar a las mujeres sobre sus derechos y empoderan a las mujeres (Madrado, 2011).

En Argentina, se ha retomado el término de Socorrismos, en honor a la colectiva italiana –Socorro rosa– que realizaba interrupciones de embarazo en clandestinidad. Las feministas italianas pertenecientes a este grupo, realizaban abortos gratuitos con médicos integrantes del Partido Comunista en el sótano de una casa. Con ello, las feministas ponían de manifiesto la necesidad de generar lazos de solidaridad entre mujeres evitando el negocio y el maltrato. Las *socorristas* argentinas, dados sus lazos históricos con las activistas italianas, lo han retomado como un tributo.

1.6. ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO POST ABORTO

Sobre el acompañamiento emocional después de un aborto o post aborto, se encuentra la iniciativa de Acompañamiento Después de un Aborto Seguro (ADAS). En 2006 se elabora la propuesta teórica y en 2007, a partir de la despenalización del aborto en la Ciudad de México se presenta abiertamente como una opción de atención para las mujeres que han interrumpido un embarazo.

Este espacio terapéutico y feminista, busca evitar y disminuir el silencio y el aislamiento que provoca en muchas mujeres un embarazo no deseado y la posibilidad de interrumpirlo, dada la estigmatización hacia el aborto, abonándose en la resignificación de dicha experiencia. En palabras de Olivia Ortiz, psicóloga clínica iniciadora de esta intervención;

“es una intervención profesional con un marco de referencia que toma elementos de la psicoterapia narrativa, el psicoanálisis, el feminismo y las teorías de género, para que la mujer clarifique el dilema de la situación embarazo-aborto y las condiciones en las que lo enfrentó. ADAS ofrece un espacio confidencial, respetuoso, con escucha atenta y sin juicios al decir de cada mujer, que protege y promueve los derechos sexuales y reproductivos” (Ortíz, 2016:1).

Esta revisión psicológica post aborto se desarrolla en sesiones individuales, presenciales o por video conferencia, y a lo largo de doce sesiones se reflexiona y analiza sobre los diversos aspectos que la situación embarazo-aborto visibilizó en ese momento de vida de la mujer (Ortiz, 2016).

La revisión también recupera las preguntas, las reflexiones, las emociones, los sentimientos, las condiciones familiares, sociales y personales que surgieron en cada mujer y estuvieron presentes en ese momento. Desde 2007 hasta el 2017, ADAS ha brindado apoyo emocional a más de 200 mujeres. La sistematización de las experiencias relatadas por 38 mujeres atendidas por Olivia Ortiz (2016), recupera varios aspectos que aportan al conocimiento de la experiencia emocional de las mujeres, por ejemplo, la diversidad de condiciones que enfrentaron en el momento del embarazo, la influencia de los mandatos de género en la construcción de su identidad y el replanteamiento que ha implicado en sus planes de vida un embarazo no deseado y que han elegido interrumpir. A continuación, se refieren cuatro categorías de análisis que ha reportado:

Condición de la mujer antes del embarazo: Las mujeres dan cuenta en su narración de una educación orientada en el deber ser femenino; así como una historia familiar en la que han experimentado diversos tipos de violencia. Estos aspectos, entre otros, favorecieron un contexto familiar que socavó sus aspiraciones de autonomía, libertad e independencia.

Condición general de vida al momento del embarazo: El embarazo confrontó a las mujeres con una situación que no estaban dispuestas a enfrentar y que ponía en riesgo aspectos o condiciones de vida que no querían perder. En ese sentido el aborto fue la posibilidad para evitar afectaciones mayores, por ejemplo, continuar un embarazo de una relación de pareja violenta; o en condiciones económicas limitadas que afectarían el nivel y calidad de vida de hijos/as a su cargo.

Percepción de sí mismas: La ruptura o distanciamiento de los mandatos de género que plantean la maternidad como ineludible y principal camino de expresión de su identidad estuvo presente en casi la totalidad de las mujeres. Para algunas representó un proceso reciente y menos conocido, para otras más ejercitado y por tanto más comprendido que exige una mayor confianza

en sí misma para poner límites a acciones que representen un apego al rol de género tradicional. En común registraron su interés por un plan de vida orientado a la autonomía; una determinación a postergar la maternidad en aras de obtener un grado de confianza y desarrollo personal; así como su aspiración a relaciones personales mediadas por el buen trato, donde se respeten sus decisiones y su plan de vida.

Significados del embarazo y aborto: El aborto confrontó a las mujeres entrevistadas con situaciones críticas y dolorosas que habían identificado previamente pero que no habían resuelto por diversos motivos. Su proyecto de vida ante esta situación cobró una importancia vital, pasando la maternidad a un segundo término.

La intervención ADAS argumenta que el acompañamiento post aborto permite que la mujer reconozca la influencia de los diversos factores que participaron en su proceso embarazo-aborto. Ha significado;

“la posibilidad de cambiar patrones de comportamiento, establecidos antes como propios de ser mujer, y les permite decidir por sí mismas, ejerciendo su libertad a un nivel más alto”, además “al decir que no a la continuación de un embarazo, la mujer afirma otros aspectos de su vida que ella considera importantes, generalmente asociados a la gestión de su autonomía” (Ortiz y Troncoso, 2012:10).

El acompañamiento y apoyo emocional post aborto son espacios donde algunas mujeres han reconocido y validado sus deseos, pese a la cultura patriarcal que impone la maternidad como único camino válido de ser mujer. En estos espacios de acompañamiento psicológico, han desarticulado los discursos que les restan autonomía sobre sus vidas. Algunas mujeres han logrado resignificar su experiencia para alcanzar una perspectiva afirmativa del aborto, al reconocer que *“tuvieron que enfrentarlo para abrir los ojos a otras circunstancias que les permitieron tomar mayor control de su vida, o un rumbo más apegado a la conciencia de sí mismas”* (Ortíz, 2016:3).

Capítulo II

2. EL ABORTO UN PROBLEMA DE JUSTICIA SOCIAL EN MÉXICO

“Las ricas abortan,
Las pobres mueren,
Basta de hipocresía”

—Consigna feminista

En México, el ejercicio del derecho a un aborto no es una realidad para todas las mujeres, pues su práctica –un derecho que la Organización Mundial de la Salud legitima-, sólo puede realizarse legalmente hasta las 12 semanas de gestación, dentro de la Ciudad de México (Gamboa– Montejano y Valdés–Robledo, 2014). Esta situación de injusticia social se evidencia en lo referido la Constitución Política en su artículo 4º, donde se expresa como garantía individual el derecho de las personas a la protección de su salud y a decidir de forma libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, dejando ver que las mujeres con falta de recursos y altos índices de marginación como las habitantes del estado de Chiapas no pueden decidir libremente sobre el ejercicio de este derecho.

Estas variaciones entre leyes federales y estatales relativas al derecho al aborto en México, aúnan más la injusticia social en lo relativo al aborto. Según Cook (2016), la penalización es discriminatoria y funciona como catalizador de las desigualdades sociales y étnicas. México, al ser un país de evidentes desigualdades socioeconómicas, potencia las problemáticas presentadas por abortos con marcos jurídicos restrictivos, realizados en contextos de alto estigma frente al aborto. Surge la pregunta *¿Acaso puede hablarse de igualdad cuando por medio de las leyes, se crean ciudadanas más libres o menos libres de acuerdo a la entidad federativa en la que viven?*

Además, las adolescentes y jóvenes, así como las indígenas que no cuentan con parejas formales, son las mujeres más vulnerables ante el aborto inseguro (Lerner et al, 2016). La

interrupción legal del embarazo, abona a los esfuerzos por disminuir la mortalidad materna provocada por un embarazo inseguro, contrarrestando con esto la injusticia social que significa abortar en clandestinidad. Las mujeres más vulnerables son las que menos tienen acceso a servicios de salud y por lo tanto a abortos seguros, lo que hace necesario buscar estrategias – como el acompañamiento y la información durante el proceso de aborto– tratando de contrarrestar los efectos de éstas desigualdades sociales (Ortíz, 2010).

Sólo cuando el aborto voluntario esté totalmente despenalizado en todo México será una realidad la garantía constitucional de que todas las personas son iguales ante la ley y será real el respeto a la libertad reproductiva, como lo enuncia el Artículo 4º de la Constitución Mexicana.

2.1. AVANCES Y RETROCESOS EN DERECHOS SEXUALES EN MÉXICO

El Estado Mexicano ha firmado todos los tratados en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, lo que lo obliga a cumplir con dichos acuerdos. En la práctica, ha incurrido en el incumplimiento de ellos, debido en parte a la falta de políticas públicas en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, a la fuerte cultura patriarcal que identifica al país y permea a la legislación, así como al influjo de la religión católica (Guillaume y Lerner, 2007).

El cumplimiento de tales acuerdos requiere de voluntad política para impulsar los cambios legislativos que promuevan una nueva práctica en el ejercicio del poder, así como los cambios de conducta, prácticas, ideologías, estructuras y voluntad. Otras medidas necesarias para el eficaz goce de los derechos humanos, implican que los defensores, fiscales, secretarios de juzgado, jueces y magistrados, reciban capacitación especializada en el conocimiento, manejo y utilización de los instrumentos internacionales en las decisiones que adopten en el desarrollo de sus funciones.

A su vez, los derechos reproductivos están consagrados en el art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos *“toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”*.

Un avance en materia legislativa, en la Ciudad de México, se sitúa en diciembre de 2003, cuando el Pleno de la Asamblea legislativa del distrito Federal aprobó reformas, en el tema de aborto, al Nuevo Código Penal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el DF (LSDF). Estas modificaciones se publicaron en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de enero de 2004 y entraron en vigor el día siguiente. Las reformas fueron moderadas, pero con implicaciones profundas. Entre los aspectos clave de estas reformas –respecto a la autonomía de las mujeres– fueron:

a) Establecer que las instituciones públicas de salud en el DF debían realizar, en un plazo no mayor de cinco días, gratuitamente y en condiciones de calidad, la interrupción del embarazo, en los casos permitidos por la ley, a la mujer que lo solicitara y cumpliera con los requisitos establecidos (Artículo 16 Bis 6 de la LSDF).

b) Regular la objeción de conciencia de los médicos, de manera que la mujer que solicite un aborto legal tenga garantizado ese servicio. Para ello se determinó que la Secretaría de Salud del DF deberá contar permanentemente con personal no objetor, aunque se reconozca el derecho (individual) de los médicos a negarse a realizar abortos legales, con base en sus creencias personales (Artículo 16 Bis 7 de la LSDF).

c) Eliminar el carácter de delito del aborto, estableciendo que las causales eran excluyentes de responsabilidad penal en los casos ya contemplados en el Código Penal (Artículo 148 del CPDF). Uno de los cambios más significativos es que las instituciones de salud, al igual que las instancias de procuración de justicia, deberán garantizar la interrupción del embarazo, así como proporcionar a la mujer información oportuna y veraz sobre otras alternativas, y los posibles riesgos a su salud, garantizando el consentimiento informado.

d) Las reformas a los artículos 145 y 148 del CPDF reconocen la libertad reproductiva de las mujeres en la Ciudad de México, establecida en la Constitución, afirmando su derecho a decidir si continúan o no, un embarazo. El aumento de los años de cárcel (entre cinco y diez), para quienes afecten la voluntad de la mujer forzándola a abortar, fortalece la libertad reproductiva.

En cuanto a la objeción de conciencia, estas reformas respetaron la libertad de trabajo de los médicos, pero se garantizan también los derechos reproductivos de las mujeres, pues se establece que se deberá referir a la mujer con un médico no objetor y que no se podrá objetar cuando su vida o su salud estén en riesgo. Las instancias públicas de salud deben garantizar la permanente disponibilidad de médicos no objetores en materia de interrupción legal del embarazo. Las adiciones antes señaladas representaron un importante paso para garantizar el acceso a servicios de salud gratuitos y de calidad, que permitan a las mujeres de la Ciudad la interrupción de un embarazo, en los supuestos previstos por la ley, sin cometer ningún delito.

El 24 de abril de 2007 el pleno de la Asamblea Legislativa aprobó las reformas por 46 votos a favor. La ley fue publicada el 26 de abril de 2007 en la Gaceta Oficial del DF y entró en vigor al día siguiente (Gire, 2007).

Ante esta reforma, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Procuraduría General de la República (PGR), presentaron acciones de inconstitucionalidad. Quince meses después el 28 de agosto del 2008, la Corte Suprema emitió su veredicto y decidió por ocho votos a favor y tres en contra, que la interrupción del embarazo es constitucional (GIRE, 2009).

La suprema corte de justicia de la Nación, se posicionó a favor de la reforma en la Ciudad de México que despenalizó el aborto hasta las 12 semanas de gestación. Las razones a las cuales consideró como fines constitucionalmente válidos son los siguientes; a) validó la voluntad de mejorar los servicios para las mujeres de bajos recursos, para lograr la igualdad y el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos, b) consideró que es necesario que existan opciones seguras para interrumpir embarazos que representan un riesgo de salud para las mujeres, y c) concluyó que la despenalización del aborto es una medida idónea para salvaguardar “la libertad de las mujeres de decidir respecto de su cuerpo, su salud física y mental e, incluso, respecto de su vida” (Ávalos, 2013).

2.2. LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EN LA REPÚBLICA MEXICANA

Con base en el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el aborto es considerado un delito de competencia local, es decir, cada entidad establece si es un delito o no y cuáles son las causales por las que las mujeres pueden solicitar una interrupción de embarazo (GIRE, 2013).

Las legislaciones de todos los estados de la República aceptan, en menor o mayor medida, alguna de siete causales para permitir el aborto. En 32 entidades es legal que una mujer aborte por un embarazo producto de una violación; 30 estados -a excepción de Chiapas y Nuevo León- aceptan el aborto imprudencial y 29 no penalizan la interrupción del embarazo cuando la mujer se encuentra en riesgo de muerte. Las legislaciones más adelantadas se encuentran en Baja California Sur, Colima y la Ciudad de México, donde la práctica está despenalizada; le siguen Veracruz y Yucatán, donde se permite el aborto por razones socioeconómicas, pero manteniendo penas menores si la mujer intenta abortar un producto de una relación extramarital (Cook *et al*, 2016).

El aborto es, en todas las entidades federativas, un delito con causales de exclusión de responsabilidad penal. La normativa de la mayoría de los estados carece de perspectiva de género y de bases científicas. En más de diez códigos penales se refieren a la mujer que aborta como “la madre”; en 28 definen al aborto como la “muerte del producto de la concepción”, cuando según la Organización Mundial de la Salud aborto es la interrupción del embarazo y el embarazo inicia con la implantación y no con la “concepción”, es decir, cuando el óvulo fecundado se adhiere a la pared del útero y no en el momento de la fecundación, cuando se unen el óvulo y el espermatozoide, a lo que pareciera referirse el término “concepción” (Gire, 2013).

La causal de aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación sexual, es la única causal legal que existe en todo el país; en diez estados de la República se establece expresamente que durante el primer trimestre del embarazo se puede llevar a cabo el aborto por esta causal, mientras que en las 22 entidades restantes no existe tal disposición, es decir no se establecen plazos para la interrupción, hecho que protege los derechos humanos pues permite a las mujeres a las que se les presenten situaciones que pongan en peligro su salud o su vida, decidir no continuar con el embarazo sin presión de plazos.

Sólo en la Ciudad de México está despenalizado el aborto hasta las doce semanas de gestación. El aborto en casos de embarazos producto de violación está legalizado en todo el país.

2.3. ALGUNOS DATOS SOBRE ABORTO EN MÉXICO

En México, las tasas insatisfechas de anticonceptivos presentan rezagos importantes en dos grupos poblacionales: las mujeres adolescentes e indígenas. El último informe que concentra GIRE, revela que el embarazo entre mujeres de 15 a 19 años prevalece e incluso ha aumentado, posicionando a México como el país con la tasa de natalidad más alta entre adolescentes, con 64,2 nacimientos por cada mil mujeres (Tamés, 2015).

Los datos por los cuales se sabe de la incidencia del aborto en México, es a través de los índices de Mortalidad Materna. Las causas directas de la mortalidad materna incluyen la eclampsia y pre eclampsia, las hemorragias, las infecciones, así como los abortos inseguros. La Razón usada para medir la Mortalidad Materna es la (RMM), que expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos (Andión y Ramos, 2013). Las cifras de Mortalidad Materna (MM) que recoge el Observatorio de Mortalidad Materna para Chiapas, muestran que, durante el 2014 de las 77 muertes de mujeres debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su atención, 11.7% corresponden a muertes relacionadas con abortos inseguros (Freyermuth et al, 2016).

En México, la RMM en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100,000 nacimientos. En números absolutos, la Razón de Mortalidad Materna indica que de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio (Andión y Ramos, 2013).

En el 2010, en cinco entidades federativas se concentraba el mayor porcentaje de muerte materna en mujeres hablantes de una lengua indígena: Oaxaca (55.9%), Guerrero (47.2%), Chihuahua (35.9%), Yucatán (25.0%) y Chiapas (24.6%). Según registros actualizados de GIRE, Chiapas ocupó durante el 2016 el segundo lugar a nivel nacional en mortalidad materna.

(Secretaría de Salud, 2016) Estas cifras se recogen de datos oficiales de la Secretaría de Salud Federal.

Según GIRE, de las mujeres que recurren a un aborto en la Ciudad de México a partir del 2007, 97% son residentes de la Ciudad de México o el Estado de México y sólo el 3% son del resto del país. El 56% de estas mujeres tienen estudios de preparatoria o universitarios.

Los datos estadísticos sobre el aborto, evidencian, además, que el número de embarazos no planeados que finalizaron en abortos se ha incrementado a 874, 747. Estos datos revelados por el Instituto Guttmacher en el 2008, muestran sólo los abortos llevados a cabo en un contexto de legalidad, dadas las dificultades para medir el fenómeno realizado de manera clandestina.

La ilegalidad del aborto en la mayor parte del país no impide que las mujeres interrumpen un embarazo pues la tasa de abortos inducidos en México ha aumentado hasta colocarse en las más altas del mundo:

| Cifras de aborto clandestino en México | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Año | No. total de abortos clandestinos | Tasa de aborto por cada mil mujeres |
| 1990 | 500, 000 | 25 |
| 2006 | 874,747 | 32 |
| 2009 | 1,025,669 | 38 |

**Elaboración propia a partir de datos de Juárez, et al. (2008).

Estimaciones del aborto inducido en México.

Los datos referidos reflejan que en México el aborto sigue siendo una práctica común en todos los estados, en mujeres en edad reproductiva (15- 49 años). Las estimaciones que hace GIRE, indican que, durante el 2009, 159,000 mujeres acudieron a un servicio de salud por complicaciones relacionadas con abortos inseguros en el interior de la República Mexicana. En base a estas cifras, se recomienda mejorar la cobertura de métodos anticonceptivos, así como de servicios de post aborto (Juárez, et al 2012).

2.4. LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

En el 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), aprobó una reforma al Código Penal para la Ciudad de México, estableciendo una nueva definición de aborto. Así se despenalizó la interrupción legal del embarazo para las mujeres y las personas que las auxilien, antes de que se cumplan las doce semanas de gestación.

Tal reforma fue acompañada de modificaciones a la ley de Salud para la Ciudad de México, que establecen la obligación de las instituciones de salud para atender dichas solicitudes de interrupción. Se modifica la definición que penalizaba el aborto, la definición por tanto cambia y se hace alusión a ésta como interrupción del embarazo. Esta definición queda asentada en la Gaceta oficial del Distrito Federal en el artículo 144, como “Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación” (Gamboa- Montejano y Valdés-Robledo, 2014).

La interrupción legal del embarazo abona a los esfuerzos por disminuir la mortalidad materna provocada por un embarazo inseguro, contrarrestando con esto la injusticia social que significa abortar en clandestinidad. Las mujeres más vulnerables son las que menos tienen acceso a servicios de salud y por lo tanto a abortos seguros, lo que hace necesario buscar estrategias – como el acompañamiento y la información durante el proceso de aborto- tratando de contrarrestar los efectos de éstas desigualdades sociales (Ortíz, 2010).

Las reformas, que fueron aprobadas en 2007 y que actualmente operan para el ejercicio de Interrupción Legal del Embarazo en la CDMX consisten en:

1. Reformular la definición jurídica penal del aborto: «Aborto es la interrupción del embarazo después de la décimo segunda semana de gestación». Por lo tanto, el aborto únicamente puede penalizarse a partir de la semana 13 de gestación, siendo lícitos los abortos consentidos o procurados dentro de las primeras 12 semanas de gestación (artículo 144 del Código Penal del DF, CPDF).

2. Definir el embarazo, para efectos del Código Penal, como «la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio». Con esto, se refrenda la legalidad de los métodos anticonceptivos poscoitales, como la anticoncepción de emergencia (artículo 144 CPDF).

3. Reducir las sanciones para las mujeres que se practiquen un aborto (artículo 145 CPDF).

4. Proteger a las mujeres que fueran obligadas a abortar. Se estableció la figura del «aborto forzado», que se define como «la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada» (artículo 146 CPDF).

5. Reformar la Ley de Salud del DF (LSDF) para ofrecer servicios de asesoramiento y contención (pre y postaborto) y brindar información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción legal del embarazo (artículo 16 bis 8 LSDF).

A partir de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, se modifica la definición que penalizaba el aborto por la de: *interrupción legal del embarazo* (ILE). Esta definición queda asentada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en el artículo 144, como “Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación” (Gamboa, 2014).

2.4.1. LA "PROTECCIÓN DE LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN"

Martha Lamas (2015), desde su postura como académica y activista por el derecho al aborto, considera que las reformas constitucionales estatales que dieron origen a la “protección de la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural”, han funcionado como dispositivos dirigidos a “blindar” a las entidades federativas contra el aborto legal. Actualmente se ha legislado en dieciséis de las 32 entidades federativas a favor de esta ley (Sonora, Baja California, Morelos, Colima, Puebla, Jalisco, Nayarit, Quintana Roo, Guanajuato, Durango, San Luis Potosí, Yucatán, Querétaro, Oaxaca, Tamaulipas Campeche y Chiapas), lo que ha provocado que exista “incertidumbre jurídica” en todo el país.

A consecuencia de estas reformas, el imaginario médico se ha visto afectado de manera que se les niega proporcionarles atención médica urgente a las que llegan con abortos espontáneos y son remitidas a la justicia. Lamas (2015) afirma que esta ley también aparece como una acción simbólica para complacer al vaticano dada la influencia de la iglesia católica en México.

Tales reformas han sido criticadas por violar varios derechos de las mujeres; a la dignidad (art. 1 de la Constitución), a los derechos reproductivos, (art. 4 de la Constitución) y el derecho a la salud (art. 4 de la Constitución y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales). Además, la Academia Mexicana de las Ciencias (2008) hizo pública su postura en cuanto al retroceso y el riesgo representado por estas reformas.

A partir de la aprobación de estas reformas constitucionales, en varios estados que protegen la vida desde la concepción, durante el periodo 2009-2011, 679 mujeres han sido denunciadas por el delito de aborto, es decir, 226.3 mujeres en promedio al año. Ello implica un incremento significativo, ya que, en el comparativo entre ambos períodos, un promedio de 163.8 mujeres más son denunciadas cada año (GIRE, 2013).

2.5. LAS LUCHAS FEMINISTAS A FAVOR DEL DERECHO AL ABORTO EN MÉXICO Y CHIAPAS.

En México, la reivindicación del aborto salió del debate público en la medida en la que el Frente Único Pro Derechos de la Mujer, creado en 1935 luchaba por el derecho al voto. Las feministas mexicanas estaban ocupadas en la persecución del sufragio femenino. No es hasta la década de los 70's cuando el activismo de los grupos que se unieron en la Coalición de Mujeres Feministas, se articuló en torno al derecho al propio cuerpo (Lau, 1987; Gonzáles, 2001; Lamas 2001). Con el lema *lo personal es político*, la irrupción de la segunda ola del feminismo, puso en evidencia a las demandas que tenían que ver con el cuerpo y sus afectos (Lamas, 20015). Hasta ese momento de la historia mexicana, el modelo predominante de ciudadanía, no incluía los derechos sexuales y reproductivos.

Martha Lamas (2015) ubica como inicio de las reivindicaciones feministas en torno a la sexualidad y a la reproducción a partir de la premisa “mi cuerpo es mío”. Esta premisa surge con el grupo de Mujeres en Acción Solidaria (MAS) en 1972. Más tarde “*el derecho a decidir de las mujeres sobre el propio cuerpo*” fue el hilo conductor que unió a las distintas corrientes feministas que coincidieron en la Coalición de Mujeres Feministas (CMF). Los propósitos de esta coalición giraban en torno a la lucha contra la violencia hacia las mujeres, a favor del respeto a la opción sexual y por la “maternidad voluntaria”. Con la lucha por la maternidad voluntaria se enfatizaba: a) la educación sexual dirigida a distintas edades y niveles sociales, b) anticonceptivos seguros y baratos, c) aborto como último recurso y d) rechazo a la esterilización forzada.

En 1976, se organizaron las primeras Jornadas Nacionales sobre Aborto. A raíz de estas jornadas, las feministas de aquella época lograron que el gobierno se interesara en el tema. El gobierno decidió estudiar las implicaciones del aborto por medio de la formación de un Grupo Interdisciplinario para el estudio del aborto en México (GIA). Tal grupo, formado por 80 especialistas de todo tipo, se pronunció por la supresión de toda sanción penal en torno al aborto. A pesar de estos pronunciamientos, el gobierno hizo caso omiso a sus resoluciones. A la sazón la coalición de Mujeres Feministas adoptó el lema “*por un aborto libre y gratuito*”. Decidieron emprender la lucha por la conquista de la despenalización del aborto por medio de diversos actos académicos, políticos y de alianzas. En 1978 el MNM decidió marchar en una procesión de luto rumbo a Reforma, desde la columna del Monumento a la Madre, con la finalidad de visibilizar a las mujeres muertas por abortos inseguros.

La creación del Frente nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres y su alianza con la Coalición de Mujeres fructificaron en torno a los años 1980- 1981. No obstante, la oposición de la derecha y de la iglesia mermaron todos los intentos por poner el tema del aborto en el debate. Aunado a esto el temblor de 1985 significó todo un reacomodo en cuanto a las prioridades sociales. Lamas (2015), enuncia cómo el movimiento feminista de esa época no logró ser una respuesta política a las mujeres que se organizaron para exigir sus demandas en cuanto a derecho a la vivienda digna. El año siguiente 1987, la Red de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos proclamaron el 28 de mayo como el “Día mundial de acción por la salud de las mujeres”. Desde ese entonces distintas organizaciones de mujeres, han

elegido ese día para la denuncia de muerte de mujeres en el parto y se han dedicado a mejorar la atención en cuanto a calidad de la salud de las mujeres.

En 1989 ocurre un evento en el Distrito Federal que pone en la mesa de debate al aborto. La violación a los Derechos Humanos de mujeres que abortaron en una clínica clandestina de la ciudad, obligó a la sociedad a expresar su indignación por la tortura y extorsión que ejercieron policías en contra de ellas. El movimiento feminista emitió un comunicado en el que visibilizaba todo lo que implicaba abortar en clandestinidad: “la extorsión, la enfermedad y la muerte” (Lamas, 2015: 51). Además, hacía referencia a que un aborto realizado en condiciones psicológicas y emocionales adecuadas, abonaría en la salud –integral– de las mujeres.

En el caso particular del estado de Chiapas, en diciembre de 1990, se intentó ampliar las razones por las que se podía abortar: a) a petición de la pareja con fines de “planificación familiar”, b) si lo pedía una mujer soltera, o c) si lo solicitaba una mujer por razones económicas. Las condiciones del estado de Chiapas “sus 16 mil comunidades indígenas y campesinas, su alta tasa de mortalidad infantil”, parecían razones suficientes para ampliar la legalidad del aborto en el estado, sin embargo, la presión de la iglesia católica logró minar la ley. El congreso local la paralizó y la turnó a dictamen (Lamas, 2015:54). En mayo de 1991, se formó el Frente por la Maternidad Voluntaria (FNMV), su primera acción fue realizar un plantón en la sede de la representación del gobierno de Chiapas en la Ciudad de México, para exigir que no se diera marcha atrás a las reformas de Chiapas.

En 1991, durante el gobierno priista de Salinas de Gortari se reformó el artículo 130 de la Constitución. Dicha reforma permitió que las iglesias se mostrasen e hicieran pronunciamientos públicos, motivando a la formación del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), que, según Marta Lamas “se fundó como un grupo de incidencia ciudadana que promoviera la despenalización del aborto en la Ciudad de México”.

En el mismo año se fijó el 28 de septiembre como el día por la Despenalización del Aborto de las Mujeres en América Latina y el Caribe, siguiendo el esquema del 28 de mayo, del Día Internacional por la Salud de las Mujeres. El 28 de mayo de 1993, más de veinte organizaciones constituyeron la Red por la Salud de las Mujeres en el Distrito Federal, adoptando

los lemas: “Anticonceptivos para no abortar, aborto para no morir”, “Las mujeres deciden, la sociedad respeta y el estado garantiza”, lema al que católicas por el Derecho a Decidir agrega “... y la iglesia no interviene”.

El año 2000 fue clave en el debate sobre el aborto en México. El paradigmático caso Paulina puso el tema del aborto en discusión gracias a su mediatización. El impulso a la campaña para la reparación del daño a Paulina, llevada a cabo por el grupo Alaide Foppa de Baja California y GIRE, logró que se acordara una solución amistosa entre el Gobierno Federal y Paulina, firmado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en Washington (Lamas, 2009).

Más tarde en julio del 2000, luego de que el PRD perdiera las elecciones en la Ciudad de México, las feministas ejercieron presión para que el aborto se convirtiera en un tema central. La gobernadora interina de la Ciudad de México, Rosario Robles, convocó a una sesión extraordinaria de la Asamblea Legislativa para reformar el Código Penal en materia de aborto.

Esta reforma, conocida como la Ley Robles, incluyó tres ampliaciones: 1) de peligro de muerte se pasó a grave riesgo a la salud de la mujer; 2) se autorizó el aborto por malformaciones del producto; y 3) se planteó la invalidez de un embarazo por una inseminación artificial no consentida. Además, se estableció en el Código de Procedimientos Penales del DF que el Ministerio Público sería el encargado de autorizar el aborto cuando este fuera legal. El 18 de agosto la mayoría perredista aprobó la reforma (GIRE, 2007).

La Procuraduría General de Justicia como la Secretaría de Salud del DF emitieron diversas normas para regular los procedimientos, servicios y obligaciones de los servidores públicos respecto a la realización del aborto legal. En 2002, la Ciudad de México se convirtió en la entidad federal con los procedimientos más claros en materia de interrupción legal del embarazo (GIRE, 2007).

En diciembre de 2003, el Pleno de la ALDF aprobó reformas sobre el tema de aborto, al Nuevo Código Penal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el DF (LSDF), con los votos a favor del PRD, PAN y México Posible, el voto en contra del PRI y la abstención del PVEM.

Estas modificaciones se publicaron en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de enero de 2004 y entraron en vigor el día siguiente.

2.6. EL ABORTO EN CHIAPAS

Según estimaciones del Consejo Nacional de Población del 2010, Chiapas ocupa el primer lugar a nivel nacional en marginación, este fenómeno muestra la exclusión de grupos sociales del desarrollo y del disfrute de sus beneficios. El Índice de Marginación para el estado es de (31.51). Este índice se obtiene mediante el porcentaje de las carencias registradas (población analfabeta, nivel de ingresos, ausencia de servicios básicos como agua, luz, drenaje) dando cuenta de la exclusión en diversos aspectos, como el acceso a servicios de salud que limita las posibilidades de desarrollo de las potencialidades humanas (Almejo *et al*, 2015).

Esto visibiliza, una vez más las brechas en torno al acceso a Derechos Sexuales y Reproductivos y a servicios de Salud del estado. Al respecto, Herrera (2006) refiere que “ser mujer, indígena y pobre en Chiapas es una tríada que implica un alto riesgo de morir” pues las complicaciones del embarazo, el parto, el puerperio o el aborto en Chiapas, son muy altas: 52% de las muertes por esta causa son de mujeres indígenas. En Chiapas éstos índices son de gran relevancia, pues la población indígena representa 24,6% de la población total del estado (Herrera, 2006).

Las cifras a las que se tiene acceso sobre incidencia de aborto en el estado se obtienen a través de los reportes de salud sexual y reproductiva realizados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), éstas muestran que entre el año 1997 y el 2009, el porcentaje de mujeres que reportaron haber tenido al menos un aborto en su vida en el estado, bajó de 13.9% a 11.9%. En esta encuesta no se reporta si el aborto fue espontáneo o inducido.

El aborto es considerado un delito en Chiapas a excepción de tres causales de despenalización: 1) aborto por violación, 2) por peligro de muerte o 3) alteraciones genéticas graves del producto. En la práctica, es casi nulo el acceso que tienen las mujeres a la interrupción legal del embarazo bajo estas causales, pues no están reglamentados los procedimientos para acceder a este derecho (Tamés, 2015).

De acuerdo con GIRE 2015, en el periodo comprendido entre el 2007 al 2012 la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, así como la Procuraduría de Justicia del estado, no reportó ninguna autorización de Interrupción Legal del embarazo (ILE), lo que da cuenta de las brechas que hay entre las causas legales que permiten la interrupción del embarazo y el acceso al aborto legal y seguro. Recientemente Chiapas ha reformado su constitución para proteger la vida desde la concepción, dando preferencia a la vida del feto antes de su nacimiento dejando de lado con esto los derechos reproductivos de las mujeres (Tamés, 2015).

Sobre el acompañamiento que reciben las mujeres con embarazos no deseados en San Cristóbal de las Casas Chiapas, son las mujeres indígenas inmigrantes las más vulnerables en términos de clase social y etnia, no así las mujeres mestizas quienes disponen de más redes de apoyo y por lo tanto acompañamiento durante la decisión de continuar o no con un embarazo no deseado (Rivas, 2009). Este panorama indica como necesidad, poner atención a este sector de la población, proveyendo información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y formando redes de apoyo que enfoquen sus esfuerzos en ellas.

2.6.1. CAUSALES PARA ABORTAR LEGALMENTE EN CHIAPAS

En Chiapas existen tres causales legales por las cuales se puede abortar; si el embarazo es producto de una violación, si la *mujer* corre peligro de muerte y si su embarazo sufre alteraciones genéticas o congénitas, éstas se señalan en el Código Penal del estado, artículo 181;

Artículo 181.- No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si éste se verifica dentro de los noventa días a partir de la concepción o cuando la madre embarazada corra peligro de muerte, o pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyendo el dictamen de otros médicos especialistas, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora (C.P. Chiapas).

A pesar de contar con estas excepciones por las cuales las mujeres podrían abortar, estas no son aplicadas debido a diversos factores; la ausencia de protocolos de atención en casos de embarazos producto de violación, al desconocimiento de estas entre el personal médico y a la

falta de consciencia de derechos de parte de las mujeres y de la población en general. Según registros de la Secretaría de Salud de Chiapas, no se ha realizado ningún aborto por algunas de las tres causales legales durante el 2016-2017.

La reciente actualización a la Norma 046, que permite a las mujeres víctimas de violencia sexual acceder a un aborto sin acudir a un ministerio público a denunciar, confiando así en su palabra y evitando que a las mujeres se les re victimice en los ministerios públicos o en los hospitales, también es desconocida entre el personal de salud de Chiapas, por lo que diversas Organizaciones de la Sociedad Civil, (GIRE, CDD, Ddser) se han dado a la tarea de sensibilizar al personal de salud para que así se cumpla la norma.

Además, Chiapas no cuenta con la causal salud que podría ampliar el derecho al aborto. La ausencia de la causal salud para interrumpir un embarazo afecta a muchas mujeres del país, pues ésta hace referencia a la salud mental de las mujeres que se ve afectada con un embarazo no deseado.

Por otro lado, en la Ley Revolucionaria de las Mujeres, difundida en enero de 1994, a raíz del Levantamiento zapatista de liberación nacional, las mujeres indígenas expresan su derecho a decidir el número de hijos que puedan tener y cuidar. Lo que sienta un referente histórico en México. Más tarde en 1996, en una propuesta de ampliación de dicha ley, las mujeres zapatistas añadieron:

Las mujeres casadas tienen derecho a utilizar los métodos de planificación familiar, sea natural o artificial lo que ellas decidan, sin que el hombre se oponga, sino tienen que entenderse y hacer acuerdos [...]. Ninguna mujer podrá recibir maltrato, insulto o golpes de su esposo solo por no tener hijos varones [...] Las madres solteras tienen derecho a ser respetadas y a ser consideradas una familia (Documento electrónico Red Internacional de Mujeres).

Según la red de Democracia y Sexualidad DEMYSEX (2011), en México cada año se practican cerca de un millón de abortos en forma clandestina, esta cifra puede ser mucho mayor, pues solo se pueden contabilizar aquellos abortos que terminan en complicaciones en los hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud. Únicamente se registran los abortos que producen complicaciones producidas por malas prácticas o los que produjeron Muerte Materna.

Datos de la Redfine (2004) indican que de los abortos registrados –1000 abortos al mes–, sólo se contabilizan cerca de 30% del total real.

Chiapas ocupa el segundo lugar en Muerte Materna a nivel nacional, 20% de éstas Muertes son resultado de un aborto mal practicado, según estimaciones del 2014 de diversas Organizaciones de la Sociedad Civil.

El aborto visto desde los márgenes de la ley –clandestinidad– permite entenderlo como un problema de salud pública y un asunto de justicia social.

Las cifras que se han registrado en contextos hospitalarios de la SS (hasta abril del 2017) son 144 en total para el estado y 63 sólo en el municipio de San Cristóbal de las Casas, contexto de esta investigación, cabe destacar que estas cifras distan mucho de la realidad, pues los abortos que se registran corresponden a los que se llevan a cabo solo dentro de contextos hospitalarios.

2.6.2. EL CONTEXTO CHIAPAS- SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS

San Cristóbal de las Casas, es cabecera municipal del municipio del mismo nombre y pertenece al estado de Chiapas. Se ha caracterizado por ser muy diverso en tanto que conviven poblaciones indígenas, mestizas, con población migrante extranjera y nacional, además convergen universidades, diversas Organizaciones de la sociedad civil (OSC), con turismo nacional y extranjero. A San Cristóbal de las Casas, se le considera la “capital cultural del estado”, lo que ha atraído gran afluencia turística.

La entrada en 1994 del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), consiguió que el contexto sociopolítico san cristobalense se modificara. El EZLN surgió con el objetivo de crear un nueva realidad chiapaneca y mexicana, donde las comunidades indígenas fueran incluidas en la toma decisiones y se respete sus derechos y obligaciones y que sus propias formas de gobierno y cultura fueran reconocidas. Este hecho histórico marcó además la entrada de diversas Organizaciones de la Sociedad Civil al Estado.

Se ubica en la región económica V denominada "Altos Tsotsil-Tsel'tal". Tiene una extensión territorial de 484.00 km² que representa el 12.83% de la superficie de la región Altos. Los altos de Chiapas, es una región conformada por 17 municipios; Aldama, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, San Juan Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, San Andrés Larrainzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de las Casas, San Juan Cancuc, Santiago el Pinar, Tenejapa, Teopisca, y Zinacantán, con altos índices de población indígena. Según datos del INEGI (2013) en la región V una de cada tres habitantes, son indígenas del millón y medio totales.

En el año 2000, el municipio presentó un índice de analfabetismo del 17.74%. De la población mayor de 15 años, 16.02% tiene primaria incompleta, 17.38% completó los estudios de primaria y 47.77% cursó algún grado de instrucción posterior a este nivel.

La religión más profesada en el municipio de San Cristóbal de las Casas, es la católica (8,018), protestante con 15,152, bíblica no evangélica con 3,275, sin religión: 5,512. Según la encuesta intercensal del INEGI (2015) el total de mujeres es de 351,689, de los cuales 176,811 están en edad reproductiva.

Respecto a la "salud reproductiva" de las mujeres indígenas de la región –Región Altos de Chiapas– esta puede estimarse por medio de la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) del 2008, realizada para conocer su situación en cuanto al "bienestar y calidad de vida". La ENSADEMI tiene un apartado que permite aproximarse a la salud y los derechos reproductivos, conocer sus necesidades y demandas para así satisfacerlas.

Para la región altos, se observa que el inicio de la vida reproductiva de la población está ligado con el inicio de los matrimonios. El 83% de las mujeres tuvieron su primera unión antes de los 19 años y el 73% tuvieron embarazos a edades tempranas. Asimismo, se observa que las parteras continúan siendo importantes en la atención de partos, pues el 73% de las mujeres de los Altos se atendieron con ellas. En esta encuesta, el porcentaje de abortos es de 11.03%. Todos ellos espontáneos.

Los datos que ofrece la ENSADEMI, revelan que hay notables brechas de desigualdad en los Altos de Chiapas, caracterizada por condiciones de alta y muy alta marginación. Además de presentar niveles de mortalidad infantil y materna que se disparan del resto de las regiones; Istmo, Chinateca, Costa y Sierra Sur, Mazahua- Otomí, Huasteca, Zongolica y Maya.

Dichas brechas se intensifican debido en parte a la prevalencia de "usos y costumbres" en la región, que impactan de mayor manera a las mujeres indígenas, reflejándose en los altos índices de embarazo adolescente y mortalidad materna, producto de matrimonios a edades tempranas.

Recientemente se han aprobado reformas al Código Civil de Chiapas, haciendo requisito indispensable que los contrayentes cuenten con al menos 18 años. En los Altos, sin embargo, los matrimonios con menores de edad prevalecen, pues las uniones se llevan a cabo con la presencia de testigos y se sustentan en la oralidad comunitaria. La venta e intercambio de mujeres está naturalizada.

El año 2000 fue clave en el debate sobre el aborto en México. El paradigmático caso Paulina⁹ puso el tema del aborto en discusión gracias a su mediatización. El impulso a la campaña para la reparación del daño a Paulina, llevada a cabo por el grupo Alaide Foppa de Baja California y GIRE, logró que se acordara una solución amistosa entre el Gobierno Federal y Paulina, firmado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en Washington" (Lamas, 2009)

Más tarde en julio del 2000, luego de que el PRD¹⁰ perdiera las elecciones en la Ciudad de México, las feministas ejercieron presión para que el aborto se convirtiera en un tema central. La gobernadora interina de la Ciudad de México, Rosario Robles, convocó a una sesión extraordinaria de la Asamblea Legislativa para reformar el Código Penal en materia de aborto.

⁹ Paulina, es un nombre ficticio que se le dio a una niña de trece años, embarazada consecuencia de una violación en su hogar. A Paulina le negaron su decisión de abortar funcionarios de Mexicali, Baja California. La documentación del caso por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) posibilitó transformaciones legales y culturales sobre el aborto en México.

¹⁰ El Partido de la Revolución Democrática es un partido político de México.

Esta reforma, conocida como la Ley Robles, incluyó tres ampliaciones: 1) de peligro de muerte se pasó a grave riesgo a la salud de la mujer; 2) se autorizó el aborto por malformaciones del producto; y 3) se planteó la invalidez de un embarazo por una inseminación artificial no consentida. Además, se estableció en el Código de Procedimientos Penales del DF que el Ministerio Público sería el encargado de autorizar el aborto cuando este fuera legal. El 18 de agosto la mayoría perredista aprobó la reforma (GIRE, 2007).

La Procuraduría General de Justicia como la Secretaría de Salud del DF emitieron diversas normas para regular los procedimientos, servicios y obligaciones de los servidores públicos respecto a la realización del aborto legal. En 2002, la Ciudad de México se convirtió en la entidad federal con los procedimientos más claros en materia de interrupción legal del embarazo (GIRE, 2007).

En diciembre de 2003, el Pleno de la ALDF aprobó reformas sobre el tema de aborto, al Nuevo Código Penal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el DF (LSDF), con los votos a favor del PRD, PAN y México Posible¹¹, el voto en contra del PRI y la abstención del PVEM. Estas modificaciones se publicaron en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de enero de 2004 y entraron en vigor el día siguiente. Las reformas, fueron:

1. Incrementar el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento, y un castigo mayor si además mediara violencia física o psicológica (Artículo 145 del CPDF).

2. Establecer que las instituciones públicas de salud en el DF debían realizar, en un plazo no mayor de cinco días, gratuitamente y en condiciones de calidad, la interrupción del embarazo, en los casos permitidos por la ley, a la mujer que lo solicitara y cumpliera con los requisitos establecidos (Artículo 16 Bis 6 de la Ley de Salud del Distrito Federal).

3. Regular la objeción de conciencia de los médicos, de manera que la mujer que solicite un aborto legal tenga garantizado ese servicio. Para ello se determinó que la Secretaría de Salud del DF deberá contar permanentemente con personal no objetor, aunque se reconozca el derecho (individual) de los médicos a negarse a realizar abortos legales, con base en sus creencias personales (Artículo 16 Bis 7 de la LSDF).

¹¹ El Partido de la Revolución Democrática (PRD), Partido Acción Nacional (PAN) y México Posible son partidos políticos de México.

4. Eliminar el carácter de delito del aborto, estableciendo que las causales eran excluyentes de responsabilidad penal en los casos ya contemplados en el Código Penal (Artículo 148 del CPDF).

Con el terreno histórico preparado y los avances alcanzados en términos de los derechos sexuales, además del impulso de las organizaciones de la sociedad civil, se logró que el 24 de abril de 2007 el pleno de la Asamblea Legislativa aprobara las reformas por 46 votos a favor (PRD, PT, Convergencia, Alternativa, PRI y Partido Nueva Alianza). Se opusieron 19 legisladores del PAN y el PVEM y hubo una abstención (del PRI). La ley fue publicada el 26 de abril de 2007 en la Gaceta Oficial del DF y entró en vigor al día siguiente (Gire, 2007)¹².

Por otro lado, la historia de las luchas por el aborto en el estado de Chiapas, se remontan a la década de los 90's. Teniendo como punto de partida el intento fallido de despenalización del aborto en el estado de 1990.

Los diversos grupos existentes no trabajaban específicamente en el derecho a decidir de las mujeres, estos trabajaban enfocándose en la cuestión de la violencia hacia las mujeres –Grupo de mujeres de San Cristóbal–. Otros grupos como el Colectivo de Mujeres Autónomas en Lucha (Ortiz-Ortega, 1991).

En 1989, a raíz de una violación tumultuaria a una mujer en San Cristóbal de las Casas, un grupo de mujeres decidió organizarse y demandar condiciones para enfrentar una situación de ese tipo, este proceso devino en la formación del Grupo de Mujeres de San Cristóbal (COLEM). El Colem, insistió en que aún despenalizado el aborto en caso de violación (art. 136 del Código Penal), en la realidad esto no se cumplía debido a trámites legales burocráticos en los que se pretendía determinar si existía violación o no (Comal, 1992).

El 19 de diciembre de 1990, Patrocinio Gonzáles Garrido, gobernador de Chiapas, lanza una iniciativa de ley para despenalizar el aborto en la entidad. Esta medida respondía a la preocupación por parte del gobernador por los altos niveles de fecundidad (entrevista a Graciela

¹²Las mujeres deben presentarse antes de las 12 semanas de gestación y firmar un “Consentimiento informado para la Interrupción Legal del Embarazo”.

Freyermuth, 2002), o a un ejercicio de poder autoritario por parte de Patrocinio González (Castro, 2014). Tal medida consistía en añadir al Código Penal del estado el artículo 136 que establecía causales diversas por las que el aborto no era punible: a) en caso de un embarazo como consecuencia de violación, b) cuando la madre corriese peligro de muerte, c) cuando el producto sufriera alteraciones genéticas o congénitas, d) por planificación familiar, o bien por e) “imprudencia” de la embarazada.

La respuesta de diversos grupos a esta medida aprobada por el Congreso del Estado fue inmediata. Las primeras manifestaciones de rechazo a las reformas provinieron de las jerarquías eclesiásticas de las Diócesis en el estado de Chiapas. El 28 de diciembre entregaron al Congreso un documento que pedía la derogación total del artículo 136 y que se legislara “*a favor de la vida, desde la concepción de un nuevo ser, hasta el último instante de su existencia humana*”. Para la Diócesis de San Cristóbal la “planificación familiar” era por lo menos un desafortunado eufemismo; la “agresión” –expresó– se dirigía a los indígenas y lo que se intentaba era evitar un crecimiento de su población (Castro, 2014:550).

Inés Castro (2014), considera que las mujeres que apoyaron la medida a favor de la despenalización fueron mujeres mestizas, de clase media provenientes de la Ciudad de México y asentadas en San Cristóbal de las Casas, así como mujeres urbanas del magisterio de Chiapas, de la Colectiva Mujeres Autónomas en lucha de COMAL “*Citlamina*”. Todas ellas realizaron “pintas” a favor del aborto en la ciudad durante los primeros días de enero de 1991. Destaca que las mujeres integrantes de este grupo se habían separado del Grupo de Mujeres de San Cristóbal (COLEM), debido a diferencias de clase, ideológicas y de preferencias sexuales, pues la consigna usada para reivindicar la lucha por la despenalización del aborto era “*no somos putas ni lesbianas*”, clara reproducción de estereotipos del “*ser mujer*” y ser una “*buena madre*” (Castro, 2014).

El 20 de enero de 1991, se constituyó el *Frente Chiapaneco por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del aborto*, formado por el taller de Investigación *Antzetik* de la UNACH, el COLEM y el COMAL “*Citlamina*”. Asimismo, se organizó un Foro Nacional el 10 de abril de 1991. Todos estos eventos permitieron que el término de “derechos reproductivos” comenzara a constituirse en el imaginario local chiapaneco.

Inés Castro argumenta cómo la posibilidad de despenalización, constituyó un parteaguas en el movimiento de mujeres chiapaneco y sus diferentes vertientes, considera que, a partir de este hecho, se abrieron dos líneas conceptuales y prácticas: una abocada al análisis y combate de la muerte materna; y otra centrada en el aborto. Ambas confluirán en la formación del *Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos*, que seguía los pasos de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos formada en 1987 (Castro, 2014:562).

El tema de derechos humanos, derechos de las mujeres, derechos reproductivos y sexuales, así como el derecho a vivir una vida libre de violencia y a partir de 1994, el derecho de las mujeres a la tierra, serán temas centrales en cuanto a que definen estrategias, prácticas políticas y reivindicaciones en el contexto chiapaneco.

La coyuntura histórica de despenalización del aborto en Chiapas es emblemática pues visibiliza un proceso organizativo de mujeres que, aunque no se nombraba feminista ni tenía perspectiva de género, logró la participación de mujeres mestizas locales y mujeres de estructura diocesana, determinante en las luchas futuras, pues lograron sensibilizar a la Diócesis de San Cristóbal con amplio. No obstante, dichos procesos organizativos pasaron por alto a un sector importante de la población chiapaneca, mujeres indígenas. Gisela Espinosa (2014), por su parte, cuestiona el que se hable de *derechos reproductivos* en las agendas, dejando de lado a las mujeres indígenas. Puesto que cuando hicieron su aparición en el Cairo en 1994, las mujeres indígenas no estuvieron ahí. Además, se cuestiona la manera en que las mujeres han entendido los derechos reproductivos y cómo lo han resignificado de acuerdo a su cultura.

Castro, concluye que en los años ochenta del siglo XX en México constituyen un periodo clave para el estudio de los movimientos sociales de toda índole, en particular de las vertientes feministas que se perfilarán con toda claridad en la década siguiente. En Chiapas, dada su ubicación geográfica como zona fronteriza con Guatemala, las diversas corrientes políticas que aquí arribaron desde los años setenta y la situación de extrema pobreza, dan lugar a la conformación de escenarios para distintas luchas políticas. Define los años ochenta como el escenario donde germinan las distintas vertientes del feminismo, que no se limitan a las enunciadas o clasificadas por la propia Gisela Espinosa (2009).

En contraste, según Adriana Ortiz- Ortega (2001) en Chiapas, el aborto era un problema que las feministas habían dejado de lado por estrategia política, el Grupo de Mujeres de San Cristóbal, cuyo trabajo se enfocaba más en la violencia contra las mujeres y su mejoramiento de status, veía como problemático involucrar el tema del aborto y su despenalización en la comunidad, ya que habían creado confianza y habían introducido el tema de la lucha contra la violencia.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

La metodología que se propone, es de tipo cualitativa, rescata las experiencias y saberes de las activistas feministas que han dedicado su tiempo al acompañamiento de mujeres en procesos de aborto. Como alternativa al relativismo, pretendo generar un conocimiento situado, pues “es justo en la política y en la epistemología de las percepciones parciales, donde se encuentra la posibilidad de una búsqueda objetiva, sostenida y racional” (Haraway, 1991:329, en Espinosa 2008). Coincido, asimismo, en lo argumentado por Eli Bartra (2002:143), cuando argumenta que el campo de la metodología feminista en México está *neo colonizada*, al menos intelectualmente, pues las investigaciones de las cuales se parte, están realizadas en Estados Unidos y en otros países llamados “desarrollados”.

El aborto voluntario es una decisión que la mujer toma sobre su propio cuerpo, independientemente de la legalidad o ilegalidad de éste. Considero al acompañamiento a mujeres en procesos de aborto, seguido de un protocolo definido, como una vía que posibilita en las mujeres si no la conciencia del derecho al aborto, si el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. La experiencia de aborto cambia significativamente cuando una mujer tiene acceso a redes de apoyo, pues “*rompen con la sensación de soledad, acceden a más y mejor información sobre sus opciones, intercambian experiencias, amplían sus contactos sociales y perciben confianza de tener un respaldo*” (Ortiz, 2010:37). El acompañamiento feminista, promueve la solidaridad entre mujeres en situación de aborto sin caer en prácticas asistencialistas. Este acompañamiento reconoce las inequidades históricas de género, así como las relaciones de poder entre hombres y mujeres. La

premisa del acompañamiento durante un aborto es que todas las mujeres deben tener acceso a servicios de aborto seguro y legal (Börjesson et al, 2015).

El acompañamiento promueve una relación de horizontalidad, de manera que toma a las mujeres como sujetas activas de derechos. Son ellas las que conocen su cuerpo y saben con qué herramientas personales cuentan, saben a su vez quienes serán sus aliados en la consecución de su aborto.

El acompañamiento feminista, posibilita el acceso al derecho a la información sobre su salud, a la privacidad, a tener acceso a las tecnologías que hacen más fácil el aborto –misoprostol– respetando las creencias y las condiciones socioeconómicas de cada una. Son las mujeres las protagonistas de su aborto. Las acompañantes son una guía y un respaldo que les acompaña sin los prejuicios morales propios de los contextos médicos altamente patriarcales y violentos.

Asimismo, el acompañamiento, considera que el contexto socio-político y cultural es desigual y opresivo hacia las mujeres, lo que vuelve necesario un cambio hacia un cambio de creencias y mandatos, en coherencia con lo que sienten y creen, para así restaurar su salud emocional vulnerada –al embarazarse fuera de sus planes de vida–. Se cuestionan los mandatos de género predominantes, donde la maternidad es vista como única vía de superación para las mujeres.

Cuando al acompañamiento se apoya de un apoyo emocional post aborto, las mujeres reconocen y validan sus deseos, puesto que a ésta, le interesa desarticular los discursos que han evitado que las mujeres tomen decisiones por sí mismas y les proporciona una perspectiva afirmativa del aborto como un ejercicio de derechos sexuales, al reconocer que tuvieron que enfrentar un aborto para tomar consciencia del ejercicio a decidir sobre sus propio cuerpo, así como de su autonomía sexual (Ortiz, 2008).

Adoptar una mirada crítica feminista, que pone en entre dicho los valores tradicionales de neutralidad, objetividad y universalidad de la ciencia, me permitió formular las siguientes preguntas y objetivos de investigación:

| Preguntas de investigación | Objetivo general | Objetivos específicos | Metodología | Producto final |
|---|--|---|---|---|
| <p>1. ¿Qué características tiene el acompañamiento de aborto hecho desde el feminismo?</p> <p>2. ¿De qué formas se contraponen los hábitos de las acompañantes al hábito médico hegemónico?</p> | <p>Ahondar, describir y analizar las prácticas, los conocimientos y saberes de las acompañantes de aborto de San Cristóbal de las Casas y de la Ciudad México, para construir un Manual Sororario para acompañantes de aborto.</p> | <p>a. Analizar las nociones teóricas de hábito médico, distinguiéndolo del hábito del acompañamiento de aborto.</p> <p>b. Discutir al acompañamiento de aborto como un tema de derechos humanos.</p> <p>c. Distinguir el acompañamiento de aborto de la consejería y de la orientación.</p> <p>d. Describir los avances y retrocesos en materia jurídica sobre el tema del aborto.</p> <p>e. Señalar al aborto seguro como un problema de justicia social en México.</p> <p>f. Visibilizar los saberes, experiencias y subjetividades de las acompañantes por medio del análisis de las entrevistas realizadas.</p> <p>g. Elaborar una categorización de acompañantes en función de sus saberes, estrategias y su definición personal de acompañamiento.</p> <p>h. Crear un manual de acompañamiento, recuperando las prácticas, los conocimientos y saberes de las acompañantes de aborto.</p> | <p>Entrevistas</p> <p>Grupo focal</p> <p>Categorías de análisis:</p> <p>1) Conocimientos y saberes necesarios para ejercer su labor</p> <p>2) Estrategias de autocuidado utilizadas y</p> <p>3) Definición de acompañamiento.</p> | <p>Manual Sororario para acompañantes de aborto</p> |

Considerando que el aborto es un Derecho Humano de las mujeres, que tiene como premisa central a la libertad y responsabilidad para decidir sobre sus cuerpos, me ubico dentro de una posición liberal: por los derechos humanos de las mujeres, la salud pública y la justicia social. Estas tres perspectivas están estrechamente vinculadas a) derechos humanos –derechos sexuales y reproductivos–, b) aborto como problema de salud pública y c) aborto y justicia social. Posicionarme de esta manera, me ha permitido tener un panorama integral del aborto.

Ubicar a esta investigación dentro de la perspectiva de Derechos humanos implica el reconocimiento del derecho de las mujeres a ejercer libremente su sexualidad, a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos y consecuentemente obliga a los gobiernos a poner en disposición de la población, la información, educación y comunicación necesarias para garantizar el ejercicio de estos derechos (Lerner et al, 2016).

En los tratados y conferencias internacionales, incluidos en los planes y programas del gobierno mexicano, se incluyen los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva, estos son: el derecho a la información sobre salud, a la educación sexual, a los servicios de salud, a una vida libre de violencia sexual y a la igualdad y a ser libres de toda discriminación, a decidir sobre su cuerpo, a beneficiarse del progreso científico y tecnológico y a la libertad de conciencia y religión (Brenes, 2004). Si se toma en cuenta que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, enuncia que “toda persona tiene derecho a decidir de forma libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos [...] y tiene derecho a la protección a la salud”. Podemos argumentar que la constitución mexicana garantiza el derecho a la salud y a la libre decisión sobre la salud, sin embargo –*de facto*– estos derechos no se cumplen, pues no hay conciencia de ellos entre la población. En este sentido las acompañantes de aborto son una vía para la concientización y el ejercicio de éstos.

Observo que el concepto de salud mental adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) es, además de positivista, difícil de cumplir; “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, así como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948:84). Bajo este concepto tradicional de

salud, nadie podría estar saludable, pues cualquier malestar afectaría ese estado de completo bienestar.

Por esta razón, en esta investigación retomo un concepto de *salud* que tome en cuenta a las mujeres como sujetas sociales activas, capaces de construir su bienestar. Vinculo al bienestar con la autoestima, la autonomía, la felicidad y con las condiciones socioeconómicas que posibilitan una vida satisfactoria. Considero, asimismo, que las acompañantes con su activismo feminista, van construyendo este estado de *bienestar social*, pues plantean el acceso al aborto seguro y legal como una medida que contribuye a este bienestar, poniendo a su alcance herramientas e información para abortar de forma segura. Concuero con Mabel Burin (1991), cuando expresa que la salud mental de las mujeres no sólo se asocia a factores internos –intrapésicos–, pues existen factores económicos, ambientales, sociales culturales y familiares que contribuyen a la pérdida de la salud mental.

De acuerdo con Mabel Burin, quien considera el sufrimiento femenino como un “malestar de las mujeres” –una sensación subjetiva de padecimientos psíquicos que no se encuadran dentro de los criterios clásicos de salud o enfermedad– (Burin, 1991:60). Pienso a la *salud mental*, como aquella que permite realizar y poner en práctica un proyecto de vida adecuado a la realidad de cada mujer y ajustado a sus necesidades, pasando por el reconocimiento de sus derechos.

Es necesario que las mujeres sean conscientes de sus derechos y de los mandatos y roles de género impuestos; ser para los otros y la maternidad como único destino de (Burin, 1991). De esta manera las mujeres ejercerán sus abortos como ejercicio de derechos y como un primer acto de poner límites a un embarazo no deseado que acarreará mayores problemas a las mujeres de llevarse a término y que vulnerará su estado de bienestar integral.

Retomo la premisa de “*hacer la salud pública*” de Didier Fassin (2005). Para este autor, la salud pública tiene como principal objetivo preservar y promover la salud de una sociedad en el marco de las acciones públicas, de las políticas de salud, donde el término de lo público es el reconocimiento al bien común. En ese sentido considero que las acompañantes de aborto como actoras sociales, identifican un problema de salud y lo inscriben en la agenda política.

El lugar de investigación e intervención es en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. A partir de mi vinculación con la Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir (RJCDDD) en agosto del 2016, me enriquecí de las experiencias de las jóvenes en este contexto. También recupero los conocimientos y saberes que he acumulado a través de mi experiencia como acompañante en la CDMX.

Esta realizada desde mi mirada de psicóloga feminista. La experiencia, los conocimientos y las propuestas de las acompañantes son parte fundamental de esta investigación, pues pretendo comprender y visibilizar su labor, como vía del ejercicio del derecho al aborto. Asimismo, comprendo que son ellas las que conocen el contexto en la que se desempeñan. Esta investigación tiene como premisa conocer las necesidades de las acompañantes, y en base a éstas, crear un Manual para acompañantes, de manera que sea un intercambio de información bidireccional.

Respecto a las acompañantes, considero que son, –somos– mujeres urbanas, privilegiadas que hemos accedido a educación universitaria y con consciencia de derechos, además se posicionan como activistas feministas. Sabemos que históricamente a las mujeres se nos ha negado el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y vidas, además tenemos consciencia de género.

En su labor como activistas, abonan en la creación de un estado de derecho que, retomando a Fassin (2005); tiene como principal objetivo preservar y promover la salud de una sociedad en el marco de las acciones públicas.

La metodología es de corte feminista y plantea caminos propios para conocer la realidad. De esta manera diseñé una entrevista semiestructurada que guío las reuniones con las diez acompañantes. Cinco de ellas pertenecientes a la “Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir” (N=5), tres acompañantes y ex acompañantes de “Fondo MARLA” (N=3), una acompañante perteneciente la colectiva llamada “Missovarias” (N=1), que trabaja bajo un protocolo propuesto por la colectiva *Las Libres* de Guanajuato, y una acompañante (N=1), de *INCODESI*, organización de la sociedad civil que trabaja por los derechos sexuales y reproductivos en

diversas comunidades de los altos de Chiapas. Todas ellas son acompañantes activas, se posicionan como activistas feministas y consideran que el trabajo que realizan es necesario para disminuir las brechas de desigualdad e injusticia social. Actualmente ellas son aliadas de la *Red de Jóvenes por el Derecho a Decidir* en San Cristóbal.

En esta entrevista me interesaba conocer ocho aspectos del acompañamiento, por lo cual dividí la información surgida de las entrevistas en tres categorías de análisis;

- 1) Conocimientos y saberes necesarios para ejercer su labor,
- 2) Estrategias de autocuidado utilizadas y
- 3) Definición de acompañamiento.

Asimismo, propuse un grupo focal en el que cinco acompañantes de la Ciudad de México, dialogaron sobre la pertinencia de establecer un protocolo de acompañamiento acotado al contexto de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. En éste, se les invitó a que reflexionaran sobre su labor como acompañantes y su repercusión de ésta en las vidas de las mujeres, tomando en cuenta que han adquirido conocimientos a través de cada experiencia de acompañamiento realizada, dentro y fuera de la OSC.

Me interesaba conocer su experiencia como acompañantes, pues al pertenecer en su mayoría a la Organización *Fondo MARLA*, han obtenido capacitación especializada como acompañantes de aborto, lo que la diferencia de otras OSC's que promueven los derechos sexuales y reproductivos y no únicamente acompañan a mujeres durante sus abortos.

Algunas de las asistentes no continúan actualmente dentro de la organización, sin embargo, se encuentran realizando acompañamientos en otras instituciones de la Ciudad de México como *CIPA Acompáñame*, o en colectivas feministas autogestivas como *Misovarias*. Asimismo, me interesaba que me aportaran sus conocimientos en aras de enriquecer el protocolo de acompañamiento para la *Red Jóvenes Católicas* de San Cristóbal de las Casas, quienes iniciaron el proyecto de acompañamiento en el 2015.

Otra herramienta metodológica para la obtención de datos fue la observación participante. A partir de que me vinculé con la OSC de Católicas desde agosto del 2016 en San Cristóbal de las Casas, visibilicé y me adentré en el quehacer de las acompañantes en este contexto. Esta OSC no sólo se dedica a acompañar a mujeres durante sus abortos, también dedica gran parte de su tiempo a difundir y “*hacer la salud pública*” en aras de que los derechos sexuales y reproductivos se concienticen entre la población. Una de sus tareas principales es acercar a las mujeres información sobre el uso seguro de medicamentos para para interrumpir un embarazo no deseado, así como la capacitación de mujeres aliadas que están conscientes del derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos y del derecho al aborto. Dichas capacitaciones, me permitieron visibilizar junto con las integrantes, las necesidades de dicha Red.

Al acudir a un Campamento para acompañantes de aborto, organizado por las integrantes de la colectiva *Línea de aborto Chiapas* en octubre del 2017, me di cuenta de que las acompañantes de la *RJCDDD* no conocíamos los vacíos legales por los cuales acompañar a las mujeres *no* es un delito, ni tampoco proporcionarles el medicamento (misoprostol). Lo que genera en un *miedo* entre acompañantes, por encontrarnos en un contexto donde el aborto es un delito. Ante este contexto restrictivo, esta colectiva ha hecho una revisión del Código Penal de Chiapas y no ha encontrado ningún enunciado que declare como delito al *acompañamiento*, ni proporcionar información sobre los efectos del medicamento para abortar.

Este hecho me motivó a proponer como parte del *Manual Sororario para acompañantes de aborto*, un apartado que incluya porqué estos vacíos nos sitúa como agentes que “*hacemos la salud pública*”. Considero que la información es poder, en consecuencia, el conocer que las acompañantes no caemos en ningún delito al acompañar y proporcionar información a las mujeres que desean abortar, redundará en nuestro bienestar emocional y hará que el miedo que algunas acompañantes expresan tener, se reduzca.

Durante esta participación en el campamento, pude detectar que las acompañantes de la *RJCDDD* no contamos con asideros sobre nuestros derechos legales –como acompañantes– a los cuales sujetarnos, pues contamos con muchos saberes sobre nuestra labor, no obstante, no contamos con información suficiente sobre los códigos penales de Chiapas que nos permitan

situarnos o como agentes de derechos o en el otro extremo; ejerciendo una labor en los márgenes de la ley.

Por esta razón diseñé el manual con referencias a las leyes y derechos internacionales que declaran porqué el aborto es un derecho humano, así como las recomendaciones que se le ha hecho al gobierno mexicano por incumplir con éstos. Nombra los artículos del Código Penal de Chiapas en los cuales hay vacíos legales que permite la labor del acompañamiento durante un aborto pues este sólo implica dar información para la salud sexual y reproductiva. Este manual abonará a que las acompañantes nos situemos como agentes de derechos y de justicia social, pues considero que la información empodera.

3.1. ACOMPAÑANTES ENTREVISTADAS

Las acompañantes entrevistadas son activistas dentro de diversas organizaciones, 7 de las 10 entrevistadas viven y ejercen en San Cristóbal de las Casas, lo que me permitió observar su labor de manera directa.

Cinco de ellas pertenecientes a la “Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir” (N=5), tres acompañantes y ex acompañantes de “Fondo MARIA” (N=3), una acompañante perteneciente la colectiva llamada “Missovarias” (N=1), que trabaja bajo un protocolo propuesto por la colectiva *Las Libres* de Guanajuato, y una acompañante (N=1), de INCODESI, organización de la sociedad civil que trabaja por los derechos sexuales y reproductivos en San Juan Chamula y Zinacantán principalmente.

Las contacté por medio de una petición informal, asegurándoles que la entrevista sólo sería usada con fines académicos, les entregué una copia firmada del consentimiento informado. Los nombres que usaron son seudónimos que las mismas entrevistadas eligieron. Subrayo que todas deseaban ser nombradas por sus nombres reales, sin embargo, dadas las restricciones impuestas por sus protocolos de seguridad, decidieron proporcionarme estos seudónimos.

Las organizaciones a las cuales pertenecen, así como sus características socioeconómicas, y los números aproximados de acompañamientos que han realizado, se enuncian en la tabla que se presenta a continuación;

| Acompañantes entrevistadas | | | | | | |
|----------------------------|------------|--|--|---------|--------------|---|
| # | Seudónimo | OSC | Tiempo como acompañante/ # acompañamientos | Edad | Estado Civil | Formación |
| 1 | Sofía Mora | Coordinadora de la “Red de jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir” San Cristóbal | 3 años + de 100 | 22 años | Soltera | Lic. Sociología UNACH |
| 2 | Maya | Red de jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir—Tuxtla | 2 años 15 | 22 años | Soltera | Lic. En artes Visuales UNICACH |
| 3 | Julia | Ex Acompañante “católicas por el derecho a decidir en CDMX” | 10 años + 100 | 37 años | Unión libre | Maestría Estudios de la mujer UAM Xochimilco Lic. En RI |
| 4 | Ágatha | “Red de Católicas” en SCC | 1 año 6 | 23 años | Soltera | Estudiante de medicina 2 año UNICH San Cristóbal |
| 5 | Margarita | “Red de Católicas”, Yuc. ahora acompañante independiente en San Cristóbal | 10 años como acompañante s/n | 24 años | Soltera | Lic. Medicina Veterinaria en la Universidad Autónoma de Yucatán, Técnica en urgencias médicas |
| 6 | Karla | Misovarias Red Autogestiva CDMX | 1 año | 31 años | Soltera | Psicóloga Estudiante de la Maestría |

| | | | | | | |
|----|-----------------------|--|--------|---------|-------------|--------------------------------------|
| | | | 3 | | | Estudios de Género UAM |
| 7 | Flor | INCODESI (Organización que trabaja temas de derechos sexuales y reproductivos en zona altos y aliada de la Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir | 4 años | 29 años | Soltera | Lic. En Desarrollo Sustentable UNICH |
| | | | 3 | | | |
| 8 | Yólotl | Fondo MARIA en CDMX (2009 a 2012) | 4 años | 31 años | Unión Libre | Lic. En RI UNAM |
| | | | --- | | | |
| 9 | Carolina | Fondo MARIA (embajadora en Chiapas) Red Libre y Sororaria | 1 | 25 años | Soltera | Lic. Gestión Turística |
| | | | 5 | | | |
| 10 | Nayeli Mujer Trans | Autogestiva y ex en Fondo MARIA | 6 años | 33 años | Soltera | Lic. Sociología |
| | | | 70 | | | |

3.2. ¿POR QUÉ UN *MANUAL SORORARIO PARA ACOMPAÑANTES DE ABORTO*?

Al vincularme con la Red de Católicas, me percaté de la pertinencia de un *protocolo de*, pues las acompañantes –que en ese momento eran tres– no contaban con un manual- que les guiara en su labor. Sus conocimientos y aprendizajes me parecen enriquecedores pues se alimentaban de la experiencia que han acumulado, el inconveniente de éstos es no encontrarse sistematizados formalmente, lo que traía como consecuencia que tuvieran *obidos* u omisiones en alguno de los pasos imprescindibles en la labor.

Además, si bien la OMS ha dicho que el aborto medicamentoso es tan seguro que las propias mujeres pueden auto gestionárselo, y que la información sobre misoprostol debe

divulgarse entre la población en aras de que esta tecnología esté al alcance de todas las mujeres, también tiene como estrategia primordial; “*Ampliar las políticas, guías y protocolos para la prestación de servicios, en base a los protocolos de FLASOG –Federación Mexicana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia– para elaborar normas nacionales y protocolos para la prestación de servicios de aborto inducido, con un enfoque en seguridad y calidad de la atención*” (IPAS, 2010).

Simultáneamente al participar con ellas en diversas capacitaciones sobre derechos sexuales y reproductivos y escuchar sus necesidades, me relataban sentir angustia cuando, al enfrentarse a algún caso complejo no contaban con un protocolo de seguridad que les amparar en casos difíciles. Comenzamos entonces, la tarea colectiva de construcción de un protocolo acotado al contexto de Chiapas, destaco que éste parte de un protocolo generado en la Ciudad de México, donde *Católicas por el Derecho a Decidir* tiene sus sedes. Éste nos fue enviado para su revisión y adaptación a mediados del 2017 tomando en cuenta el contexto en el que nos desempeñamos, no obstante, aunque se alimenta de saberes y experiencias de las acompañantes y activistas de la CDMX no puede retomarse completamente o *reproducirse*. Este merece apoyarse de los saberes que las acompañantes han adoptado a sus contextos. Mi tarea entonces, como aliada de la Red consiste en aportarles herramientas que considere pertinentes y que puedan ayudarles a fortalecer dicho protocolo, como el compendio de derechos locales e internacionales que legitiman al acompañamiento, lo que redundará –considero– en su fortalecimiento como acompañantes.

3.3. EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL ABORTO ¿ACTIVISMO POLÍTICO FEMINISTA?

En México, el *acompañamiento* durante un aborto no se ha problematizado como un intento de hacer “salud pública”, por ende, no existen suficientes investigaciones que den cuenta de la importancia de éste como *activismo feminista*. Existe un vacío en las investigaciones respecto a cómo funcionan las acompañantes de éstas mujeres que abortan en contextos de ilegalidad, y cómo éste ejercicio abona en su salud y bienestar integral.

Adriana Ortiz- Ortega (2001) concibe a las luchas por la legalización del aborto, como una búsqueda de autodeterminación personal y de integridad corporal que tiene como eje la conquista del propio cuerpo. Como tal en México, esta búsqueda se refleja en el activismo político de acompañamiento.

Además, los aprendizajes y reflexiones hasta ahora estudiados, *no* dan cuenta de las problemáticas específicas de acompañamiento a mujeres en contextos rurales, o en las zonas conurbadas de las ciudades, donde la práctica del aborto aún se lleva a cabo en clandestinidad. Según Fondo MARIA (2009), cuando las mujeres deciden abortar, las brechas de desigualdad se vuelven más grandes, respecto al derecho a la salud, el derecho a la información, la libertad de expresión y el derecho a la educación, pues son las mujeres más vulnerables; indígenas, adolescentes y las que viven en contextos rurales o zonas conurbadas de las ciudades, las que se están más alejadas del acceso a todos los derechos.

En esta investigación, se considera al *acompañamiento* durante el aborto como una forma de activismo político, pues al acompañar a una mujer a decidir sobre su cuerpo, se reivindica la soberanía sobre el propio cuerpo y la libertad para decidir sobre él.

CAPÍTULO IV

4. EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE UN ABORTO EN MÉXICO

En México, diversas organizaciones y colectivas feministas como DDSER, Fondo MARIA, Católicas por el Derecho a Decidir, realizan acompañamiento antes, durante y después de realizado el aborto, estas OSC proveen información sobre el aborto con medicamentos, acompañan vía telefónica durante el procedimiento o bien realizan seguimiento post aborto.

Fondo MARIA, explica en su página web¹³ que “En la mayoría de los estados, el aborto es cuestión de justicia social, ya que las mujeres adineradas pueden pagar por prestadores de servicios particulares o viajar a lugares donde los servicios seguros están disponibles, mientras que las mujeres pobres son forzadas a poner su salud y su vida en riesgo al recurrir a abortos clandestinos”.

En el caso de la ONG: Fondo MARIA, la cobertura de los protocolos y esfuerzos son limitados, pues éstos se enfocan a mujeres en situación de vulnerabilidad económica provenientes del interior de la República (1600 usuarias de 10 a 46 años de edad), quienes a menudo se encuentran en el límite de las 12 semanas de gestación requeridas para acceder a un aborto en la Ciudad de México, debido a esto, se opta por apoyarlas financieramente para viajar a la capital¹⁴. Este hecho deja de lado a mujeres que se encuentran en la misma situación, pero

¹³ www.fondomaria.org

¹⁴ Cifras del 2009 al 2013 aportadas por Fondo MARIA.

en etapas más tempranas de gestación, lo que las coloca de nueva cuenta en un escenario de desigualdad.

En sus informes reflejan que de la mayoría de las mujeres que reciben ayuda optan por el aborto por medicamentos, por tal motivo creen fundamental capacitar no sólo a las voluntarias de la OSC, si no también a las personas que fungen como acompañantes, ya sean madres, amigas, hermanas o parejas, presentes en el proceso de aborto¹⁵. Respecto al trabajo de acompañamiento posterior al aborto, este es mínimo. La dificultad yace en que una vez que las mujeres confirman el éxito del procedimiento, prefieren no atender a la consejería posterior. Esta reacción es entendible por el estigma que prevalece respecto al aborto (Ortíz, en Freyermut 2008).

4.1. ¿EL ABORTO INDUCIDO CON MEDICAMENTOS, ES SEGURO?

La Organización Mundial de la Salud, incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales en el 2012, asegurando que *“el uso de misoprostol ha transformado radicalmente el manejo del aborto inducido. Por primera vez, en lugares donde no se dispone de otros servicios de aborto seguro, las mujeres tienen acceso a un método no invasivo, muy seguro y eficaz, que no requiere la participación de terceras partes”*. Lo que puede leerse entre líneas es que el aborto inducido con medicamentos, auto gestionado por las mujeres es una forma segura, eficaz de procurarse un aborto.

El costo del misoprostol para inducir abortos es muy bajo, en México antes de la legalización en el año 2007, el costo promedio del tratamiento de complicaciones graves del aborto inseguro era de \$209 dólares estadounidenses por cada mujer. Después de la legalización, el costo aproximado fue sólo de 98 dólares para cada mujer (IPAS, 2010).

En gran parte de Latinoamérica, las mujeres informadas y con acceso a internet, recurren al aborto con medicamentos, pues este es de mayor acceso, menos doloroso y riesgoso. Las ventajas de este método, incluyen el que se evite la cirugía y pueda realizarse en un lugar privado. Entre las desventajas se cuentan que a pesar de que se facilite el acceso al aborto, se suele incrementar las condiciones de vulnerabilidad en las que se vive el procedimiento, pues muchas

¹⁵ Informe final “Ampliando el acceso a la interrupción legal del embarazo para adolescentes como grupo vulnerable en México a través del Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA”.

mujeres relatan vivir el proceso solas, sin el apoyo de sus parejas y con poca información. Estas mujeres no construyen al aborto desde una perspectiva de derechos humanos y desconocen el funcionamiento de su cuerpo (Lafaurie *et al*, 2005)

En México, frente a las desigualdades sociales para recurrir a un aborto, ha crecido el uso del misoprostol, este ayuda a reducir las muertes maternas, las complicaciones debidas a su uso son prácticamente nulas y su precio es reducido (Victoria *et al*, citado en Lerner 2016).

Su uso data de los años 80's cuando comenzó a usarse el misoprostol (prostaglandina para el tratamiento de úlcera gástrica). Dada la baja tasa de efectos secundarios, su fácil acceso, así como su eficacia del 88% su uso se extendió rápidamente (GIRE, 2009). Años más tarde se combinó el misoprostol con la mifepristona, a partir de la despenalización del aborto en Ciudad de México, esto produjo que la efectividad del aborto subiera hasta el 90%.

Su uso dio lugar a un cambio en la práctica del aborto, pues esta biotecnología redujo costos hospitalarios e incluso disminuyó las diferencias en cuanto a clase social de las mujeres que interrumpen un embarazo. Las mujeres legitimaron la práctica al ser usuarias de un servicio público, en vez de ser vistas como delincuentes. El uso del medicamento: *“las posicionó como capaces de asumir una responsabilidad en el proceso de toma de medicamentos”* (Lamas, 2014:59).

Sobre el aborto con medicamentos, Martha Lamas (2014), refiere que el uso de este método, tiene el valor agregado de posicionar a las usuarias como sujetas capaces de asumir una corresponsabilidad en el proceso, y obliga a confiar en que llevarán a cabo adecuadamente las instrucciones en sus hogares y regresarán a la revisión.

Esto marca un cambio de paradigma en la experiencia de aborto, pues si a esta práctica se le agrega consejería e información sobre derechos sexuales y reproductivos, las mujeres estarían más conscientes de que están llevando a cabo el ejercicio de un derecho (Lamas, 2014).

4.2. EL TRABAJO DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y COLECTIVAS QUE ACOMPAÑAN ABORTOS EN MÉXICO.

En México es a partir de la despenalización del aborto en la capital, que se empieza a visibilizar el acompañamiento de diversas colectivas y organizaciones de la sociedad civil a mujeres en proceso de aborto. La despenalización, permitió que algunas mujeres que “entraban” en el marco legal que permite la interrupción hasta las 12 semanas en la CDMX, experimentaran corpóreamente los abortos medicamentosos, en las clínicas de salud especializadas en Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Algunas otras se hicieron acompañantes, adquiriendo más conocimientos biomédicos, herramientas de seguridad, apropiándose del discurso de derechos, etc. Quienes ya acompañábamos desde antes del 2007 también nos fortalecimos de las nuevas experiencias, generamos alianzas, redes de apoyo, uso de tecnologías, etc.

Entre las organizaciones que acompañan en México pueden nombrarse el Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (GIRE), Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), mediante su red de Jóvenes por el Derecho a Decidir, Fondo MARIA, Acompañamiento Después de un Aborto Seguro (ADAS), etc. Por otro lado, las colectivas autogestivas, las cuales son incontables y se encuentran en todo el país realizando acompañamientos, muchas veces sin protocolos de acompañamiento ni estrategias de seguridad. Una de ellas en el contexto chiapaneco, es la colectiva *Línea Aborto Chiapas* que retoma muchos de los aprendizajes de la Línea de Aborto Chile.

A partir de que los acompañamientos se han institucionalizado, existe mayor control y seguimiento de los abortos medicamentosos, pues a las mujeres atendidas se les da un protocolo de medicamentos seguro, efectivo, ampliamente estudiado y respaldado por la Organización Mundial de la Salud. Es importante este respaldo legal hacia las acompañantes, pues esta práctica sigue siendo criminalizada. Las acompañantes que realizan su labor en distintas OSC’s ganan respaldo en su quehacer y no se arriesgan tanto a nivel individual.

Observo como desventaja, que las acompañantes institucionalizadas tienden a saturarse de acompañamientos, pues existe una urgencia por reportarlos e incrementar los números de atenciones, con la consigna de “rescatar las cifras de mujeres que abortan de manera segura” y de llegar más mujeres. La autonomía en la toma de decisiones, por parte de las acompañantes de aborto, uno de los ejes fundamentales del feminismo, se va socavando y se minimizan sus conocimientos adquiridos anteriormente de manera autónoma.

Asimismo, existe una tendencia a homogeneizar los acompañamientos, no obstante que todas las mujeres, y por ende todos los casos y todas las acompañantes son distintas, requiriendo de un actuar diferente por parte de las acompañantes. Las acompañantes, que son la vía para que las mujeres ejerzan su derecho a un aborto seguro, realizan su labor sin remuneración económica alguna, ni contención emocional suficiente para los casos más complejos.

4.2.1. DE “EDUCACIÓN SEXUAL PARA DECIDIR, ANTICONCEPTIVOS PARA NO ABORTAR Y ABORTO LEGAL PARA NO MORIR” A “ABORTO EN LA CASA Y CON AMIGAS”.

Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir, fue una consigna utilizada por muchos años para referirse al aborto como última instancia ante un embarazo no deseado y dado el poco acceso de las mujeres a anticonceptivos. Además, daba cuenta de que el aborto ilegal era siempre riesgoso, pues aún no estaba legitimado el uso de misoprostol que vendría a revolucionar y a *desdramatizar* al aborto como expresa Marta Lamas (2014).

Ha habido un cambio de paradigma en cuanto a la vivencia del aborto entre las mujeres. El uso del misoprostol o del misoprostol en combinación con la mifepristona, y la *autogestión de abortos medicamentosos* ha hecho que el acompañamiento sea visto como algo más asequible. Lejos quedaron los legrados altamente riesgosos para las mujeres, que sólo podían ser realizados por personal altamente capacitado, como las JANE, en Chicago en los años 70’s –durante los años de penalización del aborto en el contexto estadounidense–, que habían aprendido a hacer curetajes ellas mismas.

Es importante subrayar cómo las redes sociales han brindado seguridad a quien está abortando y a quién acompaña, pues ya no se trata de “*poner el cuerpo*” y arriesgarse de manera tan riesgosa por la otra. Las líneas telefónicas, el uso de tecnologías de la información y redes sociales como *whats app*, *telegram*, etc, favorece el anonimato y la distancia física de las mujeres y sus acompañantes.

Las mujeres que acompañan han resignificado el proceso de aborto, no obstante, las leyes locales que obstaculizan la práctica en los estados donde está penalizado el aborto. Considero que al Estado hay que tomarlo como un instrumento, tomar lo que sirve en la consecución de la salud, en aras de “*hacer la salud pública*” como enuncia Fassin (2005). En ese sentido considero que hay que visibilizar que son las mismas acompañantes, como agentes de derechos, las que permiten que el aborto se resignifique. El *acompañamiento* es una respuesta al incumplimiento del Estado en proporcionar abortos seguros a las mujeres lejos de la Ciudad de México y como tal ayudan a solventar esas brechas de desigualdad.

En México, existen diversas organizaciones feministas que reciben recursos de organismos internacionales –que antes provenían de Estados Unidos y ahora de Europa-. Una de las críticas que hago es que tienden a imponer visiones y esquemas de atención en el aborto. Algunos modelos de acompañamiento retoman esquemas clasistas, colonialistas además de paternalistas. Desde mi experiencia, creer que sin su ayuda las mujeres no encontrarán respuestas a sus necesidades es equivocado, las mujeres tienen agencia, son ellas las que mejor conocen sus cuerpos y sus experiencias corpóreas. Las Organizaciones debieran tomar en cuenta que sólo son un vehículo que facilita y promueve los avances científicos –misoprostol y mifepristona– a las mujeres, para que accedan a abortos seguros.

A *Fondo MARLA* se les reconoce su capacidad organizativa para gestionar recursos y apoyar a mujeres a que viajen a la CDMX para ejercer su derecho al aborto, sin embargo, considero que las mujeres no debieran viajar, esta *no* es una solución al problema de la injusticia social que prevalece en México y que se visibiliza cuando una mujer de Chiapas o cualquier estado en el que el aborto está penalizado, decide abortar. Las mujeres indígenas, con poca información sobre sus derechos, o mujeres de las periferias de las ciudades –incluso de las periferias de la Ciudad-de México, en contextos altamente marginados, continúan enfrentándose a abortos inseguros, al no contar con la información sobre los protocolos recomendados para la ingesta del misoprostol. Hay que tomar en cuenta que algunas mujeres, en contextos rurales aún abortan de maneras riesgosas y no hay cifras que den cuenta de ello.

No cabe romantizar a los acompañamientos, sería muy positivo que los abortos pudieran realizarse “*en la casa y con amigas*”, nombre que retoma una Organización de la Sociedad Civil que acompaña a mujeres en Ecuador, sin embargo, por el momento, estos se encuentran fuera de la realidad dado el contexto de desigualdad social mexicana.

La despenalización del 2007, permitió que muchos de los acompañamientos se institucionalizaron, posibilitando alianzas con instituciones y colectivas que abogan por los derechos sexuales, con quienes se socializan las dudas entre médicos, enfermeras o acompañantes. Estas alianzas permiten resolver casos de manera especializada y articulada entre OSC's. Si se requiere acompañamiento legal se acude al *Grupo de Información sobre Reproducción Elegida* (GIRE), de detectarse dudas o culpa vinculada a un conflicto religioso, las expertas son *Católicas por el Derecho a Decidir* (CDD), si la mujer requiere apoyo económico para acudir a la Ciudad de México se recurre a *Fondo MARLA*, si posterior al acompañamiento se evidencian conflictos emocionales y psicológicos, las mujeres se canalizan a psicólogas aliadas como Olivia Ortiz de *Acompañamiento Después de un Aborto Seguro* (ADAS), etc.

Existe mayor control y seguimiento de los abortos medicamentosos, pues a las mujeres atendidas se les da un protocolo de medicamentos seguro, efectivo, ampliamente estudiado y respaldado por la Organización Mundial de la Salud. Es importante este respaldo legal de organizaciones hacia acompañantes, pues esta práctica sigue siendo criminalizada en la mayor parte del país. Las acompañantes que realizan su labor en distintas OSC's ganan respaldo en su quehacer y no se arriesgan tanto a nivel individual.

4.3. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS/ ACOMPAÑAMIENTO

En el presente capítulo, analizo las entrevistas de cuatro mujeres acompañantes de aborto. Me centro en sus significaciones personales de la labor que realizan, los conocimientos o saberes que han recogido a lo largo de su experiencia y las estrategias de autocuidado que despliegan, dado el contexto de penalización y estigma de aborto.

Realicé diez entrevistas a profundidad a acompañantes de Chiapas y de la Ciudad de México, centrándome en cuatro casos paradigmáticos de acompañantes. El criterio de selección de los casos fue la diversidad de sus experiencias y saberes, todas tienen distintas edades y niveles de escolaridad. Aportaron insumos al *Manual sororario para acompañar abortos*, que presento como producto final de esta tesis¹⁶.

Además de las entrevistas a acompañantes, realicé un grupo focal con cinco acompañantes de la Ciudad de México, quienes ponen en evidencia la injusticia social de su labor, pues ellas realizan los acompañamientos en un contexto de despenalización. Dichos saberes abonaron al *Manual Sororario para acompañantes de aborto*.

Sobre las acompañantes entrevistadas, destaco que todas se nombran feministas, con conciencia de género, han internalizado al aborto como un derecho, así como un evento más en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Todas han desplegado estrategias creativas para ejercer su labor ante un contexto restrictivo, no obstante, no todas tuvieron participación activa en la construcción del protocolo.

Observo que las acompañantes elegidas para el análisis se localizan en un *habitus*¹⁷ de acompañantes. Reconozco que, así como hay un *habitus* propio de los médicos o de las enfermeras, las acompañantes de aborto, también se localizan en un *habitus* específico, el cual está caracterizado por tener mayor “carga emocional” que otras labores o profesiones, y por ser *activismo político feminista*.

El análisis de la información surgida de las entrevistas a profundidad, giran en torno a tres grandes categorías; 1) Conocimientos y saberes necesarios para ejercer su labor, 2) Estrategias de autocuidado utilizadas y 3) Definición de acompañamiento. Asimismo, estos tres grandes categorías se subdividen en otras subcategorías;

¹⁶ Las significaciones personales de acompañamiento de las cinco acompañantes restantes, así como la información suministrada por el grupo focal, fueron utilizadas para construir la *definición de acompañamiento* utilizada como punto de partida del Manual Sororario para acompañantes de aborto.

¹⁷ Bourdieu, P. (1991). Estructuras, habitus, prácticas. *El sentido práctico*, 91-111.

1. Conocimientos y saberes necesarios para realizar su labor

En esta categoría compilo todas las experiencias, saberes y herramientas que nombran como esenciales para realizar acompañamientos. Asimismo, exploro los conocimientos que han recogido en su andar, saberes “no científicos”¹⁸ ni sistematizados, pero claves para realizar su labor.

a) Primeras experiencias de acompañamiento

Describo las primeras experiencias en su devenir acompañantes. Ya sea porque tuvieron que acompañar a alguna amiga o conocida en sus procesos de aborto, o porque la vivieron en sus cuerpos. Estas prácticas privadas, les han dejado aprendizajes corpóreos y han sido fundamentales en su activismo político.

b) Protocolos utilizados –seguridad e ingesta de medicamentos–

Nombro el protocolo de ingesta de medicamentos que cada una utiliza. Pese a que se ha homogeneizado el uso de una combinación de mifepristona y misoprostol, o en su defecto misoprostol solo. Me interesaba profundizar en su experiencia en el uso de estos protocolos en dos sentidos; a) porque sistematizar estos aprendizajes y saberes es importante para la construcción de un protocolo/manual de acompañamiento, y b) para validar a las acompañantes como sujetas de conocimientos.

En este apartado, también cuestiono el apego que las acompañantes tienen al protocolo de seguridad, no en el sentido de adherirse a normativas institucionales, sino en cómo en la medida en que se apegan a ellos, su autocuidado y bienestar aumentan.

c) Capacitaciones recibidas por sus organizaciones.

Examino cuáles son las capacitaciones que han recibido que les han sido de ayuda en su labor. Si bien algunas prácticas son una constante en el *habitus* de las acompañantes entrevistadas,

¹⁸ Con saberes no científicos a los que me refiero son las “*creencias*, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos” (Aguirre, 1994). Estas creencias y saberes, se oponen al Modelo Médico Hegemónico entendido como “...*el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado*” (Menéndez, 1990).

–buentrato y empatía–, otras prácticas como la escucha activa o la habilidad para poner límites, pueden aprenderse con capacitaciones específicas, brindadas por sus organizaciones o colectivas.

2. Estrategias de autocuidado al laborar en un contexto de criminalización

En esta categoría exploro sus estrategias personales de autocuidado, tomando en cuenta que cada una ha identificado sus límites personales para acompañar o no, a las mujeres en situación de aborto. Fundamento que para que un acompañamiento de aborto sea feminista, se requiere de comprensión, respeto mutuo, así como *buentrato* de ambas partes (Sanz, 2017). Identificar sus límites, evita su sobrecarga emocional, pues no hay nada más patriarcal que reprimir las emociones y negar los límites (Oliveira y Dordevic, 2015).

a) Límites personales para realizar su labor

Nombro los límites espirituales, emocionales, los miedos y las barreras que cada acompañante identifica al realizar acompañamientos. Estos son importantes pues identificándolos, evitan la sobrecarga en su labor, ayudándoles a conformar un *código de ética personal* que abona en su autocuidado.

3. Definición de acompañamiento

Las significaciones que las acompañantes tiene de su labor, sirvieron para crear un concepto de acompañamiento, acotado al entorno de San Cristóbal de las Casas. Las pautas que subrayé en sus narrativas, fueron;

a) Que en su significación de acompañamiento se nombre al respeto a las creencias y saberes de las mujeres, en un entorno de horizontalidad y *buentrato* (Sanz, 2016).

b) Que consideren a las mujeres como sujetas activas en sus procesos.

c) Que nombren al acompañamiento como una vía de derecho de las mujeres sobre sus cuerpos.

d) Las estrategias de autocuidado también son importantes en aras de que el acompañamiento no se torne en una práctica desgastante física y emocionalmente.

a) Posicionamiento feminista respecto a la labor que realizan.

Discuto con los argumentos de Didier Fassin (2008) de “*hacer la salud pública*”. Hacer la salud pública, *va más allá de tratar enfermedades y curar a individuos*, pues promueve la salud de una sociedad en el marco de acciones públicas, –incluso fuera de los marcos legales–, como es el caso del acompañamiento feminista de aborto.

Exploro el modo de acompañamiento que realizan. Si este es más asistencialista, y nombran a su acompañamiento como “ayuda” a otras mujeres, o si más bien se inclinan hacia el activismo político, motivando a las mujeres a realizar sus abortos de maneras más autónomas, brindando la información necesaria, pero poniendo énfasis en que el *acompañamiento feminista* es aquel que *empodera* a las mujeres que se acompaña y a las activistas feministas; un proceso en dos sentidos: el de la persona que acompaña, como el de la persona acompañada (Ortiz, 2010).

Considero, además que las acompañantes se sitúan en un *habitus* opuesto al de la Hegemonía Médica actual, la naturaleza de este *habitus*, responde a un conjunto de jerarquías (escolares, de género y profesionales) que han sido incorporadas profundamente y se han vuelto constitutivas de sus esquemas dominantes de percepción y apreciación del a realidad que les rodea (Castro, 2014).

b) Estilo personal de acompañamiento.

Distingo los estilos personales de acompañar. Algunas mujeres hacen uso de su capacidad de empatía, otras de su capacidad de liderazgo, del *respeto* hacia las creencias religiosas de cada mujer, de sus habilidades de escucha emocional. Mi interés fue el de nombrar los recursos personales que les sirven en el momento en el que acompañan a las mujeres durante sus abortos.

SOFÍA MORA¹⁹

“...Acompañar es estar inmersa en el círculo de la mujer que aborta”

Sofía es la coordinadora de *la Red Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir San Cristóbal de las Casas*. Desde el 2015, además de acompañar a mujeres en sus abortos, realiza tareas de logística y gestiona el trabajo de Católicas a favor de los derechos sexuales y reproductivos en el estado. Actualmente tiene 23 años y ha acompañado más de 100 abortos, lo que da cuenta de su amplia experiencia como acompañante.

1. Conocimientos y saberes necesarios para ejercer su labor

a) Primeras experiencias de acompañamiento

La acompañante relató una experiencia previa de acompañamiento, fuera de su Organización, en ese entonces, ella *no* se sintió preparada para acompañar, pero aún así estuvo presente como *cómplice* de una compañera. En la actualidad señala; *"si yo me embarazara si interrumpiría"*. Esta declaración parte de la experiencia y de la empatía. "Lo personal es político".

Ha aprendido que *"entre más informada esté la mujer, su dolor y ansiedad en el proceso, bajará"*. Este conocimiento producto de su experiencia en el activismo de acompañamiento, no ha sido sistematizado en los manuales de la Organización Mundial de la Salud, ni de ningún Organismo Internacional, pues se han obtenido fuera del Modelo Médico Hegemónico. Este hallazgo, –el

¹⁹ Los nombres de las acompañantes son ficticios. Los seudónimos que aparecen fueron elegidos por las acompañantes.

cual he escuchado en otros discursos de acompañantes–, es de vital importancia en la disminución de la experiencia subjetiva del dolor.

Relata que *"Todas las mujeres tienen un cuerpo distinto [...] me preguntan, "¿cuánto voy a sangrar?" y les digo que cada cuerpo es distinto"*, con base en esta afirmación, constato que no se puede unificar una única manera de acompañar a las mujeres, tampoco se puede exigir el estricto apego a un protocolo de acompañamiento, pues todas las mujeres son distintas en cuanto a personalidades y a sensaciones corpóreas. no obstante, dicho protocolo debe incluir una lista de pasos imprescindibles al acompañar.

"En católicas les decimos que nadie las va a castigar, les mencionamos que incluso hubo un Santo a favor del aborto, San Antonino". Estos conocimientos, los cuales les han sido impartidos a las acompañantes del Católicas por el Derecho a decidir, son vitales a la hora de informar a las mujeres católicas, en proceso de aborto –o que fueron educadas en la fe católica– pues sus creencias religiosas juegan un papel muy importante en su proceso.

"Les aclaramos que en la Constitución de la iglesia hay atenuantes de culpa para las mujeres que abortan, estas son cuatro; si la mujer es menor de 16 años, si fue violada, si tiene miedo o si lo hizo sin su consentimiento". Asimismo darles información que les ayude a reducir la culpa y la creencia de que están cometiendo un pecado, es respetar sus creencias, requisito fundamental para un acompañamiento feminista.

b) Protocolos utilizados –seguridad e ingesta de medicamentos–

Las acompañantes de la Red de Jóvenes Católicas sólo acompañan a mujeres en abortos medicamentosos. El régimen de medicamentos consiste en ingerir dos tipos de fármacos; mifepristona de 400 mg. acompañado por una dosis de misoprostol de 400mg. Para las acompañantes de la red, es de vital importancia conocer el funcionamiento a nivel farmacológico de dichos medicamentos, para preparar a las mujeres ante los síntomas y el dolor del proceso.

Su Organización subraya la importancia de la consejería sobre el uso de anticonceptivos a la par de dar información sobre aborto con medicamentos. La acompañante brinda esta

consejería desde un inicio *“yo les digo que luego luego puede regresar su fertilidad, así es que necesitan decidir un método desde ya...”*.

c) Capacitaciones recibidas por su organización

En Católicas, le han proporcionado talleres para la implementación de estrategias de atención a mujeres, derechos sexuales y reproductivos, acompañamiento emocional a mujeres en sus abortos. Católicas ha formado a las activistas por los derechos sexuales en incidencia política, no sólo en acompañamiento.

Sobre la capacitación que más refiere haberle servido: *“vimos la parte religiosa, es decir que hacer si una mujer es católica y se siente muy mal, “¿por donde entrarle?” en esos casos... que comentarios hacerle, que material brindarle, la parte de contención psicológica, o de cómo poner límites y qué decir”*.

La Red de Católicas, al ser una organización de la sociedad civil que tiene como misión *“defender los derechos humanos de mujeres y jóvenes, en especial sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso al aborto seguro y legal, desde una perspectiva ética, católica y feminista”*²⁰ capacita a sus integrantes para *respetar* las creencias de las mujeres católicas que buscan interrumpir sus embarazos e informarles que el Derecho Canónico, el máximo referente legal del catolicismo, si se analiza a profundidad, no condena el aborto pues existen atenuantes para esta práctica.

Esta información puesta en manos de las mujeres que buscan interrumpir sus embarazos, que se sienten culpables y en un dilema moral es de gran ayuda, pues hace que estos sentimientos disminuyan.

2. Estrategias de autocuidado al laborar en un contexto de criminalización

El protocolo de seguridad de RJCDDSCC²¹ marca pautas a seguir como son; a) utilizar un correo encriptado –en caso de comunicarse por este medio con las mujeres–, a) usar un celular alternativo para acompañamientos, b) Evitar dar los medicamentos personalmente c) hablar

²⁰ Misión de (http://catolicasmexico.org/ns/?page_id=4121) Consultado el 25 de Septiembre del 2018.

²¹ Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

en clave al nombrar el proceso medicamentoso y d) pedir un ultrasonido para verificar que las mujeres efectivamente se encuentren embarazadas.

Sin embargo en el caso de Sofía, al ser una acompañante conocida en San Cristóbal de las Casas por su activismo feminista, prefiere no seguir al pie de la letra estas pautas. Expresa "*Yo no uso lenguaje en clave, me parece que es importante ser claras con la información que se les está dando a las mujeres*". En este caso y desde mi experiencia como acompañante, no utilizar las palabras adecuadas; *aborto, misoprostol, coágulos*, en definitiva *no* genera confianza en las mujeres en momentos de crisis.

Sofía realiza una gran cantidad de acompañamientos en la Ciudad de San Cristóbal, corriendo el riesgo de sobrecargarse emocional y físicamente. Una alternativa, sería establecer un número límite de acompañamientos y referirlos a otras activistas.

3. Definición de acompañamiento

"Para mi acompañar, no sólo es estar pendiente, es estar inmersa en el círculo de la mujer que aborta, es estar preocupada por el proceso de aborto.

Acompañar es activismo político porque le das herramientas a las chavas, al decirles "tú también tienes derecho a decidir sobre tu propio cuerpo", validas una decisión que ellas ya tomaron".

En su definición de acompañamiento, refleja el que las acompañantes, *estamos inmersas en el círculo*, dando cuenta de la *complicidad*, propia de la tarea del acompañamiento, pero poniendo límites, para su autocuidado. Al respecto, Carmen Alborch (2011) conceptualiza a la complicidad entre mujeres como la solidaridad entre mujeres, incorporando una mirada de respeto y de dignidad entre nosotras.

También expresa la necesidad de que las mujeres exterioricen sus necesidades, pues no todas requieren el mismo tipo de acompañamiento. De ahí la necesidad de flexibilizar el protocolo para adaptarlo a cada caso.

La primera pregunta que ella hace es: *¿Qué necesitas de mí?* precisando los recursos, – económicos, materiales o de información– que requieren. Evita así caer en prácticas paternalistas, opuestas al feminismo.

Retomando a Ortiz (2010) quien expresa que el acompañamiento, para que empodere a ambas partes, debe darse en un plano de horizontalidad con las mujeres en situación de aborto, considero que esta estrategia, *les* invita a observar sus herramientas, pues no son personas carentes de recursos, tienen redes de apoyo y recursos económicos, psicológicos, emocionales que en mayor o menor medida *activan* en estos momentos de crisis.

Por lo tanto el acompañar sería por un lado complicidad con las mujeres en situación de aborto, brindarles información de manera confidencial pero también un aliciente que "activa" los recursos sociales con los que cada una de ellas cuenta (Ervitti, 2015).

a) Posicionamiento feminista respecto a su labor

Sofía expresa que el acompañamiento es activismo político, pues al acompañar, se informa a las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Ve al acompañamiento como una vía de derechos.

b) Estilo personal de acompañamiento.

Su estilo personal da cuenta de su pragmatismo, pues afirma "*me enfoco más en la onda médica [...] más que en la psicológica*". En su caso –ya que atiende a gran cantidad de mujeres– es necesario priorizar y dar la información sobre el protocolo de ingesta de medicamentos, de la manera más clara posible. Lo primordial es brindar la información sobre el uso de los medicamentos de manera completa y clara desde el inicio, pues algunas mujeres no concluyen el acompañamiento.

"*Yo no soy católica, [...] pero estoy con católicas porque considero que los españoles nos influenciaron muchísimo, nuestros actos culturales tienen que ver con nuestros aprendizajes católicos y judeocristianos*". Está convencida de que acompañar debe pasar por un conocimiento del contexto cultural y religioso

en el que están inmersas las mujeres que acompaña y por tanto su estilo personal, aunque no es el de una feminista católica como tal, *respeto* a las mujeres y sus creencias.

Observo también que Sofía está consciente de la necesidad *espiritual* de las mujeres de validar su proceso de aborto. En el contexto san cristobalense, de fuerte influencia católica e ilegalidad, las mujeres abortan con culpas y con la conciencia de que están cometiendo, más que un delito que será perseguido, un *pecado* (Rivas *et al*, 2009), por esta razón validar y solventar esa necesidad lo vuelve una forma de *hacer la salud pública* (Fassin, 2008), respetando además sus creencias religiosas, clave en un acompañamiento feminista de aborto.

JULIA

“...se piensa que las mujeres no van a poder resolver su aborto y eso no es cierto, ellas buscan opciones y lo resuelven, nosotras les acercamos información y las acompañamos en el proceso”

Al momento de la entrevista Julia era tesista de la maestría en Estudios de la mujer de la Universidad Autónoma de México. La entrevista giró en torno a su experiencia como acompañante de abortos en los diez años que laboró en *Católicas por el Derecho a Decidir*, donde observó la necesidad de acompañar a mujeres en sus proceso de abortos, antes de la despenalización en la Ciudad de México.

Rescato sus conocimientos y saberes como activista católica, pues participó en el diseño de *protocolos de acompañamiento* adaptados a las diversas necesidades y contextos de las mujeres. En la entrevista, menciona una diversidad de experiencias de acompañamiento de mujeres en sus abortos, ya sea en la Montaña de Guerrero o en Tijuana, esta diversidad de experiencias y saberes nutren al *Manual Sororario de Acompañamiento*.

1. Conocimientos y saberes necesarios para realizar su labor

Julia ha acumulado notable experiencia dentro de Católicas por el Derecho a Decidir. Mucha de esta información, no se encuentra sistematizada y menciona que es “*propiedad de pocas personas o instituciones*”. Esta reflexión se vincula directamente con el objetivo principal de esta tesis: *rescatar los conocimientos y saberes en manos de algunas personas*, para socializarlo con otras personas que quieran formarse como acompañantes o bien personas que requieran información básica sobre cómo acompañar a mujeres en sus procesos de aborto.

Argumenta que ciertos casos de acompañamiento fueron emblemáticos dentro de su OSC, las rutas de atención que siguieron, fueron claves para detectar la necesidad de crear *protocolos de acompañamiento* acotados a los distintos contextos y características de las mujeres.

En cada contexto, las barreras para garantizar los derechos de las mujeres son distintas, en la montaña de Guerrero, donde narra varios casos de embarazos por violación, los *determinantes sociales*²², la injusticia social, obligaban a la OSC a trasladar a las mujeres a la Ciudad de México para finalizar sus abortos.

Julia menciona otro aprendizaje adquirido: el trabajar en conjunto con personas o instituciones aliadas, –desde su perspectiva, es imposible atender en su totalidad los acompañamientos dentro de sus organizaciones–, siempre se requiere de la ayuda de las parteras, otras OSC´s, aliadas sociales, acompañantes, teniendo como actoras principales a las mujeres en proceso de aborto.

En el trato con las mujeres, la recomendación de Julia es la de hacer preguntas retóricas para detectar sus necesidades, muchas de ellas dicen “*Estar bien*”, pero, al encontrarse inmersas en un conflicto vital, el de un embarazo no deseado, es necesario que la acompañante, que se encuentra fuera de este conflicto, averigüen por medio de preguntas retóricas, cuáles son sus necesidades reales. Ante la expresión de “*estoy bien*”, recomienda ganarse la confianza de las mujeres, platicar más con ellas ahondando en sus procesos y escucharlas activamente.

²² Se entiende por determinantes sociales; estilo de vida, biología humana, medio ambiente y el sistema sanitario (Palomino, Grande y Linares, 2014).

Asimismo, Julia recomienda indagar en sus dilemas religiosos, pues “*las cuestiones de maternidad y la vida que se está gestando pesan mucho en las mujeres*”. La recomendación y el aprendizaje aquí, es el de reafirmarles que no están cometiendo ningún pecado –con argumentos tomados del Código de Derecho Canónico–, y asegurar que la acompañante estará en todo momento con ellas para disipar dudas y darles confianza. De esta manera “*cierran*” su proceso más rápidamente, a nivel emocional, psicológico e incluso físico.

a) Primeras experiencias de acompañamiento

En esta parte de la entrevista, Julia relata cómo percibieron, –dentro de su organización Católicas por el Derecho a Decidir–, *la necesidad de acompañar* a mujeres en sus abortos. A partir del año 2000 a través de la Ley Robles y del caso Paulina, hubo cambios en la legislación, lográndose que el aborto por violación se legalizara en todo el país. Producto de estos cambios, los casos de acompañamiento se multiplicaron.

Al crearse la *Línea ILE de violencia sexual*, dentro de CDD²³, se detecta que hay mujeres que requieren asesoría para interrumpir sus embarazos al ser víctimas de violación, pues al acabárseles sus opciones, se les canalizaba a Católicas por el Derecho a Decidir. Un primer paso era discernir las necesidades de cada mujer.

El segundo paso, en este acompañamiento desde Católicas, era ubicar los casos dentro de una causal, para que así sus abortos fueran legales, casi todos eran ubicados en la causal salud, pues se enfatizaba en la *“pérdida de la salud integral de las mujeres a consecuencia de un embarazo no deseado”*.

b) Protocolos utilizados

Julia, relata que en su OSC no utilizaban como tal un protocolo único de acompañamiento, pues en cada caso se procedía a identificar cuales eran las necesidades de las mujeres, para así proporcionar un protocolo medicamentoso con mifepristona y misoprostol o

²³ Julia laboró por diez años en las oficinas de Católicas por el Derecho a Decidir, en la Ciudad de México.

únicamente con misoprostol, además del acompañamiento legal o psicológico que se seguiría, se tenía la libertad de adaptarse a las necesidades de cada mujer.

Según la experiencia de Julia, cada *acompañamiento* al ser tan especializado, requería mayores esfuerzos materiales y humanos, razón por la cual se procedió a diseñar distintos protocolos; de *seguridad* y de *acompañamiento* en casos de violación. Todos los protocolos contextualizados, pues las causales legales son distintas en cada estado.

c) Capacitaciones recibidas por sus organizaciones

Las capacitaciones recibidas por su OSC giraban en torno a formarla como activista por los derechos sexuales y reproductivos, apelando a la *deconstrucción de las ideas preconcebidas de la fe católica y a examinar sus límites como acompañante*.

Las capacitaciones que menciona como significativas, están las que se situaba a las activistas frente al tema del aborto, para que ellas tomaran una postura política frente al tema. Se trataba de explorar los límites de las activistas frente al activismo que realizaban, esta estrategia de su organización, funcionaba a manera de autocuidado para ambas partes, las activistas y la institución (Ortiz, 2010:60).

También relata cómo importantes las capacitaciones sobre escucha emocional y sobre cómo dirigir las llamadas de mujeres que buscaban información para abortar. Su importancia radica en que las mujeres hablaban “*angustiadas, desesperadas pues ya habían agotado todas sus demás alternativas*”, las acompañantes tenían que responder de manera empática y poner en práctica su escucha emocional, pero esta práctica no se da espontáneamente, hay que practicarla primero en una misma, detectar cuales son las necesidades individuales –de las acompañantes–, para así escuchar a la otra mujer que llama desde el otro lado en crisis (Martínez, 2008).

2. Estrategias de autocuidado al laborar en un contexto de criminalización del aborto

Dentro de las capacitaciones brindadas por CDD, Julia reconoce que era fundamental la exploración de *límites* personales para ejercer su labor. Asimismo la *retroalimentación* de otras compañeras parte de la red, es de vital importancia, pues reconociendo que el tema del aborto,

“*interpela partes muy íntimas de la creencia de las mujeres*” es necesario compartir las dificultades y platicar los casos, hallando soluciones conjuntas.

a) Límites personales para realizar su labor.

Sobre sus límites, reconoce que en primer término ella no aceptaba acompañar procesos que se salieran de las causales legales, sin embargo, conociendo los contextos de las mujeres y los *determinantes sociales* por los cuales recurrían a abortar, sus motivaciones fueron cambiando, hasta aceptar acompañar a mujeres que incluso salían de estas causales.

“*Lo que pasa en los acompañamientos, es algo que interpela cosas muy importantes en tu vida, a veces te genera enojo la demanda de la chava porque pregunta muchas cosas*”. Julia identifica como una necesidad importante en la formación de las acompañantes el autoconocimiento para así identificar límites al acompañar.

Uno de los límites de Julia eran los embarazos de segundo trimestre, es decir, ella *no* acompañaba abortos tardíos, pues aprendió que esos procesos representaban una carga emocional muy grande que no podría solventar. Otra de sus negativas para acompañar, eran los casos de mujeres muy jóvenes con dudas –aunque mínimas– para continuar o no sus embarazos.

De acuerdo a Ortiz (2010), es importante identificar los límites como acompañantes, para así saber, hasta donde acompañar y hasta donde delegar casos a otras compañeras, o incluso a otras organizaciones como GIRE, quien realiza acompañamientos legales de una forma más especializada, o a Las Libres, en Guanajuato quienes aceptan abiertamente, dar información a mujeres con embarazos tardíos. Ante las emociones de frustración, enojo, que producen los casos complicados, la recomendación es el respeto a las decisiones de las mujeres (Ortiz, 2010:65).

3. Definición de acompañamiento

Para Julia;

“Cuando una mujer está decidida a abortar, lo va a hacer, con lo que tenga [...] en donde sea”

“...se piensa que las mujeres no van a poder resolver su aborto y eso no es cierto, ellas buscan opciones y lo resuelven, nosotras les acercamos información y las acompañamos en el proceso”

“El acompañar, más que su traducción en números, es una actividad que haces por satisfacción personal, [...] también para ayudarte a ti misma”

Nombró al acompañamiento como una vía para que las mujeres lleven a cabo su proceso de aborto de una mejor manera, porque, como ella destacó a lo largo de la entrevista, ellas van a llevar a cabo su aborto *a como dé lugar*, por tal motivo, es necesario acercarles información. Ve como primordial estar profesionalizadas y especializadas en derechos sexuales y reproductivos (Ortiz, 2010:40), para garantizar el bienestar y el derecho a la salud.

Para Julia, el acompañamiento es una actividad de satisfacción personal, pues se ayuda a otras mujeres en la consecución de su aborto, al mismo tiempo que “*te ayudas a ti misma*”. Nombró a la formación como acompañante como un proceso de autodescubrimiento y de autoconocimiento, en el que ahondamos en los *límites* personales para acompañar. De esta forma enfatiza que no puede dejarse de lado el *autocuidado*, cuando se es acompañante.

a) Posicionamiento feminista respecto a la labor que realiza

Para Julia el acompañamiento de aborto es sólo una parte de el trabajo a favor de los derechos sexuales y reproductivos, pues el trabajo dentro de Católicas por el Derecho a Decidir es “*generar argumentos religiosos para responder a las groserías de la iglesia católica*”. En su concepción, el trabajo principal de la OSC, es por los derechos y por la despenalización del aborto, pues ella fue una de las actrices en la despenalización del 2007 en la CDMX.

Por tanto, más que un activismo político, Julia conceptualiza al acompañamiento como un *módulo* dentro de las funciones que realiza Católicas a favor de los derechos sexuales y reproductivos, lo que la organización busca es que se reconozca que hay inequidad en el tema de derechos. El aborto no es un tema aislado, se busca reconocer a los derechos sexuales y reproductivos en su conjunto.

b) Estilo personal de acompañamiento.

El acompañamiento que realizaba, al enmarcarse dentro del código de Católicas por el Derecho a Decidir, gira en torno al respeto a la parte *espiritual*. Por tanto en su acompañar, reconcilia la fe de las mujeres con sus creencias, disipando sus conflictos religiosos con argumentos tomados del Código de Derecho Canónico.

En su estilo de acompañamiento puede reflejarse una inclinación hacia la *escucha emocional*, expresa “*más que decir bien el protocolo, es importante hablar con las mujeres de sus emociones*”. Al mismo tiempo, subraya como importante la contención emocional de las acompañantes como parte fundamental del activismo, porque “*la experiencia de acompañamiento es fuerte, es íntima, por este motivo es importante revisarse emocionalmente junto a otras acompañantes*”.

Los aprendizajes de Julia como acompañante, se pueden resumir en tres significativos; el esmero que pone en el *autocuidado*, entendido como la identificación de *límites* de las acompañantes, así como la detección de las necesidades de las mujeres en proceso de aborto, posibilitando un empoderamiento de ambas partes (acompañante y acompañada). Julia tiene claro que para ser activista, es necesario, en primer plano, *no ponerse en riesgo, para no traicionar* con esto, uno de los *principios éticos del yo*, que menciona Marcela Lagarde (1997).

En segundo lugar, el valor a la parte *espiritual*, es importante discernir si existen conflictos religiosos y sentimientos de culpa para hablarlos y aclararlos. Un tercer aprendizaje, es la necesidad de construir protocolos de acompañamiento, contextualizados, pues para Julia “*México es un mosaico de desigualdades*”, es necesario que cada colectiva, organización o institución diseñen sus propios protocolos, con las estrategias que mejor les sirvan.

Estos tres aprendizajes, no pueden dejarse de lado en un *acompañamiento feminista* que respeta las creencias de las mujeres, al mismo tiempo que respeta el tiempo y activismo de las acompañantes.

MARGARITA

“...acompañar es hacerlas sentir que no están solas, a veces solo necesitan validación sobre su decisión”

Margarita fue acompañante de Reflexión y Acción Feminista (RAE) y de *la Red Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir, ambas en Mérida, Yucatán*. Actualmente es acompañante independiente en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Tiene 23 años y ha acompañado a mujeres en sus procesos de aborto desde que tenía trece.

La experiencia de Margarita cobra singular importancia debido a que ha ido modificando su activismo al ir cambiando de organizaciones, además ha desplegado diferentes estrategias de comunicación al acompañar mujeres migrantes centroamericanas y de comunidades originarias *no* hablantes de castellano, como en el caso que aquí se analiza, el de una mujer hablante de Maya.

1. Conocimientos y saberes necesarios para realizar su labor

Margarita ha sido líder social en Mérida y deportista desde que tenía diez años, este liderazgo le ha servido para motivar a otras compañeras a denunciar las injusticias, el acoso sexual, la violencia hacia las mujeres etc. La capacidad de motivar a otras y su cultura de la denuncia, han sido claves para no permanecer sólo como observadora.

Sobre los acompañamientos que ha realizado a mujeres de comunidades originarias, menciona que la clave en éstas es el *respeto*. Al atender a una mujer maya, aprendió que se deben respetar creencias y adaptarse a sus contextos.

Margarita relata que la mujer maya se expresó con la siguiente frase: “*quiero que me ayuden a que me regrese la menstruación*”, es decir, no mencionó la palabra aborto.

Es preciso *escuchar* primero a las mujeres, para así responder a sus necesidades específicas. Este caso se resolvió trasladando a la mujer a la Ciudad de México, pues rebasaba las diez semanas de embarazo, límite para acompañar según el protocolo de seguridad de Católicas por el Derecho a Decidir. En esta experiencia, narra varios aprendizajes importantes; en primer lugar, el respeto a las creencias y la adaptación a los contextos de las mujeres. La diferencia de clase social y de etnia hicieron que desconfiara de obtener ayuda de alguien a quien apenas conocía. enuncia que éstas son las mujeres que *“no tienen a un barrio feminista que las respalde, al contrario tienen a toda una comunidad que las señala”*.

Otro de los aprendizajes que obtuvo de esta experiencia, es la de la necesidad de reafirmarle que se estará de su lado de principio a fin en su proceso: *“le dijimos que no se preocupara que no la íbamos a dejar sola”*.

En los casos de mujeres centroamericanas migrantes, expresa que la constante es la violencia sexual. Hay que ser sensibles, pues, pese a que éstas mujeres *“ya están preparadas para ser violentadas sexualmente”*, ganarse su confianza resulta más complejo, por tanto reconoce que es necesario tratarlas amablemente, e ir poco a poco con ellas.

a) Primeras experiencias de acompañamiento

El primer acompañamiento de Margarita fue cuando tenía doce años, sin ser consciente de lo que estaba realizando, sirvió como apoyo de una compañera de su equipo de hockey con un embarazo no deseado. Esta experiencia, fue un catalizador en su activismo político feminista. Asimismo su capacidad de liderazgo quedó evidenciada, pues sus compañeras le expresaban *“tenemos fe en que tú lo vas a resolver”*.

La ignorancia de los protocolos medicamentosos, así como el adultocentrismo de la médica que atendió el caso, hicieron que el aborto se alargara. El aborto de esta chica, se resolvió en manos de una médica que les cobró ocho mil pesos²⁴ por un aborto medicamentosos.

²⁴ Este suceso ocurrió en el 2008.

Esta primera experiencia le dejó dos aprendizajes; que es necesario formar redes solidarias con otras mujeres, pues una mujer adulta con un matrimonio forzado les apoyó en la consecución del aborto. También aprendió que es necesario conocer las dosis correctas para obtener un aborto completo.

b) Protocolos utilizados –seguridad e ingesta de medicamentos–

Gracias a su amplia experiencia y a su capacitación en temas biomédicos, Margarita puede adaptarse a las necesidades de las mujeres. Señala que en Mérida, ha habido casos de mujeres que recurren a abortos tardíos –en el segundo trimestre de embarazo– y que se ha vuelto necesario aprender los protocolos medicamentosos para esos casos. Habla de que son estas mujeres las más vulnerables, con panoramas de mucha violencia y pocas redes de apoyo.

c) Capacitaciones recibidas en sus organizaciones.

Margarita habla de una capacitación en específico para aclarar sus límites que le ha sido de gran ayuda, en los casos en los que siente que está arriesgando demasiado. Se trata de un ejercicio de autorreflexión y de cuestionarse *¿qué estoy dispuesta a arriesgar?, ¿estoy arriesgando demasiado?*

Las capacitaciones de su organización, le han servido para dar argumentos a las chicas contrarrestando las dudas que les genere su decisión. Menciona que ella utiliza el siguiente argumento *“mira si tú crees en dios y tomaste esta decisión desde tu corazón, él sabrá que es lo mejor para ti, dios lo va a entender, sabe que no estás haciendo algo malo”*.

Reconoce que dentro de Católicas por el Derecho a Decidir, ha ampliado sus conocimientos como acompañante, pues gracias a las alianzas que ha tejido dicha organización, ha podido capacitarse con especialistas en diversos temas; con Olivia Ortiz, sobre acompañamiento emocional, sobre Teología Feminista con Fray Julián y ha podido revisar cual es el funcionamiento de cada protocolo, con la Organización *Marie Stopes*.

2. Estrategias de autocuidado al laborar en un contexto de criminalización del aborto

Al situarse en diversos escenarios de acompañamiento, Margarita ha explorado sus límites y sabe cuando si y cuando no está dispuesta a arriesgarse. Sabe que el acompañamiento es activismo y que se hace de manera voluntaria.

“Dentro de las Organizaciones si hay jerarquías y cuando ves la disparidad entre acompañantes y las que están arriba que reciben sueldos, que viven bien, yo creo que si es justo y necesario [poner límites] porque una se desgasta dejas de lado muchas cosas personales”. Al enunciar esta frase, Margarita no pierde de vista que la explotación del tiempo y de las mujeres es una estrategia más del patriarcado para dominar a las mujeres, por tales motivos poner límites dentro del activismo que realiza es básico en su ejercicio feminista (Oliveira y Dordevic, 2015).

Reconoce que hubo momentos en los que se saturó en las organizaciones a las cuales pertenecía, pues reportaba acompañar a siete mujeres a la semana, lo que tuvo como consecuencia una sobrecarga emocional.

Sobre este aspecto, si se toma en cuenta que acompaña a mujeres en situación de aborto implica tener una primera entrevista personal, darles seguimiento vía *WhatsApp*, estar pendientes de la expulsión, indicar correctamente el protocolo de ingesta de medicamentos, etc. El acompañamiento se torna un trabajo de tiempo completo, con su consecuente sobrecarga emocional, la cual se ha nombrado como *“un conjunto de problemas de origen físico, psíquico, emocional, social o económica que experimentan los adultos que cuidan”* (George y Gwyter, 1986).

Al nombrar a esta sobrecarga emocional, se comprende la importancia del autocuidado dentro del acompañamiento sororario.

a) Límites personales para realizar su labor

Al acompañar observa que no se trate de casos donde hay violencia de pareja de por medio, ya que ha tenido experiencias adversas. Tampoco acompaña abortos de más de cuatro

meses. En estos casos prefiere dar información y canalizar con organizaciones aliadas, pues comenta “*es un parto lo que tendrán, además se presenta el dilema de ¿qué hacer con el producto?*”.

Diversas colectivas que acompañan abortos de segundo y tercer trimestre han exteriorizado que, al expulsar el producto, las mujeres no saben qué hacer con los restos. Sobre este aspecto, diversos autores, han expresado que; “*el sangrado y la visualización de los coágulos enfrenta a las mujeres a un registro corporal vívido*” (Zamberlin y Raiher, 2010). Al tratarse de abortos de segundo y tercer trimestre, visualizar los restos, enfrenta tanto a las mujeres en proceso de aborto como a las acompañantes en dilemas bioéticos y morales.

Margarita si ha acompañado a mujeres en sus procesos de más de doce semanas de embarazo. Distingue a las mujeres que están empoderadas y fuertes, son ellas las que *no* presentan dificultades para la consecución de su aborto, aunque éste rebase las doce semanas de embarazo.

3. Definición de acompañamiento

“Acompañar es facilitar información, que en algún momento esperemos que esté al alcance de todas...”.

“Las acompañantes ponemos el cuerpo por las mujeres cuando hacemos nuestro trabajo”.

“Las mujeres de comunidades originarias no tienen todo un barrio feminista que las respalde, en cambio tienen toda una comunidad que las señala”.

“...acompañar es hacerlas sentir que no están solas, a veces sólo necesitan validación sobre su decisión porque ya tienen todo lo demás”.

Para Margarita acompañar es activismo político, pues facilita información sobre salud sexual y reproductiva y sobre el derecho al aborto. Asimismo está consciente de que esta información, la cual debiera estar disponible para todas, no lo está, es por eso un poner el cuerpo, por las mujeres que no tienen un “barrio feminista”, como las activistas feministas, –mujeres empoderadas y con más redes de apoyo–.

Acompañar a mujeres hablantes de maya, significa validar la decisión en su contexto, que estigmatiza al aborto. Es validar los conocimientos corpóreos, las intuiciones sobre sus cuerpos.

Acompañar no significa solucionarle todo a las mujeres, porque *“dar todo por la otra, es arrogante y una práctica patriarcal”*.

a) Posicionamiento feminista respecto a la labor que realiza

A lo largo de toda la entrevista critica los “acompañamientos” que se realizan dentro de instituciones privadas. Señala el que exista un interés en lucrar con la vida y la salud de las mujeres *“tuve un conflicto con una médica en Mérida [...] su molestia era que nosotras realizábamos muchos acompañamientos con medicamentos y le quitábamos trabajo”*.

Ante esta experiencia, reflexionó sobre *¿a quién beneficia que el aborto siga siendo ilegal?*, las clínicas privadas claramente se benefician al lucrar con las necesidades básicas de las mujeres, pues el derecho a un aborto tendría que ser accesible para todas. La clandestinidad del aborto permite que la desigualdad social siga creciendo.

Las acciones que realizamos las acompañantes se contraponen a la hegemonía médica. Nuestro *habitus* y nuestras prácticas, son distintas. Puede observarse cómo las jerarquías y la desigualdad de género que aprenden los médicos desde su formación, catalizan el autoritarismo y la violencia en sus prácticas (Castro, 2014). A pesar de estas diferencias, Margarita menciona que sería importante tejer alianzas con médicas en los casos de riesgo que encontremos, pese a que sólo acompañamos los abortos medicamentosos, los cuales raramente tienen consecuencias adversas.

Por tanto, las acciones públicas que realiza abonan en la re significación del aborto, al mismo tiempo que se intenta hacer la salud pública (Fassin, 2008).

b) Estilo personal de acompañamiento

En el acompañamiento que Margarita realiza, hace uso de su empatía con las historias de violencia sexual hacia las mujeres. Menciona cómo a partir de una violación sexual que sufrió

cuando niña, comenzó a concientizarse sobre la injusticia con las historias de las víctimas, cómo se les culpabiliza o simplemente no se les cree.

Esta experiencia posibilitó su activismo feminista. A través de un proceso personal de reflexión “*me refugié en la lectura, en el arte, me topé con las primeras teóricas como Simone de Beauvoir*”, se concientizó sobre su opresión de género y su vulnerabilidad sexual. Esta conciencia le sirvió como aliciente para encontrar respuestas a estas injusticias por medio del activismo feminista.

Joan Scott (1986) en su libro *Weapons of the Weak* o “*Armas de los débiles*”, define la conciencia como los símbolos, normas y formas ideológicas que la gente crea para dar significado a sus actos. En este caso en particular puede aseverarse que a través de la conciencia de su opresión, Margarita convirtió la violencia sufrida en acciones feministas concretas como el activismo de acompañamiento feminista, trascendiendo su dolor en sororidad.

Margarita realiza un *mapeo* sobre las mujeres que llegan a ella, distinguiendo sus necesidades específicas de las mujeres. Pues, si no se toman en cuenta las desigualdades sociales, el lenguaje que hablan, su clase, raza, el acompañamiento que realizamos se quedaría corto. En el caso de la mujer maya que acompañó, donde no mencionó la palabra aborto, respetar sus ideas, para no colonizarlas.

Sobre su experiencia personal, expresa “*desde los doce años me hice más aventada, acompañar era algo que tuve que hacer sin pensarlo mucho*”. Además, pertenecer a varias organizaciones ha hecho que sus límites personales se flexibilicen, teniendo siempre en cuenta que el activismo que realiza es *voluntario* y no debe perderse de vista, las motivaciones y satisfacciones personales del activismo político que realiza.

Sabe que el acompañamiento se realiza para mejorar la vida de las mujeres, en un entorno en el que el cuidado de las personas se ha vuelto un tipo de *mercadería*, la cual se vende a quién pueda pagar el precio (Oliveira y Dordevic, 2015). Las mujeres más vulnerables no pueden pagarse un aborto seguro, aun cuando los medicamentos se han vuelto más asequibles, lo que hace que éste acompañamiento tome una dimensión de justicia social.

En el modelo patriarcal en el que vivimos, el autocuidado entre activistas –incluso feministas–, se deja en segundo plano. El acompañamiento feminista, apuesta por el cuidado entre mujeres, ella lo conceptualiza como una “*forma de resistencia y de lograr que más mujeres sean libres*”. En este sentido, puede decirse que las colectivas y organizaciones que acompañan escriben una *política desde abajo* pues resisten, haciéndolo al margen de la ley (Bellucci, 2014) y lo hacen de una manera amorosa, horizontal, que busca el bientrato (Sanz, 2016).

KARLA

*“El acompañamiento feminista debe ser
horizontal con las mujeres”*

Karla es acompañante activa en *Missovarias*, colectiva independiente situada en la Ciudad de México, desde ahí realiza acompañamientos vía telefónica a todo el país.

Es psicóloga y maestra en Estudios de la Mujer por la UAM. Su tesis de maestría trata la genealogía del acompañamiento de aborto en México. Hemos mantenido comunicación a lo largo de la escritura de la tesis, por este motivo era importante retomar y legitimar sus conocimientos en este tema.

Además, dentro de su colectiva han reunido aprendizajes, producto de otras colectivas aliadas como Las Libres, ubicadas en Guanajuato, Mexfam y Marie Stopes, quienes las han capacitado, no obstante, *Missovarias* se considera independiente, pues no reciben financiamiento alguno.

1. Conocimientos y saberes necesarios para realizar su labor

Karla ha trabajado como investigadora en el tema de aborto y estigma, desde la Teoría de Koffman, indagando en las trayectorias de atención de mujeres en situación de aborto, dentro de las instituciones de salud de la Ciudad de México. Un aprendizaje que obtuvo fue el de que en el caso de los abortos espontáneos, las mujeres se encuentran con sentimientos de tristeza y de pérdida, pues se encuentran en un duelo, en contraste, las mujeres que decidieron abortar se encuentran aliviadas.

Sobre los aprendizajes que obtuvo de esta experiencia, relata que en un primer momento *“me metí en el discurso de los médicos [...], lo mejor es que le bagas caso a los médicos, ponte el implante si eso te indican”*, más tarde, ya con una toma de consciencia feminista y con la capacitación que le brindaron Las Libres en el 2015, se concientizó sobre el derecho de las mujeres a elegir sobre métodos anticonceptivos de acuerdo a su estilo de vida.

Posteriormente, en el proceso de escritura de la tesis, se percató de que los acompañamientos siempre han existido, incluso fuera de los márgenes de la ley, pues *“las mujeres siempre hemos abortado y necesitamos información, orientación y acompañamiento”*. Sin embargo es hasta el 2007 con la despenalización del aborto en la Ciudad de México, que esta actividad se hace visible.

El acompañamiento que realizan diversas instituciones tiene sus puntos débiles, pues someten a diversas violencias a las mujeres. Una de ellas es el de presionarlas a elegir un método anticonceptivo, incluso si éste no se adapta a su estilo de vida; *“su modelo es más orientativo pues al final del proceso presionan mucho a las mujeres sobre el uso de anticonceptivos, esto toma una dimensión de castigo para ellas”*.

Debido a que Karla es experta en el tema de estigma y aborto, confirma que un modelo que hace énfasis en el uso de anticonceptivos, más que incidir en el autocuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, fomenta el estigma de que *“abortar es malo”* y que no debiera volver a suceder.

Quizás el aprendizaje más significativo que ha obtenido de la organización Las Libres es que *“las mujeres que están acompañadas y tranquilas tienen un aborto más rápido, menos doloroso, con menos síntomas adversos”*. Este conocimiento es fundamental para las acompañantes de aborto, si se toma en cuenta que los abortos medicamentosos han sido catalogados incluso por la OMS como abortos seguros. Sin embargo esta información no es del conocimiento de la población, por esta razón, son las acompañantes vías de ejercicio de derechos, acercando la salud a la población (Fassin, 2008).

a) Primeras experiencias de acompañamiento

Su primer acercamiento en el acompañamiento feminista es dentro de la academia, pues es en la Universidad Autónoma de México donde conoce a una compañera interesada en fundar una colectiva de acompañamiento, una red autogestiva fuera del ámbito académico. Es ahí donde toma una capacitación con Las Libres donde *“nos empoderó en el sentido de que nos dio el protocolo de acompañamiento que utilizan ellas, nos dijo que no es sensato tener miedo...”*.

b) Protocolos utilizados –seguridad e ingesta de medicamentos–

El protocolo que utiliza es el mismo de la organización Las Libres. Es decir un régimen medicamentoso conformado únicamente con misoprostol. Este protocolo lo adaptan a las necesidades de las mujeres, pues algunas ya han tomado los medicamentos incluso antes de llegar con las Libres.

No se puede obligar a las mujeres, a seguir un protocolo medicamentoso, lo que se hace en cambio, es proporcionarles toda la información clara y precisa para que ellas decidan que es lo que mejor les viene, de acuerdo a sus tiempos y estilo de vida.

Un aprendizaje que han retomado de Las Libres, para asegurar que no hayan quedado restos en la matriz de las mujeres, es el de pedirles que tomen una última dosis de misoprostol para desechar los posibles restos en el útero. En consideración de que no todas las mujeres cuentan con recursos económicos para realizarse un ultrasonido y bajo el aprendizaje que les ha dado su experiencia en el uso del misoprostol.

c) Capacitaciones recibidas por su organización

La colectiva en la cual acompaña a mujeres –*Missovarias*– es autogestiva. Dentro de *Missovarias* se ha capacitado con Las Libres, retomando sus saberes y experiencias. Las capacitaciones han girado en torno a la legislación y a la injusticia social en torno al aborto, y sobre cómo acompañar para reducir el estigma social existente.

Es de recalcar la labor de Las Libres en el contexto altamente estigmatizante del aborto en Guanajuato. Lo que han aprendido en sus años activas, es que “*A mayor acompañamiento social, menor estigma*”. Han buscado hacer parte de este acompañamiento a parejas que han abortado, a familiares y a otras mujeres, reduciendo el estigma social. Eso implica darles información actualizada, que les permita; vivir la experiencia sin miedo, sin prejuicios, con información de sus derechos²⁵.

2. Estrategias de autocuidado al laborar en un contexto de criminalización del aborto

Tomando en cuenta que nos encontramos en un entorno de criminalización del aborto y de injusticia social pues el aborto solo está permitido en la Ciudad de México hasta las doce semanas, Karla asevera que *todas* las mujeres del país se encuentran criminalizadas y estigmatizadas si deciden abortar.

Por tal motivo, es necesario ser *sororarias* unas con otras, entendiendo a la sororidad no como el sacrificio por la otra, si no como el apoyo de unas a otras; en palabras de Karla: “*apoyarse de una amiga que si pueda acompañar en los casos en los que no puedas, o de otras organizaciones o médicos, no puedes cargar tú sola con el acompañamiento*”.

a) Límites personales para realizar su labor

Karla elige no acompañar si se siente emocionalmente desgastada, poniendo en evidencia que el acompañamiento, además de ser activismo político es una tarea de autorreflexión y de

²⁵ Conferencia impartida el 17 de marzo 2016 por Verónica Cruz Sánchez de Las Libres “El acompañamiento social reduce el estigma asociado al aborto”.

escucha personal (Ortíz, 2010). “Yo no acompañaría si me siento mal emocionalmente, ni daría dinero que no tengo porque me desgastaría”.

3. Definición de acompañamiento

“Tener consciencia de clase, raza y etnia es lo que hace a un acompañamiento feminista, porque se sabe de las relaciones de poder que guarda la biomedicina ”

“Las acompañantes no estamos legitimadas como los médicos o las enfermeras”

“Las mujeres saben que es lo que tienen que hacer para no volver a embarazarse, ellas saben y ellas aprenden...”

El primer concepto que ella utiliza es el de la *horizontalidad* con las mujeres, enfatiza que para que se dé un acompañamiento feminista es un requisito tener consciencia de clase, raza, etc. Como bien afirma Castro (2014) una de las principales jerarquías que opera en la relación que los médicos establecen con las pacientes, además de la profesional y la de clase, es la de género. En este sentido Karla es profundamente reflexiva y muestra un amplio nivel de comprensión de las diferencias sociales entre las mujeres.

Para Karla, si no se toman en cuenta dichas diferencias lo que se da es *orientación* o *consejería*, no acompañamiento. Karla además es muy crítica con el papel de ciertas instituciones pues considera que ya sea MEXFAM, CIPA, o Marie Stopes, no dan acompañamientos, pues hay jerarquías de poder.

Menciona el término *acompañamiento*, como el más adecuado pues, pertenecemos a otro *habitus*, distinto al de las enfermeras o médicos. No estamos *legitimadas*²⁶, pero contamos con información y capacitación necesarias para proporcionar información y dar seguimiento a abortos medicamentosos.

Reconoce que las mujeres conocen sus cuerpos y por este motivo lo que se hace es acompañarlas en el proceso, ellas toman todas las decisiones y nosotras las validamos.

²⁶ El Modelo médico hegemónico, se encuentra legitimado por la ciencia y por el Estado (Menéndez, 1990).

a) Posicionamiento feminista respecto a la labor que realiza

“Yo no quería a mi cuerpo y cuando encontré el feminismo hice clic, todo hizo sentido en mi vida, el feminismo me ordenó [...] yo ya tenía una causa”

Karla menciona dos aspectos importantes, en primer lugar, que a través del feminismo logró ordenar ciertas cosas en su vida, romper con los esquemas de lo que se cree que tiene que ser una mujer “*me di cuenta de las injusticias [de género] que había y de que parte de mi timidez y mi depresión tienen que ver con que soy mujer no tanto algo que estaba mal conmigo*”.

Por otro lado encontró una causa política, como ella menciona acompañar es activismo político y le da un sentido a los conocimientos teóricos que tiene. En ese sentido considera, que quien debe decidir sobre su salud son ellas mismas, lo que le da al acompañamiento de aborto un sentido político (Castro y López Gómez 2010).

Enfatiza que “*no porque la medicina imponga los métodos más eficaces para abortar, estos deban imponérseles a las mujeres*”. Acompañar es validar los procesos de las mujeres, empoderándolas, tomando al empoderamiento como Empoderamiento entendido como “sentirse y considerarse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas y responsables, respetuosas e informadas” (López, 2000).

b) Estilo personal de acompañamiento

Subraya que el *acompañamiento feminista* debe ser ante todo *flexible* para con las mujeres pues “*debemos tener consciencia de las relaciones de poder, las mujeres son muy distintas y su contexto las marca, algunas no tienen la libertad de salirse de sus casas para hacerse un ultrasonido, a veces eres controlada en tus horarios y en el dinero*”.

Por eso en su estilo personal da cuenta de la importancia de la raza, la clase y la etnicidad, sólo así se considerarán las especificidades de las mujeres y el acompañamiento responderá a sus necesidades.

GRUPO FOCAL CON ACOMPAÑANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO

| Acompañante | Edad | Formación Profesional | Experiencia dentro de su Organización |
|-------------|------|---------------------------------|---|
| Silvia | 30 | Lic. Relaciones Internacionales | 3 años en Fondo MARIA |
| Lilia | 31 | Psicóloga | 1 año en LAS LIBRES |
| Citlalli | 32 | Lic. Trabajo Social | 8 años en Fondo MARIA |
| Guier | 31 | Psicóloga | 3 años en Fondo María Actualmente en clínica CIPA; <i>Acompáñame</i> |
| Tania | 31 | Psicóloga | 1 año en FONDO MARIA |

El grupo focal lo realicé entre acompañantes de diversas colectivas de la Ciudad de México, con el objetivo de conocer sus experiencias y saberes. Además quise ahondar en la utilidad de los protocolos o manuales que utilizan en sus organizaciones. Las mujeres convocadas realizan acompañamientos de manera voluntaria, sólo Guier recibe remuneración por el trabajo realizado. Subrayo que todas se declaran a sí mismas feministas y consideran que el acompañamiento en proceso de aborto es activismo político, pues es una vía para que otras mujeres ejerzan su derecho a decidir sobre su cuerpo.

1. Conocimientos y saberes necesarios

Sobre las capacitaciones recibidas, todas han sido formadas en técnicas médico- legales sobre aborto inducido, tienen conciencia de que el aborto forma parte de un derecho humano y utilizan un protocolo de acompañamiento propuesto por sus organizaciones. Subrayo que pese a la importancia de estas capacitaciones ellas enuncian que la práctica de acompañamiento es un continuum de aprendizaje en el que escuchar las experiencias de las mujeres es “de donde más

se aprende”.

Tania enunció que para ser acompañante, más que posicionarse como feminista, es importante “tener conciencia de derechos, es importante ser feminista –pero no imprescindible–, pues esto ayuda a ir rompiendo estereotipos de género”. Con esta toma de conciencia, hace referencia, al primer paso en el cuestionamiento de las estructuras de poder, es decir, para ser activista por los derechos de las mujeres, específicamente, los derechos sexuales, es necesaria una toma de conciencia que de paso posteriormente a hacer transformaciones en la sociedad (Facio, 2005).

2. Estrategias de autocuidado

Resalto una frase emitida por Citlali, referente al carácter *voluntario* de su labor:

“Para ser acompañante es necesaria la voluntad de serlo [...] ser voluntaria es brindar parte de tu tiempo, hacer el esfuerzo de estar sin remuneración económica, es necesario un proceso de revisión y negociación personal para así decidir de que forma estás dispuesta y qué porcentaje de tu tiempo brindarás...”

La referencia al tiempo invertido al acompañar, así como al carácter voluntario de la labor, es importante puesto que este trabajo produce desgaste emocional. Si se toma en cuenta el estigma alrededor del tema del aborto, así como las emociones surgidas alrededor del procedimiento, el trabajo de acompañamiento puede tornarse más complejo. En otras palabras no sólo se trata de conocer los procedimientos sobre la toma de pastillas, si no también dar *contención emocional*. No todos los acompañamientos producen tal desgaste emocional, debido a que no todas las mujeres se encuentran emocionalmente debilitadas por su decisión, sin embargo, las activistas, al acompañar tienen que hacer un balance entre su tiempo

Otro aspecto es relativo al desgaste en el tiempo de las acompañantes, pues si bien lo realizan de forma voluntaria y busca la satisfacción propia del activismo político feminista, también es necesario hacer un balance entre el tiempo libre disponible y el tiempo invertido en la labor. Desde que las feministas afirmaron que lo personal es político, de diferentes formas se esta plantando cara a la disociación entre razón y emoción que prepondera en la esfera pública

y reina en los espacios de poder y decisión. Esta separación falaz esconde, en realidad, la explotación del tiempo y de la energía de las mujeres de la cual el patriarcado capitalista depende para lucrarse y poder dominar (Olivera y Dordevic, 2015). Al respecto Tania enuncia que es importante “*conocer tus propios límites para acompañar porque el desgaste emocional y mental existe*”.

3. Definición de acompañamiento

Lilith: “Compartir mis conocimientos, ser empática con las mujeres y saber escuchar”.

Tania: Validar su decisión de abortar, e informarles sobre el procedimiento medicamentoso, pues de cualquier manera lo realizarán. Acompañar implica escuchar activamente, empatizar con las mujeres para ir rompiendo los prejuicios patriarcales, la culpa, los roles y estereotipos, sin juzgarles.

Guiet: Auto cuidado amoroso a las mujeres en un proceso doloroso –aborto–.

Silvia: Gratificación personal y activismo político.

Citlali: Validar la intuición de las mujeres, ellas conocen sus recursos, su cuerpo y sus procesos. Acláralas que el medicamento es seguro y resolver sus dudas pues tienen todo un imaginario negativo sobre el aborto medicamentoso.

Todas coinciden en ciertos aspectos: Acompañamiento para tranquilizar a las mujeres, pues tienen todo un imaginario negativo sobre el uso de medicamentos. Acompañar para validar sus decisiones.

Es necesario tener conciencia de género, y de que se está ejerciendo un derecho, no es imprescindible ser feminista.

Sobre el protocolo las acompañantes en que este es necesario como un encuadre: Es necesario protegernos como acompañantes diciendo que están en su *derecho de saber información sobre su salud sexual y reproductiva* desde el primer contacto para así enmarcar la relación entre mujer acompañada y acompañante.

Contrastes en el acompañamiento que realizan

Sobre el costo del medicamento en Chiapas, una de las acompañantes enuncia que su costo no es tan asequible dado el contexto. Asimismo cuestiona “*¿que mujeres pueden pagar el costo de un AMEU con sedación total?, muy pocas, sólo las mujeres urbanas y de clase alta*”.

Asimismo Guiet enuncia que más que buscar acompañar a sus abortos a las mujeres indígenas o de comunidades originarias. Sería una mejor idea que sean las mismas mujeres del lugar las que se formen sobre el uso de medicamentos para que así tengan más confianza con las mujeres. “*Es necesario que ellas formen sus propias redes, dentro de su comunidad*”.

Sobre la concepción de la palabra aborto y su origen occidental, Lilith, integrante de Missovarias, expresa que “*en algunas comunidades no se tiene la concepción de la palabra aborto, existen otras formas de llamarle; regresar la regla, tirar el embarazo. La palabra aborto es una concepción occidental y urbana*”.

Un contraste con el significado de la palabra es aborto es que en la Ciudad de México, gracias a la despenalización, algunas mujeres ya han empezado a resignificarlo llamándolo de otras formas menos estigmatizadas, en palabras de Citlali “*La palabra plantea todo un cambio en el la concepción del aborto, por ejemplo en la ciudad de México tiende a re significarse pues aquí se ha empezado a nombrar al aborto, ILE, –interrupción legal del embarazo*”.

4.4. CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR, MÉXICO

“Nosotras nos reclamamos de la tradición de las buscadoras olvidadas, aquellas que, movidas por el deseo, hacen otra experiencia de Dios y resulta ser una experiencia de liberación. Una experiencia libre, peligrosa para cualquier poder, asumiendo el propio destino y el ser que se es, en libertad”.

—Paloma Alfonso

Católicas por el Derecho a Decidir, tiene su origen en la Teoría de la Liberación y las enseñanzas del Concilio Vaticano II²⁷. Esta OSC, con presencia internacional, fue fundada el 3 de agosto de 1994, en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en el Cairo.

Su principal compromiso político es por los derechos de las mujeres y la equidad en las relaciones de género. Buscan modificar patrones culturales y religiosos en la sociedad, que afectan principalmente al ejercicio pleno de los derechos humanos. Apelan a que religión es una construcción humana, interpretada, entretejida con la cultura, la ideología, lo social, lo económico, lo político y que debido a estos vínculos tiene enormes consecuencias (Varela, 2005).

Su ética es: católica, feminista y laica. Trabajan en cinco áreas interrelacionadas: derechos reproductivos y despenalización del aborto, salud y derechos sexuales y reproductivos de jóvenes, violencia contra las mujeres, laicidad del Estado y medios sociales y de comunicación²⁸.

Las Católicas por el Derecho a Decidir se han comprometido especialmente en la campaña para retirarle al Vaticano el estatus de país dentro de Naciones Unidas “porque se causa daño cuando se permite que las religiones se disfracen de estados”. Esta postura se afianza en tres razones: la muerte innecesaria de mujeres en el embarazo y el parto, evitar la expansión del

²⁷ Entrevista a María Consuelo Mejía, Directora de Católicas por el Derecho a Decidir. Artículo publicado en Página/12, el 28 de octubre de 2007.

²⁸ La visión de Católicas por el Derecho a Decidir puede consultarse en http://catolicasmexico.org/ns/?page_id=4059

SIDA, -dentro de la ONU, la Iglesia Católica obstruye las decisiones sobre políticas públicas internacionales sobre educación y uso del preservativo- y el derecho al aborto (Varela, 2005).

El aborto seguro y legal para todas las mujeres, una de sus luchas principales, se centra en el acompañamiento a mujeres que solicitan servicios de aborto. Declaran que en el caso del aborto, lo que se plantea es un debate sobre valores, reconociendo la capacidad de las mujeres para tomar decisiones justas, adecuadas y morales, así como su derecho a la vida, al disfrute de su sexualidad y de su salud (Hurst, 1998).

Los argumentos que tiene Católicas por el Derecho a Decidir para apoyar el aborto son los siguientes:

a) La decisión de interrumpir un embarazo es un dilema ético serio y complejo para las mujeres, quienes no recurren a un aborto con “alegría en sus corazones, lo hacen como último recurso al considerar todas las consecuencias, y toman esa decisión responsablemente, de acuerdo a los dictados de sus conciencias”. (Mejía en Carbajal 2009:222). La doctrina católica no ha hecho ninguna declaración oficial que convierta las enseñanzas morales en dogma.

c) Las mujeres que se practican un aborto lo hacen por “compasión y misericordia, sin odio, cólera ni codicia y para evitar un mal mayor”. Aunque sea una decisión dolorosa y contraria al pensamiento de otras personas, puede traer bienestar y disminuir el sufrimiento de esa mujer y su familia.

d) El Código de Derecho Canónico²⁹, la ley interna de la iglesia católica, establece atenuantes que exculpan de la pena de excomunión a la gran mayoría de las mujeres que abortan. Esto está establecido en los cánones 1321 al 1324:

- (a) Cuando “no le es gravemente imputable por dolo o culpa”,
- (b) “Si aún no había cumplido los 17 años”,
- (c) “si ignoraba que estaba incumpliendo la ley”,

²⁹ Resumen de “La iglesia católica y el aborto” de Católicas por el Derecho a Decidir, consultado el [5 de enero de 2017] disponible en: <http://catolicasmexico.org/ns/wpcontent/uploads/2014/10/codigoderechocanonico.pdf>

- (d) “si actuó por miedo grave”,
- (e) “por necesidad o para evitar un prejuicio”.

4.4.1. OTRAS FORMAS DE SER CATÓLICAS. TEORÍA DE LA LIBERACIÓN EN CHIAPAS

“...hay dos tipos de iglesia católica: una preocupada por la justicia social, con una misión de servicio y otra elitista, formal, acartonada, inclinada a disfrutar de los privilegios que da el poder”
—Consuelo Mejía

En Chiapas, como en todo México, las *Católicas por el Derecho a Decidir*, trabajan bajo la llamada “Teoría de la Liberación”, la cual tiene sus raíces históricas en la injusticia social que deja en evidencia la opresión hacia los pueblos indígenas del país.

En la Conferencia Episcopal Latinoamericana celebrada en Medellín en 1968, los religiosos que mantenían contacto directo con el pueblo dan cuenta de que la Iglesia, al no mantener una postura ante las de las injusticias, agravios, despojos y pobreza que padecían millones de habitantes del campo y la ciudad, era cómplice, pues legitimaba los sistemas de dominio político e ideológico (García, 2015:68).

Ante este panorama latinoamericano, surge la preocupación por redefinir el significado de las Sagradas Escrituras y la misión de la Iglesia en el mundo. Entre las razones de ser de la Teología de la Liberación, destacan:

- a) Utilizar la fuerza histórica y moral de la iglesia para luchar contra la injusticia social prevaleciente en Latinoamérica.

b) Coadyuvar en el desarrollo de los pueblos, especialmente los del Tercer Mundo, a partir de las afirmaciones del Concilio Vaticano II: “el progreso humano era una señal de la labor celestial en la historia”.

c) La utilización de la “palabra celestial” como vehículo para concienciar al pueblo y alcanzar su redención en este mundo; redención que consistía en luchar contra la pobreza y a favor de la justicia. Los sacerdotes comenzaron a utilizar la palabra “liberación” como sinónimo de “desarrollo genuino” y como el paso de una condición menos humana a otra más generosa para todos (Berryman, 1976:27 en García 2015).

d) Los siguientes hechos históricos; la efervescencia política del triunfo de la Revolución cubana en 1959, la aparición de guerrillas rurales en Venezuela, Guatemala, Uruguay, Perú y México, el triunfo del peronismo en Argentina; la reacción de grupos conservadores que patrocinaron golpes de Estado militares en Brasil, Chile y Bolivia, que confluyeron en la implantación de dictaduras represivas; y del consecuente fracaso de los intentos por exportar la revolución a otros países (García, 2015).

Desde la academia, se formuló *la teoría de la dependencia* que rompe con los esquemas explicativos occidentales y asocia los orígenes de la pobreza latinoamericana a las condiciones históricas de colonialismo, dominación y exclusión que de más de cuatro siglos (García, 2015).

El panorama latinoamericano, daba cuenta de que la reproducción de las enseñanzas de la iglesia católica, provenientes de Europa no bastaba para solucionar los problemas locales, por lo tanto era necesario ampliar la teoría a la realidad social, para intentar poner fin a la pobreza e injusticia de los pueblos (Dussel, 1976: 53, en García 2015).

La ampliación de la tarea a la realidad social, es llevada a cabo por medio de las Comunidades Eclesiales de Base (CEBs), las cuales surgen partir de la renovación del Concilio Vaticano II, buscando ser “focos de evangelización y motores de liberación en América Latina” (Peralta, 2004: 28 en García, 2015). Su método de acción consiste en ver, juzgar, actuar, evaluar y celebrar para despertar un grado de conciencia que lleve al desarrollo integral de las comunidades, en acuerdo con la Iglesia de los Pobres, bajo cuatro líneas estratégicas de acción,

en las que destaca el potenciar el liderazgo de las mujeres y la equidad de género, reformar la identidad y orientación del trabajo de la iglesia hacia las necesidades de la sociedad, impulsar la conciencia y la participación ciudadana priorizando los movimientos que luchan por la justicia social, la democracia, la defensa y promoción de los derechos humanos, de manera que se generen proyectos alternativos que favorezcan la organización popular (García, 2015:79).

Chiapas fue un terreno fértil para la misión evangelizadora de la teología de la liberación, debido a las condiciones históricas de abandono por parte del gobierno. Samuel Ruiz García obispo que llegó a la entidad en 1959, y quien participó en el Concilio Vaticano II y en la II Conferencia Episcopal Latinoamericana de Medellín, adoptó la idea de que la Iglesia Católica debe conducir al pueblo pobre y oprimido hacia su liberación a través de métodos pacíficos y de lucha; se pronunció por una “evangelización contraria a la acción dominadora y la destrucción de las culturas”. Percatándose de la realidad del lugar; pérdida de adeptos dentro de la iglesia católica, extrema pobreza, marginación, racismo, injusticia y falta de democracia, realizó varias acciones para contrarrestar dichas problemáticas:

a) División de la diócesis de Chiapas en dos: Tuxtla y San Cristóbal de las Casas, subdividida a su vez en seis zonas de acuerdo a criterios etnolingüísticas; chol, tsotsil, centro, sur, sureste y tseltal.

b) Intensificación de labor misional, reforzada con la llegada de jesuitas y dominicos a Bachajón-Altamirano y Chamula.

c) Acciones de beneficio social.

d) Catequización a través del método *tijwanej*, “sembrar preguntas y cosechar respuestas”, adaptación de la Pedagogía del Oprimido, de Paulo Freire, a la realidad chiapaneca, pues recreaba el sentido indígena de las asambleas y de los acuerdos de las comunidades tradicionales (Leyva 1995, en García 2015).

A través de estas acciones, se logró conformar una forma autóctona de Teología de la Liberación, la cual coadyuvó a que la población indígena se percatase de que sus adversarios eran el gobierno federal, el gobierno chiapaneco y los finqueros. Otro de los logros, fue que la

población aprendió a cohesionarse para encarar problemas estructurales cuyas raíces más profundas se encuentran en la época colonial (García, 2015:83).

4.4.2. ACOMPAÑAMIENTO QUE BRINDA LA RED DE JÓVENES CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR

El acompañamiento que brinda la Red de Jóvenes Católicas por el derecho a Decidir tiene como marco de referencia a los Derechos Sexuales y Reproductivos. La RJCDD se posicionan dentro de un marco liberal- moderado. En sus discursos *Católicas por el Derecho a Decidir no* promueve el aborto, da información sobre aborto seguro y legal.

El límite en cuanto a semanas de gestación para acompañar a mujeres es hasta las 9 semanas de gestación. Bajo ciertas pautas se les acompaña en la décima semana, dentro del estado de Chiapas. Cuando algunas mujeres rebasan este número de semanas, se las canaliza a organizaciones aliadas para que aborten por medio de aspiración endouterina (AMEU) en la Ciudad de México.

La Red, promueve que las mujeres aborten bajo las tres causales legales de Chiapas. Las cuales se comunican durante el primer encuentro presencial; a) por violación, b) por malformaciones, c) por peligro de muerte de la madre. Subrayan la causal *salud*, ausente en el estado, pues ésta abona a la concepción de salud integral de las mujeres y abona en la desestigmatización del aborto.

Evita caer en prácticas “paternalistas” informando y permitiendo que las mujeres decidan conscientemente sobre su forma de interrupción, se intenta que mediante sus herramientas personales decidan sobre la manera de llevar a cabo su aborto. Informan sobre el grado de efectividad de misoprostol solo y del combo de medicamentos –misoprostol y mifepristona–. También mencionan la posibilidad de tener un aborto mediante Aspiración Manual Endouterina (AMEU), opción rápida y efectiva pero más costosa, pues se realiza dentro de un entorno médico con anestesia local. Conociendo estas opciones las mujeres deciden cual les conviene más, pues son ellas las que conocen su cuerpo y su umbral del dolor. El acompañamiento se da en dos etapas; presencial en primera instancia para conocer a las mujeres e informarles sobre las

opciones de interrupción disponibles, así como el marco de derechos en el cual se da el acompañamiento y vía telefónica (*WhatsApp*), en un segundo momento, durante el proceso de aborto y seguimiento.

Católicas por el Derecho a Decidir, por medio de la *Red de Jóvenes Católicas*, en los estados, capacitan a las acompañantes como agentes de derechos y les instruyen con argumentos útiles en caso de que las mujeres refieran *culpa* al abortar. Toma en cuenta que México, pese a ser un estado laico, tiene gran influencia de la iglesia católica y de la tradición judeocristiana. Sustentan sus argumentos en el Código Canónico (Constitución de la Iglesia Católica). En este se objeta que el aborto sea un pecado pues hay atenuantes de culpa; a. Si la mujer es menor de 16 años, b. Si actuó con *ignorancia* de que estaba infringiendo una ley, c. si actuó para evitar un “mal mayor”.

La experiencia de la Red de Católicas indica que prevenirles sobre el dolor que sentirán al utilizar los medicamentos, permite que las mujeres decidan de manera más asertiva sobre el método que mejor les ajusta. Asimismo son ellas las que acomodan sus tiempos para interrumpir su embarazo pues un aborto con medicamentos implica reposo de al menos dos días.

Se pide a las mujeres que diseñen un *plan de acción* para su proceso de aborto, en éste repasarán quiénes son sus aliadas/os, las clínicas a las cuales acudir, los recursos económicos con los que cuentan de haber alguna emergencia, etc.

Para la RJCDD es importante detectar conflictos religiosos en las mujeres, por tal motivo se les pregunta directamente si tienen algún sentimiento negativo por la decisión que están tomando. En caso afirmativo, se les expone una imagen de un dios amoroso, que es un apoyo ante situaciones adversas y que las entenderá por la decisión que están tomando. Se les invita a que una vez concluido su aborto, escriban un *exvoto*, este es un agradecimiento a dios o a un santo que fungió como apoyo moral durante la circunstancia adversa que atravesaron. Este testimonio de agradecimiento, es particularmente importante para las mujeres católicas o devotas a un santo, pues re significa su vivencia de aborto, al mismo tiempo que se respetan sus creencias religiosas.

Católicas insta a que las mujeres se politicen a través de su aborto. Se les invita a que posterior a su experiencia escriban en la plataforma llamada *Focos*³⁰. En ésta, mujeres de distintas partes del país se posicionan como sujetas de derechos y hablan sobre sus abortos en primera persona. Esta estrategia funciona en dos sentidos; a) visibilizando las cifras de aborto clandestino en los estados, b) poniendo en voz de las mujeres sus experiencias de aborto, evidenciando al aborto como un evento más en la trayectoria sexual de las mujeres.

La Red de Jóvenes Católicas brinda consejería sobre anticonceptivos durante todo el acompañamiento. Se menciona a las mujeres que la fertilidad regresa inmediatamente después de que el aborto se lleve a cabo, por lo cual es necesario que tomen los cuidados respectivos.

Respecto al protocolo de seguridad y de autocuidado que utilizan, se busca que este a) proteja su privacidad por medio de un seudónimo y un celular alternativo para dar acompañamientos, b) limita el dar información sobre el protocolo medicamentoso vía correo electrónico o redes sociales, hasta comprobar la referencia de la mujer, c) no entregan medicamento directamente a las mujeres. Se les informa dónde pueden conseguirlo y el costo del mismo, d) como primer filtro para atenderlas, se les solicita un ultrasonido para comprobar su número de semanas de embarazo y que éste se encuentre dentro del útero, este filtro permite distinguir los casos que si se pueden acompañar de los que habrá que delegar con médicos aliados, e) indaga sobre su estado general de salud, con la finalidad de detectar posibles riesgos, f) propone manejar claves para referirse a aborto, medicamentos (mifepristona y misoprostol), sangrado, etc. g) el protocolo da pauta a las mujeres sobre el discurso que tienen que dar en caso de emergencia, en caso de tener que recurrir a un centro de salud. El personal de salud no pueden obligarles a que digan algo que no quieren decir.

³⁰ www.focos.org

4.4.3. ALCANCES DE LA RED DE JÓVENES CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR

La Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir, ha adquirido experiencia en el acompañamiento dentro del contexto san cristobalense. Se ha posicionado como organización que promueve los derechos sexuales y reproductivos en el municipio y es ampliamente conocida por adoptar una postura crítica frente a la iglesia católica, de gran influencia en el municipio. Sus limitaciones son el que sólo llegan a mujeres universitarias de estratos económicos medios y altos, quienes tienen acceso a las tecnologías de la información, redes sociales y que cuentan con una red social aliada que les comunica que existe la opción de vivir un aborto acompañadas. Aún no se ha llegado a mujeres de comunidades indígenas de los Altos de Chiapas, en parte debidas a las barreras culturales y de lenguaje y debidas a que los protocolos de acompañamiento, aún en construcción, están acotados a mujeres urbanas.

Una tarea pendiente es promover los derechos sexuales y reproductivos entre las mujeres de comunidades indígenas, así como construir un protocolo de acompañamiento enfocado a estas mujeres que requieran abortar.

4.5. MANUAL SORORARIO PARA ACOMPAÑANTES DE ABORTO (VER ANEXO)

El protocolo de acompañamiento que se esboza ha sido construido gracias a la observación participante en la Red, y por medio de la detección de sus necesidades, las cuales fueron detectadas en las entrevistas semi estructuradas, realizadas a las acompañantes. Asimismo los saberes de las acompañantes del grupo focal fueron utilizadas para construir este manual

En este se retoman las premisas del acompañamiento feminista como son el acompañamiento como vía para el empoderamiento de las mujeres, los derechos en los cuales se respalda el derecho al aborto, la confidencialidad del acompañamiento, retoma las habilidades emocionales para establecer confianza con las mujeres, el protocolo de seguridad al que se deben ceñir las acompañantes, así como el protocolo medicamentoso. En este protocolo se enumeran

algunas de los conocimientos biomédicos útiles al momento de acompañar y se marcan claramente los límites por los cuales *no* se puede acompañar a las mujeres, esto funciona a manera de seguridad para las acompañantes pues no debe olvidarse que el contexto en el cual se trabaja es de penalización del aborto.

Más que un protocolo rígido, este es una guía útil para las acompañantes de la Red de Jóvenes Católicas de San Cristóbal de las Casas, quienes poseen la habilidad de discernir las necesidades de cada mujer y adaptarse de acuerdo a dichas necesidades.

5. REFLEXIONES FINALES

Con estas reflexiones finales, quisiera hacer un balance entre los objetivos planteados y los logrados. Asimismo, quisiera dejar asentados los giros en el proceso de investigación.

Al ingresar a la Maestría en Estudios e Intervención Feministas, mi intención era vincular praxis con teoría. El tema del aborto me atraviesa corpóreamente; siendo adolescente aborté y mas tarde, desde el 2005 practiqué el acompañamiento sororario; en el 2007 con la despenalización del aborto en la Ciudad de México, ejercí un derecho como ciudadana, en una clínica especializada y de forma gratuita. En un primer momento consideré el tema de la resignificación del aborto como tema de investigación, sin embargo se presentaban varios cuestionamientos: ¿de qué manera cuantificar la resignificación del aborto?, ¿quiénes serían las sujetas de investigación?, ¿cómo podría intervenir sobre un tema tan complejo? Me vi orillada entonces a un proceso de autorreflexión y de delimitación del tema de investigación.

Cabe mencionar que desde hace relativamente poco tiempo me posiciono como feminista (2011), este devenir –así como mi activismo político– ha seguido el camino que aquí describo; primero tomé consciencia sobre las desigualdades y las opresiones a las que me he enfrentado a lo largo de mi vida, en un segundo momento di paso a la lectura y análisis de textos que me abrieran posibles caminos para la autonomía y en un tercer momento di paso a acciones concretas para acceder a los derechos negados –me convertí en activista–. Aunado a este camino/devenir, la práctica de acompañamiento, la comencé a realizar antes de considerarme feminista y sin ser consciente de que se trataba de activismo político. Es importante hacer esta reflexión dado que el tema elegido cubría mi deseo de vincular teoría con praxis feminista.

En este activismo político, enmarcado en la Ciudad de México, aprendí ciertas prácticas, que se vieron influenciadas por el contexto legal, social, cultural y político del lugar. En dicho escenario, la despenalización del aborto del 2007, abonó en la resignificación de las prácticas abortivas, pues las mujeres pasaron de ser abortistas a ser usuarias de un servicio de salud (Lamas, 2014). Este hecho, asimismo, permitió que las acompañantes nos empoderáramos de nuestras prácticas y las resignificáramos.

Más tarde, al llegar a San Cristóbal de las Casas, Chiapas, una ciudad multicultural, con referentes históricos de despenalización del aborto (1991), pude constatar que existen prácticas a favor de los derechos sexuales y reproductivos. Desde mi postura como mujer urbana, procedente de la capital administrativa del país, no concebía que una provincia se realizara el acompañamiento del aborto desde una práctica política y feminista. Fue hasta que me involucré más con la sociedad local que tuve la oportunidad de conocer ese aspecto. En la ciudad, diversas organizaciones dan información y consejería a mujeres en sus abortos, de manera que existe un *habitus* para acompañantes, donde se replican ciertos imaginarios y prácticas. En este contexto, decido participar dentro de la organización *Católicas por el Derecho a Decidir*, desde donde percibí varias posibilidades para tender puentes entre teoría y práctica.

Uno de estos puentes, fue el de dar a conocer que la práctica de acompañamiento existe y que es un derecho vivo. Me di a la tarea de reunir diversas voces de activistas- acompañantes. Esto en sí mismo lo considero un logro dado que el entorno en el que se desenvuelven es de estigma e ilegalidad. Ganarme la confianza de las activistas de San Cristóbal de las Casas, tomó tiempo, pues tuve que implicarme en su quehacer, no cómo investigadora si no como una compañera activista.

Respecto a la construcción de un concepto de acompañamiento, quisiera añadir que pese a que las activistas acompañantes, conocemos el término pues nos hemos dedicado a este trabajo político durante largo tiempo, somos pocas, –incluso dentro del activismo– las que conocemos exactamente el lenguaje del acompañamiento, las leyes que respaldan la práctica, los riesgos que conlleva la labor, etc. Dicho concepto, evita mal interpretaciones y aclara los mitos sobre el aborto con medicamentos.

Asimismo, el producto final de esta tesis es una invitación al activismo político. El *Manual Sororario para Acompañantes de Aborto*, siembra las bases para que el acompañamiento sea considerado como una actividad placentera y satisfactoria, subrayando en la práctica del autocuidado como parte esencial de cualquier activismo político, pues “Cuidar de nosotras mismas, cuidarnos unas a otras, dejarnos cuidar y retribuir el cuidado recibido; [...] es algo fuera del orden, es algo subversivo” (Gómez y López, 2015).

El código ético para acompañantes de aborto, al estar situado al inicio del Manual, es un manifiesto político, que sitúa al acompañamiento como una práctica fuera de la hegemonía médica, además de ser una forma de resistencia. El Manual, está encaminado a identificar las necesidades específicas de cada caso, más que a la homogeneización de los acompañamientos. Homogeneizar los protocolos y manuales para acompañar, sería caer de nueva cuenta en la lógica patriarcal de la lógica de las idénticas enunciada por Celia Amorós (1987)³¹, de manera que se busca con este manual romper esta lógica patriarcal, respetando las diferencias entre ellas, así como los procesos de cada una.

Se partió de una reflexión teórica de suma importancia: el habitus médico vs el habitus de las acompañantes. A partir de la revisión de la literatura especializada, observé que las acompañantes entrevistadas en efecto cuentan con un conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales perciben su entorno y en base a los que actúan. Esto contrasta con el habitus médico caracterizado por la jerarquía médico – pacientes, caracterizado en ocasiones por el ejercicio de la violencia. Asimismo, reflexioné sobre las acompañantes y sus subversiones frente al deber ser de las mujeres; pues todas ellas han hecho conscientes las opresiones de género y se nombran feministas. Sobre sus perfiles, descubrí que tienen procesos de vida resilientes, creativos y han desarrollado empatía y sororidad por las mujeres en situación de aborto, al mismo tiempo que respetan las diferencias en los procesos de aborto de cada una de ellas.

Sobre la importancia y transgresión del acompañamiento, este radica en que lo brindan mujeres empoderadas e informadas a otras mujeres en una etapa crítica de sus vidas. La información sobre salud sexual sin prejuicios, rompe con uno de los aprendizajes más arraigados en las mujeres -el tener miedo- y el de *no ser solidarias* unas con otras.

A continuación, haré un recuento de cada una de las prácticas que llevan a cabo las acompañantes. Las acompañantes, realizan un mapeo rápido de las mujeres que requieren el acompañamiento de un aborto, indagando sobre algunas de sus características, por ejemplo

³¹ Para Amorós (1987) “la lógica de las idénticas” es una forma de relación entre mujeres que no distingue diferencias entre ellas. En el mundo privado las mujeres se vuelven, “idénticas”, o sea sustituibles por otra que cumpla la función femenina: procrear, atender la cría y el hogar.

¿cuáles es su clase social?, ¿habla alguna lengua indígena?, ¿quiénes son sus aliadas -red de apoyo–?, ¿cuentan con suficiente dinero para realizar el procedimiento?, ¿cuáles son sus herramientas personales para enfrentar el dolor que implica el aborto medicamentoso?, ¿les irá mejor en un aborto medicamentoso o en un AMEU?. Las acompañantes dialogamos con las mujeres y escudriñamos cuál es su situación actual, es necesario pues se encuentran en crisis, –un embarazo no deseado representa una crisis–, de manera que nosotras como acompañantes podemos “ver más allá” de esta crisis pues nos encontramos fuera de ella. Sin embargo, son las mujeres las que tomarán las decisiones, en concordancia con sus tiempos y su estilo de vida.

En cuanto a las prácticas de la escucha y la contención emocional, estas juegan un papel fundamental en el acompañamiento. Acompañar, significa estar en contacto con una gama de emociones, como la culpa o alivio como contraparte. Dicho “manejo emocional” puede terminar por desgastar a las acompañantes y afectar su salud. Como ya quedó asentado en este trabajo de investigación, el acompañamiento de aborto, al dejar de ser satisfactorio y representar un *desgaste* emocional y una carga excesiva para las acompañantes, podría convertirse en una tarea más de cuidados hacia otras/os patriarcal, de ahí que el autocuidado sea una tarea pendiente para varias de las acompañantes entrevistadas, quienes en sus testimonios refirieron sentirse desgastadas y sobrecargadas por la labor que realizan.

Quizás sería conveniente que las acompañantes lleven un proceso de reflexión anterior a su labor. Algunas preguntas que podrían hacerse: ¿qué riesgos estoy dispuesta a tomar como acompañante?, ¿qué es lo que busco como acompañantes de aborto?, ¿cuáles son mis límites para acompañar a mujeres en situación de aborto?. Por otro lado, sería pertinente que las organizaciones, crearan estrategias de autocuidado, tales como: espacios grupales de contención emocional, desarrollo la comunicación entre acompañantes o incluso facilitar procesos terapéuticos individuales para las acompañantes. Ahora bien, las acompañantes independientes que nos pertenecen a ninguna Organización de la Sociedad Civil, han realizado un proceso de reflexión en el que tienen claros sus límites, de manera que trazan estrategias de autocuidado de acuerdo a sus tiempos y a valores. Por el contrario, las acompañantes que forman parte de organizaciones, requieren cumplir con ciertos números de acompañamientos, pues la consigna dentro de sus instituciones suele ser “rescatar las cifras de mujeres que abortan de manera segura” para la obtención de financiamiento. Así pues, los acompañamientos realizados dentro

de OSC's se realizan dentro de una lógica de productividad, donde a mayor número de acompañamientos, mayores serán los recursos económicos obtenidos. Una reflexión personal es que, una forma de retribuir simbólicamente a las acompañantes institucionalizadas, sería garantizando su autocuidado, facilitándoles como mínimo procesos de contención emocional grupal o individual.

En lo que respecta a el fortalecimiento de las acompañantes observo que pese a que señalan como gratificante su labor en el sentido espiritual, emocional y moral, no puede afirmarse que esta sea una actividad empoderante (Ortíz, 2010), la realidad es que las activistas realizan su labor fuera de los márgenes de la ley y de forma clandestina. Simbólicamente la labor de acompañamiento no es reconocida en la sociedad machista, clasista, racista, etc. Dado que el acompañamiento se opone a la labor médica hegemónica, la cual goza de amplia aceptación y legitimación en la sociedad, esta labor no reconocida ni valorada. Las acompañantes entrevistadas no expresan abiertamente la labor que realizan, de forma que el espacio en el que expresan su activismo es en el de la Internet, espacio que les permite el anonimato. Sería interesante ahondar en la forma en la que esta herramienta tecnológica ha permitido a las activistas, difundir su labor, pues es gracias a la red que pueden llegar a más mujeres.

Las acompañantes entrevistadas, además, no reciben remuneración económica por el trabajo que realizan. Pese a que aceptan que el activismo político no retribuye monetariamente, también manifiestan sentirse desgastadas y rebasadas en sus tiempos, algunas entrevistadas refirieron hacer muchos acompañamientos en un corto periodo, además de realizar otras actividades para solventar sus gastos económicos. Pude observar una molestia en los discursos de las acompañantes hacia las Organizaciones de la Sociedad Civil, algunas refirieron sentir a un abuso respecto al compromiso político que tienen como feministas de manera que otra tarea pendiente por parte de las organizaciones sería retribuir de manera simbólica o económica el compromiso y la inversión de tiempo y energía por parte de las acompañantes.

Una crítica a la figura del voluntariado, es el de que sin remuneración económica, las acompañantes se subordinan, dejando de lado sus necesidades, al respecto, el voluntariado puede

confundirse con el asistencialismo, al paternalismo y la caridad³², en el que las personas dan sin recibir nada a cambio. Idealmente, lo que se busca con el acompañamiento es que el proceso sea de fortalecimiento para ambas partes, acompañante y mujer en proceso de aborto, de forma que: “la persona que acompaña usa su propio poder para estimular el proceso de fortalecimiento de la mujer acompañada, y la mujer acompañada incide en el empoderamiento de la que acompaña. Ambas personas crecen en conocimientos y experiencias, lo que reeditúa en su seguridad y capacidad de acción futura” (Ortiz, 2010:37).

El trabajo por los derechos sexuales y reproductivos dentro de las Organizaciones de la Sociedad Civil es importante pues visibiliza las situaciones de inequidad en el acceso a derechos sexuales por parte de las mujeres. Paradójicamente, la vida de las acompañantes quienes ponen el cuerpo son las más desgastadas. Las jerarquías dentro de las organizaciones y los ejercicios de poder que estas jerarquías desencadenan, son en cierto sentido, una reproducción del sistema capitalista neoliberal, patriarcal. Sería necesario que las organizaciones de la sociedad civil realizaran un ejercicio auto reflexivo, puesto que se asumen como defensoras de derechos, con perspectivas éticas feministas. Realizar estas auto reflexiones, sería también hacer un ejercicio de congruencia con los postulados dentro de los cuales se enmarcan.

Todas las acompañantes entrevistadas son mujeres, lo cual es una muestra de que fuimos socializadas en la ética del cuidado a otros/as. Si bien el derecho al aborto, ha sido una demanda feminista, y el acompañamiento es una forma de llevar a la práctica este derecho. El cuestionamiento sería ¿porqué es tarea sólo de mujeres el difundir este derecho?. De manera que me adhiero a la afirmación de Mari Luz Esteban (2011), de que es necesaria una resignificación de las tareas de cuidados: “Hay que abogar por una concepción de la tarea de cuidar mucho más amplia, como una actividad compartida necesariamente entre mujeres y hombres y entre distintos colectivos y ámbitos (doméstico, social, institucional). Revisar también cómo tiene que ser la relación entre las personas que atienden y las personas que son atendidas” (Esteban, 2011:70).

Sobre el concepto de “acompañamiento en aborto”, este es un término relativamente

³² Con relaciones de caridad, hago referencia a una noción judeocristiana. Un sentimiento o actitud de ayuda que se da en relaciones desiguales, donde el mas necesitado es ayudado por personas con mayor jerarquía o poder.

nuevo, utilizado para describir los acompañamientos que se hacen para interrumpir abortos con medicamentos, en contextos urbanos, sin embargo, en comunidades indígenas de los Altos, también existe el acompañamiento con otros nombres “llamar a la luna” es uno de ellos. De acuerdo a María de Lourdes Pérez Enríquez, mujer de padre tsotsil y madre tseltal, originaria de Huixtan, en su comunidad las mujeres se reúnen en círculos, como los llamados “círculos de reflexión”, en éstos, las mujeres con más experiencia en herbolaria y partería, acompañan a mujeres para que les regrese la menstruación. En estas reuniones no se nombra la palabra aborto, el objetivo es que la menstruación de las mujeres vuelva a la normalidad. Esta anécdota evidencia los obstáculos del lenguaje, así como un vacío los significantes culturales de comunidades originarias, tema aquí investigado (Comunicación personal, 2019).

En este sentido, una de las temáticas que quedan abiertas a partir de esta investigación tiene que ver con la práctica y el acceso al aborto de las mujeres indígenas, sobre todo en un contexto regional como el estado de Chiapas. Tendríamos que explorar más allá de nuestros esquemas occidentales y urbanos, sobre estos acompañamientos que se hacen –quizás– desde antes de la colonización, para tener un escenario más completo. Posiblemente, el término esté pasando por un proceso de apropiación cultural, como ha pasado con los textiles de comunidades originarias, pues si bien el acompañamiento, pretende que las mujeres con un embarazo no deseado vivan su experiencia de aborto de una manera más “amorosa”, rodeadas de mujeres expertas en el uso de medicamentos, estos procedimientos ya se hacían desde antes en comunidades indígenas.

Distingo también cierta romantización de la labor en las acompañantes de aborto así como una ceguera de clase, raza, etnia. Me refiero a creencias paternalistas que aprecié en sus narraciones. Creencias de que el acompañamiento es equiparable a una “ayuda”, así como declaraciones referentes a la insatisfacción de “no poder apoyarlas lo suficiente”. Ante esta aseveración, mi reflexión es que es innegable que la socialización de género ha jugado un papel fundamental en el actuar de las acompañantes, así como la ética del cuidado. Dicha socialización de género, tiene como consecuencia repetir la forma habitual de relacionarnos, desigualmente y jerárquicamente, olvidando el objetivo primordial de la labor de acompañamiento; la concientización de derechos, y la trascendencia de ésta práctica para hacer la salud pública.

Actualmente, hay un crecimiento en los acompañamientos frente a los diversos obstáculos para acceder a un aborto seguro en México. Esto lo demuestran los diversos Encuentros entre Acompañantes, organizados en distintas partes del país, realizados con la finalidad de socializar los saberes recolectados entre acompañantes. El primero al que acudí, se llevó a cabo en Mérida, en agosto del 2017, en éste se intentó visibilizar las necesidades de las acompañantes a nivel nacional, concluyéndose que existe una necesidad de contención emocional para acompañantes no cubierta. Se observó además, que la injusticia social para acceder a un aborto seguro aún persiste y que somos las acompañantes las que cubrimos la necesidad de información y acompañamiento. Acordamos seguir en contacto a través de redes sociales, y de formar un grupo en el que resolviéramos nuestras dudas y nos mantuviéramos comunicadas cuando tengamos dudas al resolver casos complejos, de esta manera resolvemos muchos casos de manera colectiva. De nueva cuenta observo que la herramienta tecnológica que nos ha ayudado a consumir casos complejos ha sido la Internet, pues todas nos encontramos en distintas partes del país.

El otro encuentro, realizado en octubre de ese mismo año, fue organizado por la colectiva Línea de aborto Chiapas, en la ciudad de San Cristóbal de las Casas. En dicho “Campamento de acompañantes de aborto”, la finalidad fue reflexionar sobre las formas en las estrategias de autocuidado que implementamos las acompañantes. Además, conversamos sobre nuestras experiencias dentro de nuestras organizaciones y como acompañantes autónomas. Confluimos muchas voces, así como estilos de acompañar, todas concordamos en que nuestros esfuerzos están encaminados en aras de que las mujeres tengan abortos seguros dentro de sus contextos, para que cuenten con información verificada, que un acompañamiento sororario es aquel en el que escuchamos, resolvemos sus dudas y las bientratamos. Identifico como aprendizaje más significativo, el de permanecer en constante comunicación como colectivo, dado el contexto legal restrictivo.

En este trabajo se da por sentado que las prácticas abortivas, son acciones emancipadoras que ponen a las mujeres como protagonistas de sus vidas, pues rompen con el eje identitario de la maternidad obligatoria. No obstante, en la práctica la mayoría de las mujeres que abortan no son conscientes de ejercer un derecho, ni se consideran feministas, simplemente requieren interrumpir un embarazo no deseado en ese momento de sus vidas. En contraste, quisiera

resaltar que las acompañantes entrevistadas, pretenden concientizar sobre el derecho al aborto o el derecho a decidir, en varios de los relatos surge el tema, las siguientes frases dan cuenta de ello “tú también tienes derecho a decidir sobre tu propio cuerpo”, “trabajo eso [...] hacerles ver que es su derecho y que es su decisión y que es su cuerpo y que el aspecto legal solo son leyes, y de intereses personales”. Se pretende entonces, con el *Manual Sororario para Acompañantes de Aborto*, concientizar o bien reforzar en las activistas el conocimiento sobre los alcances de su labor evitando romantizar el trabajo de acompañamiento.

El reto del acompañamiento, es el de no imponer a las mujeres ninguna decisión, pues cada una tiene su tiempo, conoce su cuerpo y sabe que le va mejor en su proceso de aborto. En ese sentido las mujeres que acompañamos ya han decidido por sí mismas. El manual, producto final de esta tesis, recuerda que la premisa del acompañamiento es acompañar sin juzgar. Otra de las premisas es fortalecer la autonomía de las mujeres, brindándoles información sobre su salud, todas las acompañantes mencionaron que, como parte de su compromiso político, nombran a las mujeres que el aborto es un derecho. De esta forma dan un paso importante en el empoderamiento de las mujeres haciendo de la salud un bien público.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Almejo Hernández, R., Téllez Vázquez, Y., & López Ramírez, J. (2015). *Índice absoluto de marginación 2000-2010*. México, DF: Consejo Nacional de Población; 2013.
- Andión, X., & Ramos, R. (2013). *Omisión e indiferencia: derechos reproductivos en México*. Ciudad de México, Grupo de Información en Reproducción Elegida.
- Ávalos Capín, J. (2013). *Derechos reproductivos y sexuales*. Ferrer Mac-Gregor.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia: aborto y feminismo*. Argentina. Capital intelectual.
- Burin, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental*. Argentina. Grupo Editor Latinoamericano.
- Burin, M. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Argentina. Grupo Editor Latinoamericano.
- Carbajal, M. (2009). *El Aborto en Debate, aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires. Editorial Paidós-Tramas Sociales.
- Castro, I. (2014). *Aborto y disidencias sexuales en los años ochenta en Chiapas*. MEMORIAS DEL CONGRESO DE CIENCIAS SOCIALES. CESMECA- UNICACH.
- Claverie, R., & Satta, P. (2014). *Las mujeres Decidimos*. La Plata. Primeras Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS)
- Cook, Rebecca J., Erdman, Joanna N. Y Dickens, Bernard M.(Editores). (2016). *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias*, México Fondo de Cultura Económica.
- Devereux, G. (1976). *A study of abortion in primitive societies*. Nueva York: International University Press.
- Drovetta, R. I. (2015). *Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina*. Derechos sexuales y aborto en América Latina, 23(45), 124.
- Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) 2008
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres*. Sociología de la experiencia.
- Espinoza Damián, G. (2008). *Cuatro Vertientes del Feminismo en México. Diversidad de rutas y cruce de caminos*. México. Universidad Autónoma de México.
- Esteban, M. L. (2006). *El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista*. Salud colectiva, 2(1), 9-20.
- Evangelista García, A. A., & García, A. A. E. (2013). *Derechos sexuales y reproductivos en jóvenes de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*. México. CESMECA- UNICACH. Colección Thesis.
- Fassin, D. (2005). *Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes*. Educação, 28(2).
- Freyermuth, G., Luna, M., Muños, A., (2016). *Numeralia 2014. Mortalidad Materna en México, Observatorio de*

Mortalidad Materna en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Primera edición.

Gamboa-Montejano, C., & Valdés-Robledo, S. (2014). *Regulación del aborto en México*. Derecho Comparado de los 31 estados y del Distrito Federal, así como de diversos países en el mundo y estadísticas del INEGI en el tema.

García Dauder, S. (2001). *Psicología y feminismo: una aproximación desde la psicología social de la ciencia y las epistemologías feministas*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de psicología.

Grosso, B., & Zurbriggen, R. (2016). *Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar*. ELA; CEDES.

Guillaume, A., & Lerner, S. (2007). *El aborto en América Latina y el Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*, Les numeriques du CEPED, El Colegio de México. URL http://www.cepel.org/cdrom/avortementameriquelatine_2006/sp/sommaire.html, fecha de consulta, 17.

Hierro, G. (1998). *Ética y feminismo*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Juárez, F., Singh, S., García, S., & Díaz Olavarrieta, C. (2008). *Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?*.

Lafaurie, M. M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D., Chávez Alvarado, S., Maira, G., ... & Ortiz, O. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*.

Lagarde, M. (2006). *Pacto entre mujeres. Sororidad*. In Congreso Coordinadora Española para el Lobby Europeo de Mujeres.

Lamas, M. (2014). *Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF*. Salud Pública de México, 56(1), 56-62.

Lamas, M. (2015). *El largo camino hacia la ILE: mi versión de los hechos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

Lerner, S., Guillaume, A., & Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. El Colegio de Mexico AC.

LIBRERÍA, C. (1991). *Mujeres DE Milán. NO creas tener derechos*.

Macinnes, J., y Díaz, J. (2008). *La tercera revolución de la modernidad; la revolución reproductiva*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS), 122(1), 89-118.

Maier, E. (2010). *El aborto y la disputa cultural contemporánea en México*. La aljaba, 14, 11-30.

Mines, A., Villa, G. D., Rueda, R., & Marzano, V. (2013). *El aborto lesbiano que se hace con la mano. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012)*. Bagoas-Estudios Gays: géneros e sexualidades, 7(09)

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Lidegaard, Ø., & Mortensen, P. B. (2011). *Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder*. New England Journal of Medicine, 364(4), 332-339.

- Ortiz O. (2016). *ADAS: experiencia emocional de las mujeres que buscaron apoyo después de una interrupción legal del embarazo en el DF*. Revista con la a: Mujeres gitanas luchando por la igualdad. No. 50. Recuperado de: <http://conlaa.com/adas-experiencia-emocional-de-las-mujeres-buscaron-apoyo-despues-de-una-interrupcion-legal-del-embarazo-en-el-df/>
- Ortiz O. y Tronoco E. (2012). *El aborto voluntario como experiencia emocional saludable en mujeres de la Ciudad de México*. V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.
- Ortiz-Ortega, A. (2001). *Si los hombres se embarazaran¿ el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*. Región Y Sociedad, 14(25.2002).
- Ortíz, O. (2010). *Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto*. Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA.
- Ramos, S., Romero, M., & Aizenberg, L. (2015). *Experiencias de mujeres con el uso de medicamentos abortivos, en un contexto de restricciones legales: el caso de Argentina*. Derechos sexuales y aborto en América Latina, 44, 136.
- Rivas, G. (2014) *Embarazo no deseado en San Cristóbal de las Casas*. Tesis Doctoral, Colegio de la Frontera Sur.
- Rondón, M. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*.
- Rosas Olvera, J. A. (2005). *La creación feminista de los derechos sexuales*. Tesis doctoral, UNAM. CDMX
- Tamés, R. (2015). *Niñas y mujeres sin justicia*. Derechos reproductivos en México, GIRE
- Turner, K., Börjesson, E., Huber, A., & Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*.
- Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes*. Barcelona. Ediciones B.
- Zurbriggen, R., & Anzorena, C. (2013). *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible* (No. 173.4). Herramienta Ediciones.

7. ANEXOS

1. Guía de entrevista acompañantes de la Red de Católicas por el derecho a decidir/
Consentimiento Informado
2. Guía de entrevista acompañantes de diversas Sociedades de la Sociedad Civil
3. Tabla comparativa tipos de acompañamiento brindados por Organizaciones de la
Sociedad Civil
4. Manual Sororario para Acompañantes de Aborto

GUÍA DE ENTREVISTA

RED DE JÓVENES CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR

El objetivo de esta entrevista es recopilar información sobre las particularidades de los acompañamientos realizados a mujeres en situación de aborto. La entrevista está dirigida a las acompañantes que colaboran en la *Red de Católicas por el Derecho a Decidir de San Cristóbal de las Casas*.

Antes de comenzar cada entrevista se lee junto con la entrevistada el Consentimiento Informado, se le da a firmar y se le da una copia.

Consentimiento informado Red Católicas

Muchas gracias por acceder a la siguiente entrevista.

La información que me proporciones será usada únicamente con fines académicos, en el marco de investigación de la maestría en Estudios e Intervención Feministas de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, en su centro de posgrado CESMECA.

El objetivo de esta investigación es ***construir un protocolo de acompañamiento para las mujeres que acceden a un aborto inducido en San Cristóbal de Las Casas***. Para ello, me centro en el conocimiento y las experiencias que las acompañantes han recogido, así como las necesidades que han hallado.

Tu participación es totalmente voluntaria. Es importante que sepas que tu nombre permanecerá en el anonimato, dado el contexto restrictivo del aborto inducido en Chiapas. La información que me proporciones, así como los casos que se mencionen en la entrevista se mantendrán confidenciales. El audio de la entrevista será grabado para su posterior transcripción y análisis.

Finalmente, los conocimientos que se obtengan como resultado de estas entrevistas, serán usados en beneficio de las mujeres que requieran un aborto en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, tomando en consideración que el aborto es un derecho enmarcado dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos que avala la Organización Mundial de la Salud.

Si tienes cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde. Mis datos de contacto son los siguientes:

Nadia Guerra Gardida
Nadia_guerra@hotmail.com
Celular: 5529191222

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____ Día/mes/año

Las siguientes secciones ayudan a ordenar los temas a tratar en la entrevista.

Contexto de la entrevista

- ∞ Datos generales de la entrevistada.
- ∞ Edad,
- ∞ Nivel educativo,
- ∞ Lugar de residencia,
- ∞ Ocupación actual,
- ∞ Estado civil,

Formación y capacitación previa

- ∞ Experiencia previa en atención a mujeres
- ∞ Formación profesional
- ∞ Estudios sobre género o feminismos
- ∞ Experiencias previas como activista o dentro del feminismo
- ∞ Creencias sobre el aborto antes de ingresar a la Red

- ∞ Conocimiento previos sobre acompañamiento
- ∞ Sobre la capacitación de la ONG como acompañante:

- Numero de sesiones y duración,
- ¿Quién las proporcionó?
- ∞ Conocimientos biomédicos que se les impartieron
- ∞ Conocimientos o saberes no científicos
- ∞ Conocimientos que resultaron útiles para relacionarte con las mujeres
- ∞ Apoyo de textos o manuales impresos
- ∞ Lineamientos elaborados por la ONG u otras instituciones de consulta
- ∞ Interés en seguir formación como acompañante

Mujeres que acuden a la Red de Católicas

- ∞ Razones principales por las cuales las mujeres buscan apoyo de la ONG
- ∞ Perfil de las mujeres que acuden a la Red (migrantes, extranjeras, indígenas...)
- ∞ Primer contacto con la Red de católicas, ¿quién les proporciona el contacto de la red?

Acompañamiento

- ∞ Número de acompañamientos, presenciales y a distancia
 - Casos relevantes.
- ∞ Significación personal del acompañamiento
- ∞ Enfoque de acompañamiento. Estilo particular.
- ∞ Descripción del proceso de acompañamiento
- ∞ Actividades imprescindibles/ necesarias durante el acompañamiento
- ∞ Tipo de consejería, enfoque utilizado.
- ∞ Prevención/ charla sobre anticonceptivos. ¿Antes- Durante o Después?
- ∞ Aprendizajes generales sobre acompañamiento y aborto.
- ∞ ¿Consideras al acompañamiento que realizas como activismo?

Impacto del acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos

¿Crees que tu labor repercute en la vida de las mujeres?

¿De qué manera consideras que impacta en el ejercicio de sus derechos?

Obstáculos en la labor de acompañamiento

Antecedentes

- ∞ Acompañamiento antes de laborar en la ONG
- ∞ Ingreso a la red de Católicas;
 - Razones personales para colaborar

Obstáculos

- ∞ Casos más complejos
- ∞ Dilemas al momento de acompañar a una mujer
- ∞ Complicaciones -límites al acompañar a otra mujer
- ∞ Razones personales o propias de la ONG para negar un acompañamiento
- ∞ Experiencias negativas al ofrecer acompañamientos (disgusto, frustración, desesperación, angustia, tristeza)
- ∞ Experiencias positivas al realizar esta labor;

Condiciones de trabajo

- ∞ Principales responsabilidades con la ONG
- ∞ Tipo de apoyo recibido de la ONG;
- ∞ Salario o compensaciones económicas, apoyo emocional.
- ∞ Tipo de jerarquías dentro de la ONG,
- ∞ Aspectos a modificar dentro de la ONG
- ∞ Tipos de apoyo que te gustaría haber recibido o te gustaría recibir

GUÍA DE ENTREVISTA DIVERSAS OSC
ACOMPÑANTES DE FONDO MARIA/ CIPA- ACOMPÑAME/ MISOVARIAS/
INCODESI

El objetivo de esta entrevista es recopilar información sobre las características de los acompañamientos realizados a mujeres en situación de aborto. La entrevista está dirigida a las acompañantes que han colaborado en *Fondo MARIA/ Cipa- Acompañame/ Misovarias*.

Antes de comenzar cada entrevista se lee junto con la entrevistada el Consentimiento Informado, se le da a firmar y se le da una copia.

Consentimiento informado

Muchas gracias por acceder a la siguiente entrevista.

La información que me proporciones será usada con fines académicos, en el marco de mi investigación de maestría en Estudios e Intervención Feministas de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, en su centro de posgrado CESMECA.

El objetivo de la investigación es ***construir un protocolo de acompañamiento para las mujeres que acceden a un aborto inducido en San Cristóbal de Las Casas***. Para ello, me centro en el conocimiento y las experiencias que las acompañantes han recogido a través de su labor en la CDMX, así como las necesidades que han hallado.

Tu participación es totalmente voluntaria. La información que me proporciones, sobre los casos que se mencionen en la entrevista se mantendrán confidenciales. El audio de la entrevista será grabado para su posterior transcripción y análisis.

Finalmente, los conocimientos que se obtengan como resultado de estas entrevistas, serán usados en beneficio de las mujeres que requieran un aborto en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, tomando en consideración que el aborto es un derecho enmarcado dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos que avala la Organización Mundial de la Salud.

Si tienes cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde. Mis datos de contacto son los siguientes:

Nadia Guerra Gardida
Nadia_guerra@hotmail.com
Celular: 5529191222

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____ Día/mes/año

Entrevista Semiestructurada:

Las siguientes secciones ayudan a ordenar los temas a tratar en la entrevista.

Contexto de la entrevista

- Datos generales de la entrevistada.
- Edad,
- Nivel educativo,
- Lugar de residencia,
- Ocupación actual,
- Estado civil,
- Hijos

Formación previa y capacitación para el acompañamiento

Formación y capacitación

- Experiencia previa en DDSSyRR
- Formación profesional
- Estudios sobre género o feminismo
- Experiencias previas de activismo e influencia como acompañante

- Conocimiento previos sobre acompañamiento antes de laborar en la ONG
- Acompañamiento antes de laborar en la ONG
- Ingreso a la red de Católicas;
 - Razones personales para colaborar
- Sobre la capacitación de la ONG para acompañar a los servicios de aborto:
 - Numero de sesiones y duración,
 - ¿Quién las proporcionó?
- Conocimientos biomédicos
- Conocimientos o saberes no científicos
- Conocimientos útiles para relacionarte con las mujeres.
- Apoyo de textos o manuales impresos
- Lineamientos elaborados por la ONG u otras instituciones de consulta
- Interés en continuar formación como acompañante

Acompañamiento

- Definición propia de acompañamiento
 - Premisas básicas del acompañamiento
 - Actividades imprescindibles
- Importancia del contexto de legitimación de aborto de la CDMX
- Sugerencias para acompañamiento en contextos restringidos
- Significación personal del acompañamiento
- Creencias sobre el aborto antes de... *Fondo MARIA/ Cipa- Acompañame/ Misovarias*
- Aprendizajes generales sobre acompañamiento y aborto
- ¿Consideras al acompañamiento que realizas como activismo?
- Descripción del acompañamiento Fondo MARIA
- Razones principales por que las mujeres buscan apoyo de la ONG.
 - Casos relevantes.
- Enfoque de acompañamiento. Estilo particular.
- Momento en el que se habla a las mujeres de anticonceptivos.
 - Antes- Durante- Después

Protocolo

- Relevancia del protocolo para el acompañamiento
 - Importancia de adherencia al protocolo.
- Protocolo de acompañamiento según Fondo MARIA/ Cipa- Acompañame/ Misovarias
- Protocolo de aborto con medicamentos para acompañamiento a distancia.

Obstáculos en la labor de acompañamiento

Obstáculos

- Casos más complejos
- Dilemas al momento de acompañar
- Complicaciones -límites al acompañar
- Razones personales o propias de la ONG para negar acompañamiento
- Experiencias negativas al ofrecer acompañamientos (disgusto, frustración, desesperación, angustia, tristeza).
- Experiencias positivas al realizar esta labor;

Condiciones de trabajo

- Principales responsabilidades dentro de la colectiva/ ONG.
- Salario o compensaciones económicas, apoyo emocional.
- Tipo de jerarquías dentro de la colectiva/ ONG.
- Relación con otras compañeras.
- Aspectos a modificar dentro de la colectiva/ ONG.
- Tipos de apoyo que te gustaría haber recibido o te gustaría recibir.
- Protocolo de seguridad para mujeres de estados restrictivos.
- Protocolo de aborto con medicamentos para mujeres con más de doce semanas.

- Protocolo para mujeres víctimas de violencia sexual.

Impacto del acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos

- Repercusión de acompañamiento en la vida de las mujeres.
- Acompañamiento y a aborto como el ejercicio de un derecho.

TABLA COMPARATIVA SOBRE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y EL ACOMPAÑAMIENTO QUE BRINDAN.

| Organización | Tipo de Acompañamiento | Protocolo de medicamentos utilizado | Límite de semanas de embarazo para acompañar | Protocolo de <i>seguridad</i> utilizado por las acompañantes | Perfil de mujeres acompañadas |
|--|---|--|---|---|---|
| <p><i>Red de Jóvenes Católicas por el Derecho a Decidir San Cristóbal de las Casas</i></p> | <p>Tiene como marco de referencia a los Derechos Sexuales y Reproductivos. Católicas por el Derecho a Decidir <i>no</i> promueve el aborto, da información sobre aborto seguro y legal.</p> <p>Durante los acompañamientos que realizan, comunican las 3 causales legales por las cuales se puede abortar en el estado de Chiapas; a) por violación, b) por malformaciones, c) por peligro de muerte de la madre. Subrayando la importancia de la causal <i>salud</i>, ausente en el estado.</p> <p>Evita caer en prácticas “paternalistas” informando y permitiendo que las mujeres decidan conscientemente sobre su forma de interrupción, se intenta que mediante sus herramientas personales decidan sobre la manera de llevar a cabo su aborto.</p> <p>Acompañamiento en dos etapas; presencial en primera instancia para conocer a las mujeres e informarles sobre las opciones de interrupción disponibles y vía telefónica (<i>WhatsApp</i>), en un segundo momento, durante el proceso de aborto y seguimiento.</p> <p>Capacitan a las acompañantes como</p> | <p>Kit suplido por <i>Marie Stopes</i> para la región:</p> <p>1 pastilla de mifepristona 200 mg oral + 4 pastillas de Misoprostol (200 mcg) sublingual de 24 a 48 horas después de ingesta de mifepristona</p> <p>o</p> <p>3 dosis de 4 pastillas de Misoprostol (200 mcg) sublingual cada cuatro horas.</p> | <p>9 semanas</p> <p>Después de la 9ª semana se canaliza a las mujeres a organizaciones aliadas para Aspiración manual Endouterina (AMEU).</p> <p>En Embarazos de más de 12 semanas se propone a la mujer viajar a la CDMX para AMEU con organizaciones aliadas.</p> | <p>Protegen su identidad por medio de un seudónimo. Utilizan un celular alternativo para dar acompañamientos.</p> <p>Se evita dar información sobre el protocolo de medicamentos o vía correo electrónico o redes sociales, hasta comprobar la referencia confiable de la mujer.</p> <p>No entregan medicamento directamente a las mujeres. Se les informa dónde pueden conseguirlo.</p> <p>Como primer paso se solicita a las mujeres un ultrasonido para comprobar número de semanas de embarazo y que éste se encuentre dentro del útero, este primer filtro</p> | <p>Mujeres universitarias de contexto urbano en edad reproductiva</p> <p>Edades de mujeres atendidas: Mínima 13 años Máxima 40 años</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | <p>agentes de derechos y les instruye con argumentos útiles en caso de que las mujeres refieran <i>culpa</i> al abortar. Toma en cuenta que México, pese a ser un estado laico, tiene gran influencia de la iglesia católica y de la tradición judeocristiana.</p> <p>Sustentan sus argumentos en el Código Canónico (Constitución de la Iglesia Católica). El aborto <i>no</i> es un pecado pues hay atenuantes de culpa;</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si la mujer es menor de 16 años, b. Si actuó con <i>ignorancia</i> de que estaba infringiendo una ley, c. si actuó para evitar un “mal mayor”. <p>Informan sobre el grado de efectividad de misoprostol solo y del combo de medicamentos – misoprostol y mifepristona–. También mencionan la posibilidad de tener un aborto mediante Aspiración Manual Endouterina (AMEU), opción rápida y efectiva pero más costosa, pues se realiza dentro de un entorno médico con anestesia local.</p> <p>Conociendo estas opciones las mujeres deciden cual les conviene más, pues son ellas las que conocen su cuerpo y su umbral del dolor.</p> <p>La experiencia de la Red de Católicas indica que prevenirles sobre el dolor que sentirán al utilizar los medicamentos , permite que las mujeres decidan de manera más <i>asertiva</i> sobre el método que mejor les</p> | | | <p>permite distinguir los casos que si se pueden acompañar de los que habrá que delegar con médicos aliados.</p> <p>Se les pregunta a las mujeres sobre su estado general de salud, con la finalidad de detectar posibles riesgos.</p> <p>Manejan claves para referirse a: <i>aborto, medicamentos</i> (mifepristona y misoprostol), sangrado, etc.</p> <p>Se instruye a las mujeres sobre el discurso que tienen que dar en caso de emergencia, en caso de tener que recurrir a un centro de salud. El personal de salud no pueden obligarles a que digan algo que no quieren decir.</p> | |
|--|---|--|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>ajusta. Asimismo son ellas las que acomodan sus tiempos para interrumpir su embarazo pues un aborto con medicamentos implica reposo de al menos dos días.</p> <p>Se pide a las mujeres que diseñen un <i>plan de acción</i> para su proceso de aborto, en éste repasarán quiénes son sus aliadas/os, las clínicas a las cuales acudir, los recursos económicos con los que cuentan de haber alguna emergencia, etc.</p> <p>Para Católicas es importante detectar conflictos religiosos en las mujeres, por tal motivo se les pregunta directamente si tienen algún sentimiento negativo por la decisión que están tomando. En caso afirmativo, se les reafirma a las mujeres la imagen de un dios amoroso, que es un apoyo ante situaciones adversas y que las entenderá por la decisión que están tomando.</p> <p>Se les invita a que una vez concluido su aborto, escriban un <i>exvoto</i>, este es un agradecimiento a dios o santo que le <i>sirvió</i> de apoyo moral durante su proceso de aborto. Este testimonio de agradecimiento, es particularmente importante para las mujeres católicas o devotas a un santo, pues re significa su vivencia de aborto. Este ejercicio tiene como finalidad respetar sus creencias religiosas.</p> <p>Católicas insta a que las mujeres se politicen a través de su aborto. Se les invita a que posterior a su</p> | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--|---|
| | <p>experiencia escriban en la plataforma llamada <i>Focos</i>³³. En ésta mujeres de distintas partes del país se posicionan como sujetas de derechos y hablan sobre sus abortos en primera persona. Esta estrategia funciona en tres sentidos; a) visibilizando las cifras de aborto clandestino en los estados, b) poniendo en voz de las mujeres sus experiencias de aborto y c) evidenciando al aborto como un evento más en la trayectoria reproductiva de las mujeres.</p> <p>La consejería sobre anticonceptivos se da durante todo el acompañamiento. Se menciona a las mujeres que la fertilidad regresa inmediatamente después de que el aborto se lleve a cabo, por lo cual es necesario que tomen los cuidados respectivos.</p> | | | | |
| | Tipo de Acompañamiento | Protocolo de medicamentos utilizado | Limite de semanas de embarazo para acompañar | Protocolo de seguridad utilizado por las acompañantes | Perfil de mujeres acompañadas |
| <i>Línea Aborto Chiapas</i> | <p>Acompañamiento telefónico e información sobre aborto con medicamentos desde un enfoque lesbofeminista radical.</p> <p>Se apegan a los siguientes derechos: a la salud integral, a la información, a la confidencialidad y a la libertad y autonomía reproductiva.</p> <p>La línea de aborto Chiapas intenta desvincularse de instituciones patriarcales</p> | 3 dosis de 4 pastillas de Misoprostol (200 mcg) sublingual cada cuatro horas. | <p>Sin límite de semanas de embarazo para acompañamiento*</p> <p>*algunas de las integrantes no acompañan abortos de más de 12 semanas por motivos personales.</p> | <p>Al contestar la línea telefónica, enuncian un párrafo que las protege con “es tu derecho a la información sobre tu salud”.</p> <p>Hablan en tercera persona en todo momento, para</p> | <p>Mujeres en edad reproductiva de Chiapas y Latinoamérica con acceso a internet.</p> <p>Para las mujeres hablantes de lengua indígena se ha realizado un video ejemplificando la ingesta medicamentosa, este video se socializa vía <i>WhatsApp</i>.</p> |

³³ www.focos.org

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>como; fundadoras, Organizaciones no gubernamentales, instituciones de salud etc. El servicio que brindan es una adaptación del modelo de acompañamiento de la <i>Línea de Aborto de Chile</i>, de donde retoman sus experiencias y aprendizajes.</p> <p>Respaldan su práctica en los vacíos legales del Código Penal de Chiapas;</p> <p>a) dar información sobre aborto no está penado y, b) entregar medicamentos no es un delito.</p> <p>Comprometidas con su postura lesbiofeminista-separatista, piden a las mujeres que <i>no</i> se acompañen de un hombre durante su proceso de aborto, sin ser insistentes en este aspecto, pues son ellas las que tomarán la decisión de vivir su aborto con quién decidan. Creen que el acompañamiento durante aborto debe ser para mujeres y entre mujeres, por esta razón, sólo proporcionan información sobre aborto con medicamentos a mujeres.</p> <p>Defienden el aborto libre, seguro y a bajo costo mediante medicamentos (misoprostol). Critican la injusticia social que rodea a la información sobre aborto, pues son las mujeres marginadas históricamente por motivos de raza, etnia, posición económica y edad quienes enfrentan más barreras en el acceso a la información en materia de salud, éstas diferencias se agudizan cuando la información versa en</p> | | | <p>evitar caer en la ilegalidad.</p> <p>No utilizan la red social <i>WhatsApp</i>, por considerarla insegura. Utilizan <i>telegram</i>, pues esta aplicación <i>encripta</i> los mensajes, lo que garantiza mayor confidencialidad. Para enviar correos electrónicos utilizan <i>Riseup</i> por considerarla una alternativa segura.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | <p>asuntos relacionados al acceso al aborto.</p> <p>Piensan al acompañamiento feminista como un acto político que permite a las mujeres rebelarse al régimen heteropatriarcal donde la maternidad es obligatoria;</p> <p>“...Recomendamos el lesbianismo como una propuesta cultural y política de amor entre mujeres, donde existe el potencial político rebelde de abandonar la heterosexualidad como régimen político que no ha hecho más que arrebatar nos nuestras energías y existencias”³⁴.</p> <p>Apuestan por la politización del acompañamiento, creen que el acompañamiento favorecerá que las mujeres hagan de lado a las instituciones patriarcales (iglesia, heterosexualidad, familia y estado) que decide sobre su cuerpo y sus decisiones. Bajo esta premisa, un <i>aborto feminista</i> será aquel fuera de contextos médicos, bajo márgenes de seguridad y autocuidado mínimos.</p> <p>Consideran que el acompañamiento servirá, a su vez, para desmitificar al aborto como un crimen que las mujeres deban cargar bajo sus espaldas. No hacen referencia a las tres <i>causales</i> por las cuales las mujeres pueden abortar legalmente en Chiapas, para ellas carece de importancia, pues insisten</p> | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

³⁴ <http://sinfuero.com.mx/sociedad/decide-suspender-embarazo-llame-linea-aborto-chiapas/>.

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|---|--|
| | <p>en la capacidad autogestiva del aborto realizado por las mismas mujeres en casa.</p> <p>Para ellas el acompañamiento es “poner el cuerpo” por otras mujeres. Consideran que el aborto es ancestral y por tanto, es necesario que las acompañantes o <i>aborteras</i>, –término que reivindican–, formen redes que les permita hacer frente a la criminalización socio-cultural.</p> <p>No dan consejería sobre anticonceptivos en ningún momento del acompañamiento.</p> | | | | |
| | Tipo de Acompañamiento | Protocolo de medicamentos utilizado | Límite de semanas de embarazo para acompañar | Protocolo de seguridad utilizado por las acompañantes | Perfil de mujeres acompañadas |
| <p><i>INCODESI</i> <i>Instituto de Cooperación para el Desarrollo con Igualdad A.C.</i></p> <p>Comunidades de los altos de Chiapas</p> | <p>Acompañamiento que se respalda en los Derechos Sexuales y Reproductivos, el Derecho a la información y a la salud. El acompañamiento es adaptado a cada caso.</p> <p>Promocionan el acceso a la información entre las comunidades indígenas, respetando sus creencias.</p> <p>Su incidencia ha sido circunstancial. Gracias a el vínculo de confianza que se forma luego de los talleres que imparten sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, las mujeres o parejas con un embarazo no deseado se acercan y piden asesoría para abortar, por tal motivo no cuentan con un protocolo de acompañamiento definido.</p> | ----- | Sin límite de semanas de embarazo para acompañamiento. | Sin protocolo de seguridad. | <p>Mujeres en edad reproductiva de San Juan Chamula y Zinacantán principalmente.</p> <p>El contacto con las mujeres es a través de aliadas (médicas y enfermeras) que trabajan en comunidades de los Altos de Chiapas.</p> |

| | Tipo de Acompañamiento | Protocolo medicamentoso | Límite de semanas de embarazo para acompañar | Protocolo de seguridad utilizado por las acompañantes | Perfil de mujeres acompañadas |
|--|--|---|---|--|---|
| <p><i>Fondo MARIA para la Justicia Social</i></p> <p>MARIA (Mujeres, Aborto, Reproducción, Información y Acompañamiento). CDMX</p> | <p>Acompañamiento con enfoque feminista, empodera a las mujeres mediante información sobre su derecho al aborto, transformando el tabú que existe alrededor del tema hacia uno que subraye los aspectos positivos al tomar esta decisión de forma digna y libre.</p> <p>Asimismo, son una vía para que las mujeres decidan de acuerdo a sus posibilidades y se valgan de sus redes de apoyo.</p> <p>El acompañamiento que brindan es integral, en tanto que apoyan a las mujeres no sólo en la logística para trasladarse a la CDMX y mediante información, sino financiera y emocionalmente, a las mujeres que así lo necesitan.</p> <p>Fondo MARIA es un fondo revolvente. Funciona mediante donaciones de Organizaciones Internacionales, donadores personales y de las mismas mujeres apoyadas con anterioridad, quienes contribuyen de acuerdo a sus posibilidades socioeconómicas.</p> <p>Intentan remediar las brechas de injusticia social en el país, de manera que los abortos seguros sean accesibles a todas las mujeres, especialmente a las precarizadas del interior de la república. Priorizan</p> | <p>3 dosis de 4 pastillas de Misoprostol (200 mcg) sublingual cada 4 horas.</p> | <p>12 semanas de gestación con medicamentos.</p> <p>Mujeres de más de 12 semanas de embarazo se canalizan a la CDMX a clínicas aliadas, para que interrumpan mediante AMEU.</p> | <p>Utilizan su nombre de pila para dar información vía telefónica.</p> <p>Emplean un celular sólo para acompañamientos.</p> <p>Enuncian un párrafo al inicio de las conversaciones telefónicas que las protege “<i>Es tu derecho a la información sobre tu salud y yo estoy ejerciendo mi derecho a la libertad de expresión</i>”.</p> <p>Solicitan un ultrasonido para comprobar el número de semanas de embarazo y que éste se encuentre dentro del útero.</p> <p>Asimismo exploran los factores de riesgo en cada caso, de detectarse riesgos se procede a trasladar a las mujeres a la CDMX.</p> | <p>Mujeres en edad reproductiva de todos los estratos económicos y Estados de la República.</p> |

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|---|---|
| | <p>casos complicados y se procede a apoyarles para viajar a clínicas especializadas de Interrupción Legal del embarazo en la CDMX donde el aborto está despenalizado.</p> <p>Cuenta con una línea telefónica gratuita,³⁵ que opera como primer contacto para muchas mujeres sin acceso a internet. En un segundo momento, si las mujeres deciden viajar a la CDMX, la atención es personal. Las acompañantes las reciben desde el momento en el que llegan a la ciudad hasta que regresan a su estado de origen.</p> <p>Se manejan bajo la premisa de que abortar <i>no</i> es placentero y que es mejor evitarlo. Orientan a las mujeres sobre métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado en el futuro. Ellas deciden cual utilizar de acuerdo a sus condiciones de vida.</p> <p>Posterior a la interrupción legal del embarazo, se les aplica un cuestionario de seguimiento que permite la retroalimentación. Sin embargo, muchas mujeres no desean responder a éste.</p> | | | | |
| | Tipo de Acompañamiento | Protocolo medicamentoso | Límite de semanas de embarazo para acompañar | Protocolo de seguridad utilizado por las acompañantes | Perfil de mujeres acompañadas |
| <i>Las Libres Guanajuato</i> | Empoderan a las mujeres con información sobre autonomía sexual, derecho al acceso a tecnologías médicas –uso de misoprostol para abortar | 2 dosis de 4 pastillas de Misoprostol (200 mcg) sublingual. Cada cuatro horas. | Hasta la semana 16 con medicamentos. Después se canaliza a médicas aliadas | Las acompañantes están informadas sobre sus derechos, en el | Mujeres de todos los estratos sociales de Guanajuato, Guanajuato. |

³⁵ Desde el interior de la república 01 800 832 73 11/ En la CDMX: 52 43 50 54

| | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|---|--|
| | <p>en casa-. Acercan la tecnología del aborto medicamentoso a las mujeres que así lo decidan. Proporcionan las pastillas – misoprostol– de manera gratuita. Algunas mujeres que no han ocupado las 3 dosis de misoprostol, las “donan” a otras.</p> <p><i>Las Libres</i>, hablan abiertamente sobre el acompañamiento que realizan, su experiencia indica que ser explícitas, reduce el estigma social alrededor del aborto. Nombran a su labor como “acompañamiento social”, pues intenta disminuir el estigma construyendo redes alrededor de la mujer o pareja por abortar. Estas redes sirven a su vez como estrategia pedagógica en la que las mujeres comparten sus experiencias de aborto y aprenden unas de otras. Éstos círculos de reflexión entre mujeres, reducen el estigma social y empodera a las mujeres.</p> <p>Se respaldan en leyes internacionales que legitiman el derecho al aborto, pese a que laboran en un contexto local altamente restringido – Guanajuato–, donde se ha encarcelado a mujeres bajo el delito de “homicidio en razón de parentesco” por abortos espontáneos. Asimismo se apoyan en el artículo 4º y 1º Constitucional, afirman que en estos artículos se justifica el aborto como derecho.</p> <p>Han recogido las experiencia de las mujeres respecto a sus sensaciones corpóreas durante sus abortos medicamentosos;</p> | <p>*De no tener un aborto completo, se pide a las mujeres tomar una dosis adicional de misoprostol (200 mcg) sublingual.</p> <p>*Si después de la tercera dosis no arrojan todos los restos toman una cuarta dosis de misoprostol 24 horas. después.</p> | <p>capacitadas en AMEU.</p> | <p>estado de Guanajuato.</p> <p>Están conscientes de que hay leyes internacionales que legitiman el aborto,. Laboran con un protocolo de seguridad mínimo.</p> <p>Utilizan un celular alterno para acompañar.</p> | |
|--|---|--|-----------------------------|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | <p>las características del sangrado, el tipo de dolor al que se enfrentan, etc. Dichos conocimientos subjetivos han sido socializados de boca en boca, permitiéndoles distinguir un aborto completo de uno incompleto. Han implementado una última dosis de medicamento (4 pastillas de misoprostol), para los casos de abortos incompletos, de esta manera, las mujeres arrojan todos los restos intrauterinos, sin la necesidad de recurrir a clínicas para realizarse AMEU. Esta última dosis, además, baja los costos del procedimiento de aborto.</p> <p>No se da consejería sobre anticoncepción, pues consideran que son dos procesos diferentes; vida reproductiva y aborto. Su postura es muy crítica respecto a la doble moral de la iglesia católica, que influye negativamente en la vida privada de las mujeres. Afirmar que dar consejería sobre anticonceptivos <i>estigmatiza</i> al aborto, pues se le vincula con un “castigo” por tener relaciones sexuales sin protección.</p> | | | | |
| | Tipo de Acompañamiento | Protocolo de medicamentos utilizado | Límite de semanas de embarazo para acompañar | Protocolo de seguridad utilizado por las acompañantes | Perfil de mujeres acompañadas |
| <i>Misovarias Colectiva autogestiva CDMX</i> | <p>Se respaldan en el derecho a la información sobre salud sexual y en el derecho a la confidencialidad.</p> <p>Las mujeres las contactan por medio de Facebook o WhatsApp en un primer momento y el acompañamiento se da posteriormente vía</p> | <p>2 dosis de 4 pastillas de Misoprostol (200 mcg) sublingual. Cada 4 horas</p> <p>*De no arrojar todos los restos, se da a las mujeres una dosis adicional de misoprostol</p> | 12 semanas, algunas acompañantes dan información a las mujeres que desean interrumpir con embarazos en el segundo trimestre de gestación. | Dan acompañamientos a nombre personal. No dan sus apellidos ni otros datos personales. | Mujeres en edad reproductiva que las contactan vía telefónica desde distintas partes del país. |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|---|---------------------------------------|
| | <p>telefónica o de manera personal.</p> <p>No tienen miedo de mostrarse públicamente pues laboran en un contexto donde el aborto se encuentra despenalizado desde el 2007.</p> <p>Retoma las experiencias y aprendizajes de <i>Las Libres, Guanajuato</i>, adaptándolo al perfil de las mujeres atendidas.</p> <p>No dan consejería sobre anticoncepción.</p> | (400 mcg) sublingual. | | | |
| <i>Acompañamientos autogestivos</i> | <p>Acompañamientos muy diversos, en tanto que las mujeres que se acompañan son distintas y de varios estados.</p> <p>En la mayoría de los casos, el contacto es por medio de redes sociales, las mujeres las contactan porque buscan información sobre aborto medicamentoso en las redes sociales, lo que eventualmente las lleva a encontrar alguna acompañante que las informe en su proceso de aborto.</p> <p>No dan consejería sobre anticoncepción, a menos que las mujeres les pregunten sobre sus alternativas.</p> | <p>3 dosis de 4 pastillas de Misoprostol (200 mcg) sublingual.</p> <p>En ocasiones, si tienen a la mano el kit de MS de miso + mife, este es el protocolo utilizado.</p> | Depende de los límites personales que definan las acompañantes | <p>Cada mujer utiliza sus herramientas personales; algunas acompañan en las casas de las mujeres que abortan, creándose lazos de complicidad entre mujeres.</p> <p>Utilizan aplicaciones como <i>telegram</i> para comunicarse y como protección ante casos de acoso cibernético.</p> | Cualquier mujer en edad reproductiva. |

IPAS y Centro Las Libres (productores) y Montaña G. (director). (2013). El imparable acompañamiento [documental]. Guanajuato, México.

Lesbianas y Feministas por el Derecho a la información (2017) Sistematización de la experiencia del campamento “Por la autonomía de nuestros cuerpos” Campamento entre acompañantes en aborto San Cristóbal de las Casas, 13,14 y 15 de Octubre 2017.

MANUAL SORORARIO PARA ACOMPAÑANTES DE ABORTO



Manual sororario para acompañar abortos

ÍNDICE

1. ¿Qué es acompañar desde la sororidad? p. 2
 2. Código ético de acompañantes p. 3
 3. Objetivos de este manual p. 5
 4. Consideraciones p. 6
 5. Primer contacto p.8
 6. Identificando el número de semanas de embarazo p.11
 7. Antes de dar información sobre el uso de medicamentos para abortar p.14
 8. Compra del medicamento p.15
 9. ¿Cómo tomar el medicamento? p.17
 10. Manejo del dolor y síntomas esperados p.23
 11. Contención emocional p.25
 12. Verificar que sea un aborto completo p.26
 13. Seguimiento y cierre p.27
 14. Autocuidado p.28
-

Leyes que protegen el Derecho al Aborto p. 30

Preguntas frecuentes p. 31

Lista de Colectivas y Organizaciones de la Sociedad Civil en Chiapas p.32

1. ¿Qué es acompañar desde la sororidad?

El acompañamiento feminista durante procesos de aborto brinda seguridad, sostén e información ante la decisión de abortar de las mujeres, dentro de una relación de horizontalidad, complicidad y empoderamiento de ambas partes.

Se da en un entorno de *buentrato* y de empatía, pues reconoce a las mujeres como sujetas de derechos y protagonistas de su aborto, son ellas las que conocen su cuerpo, sus herramientas personales y saben quienes serán sus aliadas/os en la consecución de su aborto.

Es activismo político pues conduce a las mujeres a ejercer su derecho a la salud. Favorece su autonomía sexual y el acceso a las tecnologías que facilitan el aborto –misoprostol y mifepristona–, respetando las creencias y condiciones socio económicas de cada mujer.



2. Código ético de acompañantes

Las acompañantes construimos una nueva ética feminista amorosa, una contra resistencia ante la medicina hegemónica patriarcal y violenta.¹

Las acompañantes somos activistas políticas feministas y hacemos este trabajo de manera voluntaria.

Las acompañantes nos colocamos en un plano horizontal con las mujeres que abortan.

1. Basado en “Los Principios éticos fundamentales del yo”, en Lagarde, M. (1998). *Claves feministas para el poderio y la autonomía de la mujeres: Memoria*. Puentes de Encuentros.

Las acompañantes no nos ponemos en riesgo. Conocemos cuáles son nuestros límites para acompañar y sabemos decir *no* ante los casos que nos rebasan emocional o físicamente.

Las acompañantes tomamos medidas de autocuidado, pues sabemos que la labor que realizamos es emocionalmente desgastante.



3. Objetivos de este manual



1. Brindar una guía básica para las acompañantes de abortos de Chiapas.
2. Difundir saberes que las acompañantes han reunido en la experiencia.
3. Reconocer a la labor de acompañamiento como una labor necesaria, que se apoya en el uso de medicamentos eficaces y seguros para abortar.
4. Proponer medidas de autocuidado para acompañantes.
5. Reconocer y nombrar a las redes/ colectivas que realizan acompañamientos en Chiapas.

4. Consideraciones

- Esta guía está diseñada para las activistas que acompañan abortos con medicamentos en el estado de Chiapas. Se acompaña sólo a las mujeres que estén decididas a abortar.
- No pretende homogeneizar o estandarizar los acompañamientos, se trata de una herramienta que busca ser de ayuda para las acompañantes y puede adaptarse a distintos casos.
- El trabajo de acompañamiento es legal y se apoya en el derecho al aborto, nombrado en diversas leyes y tratados internacionales (ver anexo de Leyes Internacionales que legitiman el derecho al aborto). Es por tanto una labor de justicia social, pues sólo las mujeres de la CDMX tienen acceso a un aborto despenalizado.
- El acompañamiento es distinto a la consejería, pues se proporciona información a las mujeres sobre como abortar y son ellas las que toman las decisiones que mejor les convengan.
- El **misoprostol** es un medicamento no invasivo, eficaz y seguro para una variedad de usos obstétricos. Provoca contracciones en el útero, ocasionando la expulsión de su contenido, estos efectos se comparan con los de un aborto espontáneo. Puede usarse fuera del sistema de salud y se consigue de manera relativamente fácil en las farmacias.
- La **mifepristona** es un medicamento creado en los años 80's para interrumpir embarazos. También se utiliza para tratar la endometriosis, fibrosis e inducción al parto. El uso combinado de **misoprostol** y **mifepristona** es más eficaz para abortar (su índice de efectividad es del 91%). La combinación de estos dos medicamentos es el régimen utilizado en las clínicas especializadas para interrumpir legalmente embarazos en la Ciudad de México desde el 2007, probando ser seguro.





- Antes de comenzar a dar información a las mujeres es necesario establecer confianza y hacerles saber que se les acompañará de principio a fin en su proceso de aborto.
- Algunos casos se *saldrán* de los límites que previamente han identificado las acompañantes. Se les comunica que es posible hallar una solución por medio de otras organizaciones o colectivas aliadas, para que su aborto sea exitoso y no se comprometa su salud.
- En esta guía se describen distintos métodos medicamentosos para abortar. Asimismo, se menciona el protocolo a seguir en embarazos de más de doce semanas de gestación. La experiencia de varias colectivas demuestra que existe una necesidad de abortar en mujeres con embarazos tardíos. Es tu responsabilidad, identificar el límite de semanas que estás dispuesta a acompañar. La Organización Mundial de la Salud, ha publicado el régimen medicamentoso a seguir en estos casos, lo que demuestra que los medicamentos funcionan² y que estos procedimientos son seguros.



2 Manual Aborto sin riesgos de la OMS, publicado en el 2014, página 43
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1

5. Primer contacto

1. La primera vía de comunicación suele ser por redes sociales (WhatsApp, FB, etc.), solicita al menos una llamada telefónica con ella, para que el trato sea personal.
2. Hablar directamente con las mujeres que solicitan información sobre aborto con medicamentos. Esto permitirá crear un vínculo de confianza. También te permitirá identificar sus necesidades y las herramientas con las que cuentan para que su aborto sea exitoso. Si alguien más pide información sobre el procedimiento, pedir comunicación directa con ellas, pues son las que conocen su cuerpo.
3. Establece un clima de confianza utilizando un lenguaje sencillo. Comunícale que su nombre y los datos que te proporcione, serán confidenciales y que por ningún motivo los utilizarás, ni siquiera con fines académicos o científicos.
4. Exprésale que la acompañarás de principio a fin, aún cuando su caso sea complejo. Si identificas desde el principio que su caso *rebasa tus límites personales*, dile que no se preocupe, pues la pondrás en contacto con colectivas u organizaciones aliadas que le pueden acompañar sin prejuicios. Siempre hay una solución ante su decisión de abortar.





5. Escucha atentamente sus necesidades. La experiencia de las acompañantes, demuestra que la mayoría de ellas se encuentran ansiosas debido a los mitos y al estigmas alrededor del aborto. La mayoría de las personas, incluso médicos, desconocen el funcionamiento de los medicamentos para abortar.

6. Responde sus dudas con tranquilidad. Tu función como acompañantes es dar información sin estigmas, de esta manera las mujeres se tranquilizarán y harán la comunicación más sencilla.

7. Se honesta sobre el procedimiento y explícale que es un procedimiento sencillo pero más doloroso que una menstruación.

8. Evita enjuiciarla sobre su situación, evita preguntar sobre su contexto familiar, su pareja y sobre otras cuestiones personales no relacionadas con su proceso.

9. Explícale que acompañas de manera voluntaria y que no eres médica. Comenta que conoces esta información pues has acompañado otros casos o tú misma has abortado utilizando este método (según sea el caso). También puedes decirle que los abortos con medicamentos son sencillos pues incluso la Organización Mundial de la Salud ha declarado que es seguro utilizar estos medicamentos para abortar en casa. Esta información ha ayudado a mujeres de todo el mundo a abortar y consideras que es necesario que se difunda en países como México, donde solo en la CDMX está despenalizado.

10. En los casos en los que las mujeres estén preocupadas por la *situación legal del aborto*, puedes decirles que:

- a. Hay leyes internacionales que protegen al aborto como derecho.
- b. Es su derecho tener información sobre su salud.
- c. Otro argumento es el de la injusticia social, pues las mujeres de la Ciudad de México pueden abortar “legalmente” desde el 2007, utilizando el mismo procedimiento. En las clínicas especializadas se les proporciona el medicamento de manera gratuita y la toma de éstos la realizan en sus casas *¿por qué si ellas se encuentran en otro estado es ilegal?*

6. Identificando el número de semanas de embarazo

1. Bajo el entendido de que son las mujeres las que conocen su cuerpo, pregúntale:

a) ¿Cómo es que te aseguraste de que estás embarazada? ¿Qué tipo de prueba se realizó?, ¿fue una prueba de orina, de sangre o si se hizo un ultrasonido?, ¿cuántas semanas arrojó el estudio?

b) Pregúntale ¿cuál fue su última fecha de menstruación? El embarazo se empieza a contar a partir del primer día de su última menstruación. Hay calculadoras llamadas *gestogramas* en línea, algunas páginas que ofrecen calcular el tiempo de embarazo llaman al feto o producto “bebé”, también felicitan a las mujeres por ser madres, lo cual es estigmatizante, por eso recomiendo seguir estos links:

- <https://www.medicacenterfem.com/embarazo/calculadora-de-embarazo/>
- <https://es.calcuworld.com/calculadoras-de-embarazo/calculadora-de-semanas-de-embarazo/>

2. Si identificas que tienen menos de 12 semanas, es candidata para el aborto con medicamentos.

3. Si averiguas junto con la mujer que tiene casi 12 semanas (semana 11), explícale brevemente que el medicamento sólo funciona en 8 de cada 10 mujeres y que posiblemente tendrá que repetir la dosis, –de cualquier manera los medicamentos son eficaces hasta el segundo trimestre–.

4. Para los casos en los que las mujeres puedan/decidan viajar a la CDMX. Estos casos serán muy pocos pues son pocas las mujeres con recursos suficientes para viajar (ver anexo con la lista de clínicas especializadas en ILE de la CDMX). Para estos casos; explícales los procedimientos que ofrecen las clínicas especializadas en Interrupción Legal del Embarazo (ILE) de la Ciudad:

a) Para las mujeres de menos de 10 semanas, residentes de la CDMX: mifepristona + misoprostol, sólo el mife lo toman en la clínica, el miso lo toman en sus casas, regresando una semana más tarde para seguimiento médico.

b) Para las mujeres foráneas o de más de 10 semanas se les practica AMEU (Aspiración manual endouterina), es una aspiración del útero por medio de un tubo de plástico. En las clínicas de la CDMX todas las mujeres tienen derecho a un aborto de manera gratuita, incluso las mujeres que no son residentes. Los documentos a presentar en original y copia son tres; identificación oficial, comprobante de domicilio (presentando el del Chiapas se les da preferencia) e identificación oficial de acompañante (es un requisito ir acompañada).





5. Una vez identificado el número de semanas de gestación, *analiza si estás dispuesta a seguir adelante acompañando este caso.* Es necesario hacer esta pausa y recordar tus límites personales previamente establecidos. Recuerda que a pesar de que los medicamentos funcionan para embarazos de segundo trimestre, el desgaste al acompañar a las mujeres es mayor. Si es el caso canaliza a la mujer a alguien más que tenga más experiencia dando información sobre interrupciones de embarazo avanzadas y que esté dispuesta (ver anexo de OSC y colectivas aliadas).

7. Antes de dar información sobre el uso de medicamentos para abortar

Identifica, junto con la mujer, si cumple con las condiciones para que el medicamento tenga efecto.

| Es candidata para usar misoprostol o su combinación (mifepristona + misoprostol) | No es candidata |
|--|---|
| Ha comprobado que tiene un embarazo por medio de una prueba de orina, sangre o ultrasonido. | No ha comprobado su embarazo por medio de una prueba (orina, sangre o ultrasonido) |
| Su embarazo es menor a 12 semanas. Se puede utilizar misoprostol de manera segura en embarazos de hasta 15-16 semanas, pero la efectividad baja. | Tuvo una cesárea recientemente (menos de 6 meses) |
| Ha ubicado un servicio de emergencias en caso de tener una hemorragia, (la posibilidad es mínima, sin embargo es necesario) | Tiene un DIU. Debe retirárselo antes de seguir el procedimiento, si no lo retira la probabilidad de que queden restos en el útero incrementa. El DIU puede retirarse fácilmente jalándolo fuera del canal cervical. |
| Cuenta con un espacio en el que descansar y ha identificado a las personas aliadas que le pueden acompañar en el proceso de aborto. | Tiene embarazo ectópico, en estos casos el medicamento no funcionará pues el embarazo se encuentra fuera de la matriz. Preguntarle si ha tenido embarazos ectópicos antes o si tiene un dolor repentino e intenso en el vientre. Otros síntomas para detectar son sangrados vaginales, mareos, desmayos y palidez. No obstante es necesario que se realice un ultrasonido para descartar embarazo ectópico. |
| | Tiene anemia severa o sabe que tiene un trastorno de la sangre como Porfiria. |

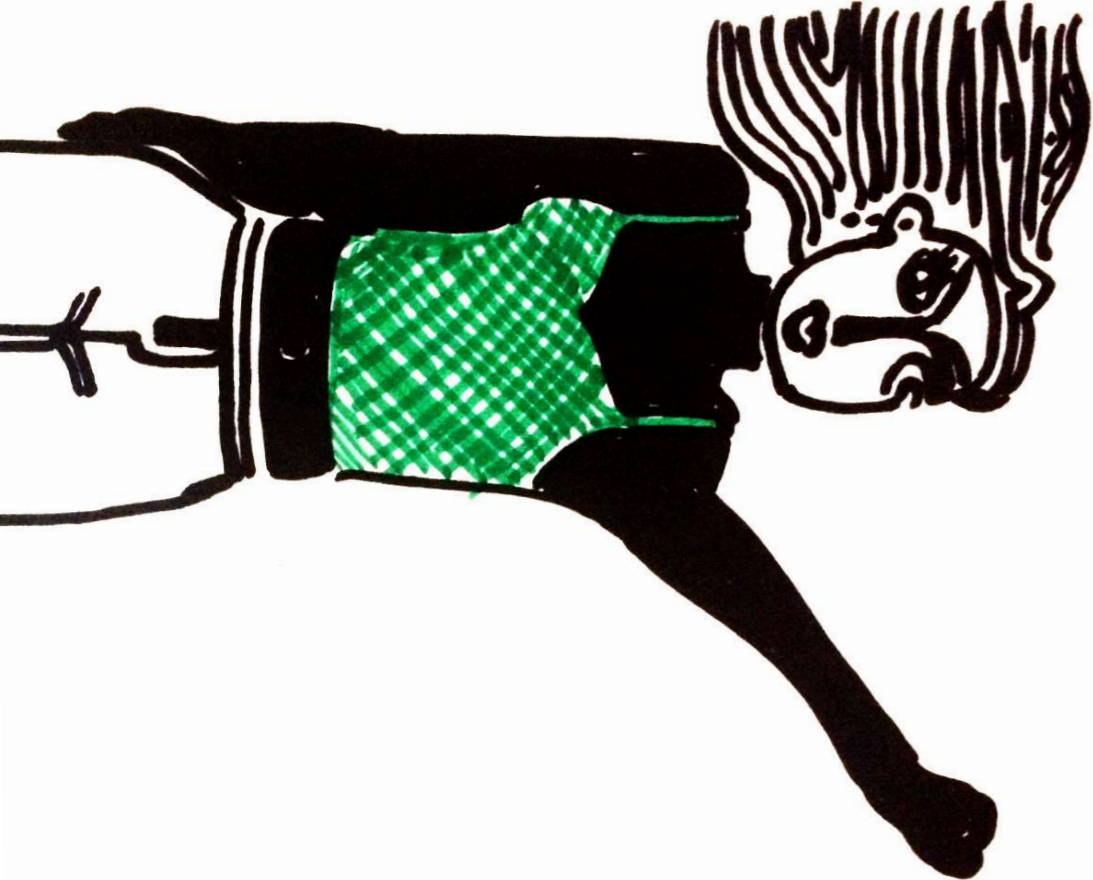
8. Compra del medicamento

Una vez identificado el número de semanas de embarazo, así como las condiciones necesarias para un aborto con medicamentos, puedes comenzar a dar información sobre la compra del misoprostol o de su combinación (mifepristona + misoprostol).

El *misoprostol* es un medicamento **no** controlado, ya que se utiliza para la artritis y para tratar úlceras gástricas, se puede conseguir sin receta médica en cualquier farmacia. Los nombres bajo los cuales se comercializa, son los siguientes;

- Cytotec de Pfizer: (\$1500- 3,300 aprox.).
- Taneciprol de DKT: (\$569 aprox.) en Farmacias del Ahorro.
- Cyrux: (\$550 aprox.) en Farmacias similares.

La recomendación es comprar el medicamento en supermercados o en grandes cadenas (por ejemplo Chedraui, Farmacias Similares), no pueden negar la venta del medicamento pues no es un antibiótico.



Otra opción es conseguir la *combinación misoprostol + mifepristona*. Colectivas y acompañantes de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, tienen acceso a un kit de mife más miso, pero es necesario ponerse en contacto con ellas (ver directorio de organizaciones aliadas). La ventaja de usar esta combinación es que la efectividad aumenta, y los síntomas adversos del misoprostol solo, disminuyen.

Una vez tomada la mifepristona, el aborto comenzará pues este medicamento detiene la producción de la progesterona, hormona del embarazo. El misoprostol, por su parte produce contracciones que hacen que el útero se vacíe. Esta combinación tiene un índice de efectividad del 98%. ³

³ Ramón Michel, A. y Ariza Navarrete, S. (2017). *Misoprostol, Entre la indolencia y el sesgo, el derecho de las mujeres a beneficiarse de los avances científicos en materia reproductiva*, Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro

9. ¿Cómo tomar el medicamento?

Antes de explicar el protocolo de ingesta de medicamentos para inducir el aborto, dile que el aborto es un derecho y que la información que les darás es importante para su salud.

Refuérzale la idea de que los medicamentos son seguros pues hasta la Organización Mundial de la Salud ha declarado que las mujeres pueden usarlos sin consecuencias adversas en sus casas. Las clínicas de ILE en la ciudad de México utilizan el mismo protocolo medicamentoso.

Un ejemplo es este:

“La información que te daré es importante para tu salud, y es tu derecho saberla. La forma de tomar los medicamentos ha sido recomendada por la OMS y es la misma que utilizan las mujeres en las clínicas especializadas de la CDMX, la experiencia de allá es que no se requiere permanecer en una clínica, es decir puedes tomar los medicamentos en tu casa sin ningún problema”.

Antes de tomar los medicamentos:

- Asegúrate de seguir comunicada con la mujer que acompañas. Dile que tú estarás pendiente por whatsapp o por teléfono de su proceso. Exprésale que es necesario por la seguridad y la tranquilidad de ambas, el permanecer en constante comunicación. Recomiéndale estar en un lugar en el que se sienta cómoda con un baño cerca, pues necesitará al menos 12 horas para comenzar el sangrado y la expulsión.
- Si es el caso, pídele que identifique a una persona de confianza que esté pendiente del procedimiento; amiga, hermana, etc. (en algunos casos las mujeres no cuentan con nadie que les acompañe o no quieren que nadie sepa de su aborto, el acompañamiento que se dará es más intenso y es más responsabilidad para las acompañantes). En este momento, te sugiero que pienses de nuevo en tus límites personales.
- Menciónale que es mejor tomar los medicamentos durante el día, pues en la noche será más difícil notar la cantidad de sangrado que se está teniendo.
- Recomienda que coma ligero y tome muchos líquidos, la efectividad de los medicamentos aumenta cuando se toman más agua.
- Diseña un plan de acción con la mujer, por si el proceso llega a complicarse, contar con dinero extra para tener a la mano el teléfono de un taxi o de alguien que pueda trasladarla a un hospital cercano (el peligro de sangrar excesivamente es mínimo, pero existe).
- Además de los medicamentos (mife y miso), necesitarán toallas sanitarias normales, medicamentos para el dolor (sólo ibuprofeno o ketorolako, *no* aspirina) y para controlar diarrea (lomotil) y náuseas (dramamine).

Dependiendo del caso, explicar el protocolo de ingesta para misoprostol solo o la combinación de mifepristona + misoprostol recomendado aquí (es el mismo de la OMS). En algunos casos, las mujeres llaman con un aborto en curso y ya han tomado las pastillas, también puede darse el caso de mujeres con embarazos avanzados, que están decididas a interrumpir aún sin acompañamiento de ningún tipo.

Aquí se describen tres protocolos distintos:

- 1. Aborto con misoprostol solo.**
- 2. Aborto con misoprostol y mifepristona.**
- 3. Aborto con medicamentos para embarazos de entre doce y hasta quince semanas.**

1. Aborto con misoprostol solo (hasta doce semanas de gestación)

1. Colocar dos pastillas de 200 mcg (microgramos) debajo de la lengua (Vía sublingual).
2. Esperar tres horas y colocar otras dos pastillas, de 200 mcg debajo de la lengua.
3. Repetir hasta completar cinco dosis de misoprostol. En total son cinco dosis de 200 mcg.
4. Se utilizan 10 pastillas en total (5 dosis x 200mcg = 1000 mcg). El proceso empezará en las siguientes 24 horas.

Vía sublingual:



Misoprostol vía sublingüal

Aborto con misoprostol + mifepristona (hasta doce semanas de gestación)

1. Tomar mifepristona (200 miligramos) vía oral.
2. Después de 24 horas, colocar 4 pastillas de misoprostol (200 mcg) vía bucal (2 pastillas de un entre el cachete y la encía y dos del otro lado). Después de media hora pasar los restos de las pastillas con agua. En este momento se toman las pastillas para el dolor.
3. En total una pastilla de mifepristona de 200 mg, más 4 pastillas de misoprostol (4 dosis x 200mg = 800mg).

Mifepristona



1. Mifepristona vía oral (tragadas)



2. Misoprostol vía bucal

Aborto con medicamentos para embarazos de más de doce semanas y hasta 15 semanas

| Con misoprostol | Con mifepristona y misoprostol. |
|---|--|
| <p>1. Colocar dos pastillas de 200 mcg debajo de la lengua (2x 200 mcg = 400mcg).</p> <p>2. Esperar cuatro horas y colocar otras dos pastillas debajo de la lengua.</p> <p>3. Repetir hasta completar 5 dosis de misoprostol cada cuatro horas. En total son cinco pastillas de 200 microgramos (mcg), se utilizan 10 pastillas de misoprostol (5x200 mcg= 1000mcg). El proceso empezará en las siguientes 24 horas.</p> | <p>1. Tomar una pastilla de mifepristona (200 miligramos) vía oral.</p> <p>2. Después de 36- 48 horas de la toma del mife, colocar sublingualmente dos pastillas de 200 mcg de misoprostol.</p> <p>3. Repetir la toma del misoprostol tres horas después hasta completar cinco dosis. Se utilizarán 10 pastillas de misoprostol de 200 microgramos (mcg) (5x200mcg = 1000 mcg).</p> |

*Es importante conocer estos protocolos ya que en algunos casos, mujeres con embarazos de más de doce semanas hacen contacto después de iniciar la ingesta de medicamentos.

10. Manejo del dolor y síntomas esperados

Todas las mujeres son distintas en cuanto a la cantidad de dolor que experimentan, puedes decirle que el dolor que experimentará será mayor al de una menstruación por las contracciones que produce el miso. Ayuda decirles que los cólicos que experimentarán serán mayores a los de una menstruación normal, pero no intolerables.

Si se evita hablar sobre este punto, la ansiedad y los dolores que sientan, alargarán el proceso de expulsión y desviarán la atención de las señales de alerta. Reafírmale que antes de iniciar la toma del **misoprostol** es necesario que tomen ibuprofeno para el dolor o **ketorolaco**.

Explícale que el misoprostol produce contracciones uterinas que harán que se vacíe su útero, por consiguiente tendrá dolores mayores a los de una menstruación normal. En una menstruación normal las mujeres tomamos **syncol** para disminuir el dolor pero en este caso harán que los cólicos disminuyan y no es el efecto que buscamos. Reafírmale que evite el uso de **syncol**, en vez de este puede tomar ibuprofeno (400 mg cada 6 horas) o si es el dolor es más intenso de (800 mg cada 6 horas). También puede tomar ketorolaco (dos pastillas debajo de la lengua de 30 mg).



Los síntomas **normales**, derivados de la toma del misoprostol son:

- Sangrado más abundante que el de una menstruación, con coágulos y tejidos. El olor y el sangrado son los mismos que los de una menstruación.
- Dolor y cólicos mayores a los de una menstruación. Se puede tomar **ibuprofeno** (de 400 o 600 mg) cada 6 horas. No tomar pastillas para cólicos menstruales pues reducen los efectos del misoprostol.
- Diarrea, náuseas y escalofríos. Para evitar estos síntomas se aconseja tomar estos medicamentos media hora antes de ingerir el miso:
 - Para la diarrea tomar **2 pastillas de Loperamida (Lomotil)**.
 - Para las náuseas tomar **1 pastilla de Dramamine**.
 - Fiebre leve de no más de 38 grados que dure un día.
 - Escalofríos, tomar **ibuprofeno (de 400 o 600 mg) cada 6 horas..**

Después de estos síntomas el sangrado continuará unos días y hasta tres semanas. El sangrado varía considerablemente en cada mujer. Aun con el sangrado, la fertilidad vuelve a la normalidad.

Los síntomas de **alerta** son:

- Fiebre de más de 38 grados por más de 24 horas, esto es signo de infección.
- Dolor fuerte en abdomen o en ovarios que no se quita después de 48 horas de usar misoprostol.
- Olor y color de sangrado distinto al normal, puede tratarse de una infección.
- Llenar de sangre 4 toallas en dos horas seguidas.

Si presentan algún síntoma de alerta pueden presentarse en cualquier hospital diciendo que está teniendo mucho sangrado acompañado de fiebre o escalofríos. Dile a la mujer que si llega a acudir a un hospital público o privado exprese que no sabe que es lo que sucedió y que no sabía que estaba embarazada en primera instancia, esto les dará seguridad pues el aborto medicamentoso es idéntico al de un aborto espontáneo y no hay manera de identificar la toma de medicamentos.

11. Contención emocional

Algunas mujeres viven el aborto con culpas, remordimiento, tristeza o arrepentimiento por haberse embarazado sin planearlo. El sistema patriarcal, hace que el proceso de aborto represente un conflicto o una crisis en la vida de algunas mujeres, cuando en realidad tendrían que experimentar este proceso como uno más en su salud y en su vida reproductiva.

Por tal motivo la labor de las acompañantes es **reafirmarles** que la decisión que tomaron es la correcta pues son ellas las saben que es lo mejor para sus vidas. Algunas mujeres ya cuentan con los recursos materiales y económicos para la consecución de su aborto, pero requieren la validación de una persona externa. En estos casos el acompañamiento valida una decisión que ellas ya han tomado y funge como vía para el ejercicio de sus derechos.

Otra de las labores es **escucharles activamente**, sin juicios. Es recomendable no hablar más de la cuenta, es decir escucharles primero para contestarles según sus necesidades.

Se recomienda utilizar un **lenguaje respetuoso** con ellas, evitar el uso de palabras hirientes o estigmatizantes.

En el contexto mexicano donde la mayor parte de la población sigue siendo católica, se vuelve vital respetar las creencias religiosas. Por eso, si detectas que la mujer experimenta culpa sobre la decisión que está tomando, puedes hablarle de un dios amoroso que comprende sus decisiones y las respeta.

La contención emocional se puede adaptar a cada caso, pero en primera instancia tiene que contener los elementos antes descritos, reafirmar la decisión de las mujeres, escucha activa y lenguaje respetuoso.

12. Verificar que sea un aborto completo

Algunos de los síntomas que denotan que las pastillas *no* tuvieron efecto, son los siguientes:

- No se produjo sangrado, en tales casos no se expulsó el saco gestacional y no se produjo un aborto. Puedes indicarles que repitan las dosis, pero esperando unos días, a algunas mujeres los efectos de las pastillas tardan más de la cuenta.
- Si hay dolor en el estómago o en el bajo vientre y no se produjo sangrado, se debe descartar la posibilidad de un embarazo ectópico, por medio de un ultrasonido. Subráyales que en estos casos su aborto sólo se puede resolver asistiendo a una clínica para que interrumpan su embarazo por medio de cirugía. El embarazo ectópico es una emergencia médica y su caso será prioridad.

Dos semanas después del procedimiento con medicamentos se puede realizar un ultrasonido para verificar que el útero esté vacío. Para las mujeres que no cuentan con dinero para realizárselo, les puedes decir que compren una prueba de orina, estas pruebas detectan la hormona presente en el embarazo, por tal motivo es necesario esperar tres semanas.

13. Seguimiento y cierre

Es importante mantenerse en comunicación con las mujeres que se acompaña, aún cuando el aborto sea exitoso y sin complicaciones. Algunas mujeres, cuando verifican que ya no están embarazadas, vuelven a su vida normal, algunas no quieren hablar más del tema.

Sin embargo es necesario establecer desde un inicio, que la comunicación entre acompañante y acompañada es muy importante pues de esta manera se resuelven las posibles complicaciones de cada caso y las dos estarán tranquilas.

Acuerda con la mujer que acompañarás, cuál será el horario en el que se podrán poner en contacto según sus tiempos y espacios. Asimismo acuerda una fecha tentativa para hablarle y verificar que se encuentre bien, una vez completado su proceso de aborto.

Cerrar cada caso es importante por autocuidado para ambas partes.

14. Autocuidado

El autocuidado es muy importante en un acompañamiento sororario. El acompañamiento de aborto busca ser amoroso para con las mujeres que buscan abortar y al mismo tiempo, busca que las acompañantes como activistas no nos desgastemos emocionalmente.

Algunas medidas de autocuidado que podemos adoptar son las siguientes:

Analizar qué casos estamos dispuestos a acompañar y que casos por nuestra historia de vida, no estamos dispuestas a acompañar.

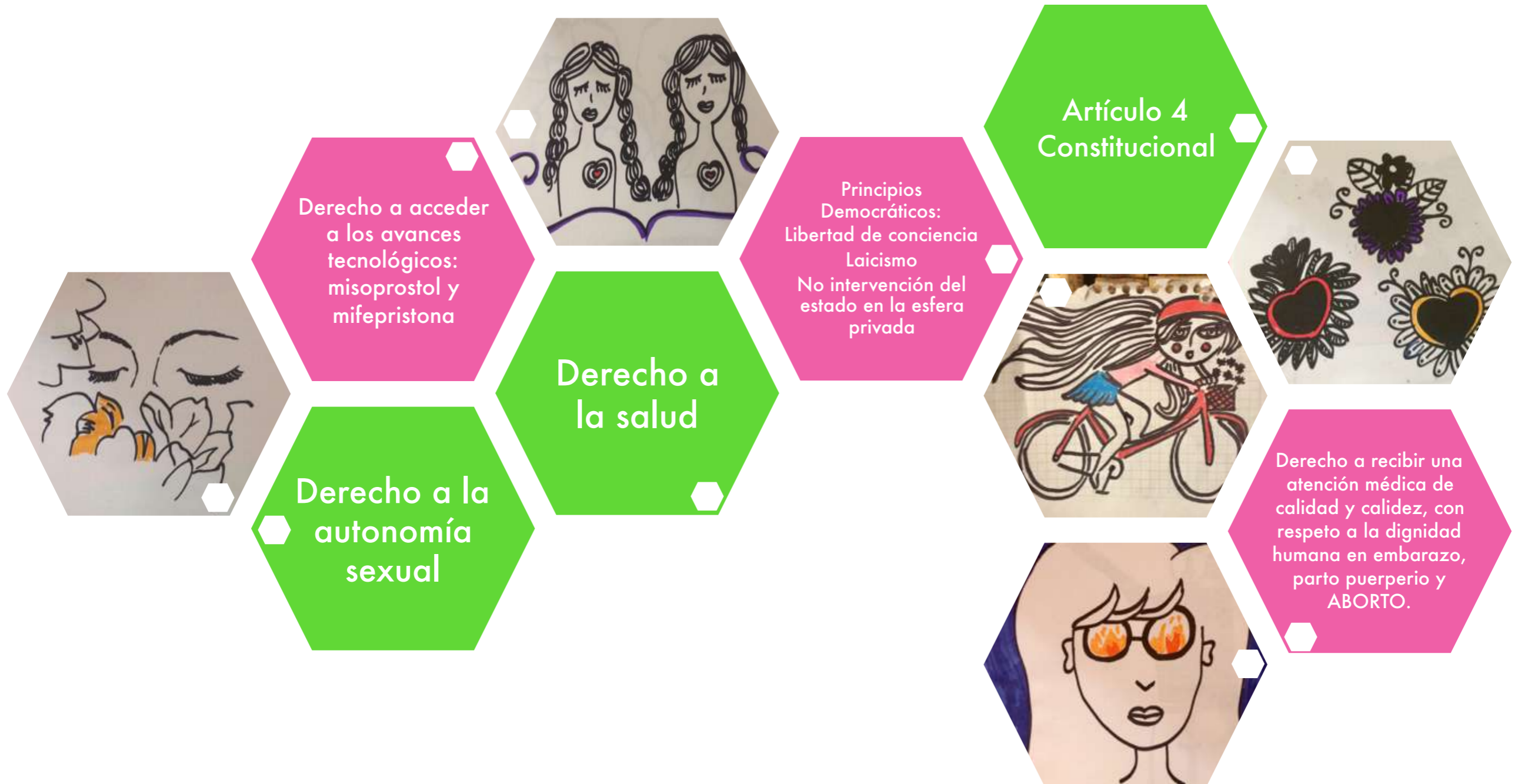
Disponer qué días de la semana estás dispuesta a invertir tu tiempo y energía en el acompañamiento.

Acompañarte de otras mujeres y disfrutar de tu tiempo libre. Evita hablar de los casos complejos que te ha tocado acompañar. Recuerda poner en el centro a el disfrute.

Al mismo tiempo acompañarte de mujeres activistas de aborto. Es necesario contar con una red de mujeres que cuenten con los saberes y la información necesaria para resolver casos complejos. No necesitas contar con toda la información para acompañar. No necesitas resolver todo tú.



Leyes que respaldan el derecho al aborto:



Preguntas frecuentes:



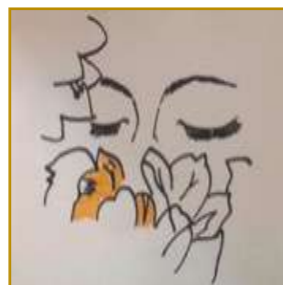
¿Pueden detectar qué tomé pastillas?
Ni médicos, ni enfermeras pueden distinguir entre un aborto espontáneo y aborto inducido con pastillas.

¿Se puede complicar un aborto inducido con pastillas?
El misoprostol funciona con 9 de cada diez mujeres sin ninguna complicación. El aborto con pastillas es seguro hasta las 12 semanas.



Si tuve poco sangrado, ¿funcionaron las pastillas?
El misoprostol provoca sangrado abundante. Si no se presentaron coágulos en el primer día, lo más probable es que no haya funcionado, se puede repetir la dosis 48 horas después.

¿Se pueden usar los medicamentos después de la semana 12?
Sí pero las complicaciones aumentan. Es mejor ponerse en contacto con acompañantes experimentadas.



¿Si me realizo una prueba de embarazo en orina, qué pasará?
Las pruebas de embarazo pueden resultar positivas hasta 3-4 semanas después del procedimiento. Las hormonas de embarazo pueden seguir en sangre. Para mejorar el resultado se recomienda realizarse un ultrasonido.

Organizaciones de la Sociedad Civil que Acompañan en Chiapas



**Jóvenes
Católicas por
el Derecho a
Decidir San
Cristóbal de
las Casas**

**Teléfono:
967 142 78 59**



**Línea aborto
Chiapas**

**Teléfono:
55 82 31 24 72**



DDSER Chiapas

**Teléfono:
55 74 68 74 59**