



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y

ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS

EL ABORTO - LA GRAN CONTRADICCIÓN.

¿LEY O VIDA?

MONOGRAFÍA POR INVESTIVACIÓN DOCUMENTAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN SISTEMAS COMERCIALES

PRESENTA:

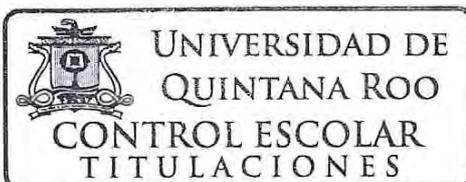
ALONDRA CAHUM DZUL

DIRECTOR:

DR. JOSÉ LUIS GRANADOS SANCHEZ



Chetumal, Quintana Roo, Octubre de 2018





UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS

Trabajo monográfico elaborado bajo la supervisión del comité de asesoría y aprobado como requisito parcial, para obtener el grado de:

LICENCIADA EN SISTEMAS COMERCIALES

COMITÉ

DIRECTOR: _____


Dr. Jose Luis Granados Sánchez

ASESOR: _____


Dr. José Luis Esparza Aguilar

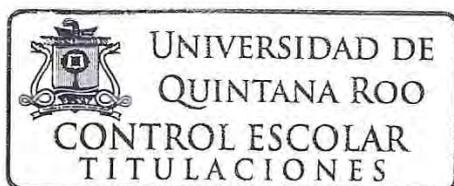
ASESOR: _____


Dr. José Luis Zapata Sánchez



Universidad de
Quintana Roo

Division de Ciencias Sociales y
Económico Administrativas



Chetumal, Quintana Roo a 02 de octubre de 2018

DEDICATORIA

A Dios por darme vida, salud y fuerza para continuar.

A mi padre que ahora es mi Ángel y me cuida desde el cielo.

A mi hermosa madre que ha dado todo por mí.

A mi esposo que me ha acompañado en este caminar.

A mi hijo Zarek que lleno mi vida de felicidad y ha sido mi principal motor.

A mi hija Amaia que ha llegado a darme una doble felicidad.

A mis hermanos que han sido factor importante de este triunfo.

¡Gracias infinitas!

¡Los amo inmensamente!

Alondra Cahum Dzul

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por permitirme concluir con este proyecto que había detenido por la pérdida de mi padre, no había podido tocar este trabajo sin que me doliera el corazón, siempre he dicho que sus tiempos son perfectos y es por eso que le doy gracias; por darme la serenidad y valor que necesitaba para continuar.

Gracias a mi padre Prudencio Celestino Cahum Petul, que ahora es un Ángel en el cielo, una estrella más brillando en el firmamento, él me enseñó a luchar y pelear por las cosas, me enseñó a no rendirme y a levantarme siempre de mis fracasos, me enseñó el valor de la vida y el costo de ella; y ahora en su ausencia, comprendo sus enseñanzas y los valores que me dio, pues me preparaba para ser una mujer de bien. Me hubiera encantado que estuviera conmigo compartiendo este triunfo, verlo una vez más sería uno de los regalos más grandes que pudiese tener, sin embargo, estoy segura que él estará a mi diestra dándome el soporte que necesito. Besos hasta el cielo papito lindo.

Doy gracias a mi madre María del Socorro Dzul Caamal por haberme dado el don de la vida, por estar conmigo en cada paso que he dado, por cada triunfo y derrota, por limpiar mis lágrimas y heridas, por sus abrazos y sus palabras de aliento cada vez que sentía que declinaría, por ese amor de madre incondicional y único que solo ella sabe brindar, por ayudarme a tejer mis alas y enseñarme a volar, pido a Dios me la preste muchos años más, pues ella es mi fuerza, mi temple, mi todo. Gracias mamita linda, me falta la vida para devolverte todo cuanto has hecho por mí, te amo.

También agradezco a mi pequeña familia; a mi esposo Carlos Jiménez por caminar conmigo en esta aventura, por la fuerza y motivación que me ha brindado para seguir adelante, por la paciencia y el amor, pero sobre todo; por no soltar mi mano a pesar de todas las circunstancias que hemos atravesado. Gracias a mi hijo Zarek, por darme la dicha de ser madre por primera vez, por su amor incondicional, por tenerme paciencia y enseñarme tanto de la vida, pues a su corta edad me ha dado grandes lecciones, también agradezco a mi hija Amaia; por haber llegado a mi vida para complementar mi felicidad y terminar de llenarme el corazón, el alma y la vida.

De igual manera, agradezco infinitamente a mis hermanos Sandy, Henry, Ulises y Emmanuel por el simple hecho de ser mis hermanos, por todos los momentos brindados y sus palabras de aliento cuando lo necesité. En especial agradezco a mi hermana por ser mi compañera de vida, mi confidente, pero sobre todo por ser mi alma gemela.

Por último pero no por eso menos importante, agradezco infinitamente todas las enseñanzas de mis maestros a lo largo de mi formación académica, pero en especial agradezco al Dr. José Luis Granados Sánchez, al Dr. José Luis Esparza Aguilar y al Mtro. José Luis Zapata Sánchez por todo el apoyo brindado, por su tiempo, por su dedicación pero sobre todo por su confianza al aceptar ser mis sinodales y compartir conmigo sus conocimientos para poder lograr este objetivo. ¡Muchas gracias!

RESUMEN

Autor: Alondra Cahum Dzul.

Título: El Aborto – La Gran contradicción. ¿Ley o Vida?

Institución: Universidad de Quintana Roo.

Grado: Licenciatura en Sistema Comerciales.

Año: 2018

El objetivo del presente trabajo monográfico es conocer cuáles son los factores fundamentales que llevan a una mujer en gestación a pensar sobre la posibilidad de un aborto, así como las consecuencias que puede tener sin importar si es legal o ilegal.

La monografía se integra de cinco capítulos los cuáles están conformados de la siguiente manera; el primer capítulo describe que es el aborto de manera generalizada, la problemática que ha provocado dicho tema y cuál es la importancia de conocer todo sobre ello; el segundo capítulo da conocer las definiciones de aborto, embarazo y feto en términos científicos y describe de manera detallada las etapas de cada uno de ellos; el tercer capítulo analiza el tema desde distintos puntos de vista (físico, moral, psicológico, religioso, etc.), y en el último capítulo conoceremos los factores y determinantes que han influido para que una mujer opte por abortar y las medidas que se pueden implementar para disminuir dicha práctica.

CONTENIDO

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES	6
Introducción	6
Problemática.....	11
Justificación.....	15
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	16
Definición del aborto:	16
Definición del embarazo:	16
Definición del feto o embrión:	17
El embarazo.....	18
Etapas del embarazo.....	18
El embarazo no deseado	25
El embarazo en adolescentes.....	27
El aborto	30
Historia.....	31
Etiología	33
Principales factores que influyen en la decisión del aborto	34
Tipos de aborto.....	36
Tipología del aborto	39
Consecuencias del aborto	42
El aborto y la iglesia.....	46
El aborto como problema social.....	47
El aborto como problema de salud pública	48
CAPÍTULO 3. MARCO LEGAL	51
El aborto en la legislación humana	51
Los derechos humanos y las normativas referidas a la protección de la vida.	52
La despenalización del aborto en México	61
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS	70
CAPÍTULO 5. CONCLUSIÓN	79
BIBLIOGRAFÍA	82

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

Introducción

El aborto es un procedimiento muy restringido legalmente y actualmente se lleva a cabo de manera clandestina en todo el país excepto en la Ciudad de México; desde abril del 2007 la interrupción del embarazo es legal en la ciudad de México si se lleva a cabo dentro de las primeras 12 semanas de gestación, esto se convirtió en una decisión histórica para las mujeres de esa ciudad (Guttmacher, 2008).

En el año 2006 se estima que se llevaron a cabo 874,747 abortos inducidos, lo cual indica que cada año, un número aún mayor de mujeres mexicanas tienen embarazos no planeados. La tasa anual de abortos inducidos en México es de 33 abortos por cada 1,000 mujeres de 15 a 44 años; una cifra ligeramente superior al promedio que se reporta para América Latina (31 por 1,000). A nivel nacional, ocurren aproximadamente 44 abortos por cada 1,000 nacidos vivos. En 2006, la Ciudad de México y las regiones Norte y Centro del país reportaron tasas de abortos similares (34-36 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva). Esta tasa fue sustancialmente menor en la región Sureste (25 por 1,000), el área menos desarrollada del país. Esta menor tasa de aborto en la región Sureste es consistente con otros indicadores sociales y demográficos: comparada con el resto del país, el Sureste es una zona más rural, menos desarrollada, que cuenta con niveles de escolaridad más bajos y un porcentaje mayor de población de origen indígena (Guttmacher, 2008).

La interrupción legal del embarazo (ILE) se lleva a cabo en los Hospitales de la Secretaría de Salud del DF, y a continuación se presentan en los Cuadros 1 y 1.1, los datos estadísticos de las ILEs realizadas a partir de abril del 2007.

Cuadro 1. ILES 2007-2013

Cifras sobre la Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México De abril 2007 al 30 de diciembre de 2013																									
Concepto	Cifras																								
Total de ILE realizadas en el DF después de la legalización del 24 de abril del 2007 al 31 de diciembre 2013	113,111																								
<p>Número y porcentaje de ILE 2007-2013</p> <table border="1"> <caption>Data for Pie Chart: Número y porcentaje de ILE 2007-2013</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Número de ILE</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007</td> <td>4,799</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>13,404</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>16,475</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>16,945</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>20,319</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>2012</td> <td>20,482</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>20,687</td> <td>18%</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Número de ILE	Porcentaje	2007	4,799	4%	2008	13,404	12%	2009	16,475	15%	2010	16,945	15%	2011	20,319	18%	2012	20,482	18%	2013	20,687	18%
Año	Número de ILE	Porcentaje																							
2007	4,799	4%																							
2008	13,404	12%																							
2009	16,475	15%																							
2010	16,945	15%																							
2011	20,319	18%																							
2012	20,482	18%																							
2013	20,687	18%																							
<p>Lugar de residencia</p> <ul style="list-style-type: none"> * Distrito Federal = 73% * Estado de México = 23.6% * Otros estados y extranjeras = 3.4% 	<p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> * 11 a 14 años = 0.7% * 15 a 17 años = 4.7% * 18 a 24 años = 47.8% * 25 a 29 años = 22.2% * 30 a 34 años = 13.2% * 35 a 39 años = 7.9% * 40 a 44 años = 2.8% * 45 a 54 años = 0.1% * Sin registro = 0.6% 	<p>Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> * Primaria = 8.7% * Secundaria = 32.7% * Preparatoria = 39.1% * Superior = 17% * Técnico = 0.6% * Ninguna = 1.9% 																							
<p>Número de hijos</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sin hijos = 34% * 1 hijo = 26.2% * 2 hijos = 22.8% * 3 hijos = 10.8% * Más de 3 hijos = 6.2% 	<p>Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none"> * Soltera = 51.4% * Casada = 15.3% * Divorciada = 3.4% * Unión libre = 28.9% * Viuda = 0.3% * Sin dato = 0.7% 	<p>Ocupación</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hogar = 36% * Estudiante = 24.5% * Empleada = 23.2% * Desempleada = 5.3% * Comerciante = 4.5% * Otra = 4.5% * Doméstica = 1.3% * Profesionalista = 0.4% * Obrera = 0.2% 																							
<p>Método Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> * Misoprostol = 69% * AMEU* = 28% * LUI* = 3% <p>*AMEU = <i>Aspiración Manual Endouterina</i> *LUI = <i>Legrado Uterino Instrumentado</i></p>	<p>Semana de gestación</p> <ul style="list-style-type: none"> * > 4 semanas = 4.3% * 5 semanas = 9.3% * 6 semanas = 16.5% * 7 semanas = 20.5% * 8 semanas = 16.3% * 9 semanas = 13.3% * 10 semanas = 10.3% * 11 semanas = 7.7% * 12 semanas = 1.8% 	<p>Seguridad Social</p> <ul style="list-style-type: none"> * Gratuita = 33.8% * Otra = 57.9% * IMSS = 7.1% * ISSSTE = 1.2% * Pemex = 0.1% * Sedena y Semar = 0% 																							
<p>Reincidencia</p> <ul style="list-style-type: none"> * Porcentaje de mujeres que se han realizado más de una ILE = 2.09% 	<p>Religión</p> <ul style="list-style-type: none"> * Católica = 62.8% * Cristiana = 2.1% * Otras = 1.3% * Ninguna = 33.8% 																								
<p>Anticonceptivos Post-ILE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Condón = 7.1% * Pastillas = 11.4% * DIU = 28.8% * OTB = 3.1% * Inyectable = 5.3% * No acepto = 15.4% * Otro = 28.9% 	<p>Personal que participa en el proceso de ILE en las Unidades Médicas y Centro de Salud de la Red de Hospitales del Gobierno del Distrito Federal (al 30 de septiembre de 2013).</p>	<p>Médicos: 19 Enfermeras: 32 Trabajadoras sociales: 17</p>																							

Fuente: Elaboración propia con datos del GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). Diciembre 2013

Cuadro 1.1. ILES por año y entidad

Interrupciones Legales del Embarazo por año y entidad	
Año	Número
2007 Mayo a diciembre de 2007	Total: 4,799 DF (4,179 mujeres = 87%) Edo. De México (540 mujeres = 11%) Otro (80 mujeres = 2%)
2008	Total: 13,404 DF (10,137 mujeres = 76%) Edo. De México (2,865 mujeres = 21%) Otro (402 mujeres = 3%)
2009	Total: 16,475 DF (12,221 mujeres = 74%) Edo. De México (3,780 mujeres = 23%) Otro (474 mujeres = 3%)
2010	Total: 16,945 DF (12,217 mujeres = 72%) Edo. De México (4,064 mujeres = 24%) Otro (664 mujeres = 4%)
2011	Total: 20,319 DF (14,390 mujeres = 70.8%) Edo. De México (5,187 mujeres = 25.5%) Otro (737 mujeres = 3.5%)
2012	Total: 20,485
2013	Total: 20,687

Fuente: Elaboración propia con datos del GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). Diciembre 2013

El acceso al aborto legal y seguro es parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho las mujeres. El acceso se fundamenta en los derechos a la vida; la salud; la integridad física; la vida privada; la no discriminación y la autonomía reproductiva de las mujeres. Estos derechos se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales en materia de derechos humanos (GIRE, 2013).

En México, el aborto es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, es decir que en determinados casos, a las personas que llevan a cabo un aborto, no se les impone una sanción, estas exclusiones varían dependiendo de la entidad federativa. El Distrito Federal (DF) es la única entidad federativa donde el aborto es legal en las primeras doce semanas de gestación. Asimismo, el aborto en casos

donde el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país. Sin embargo, el acceso de las mujeres a la interrupción de un embarazo depende del lugar de residencia, del grupo socioeconómico al que pertenezcan, del nivel de información que tengan y del estigma en su entorno social (GIRE, 2013).

Cuando los servicios de aborto son inaccesibles para las mujeres que los necesitan o cuando las leyes de aborto son restrictivas, los Estados pueden ser responsables por las violaciones a los derechos humanos de las mujeres. La falta de acceso al aborto legal y seguro, es una violación a los derechos reproductivos de las mujeres y tiene un impacto negativo en el ejercicio de sus derechos humanos, sus oportunidades de vida y su futuro (GIRE, 2013).

Tomando en cuenta todo lo anterior, es necesario mencionar que en el tema del aborto la iglesia tiene mucho peso, es por ello que la legalización del aborto en varias partes del país aún no se ha concretado, ya que la iglesia continúa siendo el principal obstáculo para que las mujeres puedan interrumpir legalmente los embarazos no deseados.

Es importante hacer una breve pausa para analizar el aborto desde dos puntos de vista; el legal, que ya se mencionó anteriormente, y por la religión (iglesia), esta última se rehúsa a contribuir en la muerte de un ser vivo sin importar la situación, método o etapa del embarazo, ya que ellos consideran que desde el momento mismo de la concepción, ya existe vida. Según estudios prenatales, el corazón del feto empieza a formarse en la 5ª semana de embarazo, los latidos del corazón del futuro bebé se aprecian en la ecografía a partir de la 6ª semana de embarazo y se puede oír entre las semanas 8ª y 10ª con un aparato llamado *Doppler* que amplifica los sonidos, y entre las semanas 18ª y 20ª el corazón ya late tan fuerte que se puede oír colocando un estetoscopio en el vientre de la embarazada (SerPadres, 2014).

Ahora bien, el aborto es una solución a un problema de embarazo no deseado o de una violación, sin embargo, el embarazo se confirma después de haber cumplido el mes, para ese momento el corazón del feto ya late, lo que significa que ya es un ser vivo aunque aún no esté formado su cuerpo.

Provocar el aborto, y por lo mismo legalizarlo o facilitarlo, es un atentado contra la dignidad de la persona; es algo totalmente opuesto a la naturaleza humana; es antisocial o inhumano; es una acción cobarde contra un inocente que no tiene posibilidad de defenderse. El aumento de abortos clandestinos con sus tremendas consecuencias, ha motivado, entre otras razones, a las autoridades civiles a buscar soluciones a este grave

mal “legalizándolo”. Por lo contrario, la ley debe contribuir a una reforma de la sociedad, favoreciendo condiciones de vida para que siempre y en todas partes se pueda dar una acogida verdaderamente humana a toda criatura que viene a este mundo (Reynoso Cervantes, S/F).

El aborto es sin duda un tema de discusión, si se ve desde distintas perspectivas, ya que por una parte se da solución a un problema de la “madre”, pero por otra se priva de la vida a lo que ya es un ser vivo, pues su corazón se forma desde la 5ª semana de gestación.

Este trabajo expone la problemática del aborto en México, las dificultades que ocasiona en quienes se practican, sea de manera legal o clandestina. Menciona como los factores culturales y religiosos juegan un papel fundamental en la toma de decisiones de las mujeres, teniendo en cuenta que la Iglesia católica ejerce una fuerte influencia en la sociedad y la cultura mexicana.

El objetivo de la investigación es profundizar más en el tema, saber cuales son las determinantes que llevan a las mujeres a estar en dicha situación, conocer que mujeres son las mas propensas a dicha situación, conocer cuales son los motivos principales que las llevan a tomar la decisión de abortar y las consecuencias de ello, conocer cuales son los riesgos que lleva un aborto clandestino y que métodos o técnicas se pueden implementar para evitar esta serie de situaciones.

Esta investigación, tiene como propósito brindar información necesaria para aquellas mujeres que la requieran como apoyo, al final, dependerá de las personas que se encuentren en dicha situación, tomar una decisión que sin duda cambiará el rumbo de sus vidas.

Problemática

En México, 226 mujeres son denunciadas anualmente por el delito de aborto. Esto se debe a que no existe armonía entre las leyes federales y las estatales relativas a este tema, lo que provoca que el acceso a esta práctica sea un problema de justicia social, discriminación de género y hasta de condición económica, revela un informe elaborado por GIRE (Sánchez de Tagle, 2013).

El aborto en México está penalizado, sin embargo, los códigos de los Estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible y todos lo autorizan en casos de violación (cuadro 2). A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación; la mayoría de los códigos penales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país (De León Aguirre & L., 2002).

Cuadro 2. Circunstancias legales

Circunstancias en el que el aborto es legal en México	
Circunstancia	Número de estados (n = 32)
Violación	32
Riesgo para la vida de la mujer	27
Aborto imprudencial	29
Malformaciones genéticas o congénitas	13
Riesgo para la salud de la mujer	9
Inseminación artificial no consentida	8
Razones socio-económicas graves (cuando las mujeres tienen 3 o más hijos)	1

Fuente: Elaboración propia con datos de Deyanira Gonzáles de León Aguirre y Deborah L. Billings.

Las restricciones legales no impiden que un elevado número de mujeres de los sectores sociales pobres utilice procedimientos peligrosos para autoinducir la interrupción del embarazo, o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados. La amenaza de la sanción penal tampoco evita que el aborto se practique en numerosos consultorios y clínicas privadas, ni que para muchos(as) profesionales de la medicina represente un negocio que genere importantes ganancias (De León Aguirre & L., 2002).

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), define el aborto inseguro como un padecimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos.

El aborto inducido y/o inseguro es un problema de salud pública, en 2006, 149 mil 700 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones (40 por ciento más que en 1990). Se desconoce el tiempo promedio de hospitalización y los gastos generados para mejorar las condiciones de la paciente, pero, sin duda, son “muy elevados”. El Consejo Nacional de Población asegura que “existe evidencia de un subregistro de la mortalidad materna, y de una incorrecta asignación de ciertas causas de defunción, en particular del aborto”; y agrega: “el aborto es la cuarta causa de muerte de mujeres en edad reproductiva en nuestro país” (Kraus, 2011).

Por otra parte, se trata de un grave problema de justicia social, pues las mujeres con recursos económicos suficientes abortan en buenas condiciones sanitarias mientras que, en general, son las mujeres pobres las que mueren y sufren las consecuencias de un aborto realizado en condiciones de riesgo (Ubaldi Garcete, S/F).

Dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en toda la República Mexicana, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos se practican en condiciones de inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de las complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse. La situación del aborto refleja con gran claridad las condiciones de desigualdad social y de injusticia que prevalecen en el país. Son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado, ya que sus costos son en general elevados y están fuera del alcance de la mayoría (De León Aguirre & L., 2002).

Lo anterior genera, que aún cuando los abortos ilegales se realicen en condiciones seguras, las mujeres que se someten a uno, están expuestas a ser sujetas de procesos penales cuya resolución pueden constituir penas que van desde multas y tratamientos médicos, hasta la pérdida de la libertad. Así, el acceso al aborto depende del lugar de residencia de la mujer (cada entidad federativa establece cuándo esta práctica es delito o no) y de su estatus económico. En el informe de GIRE se detalla el caso de 26 mujeres

sujetas a proceso penal en un periodo que comprende de junio 2011 a enero 2013. De estos casos destacan al menos cinco en los cuales las mujeres son niñas de 15 a 17 años, quienes fueron denunciadas por sus madres, novios, doctores o enfermeras (Sánchez de Tagle, 2013).

Sumado a lo anterior, resulta indispensable tener en cuenta la existencia de determinadas garantías individuales y definiciones constitucionales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Ubaldi Garcete, S/F).

En el Programa Nacional de Población 2008-2012, se destacó “el claro compromiso con el precepto constitucional que garantiza a toda persona el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. Ese programa, y los previos, han fracasado. Una gran proporción de mujeres pobres, entre las que se incluyen, las que habitan en zonas rurales y las indígenas, ni cuentan ni conocen “bien” los métodos anticonceptivos. Dentro de ese grupo, más de la mitad de las mujeres tienen entre 15 y 24 años de edad. El programa agrega que siete de cada 10 mujeres jóvenes tuvieron su primera relación sexual sin protección (Kraus, 2011).

Es imprescindible tener en cuenta las prerrogativas constitucionales, justamente por la relación que tienen con la decisión y la ejecución del aborto. Esto porque el aborto inducido implica la interrupción de un proceso que, de culminar con éxito, tendrá como resultado el nacimiento de un ser humano. Y, porque si bien vivimos en un Estado laico, vivimos también en una sociedad y una cultura heredadas de la moral judeocristiana que asocia la sexualidad con la reproducción de la especie; y bajo la fuerte influencia de la jerarquía de la iglesia católica, instancia que considera que la sola unión de un óvulo y de un espermatozoide da como resultado una persona (Ubaldi Garcete, S/F).

Es importante mencionar que las mujeres con mayor índice de aborto son las adolescentes. La Secretaría de Salud establece que la incidencia de embarazo en adolescentes es cuatro veces mayor en el medio rural que en el urbano. En el país 3 de cada 10 adolescentes que llevan una vida sexual activa no usan ningún tipo de método anticonceptivo, y la tasa de nacimientos en jóvenes es de 70.4 por cada 1,000. México está sobre Estados Unidos en embarazos de adolescentes. De las adolescentes que se embarazan, el 80 por ciento abandonan los estudios, el 33 por ciento acaban siendo madres solteras y se estima que hasta el 50 por ciento recurre al aborto (VOX, 2011).

Otro aspecto al que se debe prestar atención, tanto si pensamos en el aborto inducido como en el aborto legal, es la fragilidad – y el carácter de construcción inacabada de la ciudadanía y de la democracia en México –. Fragilidad que se acentúa mucho más cuando precisamos que las principales “protagonistas” del aborto son las mujeres (Ubaldi Garcete, S/F).

Justificación

Hablar sobre el aborto, es de vital importancia para aquellas personas que pretenden inclinarse por esa decisión, ya que se habla de la vida misma de un ser humano, aunque sea considerado como un feto (Pedraza López, S/F).

El aborto no es más que la interrupción del embarazo en cualquiera de las etapas que éste se encuentre, sin embargo es un tema delicado, pues a pesar de todas las campañas que se han realizado para tener mayor conocimiento sobre este tema, los resultados son pocos o nulos.

En la actualidad, el aborto se sigue considerando como un tema de tabú para muchas personas, sin importar que estamos en una era de modernismo, y es por ese motivo, que se sigue teniendo poca educación sobre el tema y por consecuente, se toman decisiones que pueden llevar a las mujeres a sitios poco confiables y pasar por un proceso traumático, que pueden dejarles secuelas graves o muchas veces llevarlas a la muerte. Es importante mencionar que detrás de la decisión de abortar, hay un sinfín de factores que muchas veces son las causantes de tomar dicha decisión.

El tema del aborto genera importantes controversias debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres; con las leyes y la política; con los valores éticos, morales y religiosos; con las condiciones socioeconómicas de las mujeres: y con las ideas que predominan en nuestro contexto cultural respecto a la feminidad y la maternidad (De León Aguirre & L., 2002).

El aborto es un asunto delicado que merece conocerse, analizarse y recapacitar muy seriamente antes de tomar partido como escéptico, adepto o inconforme. (Pedraza López, S/F). Es por ello que se decidió elegir este tema, con el fin de profundizar aquellos conocimientos vagos que tenemos sobre el aborto, así como de las implicaciones físicas, psicológicas y morales que trae consigo: para la persona que decide optar por esta opción, para aquellos que lo practican, para quienes lo legalizan y para el entorno familiar y social en su conjunto.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Definición del aborto:

El aborto es la interrupción de un embarazo después de la implantación del embrión en el útero y antes de que el feto sea viable, es decir, que pueda vivir de manera independiente. Etimológicamente significa “privar de nacer” (Ab orto), (InfoJoven, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fijó la viabilidad del feto en las 22 semanas completas de gestación o con un feto que pese 500 gramos, por debajo de este límite se considera aborto y por sobre este límite se considera parto prematuro (InfoJoven, 2010).

El aborto, se considera como toda expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterino, es decir, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir (Pedraza López, S/F).

Definición del embarazo:

Se denomina embarazo, gestación, preñez o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto. Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo (Lola, 2011).

Es el proceso mediante el cual el feto crece y se desarrolla en el interior del útero; este período, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inicia cuando termina la implantación, es decir, cuando el embrión se adhiere a la pared del útero y finaliza con el parto. Para que este proceso se lleve a cabo tiene que ocurrir la fertilización que, dicho de manera coloquial, es el matrimonio de un óvulo con un espermatozoide (Fertilab, 2014).

Se denomina embarazo, gestación o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado al momento del parto. El embarazo normal, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la

fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (Salud180, S/F).

Definición del feto o embrión:

La fecundación produce un huevo que a través de la división celular se convierte en un embrión. El embrión sigue creciendo ubicado en el endometrio de la cavidad uterina y se convierte en feto cuando los principales órganos y tejidos se forman, es decir, después del tercer mes de vida uterina (Jiménez, 2014).

Se llama así (feto), al futuro bebé a partir del tercer mes de embarazo (décima semana de amenorrea) hasta su nacimiento (Mendoza, 2013).

El embrión corresponde al estado de desarrollo del futuro bebé que va del huevo, es decir, del instante de la fecundación, hasta las 10 semanas de amenorrea. Terminada esta fase y hasta el final del embarazo, el futuro bebé toma el nombre de feto (Magaña, S/F).

El embarazo

Periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento del niño; la duración normal es de unos 280 días o nueve meses naturales; también denominado “gestación”. (Silvia Silvia, 1991).

Etapas del embarazo

Las mujeres atraviesan muchos cambios durante cada etapa del embarazo. Muchos de los síntomas del embarazo y los cambios que enfrentan son comunes a todos los embarazos saludables. Las etapas del desarrollo embriónico y fetal también siguen un patrón común (Parenthood, S/F).

El tiempo del embarazo es de 266 días más 14, es decir, 40 semanas. Sin embargo, esto es apenas una guía. El embarazo promedio puede durar entre 38 y 42 semanas (Stoppard, 2002).

El embarazo se puede dividir aproximadamente en tres fases o trimestres, de cerca de 12 semanas cada uno. Al terminar el primer trimestre, el feto tiene una figura humana reconocible, aunque sólo mide 7.5 cm. El segundo trimestre es un periodo de crecimiento rápido y durante el tercero, el bebé aumenta de tamaño y comienza a acumular grasa (Stoppard, 2002).

- **Primer trimestre:**

Hacia el final del primer trimestre ya se han desarrollado los sistemas del cuerpo del feto, y muchos órganos están más o menos completos. Los nervios y músculos funcionan, y se empiezan a establecer los reflejos. El corazón bombea casi 30 litros de sangre al día a través del sistema fetal. El bebé es capaz de moverse espontáneamente, aunque la madre no puede percibir sus movimientos (Stoppard, 2002).

Según la Dra. Stoppard (2002), entre las 5 y 7 semanas el embrión todavía pequeño, se desarrolla a un ritmo acelerado. A las 7 semanas ya se han formado los intestinos y es posible ver los brotes de las extremidades. El embrión comienza a parecer humano. Las siluetas pequeñas representan el tamaño aproximado del embrión.

Figura Núm. 1

Ilustración del desarrollo del embrión de la semana 5 a la semana 7.



Fuente: Nuevo libro del embarazo y nacimiento. Guía práctica y completa para todos los futuros padres (2002).
Por la Dra. Miriam Stoppard.

A continuación se explica el crecimiento del embrión desde la semana 5 a la semana 12, de acuerdo al nuevo libro del embarazo y nacimiento de la Dra. Stoppard (2002).

Semana 5: El embrión se ve con relativa facilidad. Empieza el desarrollo de la columna vertebral y aparecen los fundamentos del cerebro y la médula espinal. Longitud: 2mm.

Semana 6: Comienza a formarse la cabeza, el tórax y el abdomen. El corazón ya palpita, se forman los vasos sanguíneos que unen el cordón umbilical con la placenta. Hay hendiduras donde se formarán los ojos. Se distingue el comienzo de la boca. Son visibles el maxilar inferior y los brotes de brazos y piernas. Longitud: 6 mm.

Semana 7: Se ven las hendiduras donde se formarán los dedos. Los intestinos están casi formados. Se han formado los pulmones que son sólidos. Se están formando las partes internas del oído y los ojos. Aparecen los hoyos para las fosas nasales y también las células óseas en lo que hasta ahora era hueso cartilaginoso. Longitud: 5mm.

Semana 8: Todo los órganos internos están en su lugar. Son visibles las articulaciones de los hombros, codos, caderas, rodillas y los órganos genitales. La columna es móvil. Longitud: 25 mm.

Semana 9: La boca comienza a desarrollarse y ya se ve la nariz. Las partes que crecen más rápidamente son las manos y los pies. Se ha desarrollado el mecanismo auditivo. Aunque sus movimientos no se perciban, el feto está activo. Longitud: 3cm. Peso. 2gr.

Semana 10: Comienzan a crecer las parte externas del oído y los ojos están bien formados. La cabeza todavía es comparativamente grande y su desarrollo es

pronunciado. Se distinguen los dedos aunque unidos por membranas de piel. Longitud: 4.5 cm. Peso: 5gr.

Semana 11: Se han formado los ovarios o testículos, al igual que los órganos genitales externos. El corazón bombea sangre a todas las partes del cuerpo. Al final de las 11 semanas, todos los órganos internos están totalmente formados y funcionando. En esta etapa, muy raramente podrán ser afectados estos órganos por infecciones, sustancia químicas o drogas. Longitud: 5.5 cm. Peso: 10 gr.

Semana 12: Es posible distinguir los párpados cerrados. Empiezan a desarrollarse los músculos, lo cual hace más pronunciado el movimiento de las extremidades. Se coordinan el cerebro y los músculos. Las articulaciones se contraen, los dedos de los pies se enrollan, y el feto succiona. Los dedos están completamente formados y han aparecido las uñas. El bebé puede tragar e ingerir líquido amniótico. Longitud: 7.5 cm. Peso: 18 gr.

Figura Núm. 2

Ilustración del desarrollo del embrión en la semana 8 y 12.



Fuente: Nuevo libro del embarazo y nacimiento. Guía práctica y completa para todos los futuros padres (2002).
Por la Dra. Miriam Stoppard.

Figura Núm. 3

Ilustración real del embrión en la semana 12 del embarazo.



Fuente: Embarazo mes a mes realizado por CrecerFeliz.

- **Segundo trimestre:**

Al comenzar el segundo trimestre del embarazo, su placenta está desarrollada y proporciona al bebé oxígeno y nutrientes, además de permitirle la eliminación de desechos. La placenta también produce las hormonas progesterona y estrógeno, que ayudan a llevar adelante el embarazo (KidsHealth, 2014).

A continuación se explica el crecimiento del embrión desde la semana 13 a la semana 27, de acuerdo a KidsHealth (2014).

Semana 13: Los párpados del bebé se han fusionado para proteger los ojos a medida que se forman. El bebé es capaz de ponerse el dedo pulgar en la boca, aunque los músculos que controlan la succión todavía no están completamente desarrollados.

Semana 14: Han aparecido algunos vellos delgados en el rostro del bebé, este vello suave e incoloro se denomina “lanugo” y cubrirá la mayor parte del cuerpo y se caerá justo antes del parto. Los genitales del bebé se han desarrollado completamente. El bebé comienza a producir las hormonas tiroideas, ya que las glándulas tiroideas han madurado.

Semana 15: Continúa el crecimiento de vello de las cejas y la cabeza. Las orejas del bebé casi han llegado a su posición final, aunque todavía se encuentran un poco bajas en la cabeza. Internamente, la estructura ósea del bebé continúa desarrollándose. El desarrollo de los músculos también continúa y es probable que el bebé realice movimientos con la cabeza, la boca, los brazos, las muñecas, las manos, las piernas y los pies.

Semana 16: El bebé puede sostener erguida la cabeza y el desarrollo de los músculos faciales ya le permite realizar una variedad de expresiones, como fruncir el ceño.

Semana 17: El bebé ahora contiene miles de vasos sanguíneos que transportan nutrientes y oxígeno desde el cuerpo de la madre al cuerpo del bebé en crecimiento.

Semana 18: Las orejas llegan a su posición final y sobresalen de la cabeza. Los huesos del oído medio y las terminaciones nerviosas del cerebro se están formando para que el bebé pueda escuchar sonidos como los latidos del corazón de su madre o el movimiento de la sangre a través del cordón umbilical. Los ojos del bebé ya se han formado y miran hacia adelante en vez de hacia los costados y es posible que las retinas puedan detectar

los rayos de luz de una linterna si se apunta hacia el abdomen. En esta semana, los huesos pasan de ser blandos a endurecerse u osificarse. Algunos de los primeros huesos que se osifican son los que forman las clavículas y las piernas.

Semana 19: El bebé ahora está cubierto por una sustancia cerosa blanca que recibe el nombre de “vérnix caseosa”. Esto ayuda a proteger la delicada piel del bebé y evita que se agriete o se paspe. Durante esta semana se empieza a formar el tejido adiposo que ayudará a mantener la temperatura del bebé después del nacimiento. Durante el último trimestre, el bebé generará más capas de tejido adiposo.

Semana 20: El bebé ocupa cada vez más lugar en el útero y este crecimiento continuo hará presión en los pulmones, estómago, vejiga y riñones de la madre. La piel del bebé continua haciendose más gruesa y forma capas, de igual manera continúa el crecimiento de las uñas y el cabello.

Semana 21: El grado de desarrollo de los intestinos permite absorber cantidades pequeñas de azúcar del líquido que el bebé traga. Estas pequeñas cantidades de azúcar pasarán al intestino grueso a través del sistema digestivo. Hasta ahora, el hígado y el bazo del bebé han sido los responsables de la producción de glóbulos rojos. Pero ahora los espacios de la médula ósea se han desarrollado lo suficiente para también contribuir en la formación de glóbulos rojos y la médula ósea de convertirá en el centro más importante de producción de glóbulos rojos en el tercer trimestre.

Semana 22: Los sentidos que el bebé usará para aprender sobre el mundo que lo rodea se están formando día a día. Las papilas gustativas ya han comenzado a formarse en la lengua, las terminaciones nerviosas y el cerebro se han desarrollado lo suficiente para que el feto pueda sentir el tacto. Es posible que el bebé comience a experimentar con su nuevo sentido del tacto acariciando su propio rostro, chupándose el dedo, o tocando otras partes del cuerpo y mirando cómo se mueven.

El sistema reproductivo del bebé continúa desarrollándose, en los varones, los testículos han comenzado a descender del abdomen; en las mujeres, el útero y los ovarios ya están en el lugar adecuado y la vagina se ha formado totalmente.

Semana 23: Comienza a acumularse grasa en el cuerpo del bebé, la piel todavía está floja, lo que le da al bebé un aspecto arrugado. La rutina de ejercicios diarios del bebé incluye mover los músculos de los dedos de las manos y los pies, de los brazos y las

piernas regularmente. Como consecuencia de esto, es posible que la madre sienta movimientos más bruscos.

Semana 24: Los pulmones del bebé están desarrollando la habilidad de producir surfactante, para poder respirar por sí solo después del nacimiento. El surfactante es una sustancia que hace que los alvéolos pulmonares se mantengan armados y no se peguen cuando exhalamos, permitiéndonos respirar correctamente.

Dado que el desarrollo del oído interno -que controla el equilibrio del cuerpo- ha finalizado, el bebé puede diferenciar cuando está boca abajo y cuando no, mientras flota y realiza movimientos en el líquido amniótico.

Semana 25: El bebé tiene períodos de descanso y de actividad. La madre puede notar que hay más actividad fetal cuando está quieta. La audición del bebé también ha continuado su desarrollo y tal vez el niño sea capaz de escuchar su voz.

Semana 26: Si bien los ojos del bebé han permanecido cerrados por los últimos meses, pronto se abrirán y comenzarán a pestañar. Las pestañas comienzan a crecer y se genera más cabello en la cabeza. El bebé, todavía se ve arrugado pero continuará aumentando de peso a ritmo constante durante las próximas 14 semanas hasta el nacimiento.

Semana 27: El bebé ya tiene un aspecto similar al que tendrá al nacer, salvo porque es más delgado y más pequeño. Los pulmones, el hígado y el sistema inmunológico todavía tienen que madurar, pero si el bebé naciera ahora, seguramente tendría posibilidades de sobrevivir. A medida que la audición continúa desarrollándose, el bebé comenzará a reconocer la voz de sus padres. Los sonidos se escucharán amortiguados, ya que los oídos todavía están cubiertos por una sustancia cerosa (Vérnix) que protege la piel y evita que se agriete con el líquido amniótico.

Figura Núm. 4

Ilustración real del desarrollo del feto de la semana 27.



Fuente: Embarazo mes a mes realizado por CrecerFeliz.

Tercer trimestre:

Si el bebé nace durante el tercer trimestre antes de las 38 semanas, el niño podría presentar problemas respiratorios y de temperatura, pero con las instalaciones modernas de cuidados especiales tiene un 80% de posibilidades de supervivencia a las 28 semanas. Cuando más cercana sea la fecha probable del parto, mayores serán las probabilidades de supervivencia (Stoppard, 2002).

A continuación se explica el crecimiento del embrión de la semana 28 basándose en BaByCenter (2014) y KidsHealth (2014), y la explicación del desarrollo de la semana 32, 36 y 40 se basa en el nuevo libro del embarazo y nacimiento de la Dra. Stoppard, (2002).

Semana 28: El bebé puede soñar, tiene pestañas y su vista está mejorando. Pesa alrededor de 2 1/4 libras y mide más o menos 15 pulgadas (30 centímetros) de la cabeza a los pies (BaByCenter, 2014).

Los pliegues y surcos del cerebro del bebé continúan su crecimiento y expansión. Además, el bebé sigue formando más capas de grasa y continúa el crecimiento del cabello (KidsHealth, 2014).

Semana 32: El bebé tiene las proporciones que tendrá al nacer. Es mucho más fuerte y más del 90% de los casos está localizado con la cabeza en dirección a la pelvis de la madre. Sus movimientos son muy vigorosos y claramente discernibles. Longitud: 40.5 cm. Peso: 1.6 kg.

Semana 36: Durante las cuatro semanas siguientes, el bebé aumenta 28 gramos de peso al día. Llena completamente el útero y sus movimientos no son menos frecuentes, pero parecen golpes debido al espacio restringido, y se está acomodando en la posición de alumbramiento. Las uñas, aunque blandas, llegan hasta la punta de los dedos. El cabello puede tener entre 2.5 y 5 cm de largo. En el varón deberán haber descendido los testículos. Longitud. 46 cm. Peso: 2.5 kg.

Semana 40: La vórnix ha disminuido hasta el punto de quedar apenas algunos vestigios en los pliegues de la piel, alrededor del cuello, las axilas y la ingle. Las uñas son largas y deberán cortarse al poco tiempo del nacimiento. Cuando el bebé está despierto, mantiene los ojos abiertos y puede distinguir la luz. La mayor parte del lanugo ha desaparecido. Longitud: 51 cm. Peso: 3.4 kg.

Figura Núm. 5

Ilustración real del bebé al finalizar su desarrollo (semana 40)



Fuente: Embarazo mes a mes realizado por CrecerFeliz.

El embarazo no deseado

"... un embarazo no deseado, que se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados" (David, Dytrych, Matejcek, & Schuller, 1991).

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrentan una gran cantidad de mujeres de todas las edades y de todos los sectores sociales (De León Aguirre & L., 2002).

Según estudios realizados en 2009 por El Colegio de México (ColMex) y del Instituto Guttmacher de Estados Unidos en el ColMex, bajo el nombre de “embarazo no planeado y aborto inducido en México”, indica que el 55% de los embarazos en México no son planeados, lo cual equivale al 1.9 millones de mujeres que no deseaban ser madres, cifra que concluye en tres diferentes escenarios: 54% se convierte en aborto inducido, 34% en nacimiento no planeado y el 12% en aborto espontáneo (Paz Avendaño, 2013).

Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no

deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en estas condiciones. Como señalan los autores David y Cols, que se han ocupado de estudiar esta problemática (De León Aguirre & L., 2002).

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general, se supone que la mayoría se deben a la falta de responsabilidad de las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Es cierto que el acceso a la información permite un ejercicio más responsable de la sexualidad y disminuye de manera importante el riesgo de un embarazo no deseado; no obstante, el hecho de que las mujeres cuenten con información no es suficiente en todos los casos, ya que cualquiera de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, aun cuando se use correctamente, puede fallar. Por otro lado, la responsabilidad de evitar embarazos que no se desean debería compartirse de manera equitativa con los hombres, al menos cuando las mujeres tienen una pareja estable (De León Aguirre & L., 2002).

La forma en que operan los programas de planificación familiar que utiliza la mayor parte de la población es uno de los elementos que explican la alta incidencia de los embarazos no deseados. Los programas se dirigen primordialmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en una perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción. En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios (De León Aguirre & L., 2002).

Con frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico y cultural en el que viven, y se da prioridad a las metas de captación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, estas carencias de calidad de los servicios provocan que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o inducen al abandono del que ya utilizaban.

Cabe también señalar que el acceso a los métodos anticonceptivos no es igual para todas las personas. Ciertos núcleos de la población femenina, como las adolescentes, las

mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción. De acuerdo con datos de 1997, a escala nacional el 68.5% de las mujeres unidas en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que en los grupos de mujeres mencionados las proporciones eran inferiores al 50% (CONAPO, 2000).

Muchas mujeres no usan anticonceptivos por oposición de sus parejas. La desigualdad de las relaciones de poder entre los sexos que prevalece en nuestra cultura, propicia que en muchos casos los hombres controle la sexualidad de las mujeres a través de los embarazos y la crianza de los hijos. No es raro que las mujeres que no desean tener más hijos oculten el uso de la anticoncepción por el temor a ser agredidas verbal o físicamente por parte de sus parejas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000).

El embarazo en adolescentes

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos; se considera la etapa de transición de la niñez a la juventud. Cada adolescente es diferente, único e irreplicable, pero con ciertos patrones que distinguen a los individuos de su grupo de edad; de los 19 a los 24 años se considera adolescencia tardía (Panduro Barón, Jiménez, Pérez, Panduro Moore, Peraza, & Quezada, 2012).

La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. Para que se cumpla este supuesto, es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto académico como en el humanista (Academica Nacional de Medicina de México, 2003).

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe

de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja, los hijos presentes y futuros (Academica Nacional de Medicina de México, 2003).

Es importante mencionar que en nuestro país la cuarta parte de mujeres en edad reproductiva son adolescentes; parte de la población que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales; debido a la censura que existe en muchas sociedades con respecto al tema de la sexualidad, las adolescentes carecen de información y acceso a servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia (Hernández Hernández & Santos Dolores, 2007).

La sexualidad adolescente es un tema que ha ido aumentando en interés, datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que tienden a tener relaciones sexo genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos, estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o en una enfermedad de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA (Sánchez Trejo, 2005).

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los los/las jóvenes (Sánchez Trejo, 2005).

Una encuesta de MEXFAM refiere que el 56% de los jóvenes mexicanos entre 13 y 19 años ya han iniciado su vida sexual. También reporta que la edad promedio de la primera relación fue a los 15 años. El intervalo entre la madurez reproductiva biológica (menarca), cada vez más temprana, y la aceptabilidad social de la unión (matrimonio), cada vez más tardía, expone a los adolescentes a una etapa prolongada de “riesgo reproductivo” y social (Arillo, 2011).

La población adolescente unida y no unida muestra un porcentaje muy reducido de uso de métodos anticonceptivos. Entre los adolescentes únicamente una quinta parte de las mujeres y la mitad de los varones usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (Arillo, 2011).

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes (Academica Nacional de Medicina de México, 2003).

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo (Panduro Barón, Jiménez, Pérez, Panduro Moore, Peraza, & Quezada, 2012).

Se estima que en México, cerca de uno de cada cuatro adolescentes (37.4% de la población de 15 a 19 años) vive en hogares en situación de pobreza. En términos absolutos, son cerca de cuatro millones de adolescentes. La persistencia de la pobreza constituye uno de los principales obstáculos para que los y las adolescentes puedan desarrollar sus capacidades humanas básicas, como gozar de una larga vida saludable, adquirir conocimientos, participar en la vida política y alcanzar una integración plena en la sociedad. Es la pobreza lo que pone a los adolescentes en condiciones de mayor vulnerabilidad ante su vida reproductiva, ya de por sí compleja por todo el conjunto de factores culturales y sociales que confluyen (Ariño, 2011).

En algunas comunidades las mujeres jóvenes solteras ven la maternidad como una forma de subir en el estatus social y ganar reconocimiento como adultas, o creen que les ayudará a mantener una relación estable con el padre del niño/a. En grupos sociales tradicionales se le da un gran valor a la fertilidad, y la falta de hijos pueden llevar al marido o compañero a abandonar el hogar o al divorcio. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, mientras que algunas adolescentes recién casadas garantizan su seguridad concibiendo un hijo lo antes posible (Academica Nacional de Medicina de México, 2003).

Durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de defunciones en mujeres de este grupo de edad. Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población. (Academica Nacional de Medicina de México, 2003).

El aborto

Por sus implicaciones físicas, morales y religiosas, el aborto ha sido uno de los temas más polémicos a lo largo de la historia. Ya sea por factores médicos, económicos, sociales o psicológicos, incontables mujeres han pensado o recurrido a esta práctica para poner fin a un estado en el que se sienten incapaces de sobrellevar dadas sus circunstancias, además de las repercusiones físicas y morales, esto les ha valido ser objeto de críticas, amenazas, peligros y agresiones (Unam, 2008).

Considerado como un procedimiento quirúrgico que pone en riesgo la vida de la mujer y anula la posibilidad de vida del producto, el aborto es un problema que supera los principios médicos y morales. No proviene de estatus culturales, económicos o sociales, ni puede ser tratado o debatido desde una sola perspectiva (Unam, 2008).

Jurídicamente, es “el acto de causar voluntariamente la muerte a un individuo humano concebido y no nacido”. Clínicamente, el aborto se define como “la interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto”, es decir, antes de que éste sea capaz de vivir fuera de la cavidad uterina en forma independiente. Los hay de dos tipos: espontáneos e inducidos. El aborto espontáneo es causado por alguna anomalía en el feto o la placenta y por causas involuntarias. Carece de intención y no puede catalogarse dentro de los juicios morales de la ética médica. El aborto inducido es consecuencia de maniobras practicadas intencionadamente para interrumpir el embarazo, las cuales pueden ser legales o ilegales. Se clasifican en abortos terapéuticos —para salvaguardar la vida de la madre—; eugenésicos —para evitar el nacimiento de descendencia cargada con defectos físicos y psicológicos—, y sociales —cuando se carece de recursos económicos para la manutención de más hijos (Unam, 2008).

Las relaciones sexuales forzadas (violación), las no protegidas (sin anticonceptivos), las fallas en los métodos anticonceptivos y las razones económicas, sociales y de salud (física y mental), son las principales causales de abortos. Aunado a ello, la situación económica de muchas mujeres y las restricciones legales en esta materia aumentan la práctica de abortos clandestinos y, por ende, el riesgo de las mujeres que se someten a ellos (Unam, 2008).

No todas las mujeres creen que está bien abortar, pero toda mujer tiene el derecho de tomar su propia decisión (Carranza Alcalá, 2010).

Historia

El aborto es tan antiguo como la humanidad misma y han existido distintas técnicas para la interrupción del embarazo desde épocas remotas, así tenemos instrumentos que dilataban el cuello del útero; infinidad de plantas utilizadas como brebajes y ungüentos abortivos (Garrido Calderón, 1995).

En un texto chino de medicina escrito tres mil años antes de Cristo, aparece la primera receta de un abortivo oral. Posteriormente surgen filósofos, profesionistas y civilizaciones con nuevos descubrimientos con efectos abortivos (Garrido Calderón, 1995)

A continuación se mencionan dichos filósofos, profesionistas y civilizaciones:

- Aristóteles defendía el aborto para limitar los nacimientos en las familias muy numerosas o humildes (Garrido Calderón, 1995).
- Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna, demostraba conocer fórmulas abortivas, aunque llamaba la atención los riesgos para la salud que esto implicaba (Garrido Calderón, 1995).
- Sorano de Efeso, que ejerció su profesión en el siglo 11 de nuestra era, descubrió tisana con efecto abortivo, como la ruda o hisopo (Garrido Calderón, 1995).
- Los aztecas utilizaban hierbas para facilitar la expulsión del feto tanto en el aborto, como en el parto. Entre ellas estaba el bleo, que tiene poder oxicítico (Garrido Calderón, 1995).

En la época primitiva el aborto era legal, moral y religiosamente aceptado cuando era el padre quien lo disponía. Por ejemplo en el Código de Hamurabi (2,500 A.C.), el aborto se consideraba un delito contra los intereses del padre o del marido y como una lesión a la mujer. La concepción que domina toda la antigüedad en los pueblos orientales, en Grecia y aún en Roma es "Pars Viscerum Matris", es decir, que el feto es parte del cuerpo de la mujer, y como ella pertenecía al padre, esposo o Estado, esto se extendía a su vientre (Garrido Calderón, 1995).

En el antiguo Derecho Romano no hay disposiciones sobre el aborto; en la época del Imperio, con la corrupción de las costumbres y el libertinaje femenino, el aborto se extendió más y más. Según Ovidio las patricias abortaban a menudo, para castigar al marido o para que la semejanza física con el amante de turno no revelara el adulterio.

Podemos decir que el aborto y la anticoncepción no significaban problemas morales en las sociedades antiguas. La única regulación que era muy estricta en esas sociedades, desde Mesopotamia hasta la Europa medieval, era el derecho de propiedad del hombre sobre el fruto del vientre de la madre (Garrido Calderón, 1995).

Durante siglos, los intereses dominantes de los varones fueron determinantes para cuestionar que las mujeres tuvieran la misma dignidad que ellos, y eso aún hoy pesa en nuestra historia (Ayúcar Dorado, S/F).

Sirvan de ejemplo afirmaciones como las siguientes, tomadas del libro “el aborto y el pensamiento progresista” del autor Ayúcar Dorado (S/F), afirmaciones que fueron realizadas en distintas épocas por algunos intelectuales y filósofos:

- “La mujer siempre será mujer, es decir, estulta (necia) aunque se ponga la máscara de persona” (Erasmus, S/F).
- “La mujer representa una especie intermedia entre el niño y el hombre” (Aristóteles, S/F).
- “La mujer es un animal de cabello largo e ideas cortas”... “Se une inmediatamente a algún hombre que la oriente y la dirija. Esto se debe a que necesita un señor y un amo” (Schopenhauer, S/F).
- La madre que practicaba un aborto no era castigada si mediaba el consentimiento del marido (Cicerón S/F).

Con la llegada del Cristianismo no mejoró la consideración respecto a la mujer pero en cambio empeoró bastante la postura frente al aborto al introducir el derecho de protección del “no nacido”. Desde sus comienzos, la Iglesia consideró el aborto como homicidio condenándolo severamente. Durante la Edad Media, se consideraba el aborto como homicidio o lo dejaban al libre criterio de los expertos judiciales, según los casos. En el siglo XIX, las normas jurídicas respecto al aborto se endurecen, muchos países europeos comienzan a promulgar leyes que persiguen la interrupción de los embarazos (Carranza Alcalá, 2010).

A partir de los descubrimientos modernos sobre enfermedades genéticas, y mezclando los hechos conocidos con muchas sugerencias puramente hipotéticas, se vienen planteando ya hace unos años multitud de problemas, siempre con el objeto de

presentarlo como justificación cierta de aborto. Lo que representa estas pretensiones de suprimir vidas humanas, por comparación con la eutanasia, señalando “una fuerte diferencia: el objeto de la eutanasia es ahorrar sufrimiento que parece innecesario al enfermo, mientras que el objeto de la eliminación de un niño incapacitado es impedir el sufrimiento de su familia y la sociedad” (Carranza Alcalá, 2010).

Las civilizaciones, entonces y ahora, se han caracterizado por disponer la ideología al servicio de los intereses de turno, restringiendo los derechos de las personas y ocultando unos motivos inconfesables. (Ayúcar Dorado).

Etiología

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anormalidades cromosómicas y a anormalidades morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50 - 60% de los casos.

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anormalidades cromosómicas disminuye a aproximadamente 5% (Ruiz Parra, 2010).

Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anormalidades anatómicas del aparato genital materno (útero unicornio, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares y renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, listeriosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma hominis*; factores inmunológicos tales como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre (Ruiz Parra, 2010).

El Cuadro 4, muestra una distribución relativa de la etiología de la pérdida recurrente de la gestación (Ruiz Parra, 2010).

Cuadro 4. Diagnósticos en parejas

Diagnósticos en parejas con pérdida recurrente del embarazo	
Alteración Cromosómica	
Diagnóstico	Frecuencia %
Fetal	20
Padres	3 – 6
Leiomiomas (Tumor uterino)	15 – 20
Insuficiencia Lútea (falta de hormona progesterona)	10 – 15
Anomalías Müllerianas (Desarrollo anormal de los conductos de Müller durante el desarrollo prenatal)	10 – 15
Enfermedades Autoinmunes (Artritis reumatoide, diabetes, etc.)	10
Incompetencia Cervical (Cuello uterino flojo)	8 – 15
Síndrome de Asherman (Formación de tejido cicatrizal en la cavidad uterina)	5

Fuente: Elaboración propia con datos del M.D. Ariel Iván Ruíz Parra, profesor asociado del Departamento de Ginecología y Obstétrica de la Universidad Nacional de Colombia.

La frecuencia relativa de las causas de pérdida recurrente de la gestación varía de acuerdo con la profundidad de la investigación realizada a la pareja, al material de aborto y con los intereses particulares de los grupos de investigación (Ruiz Parra, 2010).

Principales factores que influyen en la decisión del aborto

El aborto como todo problema social, es el resultado de la acción de diferentes factores que actúan asociadamente o individualmente.

De acuerdo a Salomón Prado (2005), los factores que influyen para que una mujer aborte son las siguientes;

a) Los factores familiares

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. En este contexto, los miembros de la familia pueden reaccionar de diferente manera frente a un embarazo no esperado o no deseado. Una de sus reacciones puede ser el de influir en la consecución del aborto, si bien es cierto no en todo, pero si en parte, cuando uno de los miembros dan sus puntos de vista u opiniones sobre cómo podría ella solucionar sus problemas.

Otra manera, es obligar a la mujer al aborto, quiere decir que cualquiera de los miembros de la familia se encarga de tomar la decisión por la mujer y que luego ellos las llevan a que se le realice el aborto.

Otro factor involucrado dentro de la variable familia es el miedo, que es la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo (por ejemplo, salir de casa muy temprano y no tener donde ir), un daño real (el ser golpeadas) o daño imaginario (causar una decepción a los padres) por un embarazo no deseado, que tienen a la familia, a los padres o al padre, que generalmente es el jefe del hogar y que impone normas o reglas de conducta. Si un embarazo, deseado o no, está presente y, esta no es una conducta que será aceptada por la familia según la consideración de la mujer, el miedo puede anular sus facultades de decisión y raciocinio, y puede impulsar a estas mujeres a un aborto provocado.

b) Factor pareja

La procreación es un resultado de dos, y muchas veces solo se hace el análisis de la mujer, a pesar de que el hombre pueda ser determinante a la hora de decidir la continuación del embarazo o la realización del aborto, puesto que pueden ocurrir diferentes situaciones en la relación de una pareja. Si la pareja se encuentran en difíciles condiciones para la procreación (económica, de relación, social y cultural), podrían tener un riesgo mayor de recurrir al aborto si se embaraza la mujer.

La solución de un problema que se presenta en una relación de pareja debe ser tomada por los dos, previo acuerdo, en donde ellos evalúan su situación, la estabilidad económica, aspiraciones personales, la familia, la sociedad, tomando ambos la decisión.

Otra cosa es, que se presenten situaciones anómalas en la relación de pareja y que influyan en la decisión de un aborto, estas situaciones anómalas pueden ser;

- Una pareja sexual sin unirse, pues en ocasiones una pareja sin vínculo estable puede conducir a la decisión de no tener un hijo, esto es influenciado a la vez por el tiempo de relación de la pareja, que posiblemente puede ser considerado como poco.
- La estabilidad en la relación de pareja es importante, porque el tener una mala relación con la pareja conllevaría a la decisión del aborto.
- No tener en ese momento a la pareja, porque no quiso responsabilizarse del embarazo (abandono).

- El establecimiento de relaciones de parejas simultáneas y fortuitas, podrían obligar a acudir al aborto, ante una relación de pareja inestable.

c) Factor económico

La economía siempre es un motivo importante para tomar cualquier decisión, los ingresos bajos por parte de la mujer, que estén atravesando algún problema económico, como el caso de no tener trabajo en esos momentos, o simplemente no contar con un trabajo estable (inestabilidad laboral), son un factor determinante para que aborten.

d) Factor futuro personal

Los resultados de algunas investigaciones muestran que la mayoría de las mujeres que han abortado son estudiantes o tienen aspiraciones de continuar sus estudios, señalando esta causa como motivo del aborto, estas personas desean retrasar el deseo de tener un hijo, el displacer que produce un hijo cuando no ha sido planeado y obstaculiza el desarrollo de metas personales, aquellas situaciones que vive la mujer, como el hecho de ser muy joven, no desear ser madre en esos momentos, no encontrarse preparada para ser madre, o simplemente el hecho de estar estudiando.

e) Factor Reproductivo

Existen factores que se adicionan al comportamiento reproductivo observado. En este sentido, y según información proveniente de encuestas realizadas en el país, la población femenina considera que dos hijos sería la cantidad ideal, pero en la práctica han tenido o tienen un número de hijos mayor. Buscando una explicación a esta dicotomía, se llega al reconocimiento de otros factores exógenos que se relacionan con las decisiones sobre la fecundidad y su regulación. El tener muchos hijos y no desear más, o el tener el número de hijos ideal para la mujer o la pareja, son factores para la decisión del aborto.

Tipos de aborto

A continuación se mencionan los diferentes tipos de aborto que existen, citando a diferentes autores.

1. Amenaza de aborto

Ruiz Parra (2010), menciona que la amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta

en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al realizar el examen obstétrico se observa el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica. El tratamiento que se utiliza es el reposo absoluto en cama, con sedación según el estado de ansiedad de la paciente, también pueden utilizarse analgésicos antiespasmódicos para aliviar el dolor.

En los embarazos tempranos es importante definir el pronóstico del embarazo, si existe embrión y si está vivo. El estudio ecográfico es una ayuda invaluable para precisar el diagnóstico. En los casos de embrión vivo pueden observarse zonas de desprendimiento, sangrado o sacos de implantación baja. Si de manera inequívoca no se detecta embrión (huevo anembrionado) debe procederse a la evacuación, mediante dilatación cervical y curetaje (Ruiz Parra, 2010).

Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continúa su curso. En 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo (Ruiz Parra, 2010).

2. Aborto espontáneo

Se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo. Algunas mujeres tienen cierta predisposición a tener abortos, y con cada aborto sucesivo disminuyen las posibilidades de que el embarazo llegue a término (Carranza Alcalá, 2010).

Las causas del aborto espontáneo no se conocen con exactitud, en la mitad de los casos, hay alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, que puede ser consecuencia de trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo. También puede ser consecuencia de alteraciones en el entorno materno. Se sabe que algunas carencias vitamínicas graves pueden ser causa de abortos en animales de experimentación. Algunas mujeres que han tenido abortos repetidos padecen alteraciones hormonales. Otros abortos espontáneos pueden

ser consecuencia de situaciones maternas anormales, como enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas como la nefritis, diabetes o traumatismos graves (Carranza Alcalá, 2010).

Las malformaciones y los tumores uterinos también pueden ser la causa; la ansiedad extrema y otras alteraciones psíquicas pueden contribuir a la expulsión prematura del feto. El síntoma más común de una amenaza de aborto es el sangrado vaginal, acompañado o no de dolor intermitente. Sin embargo, una cuarta parte de las mujeres gestantes tienen pequeñas pérdidas de sangre durante las fases precoces del embarazo y, de éstas, el 50% llevan el embarazo a término (Carranza Alcalá, 2010).

El tratamiento para una situación de riesgo de aborto consiste en llevar reposo en cama, en mujeres con varios abortos puede ser necesario el reposo en cama durante todo el embarazo. El tratamiento con vitaminas y hormonas también puede ser eficaz. En ocasiones, deben corregirse quirúrgicamente las anomalías uterinas si son causa de los abortos de repetición (Carranza Alcalá, 2010).

En un aborto espontáneo, el contenido del útero puede ser expulsado del todo o en parte; sin embargo, en ocasiones, el embrión muerto puede permanecer en el interior del útero durante semanas o meses: es el llamado aborto digerido. La mayor parte de los médicos recomiendan la escisión quirúrgica de todo resto embrionario o placentario para eliminar las posibilidades de infección o irritación de la mucosa uterina (Carranza Alcalá, 2010).

3. Aborto inducido o provocado

Es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. A continuación se mencionan los cuatro tipos de aborto provocado que existen de acuerdo a Carranza Alcalá (2010).

a) Aborto terapéutico:

Es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada. Esta situación ha quedado prácticamente superada como consecuencia del progreso en la medicina. Quedan algunas pocas situaciones excepcionales, en las que además el feto no va a ser viable (por ejemplo el caso del embarazo ectópico, en el que la implantación del embrión no acontece en el útero, sino, por ejemplo, en las trompas).

b) Aborto ético o humanitario:

Cuando el embarazo ha sido consecuencia de una acción delictiva, fundamentalmente violación o relaciones incestuosas. En estos casos se ha evaluado el riesgo de embarazo en torno a un 1% de todas las violaciones.

c) Aborto psicosocial:

Es el realizado por razones personales, familiares, económicas o sociales de la mujer. Esta indicación incluye el máximo porcentaje de abortos realizados en el mundo.

Aborto eugénica: También podría llamarse de “indicación fetal” o “preventivo”. Es el planteado cuando existe importante riesgo o probabilidad de que el nuevo ser, este afectado por anomalías o malformaciones congénitas.

El diagnóstico prenatal ha desarrollado una serie de técnicas que permiten una importante aproximación al conocimiento del no-nacido. La medicina se mueve frecuentemente dentro de unos márgenes de probabilidades mayores o menores, y frecuentemente, ante la duda, se están realizando occisiones de fetos normales. Pero también hay que tener en cuenta, que todo ser humano tiene una intrínseca dignidad y un derecho a la vida que no depende de su integridad física o de sus niveles intelectuales (Carranza Alcalá, 2010).

Tipología del aborto

El aborto se clasifica por dos métodos; los quirúrgicos y los químicos.

A continuación se describe cada método de acuerdo al libro “Aborto, etiología, tipología, geografía y desarrollo en México” de Carranza Alcalá (2010).

1. Métodos quirúrgicos

a) Por succión

El 85% de los abortos en los Estados Unidos se llevan a cabo por este método en el primer trimestre del embarazo (12 semanas). Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado, una fuerte succión despedaza al bebé y lo deposita en un recipiente.

b) Por dilatación y curetaje

Este método abortivo se utiliza a finales del primer trimestre o principios del segundo, cuando el bebé ya es demasiado grande para ser extraído por succión. Es similar a este último método, pero en vez de despedazar al bebé por aspiración, se utiliza una cureta o cuchillo, provisto de una cucharilla, con una punta afilada con la cual se va cortando al bebé en pedazos, con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Luego se sacan éstos pedazos con la ayuda de fórceps. Este procedimiento tiene más riesgos para la mujer que el método de succión.

c) Por dilatación y evacuación (D y E)

Este método abortivo se utiliza comúnmente en casos de segundo trimestre del embarazo bien avanzado o durante el tercer trimestre. Se inserta una sustancia de alga marina dentro de la cérvix para dilatarla. Al día siguiente se insertan un par de fórceps con dientes de metal afilados, con los cuales se arrancan y retiran pedazo a pedazo, las partes del cuerpo del bebé. Como normalmente la cabeza del bebé es demasiado grande para ser extraída entera, la aplastan por compresión antes de sacarla. El abortista tiene que armar de nuevo el cuerpecito del bebé, una vez que extrae los pedazos, para asegurarse de que no se ha quedado nada dentro del útero de la madre, de lo contrario ésta sufrirá una infección.

d) Por envenenamiento salino o inyección salina

Se utiliza solamente después de las 16 semanas. El líquido amniótico que protege al bebé se extrae, inyectándose en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos y convulsiones. Esta solución salina produce dolorosas quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza "el parto" y da a luz un bebé muerto o casi muerto.

e) Mediante Prostaglandinas

Este potente fármaco se administra para provocar violentas contracciones en el útero con objeto de expulsar al bebé prematuramente y causarle la muerte. Sin embargo, a veces el bebé nace vivo, lo que el abortista considera como una "complicación".

f) Por histerotomía u operación cesárea

Este procedimiento se realiza durante los últimos tres meses del embarazo. Consiste en realizar una cesárea, no con el objeto de salvar al bebé por nacer, sino para dejarlo morir o para matarlo directamente. Como se trata de una intervención quirúrgica mayor tiene frecuentes complicaciones.

g) Por aborto de nacimiento parcial "D&X" a las 32 semanas

Una técnica relativamente nueva se está utilizando para los abortos en el segundo y tercer trimestre en EE.UU. Se trata del método "D & X" (dilatación y extracción). El Dr. (abortero) Martin Haskell describió esta técnica en detalle, durante un seminario del 13 de septiembre de 1992, patrocinado por la Federación Nacional del Aborto asociación de los que se dedican al negocio del aborto en EE.UU.

El Dr. Haskell explicó a los que asistieron a este seminario, que él lleva a cabo el procedimiento "rutinariamente" hasta las 26 semanas de embarazo en muchos pacientes, o sea más allá de la etapa de la viabilidad (cuando el bebé ya puede sobrevivir por sí solo al nacer). Según Haskell, otro médico llamado James McMahon lo lleva a cabo hasta las 32 semanas de gestación. Alega Haskell que desarrolló esta "técnica" porque con el método de "D & E" (dilatación y evacuación), "se dificulta la extracción del feto (después de desmembrarlo), debido a la dureza de sus tejidos". El método "D & X" requiere tres días, ya que durante los dos primeros se dilata la cérvix con laminaria. Se utiliza la ecografía para ver la posición del bebé en el útero y tomándolo por una pierna, se le vira para que la cara quede hacia abajo. Después se le extrae hasta llegar a la cabeza, que es demasiado grande para pasar por la cérvix. Estando el bebé todavía vivo, el abortero inserta unas tijeras en la base del cráneo, ensancha el orificio e introduce una cánula para absorber el cerebro, esto hace que la cabeza se achique y se pueda extraer a la criatura a través de la cérvix.

2. Métodos químicos

a) RU-486

La RU 486 no sólo destruye la vida de los fetos de hasta siete semanas de concebidos, sino que también es dañina y a veces hasta fatal para la madre. La RU 486 es un esteroide que actualmente está registrado comercialmente como Mifégyne (mifepristona). Entre los efectos dañinos se encuentran dolorosas contracciones,

náuseas, vómitos, diarrea y abundante hemorragia que dura días. Por lo menos una de cada 100 mujeres necesita ser hospitalizada después de tomar estas píldoras. Además se requieren varias visitas al médico y en algunos casos se recurre al aborto quirúrgico para completar la extracción de los pedazos del bebé que han quedado dentro de la madre. "Las 200, 000 europeas que han tomado la RU 486 han tenido 21 niños, uno de ellos tan gravemente deformado que no pudo sobrevivir y otros dos con defectos secundarios en los miembros".

b) Mioprostol y Metotrexato

La Federación de Planificación de la Familia de los Estados Unidos o PPFA (Planned Parenthood Federation of América), la organización más proabortista de ese país, anunció un nuevo fármaco para inducir abortos. La mortífera combinación de metotrexato y misoprostol (Cytotec), que no sólo destruye la vida por nacer, sino que además puede tener efectos fatales o dañinos para las usuarias, según el portavoz de Pharmacists for Life (Farmacéuticos pro vida), Bohomir Kuhar, quien emitió una declaración refutando las falacias en favor del nuevo pesticida antihumano, publicadas en un reciente artículo del New England Journal of Medicine. Entre dichos efectos se encuentran daños a los riñones, a los cromosomas, infertilidad, cáncer, intoxicación de los intestinos, convulsiones, vómitos, diarrea, desórdenes sanguíneos serios, menstruación excesiva, náuseas y dolores de cabeza. La propia Asociación Médica de los Estados Unidos calificó de "prematurados" los recientes informes favorables al nuevo fármaco abortivo, ya que sus "efectos adversos no son descubiertos durante las primeras etapas de las pruebas".

Consecuencias del aborto

El aborto, legal o ilegal también daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte. La propaganda proabortista continuamente proclama la mentira de que el aborto legal es médicamente "seguro", y de que es necesario legalizarlo o despenalizarlo debido a la gran cantidad de muertes maternas causadas por el aborto ilegal. Esta estrategia para legalizar el aborto se llama engañosamente "Maternidad sin riesgos". Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero. Estadísticamente hablando, se estima que el riesgo inmediato de dichas complicaciones

es de un 10%, pero el de las complicaciones a largo plazo es entre el 20 y el 50% (Haywood-McKinney, S/F).

Consecuencias físicas de acuerdo a Haywood-McKinney, (S/F):

- Esterilidad.
- Abortos espontáneos.
- Embarazos ectópicos.
- Nacimientos de niños muertos.
- Trastornos menstruales.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Shock.
- Coma.
- Útero perforado.
- Peritonitis.
- Coágulos de sangre pasajeros.
- Fiebre /Sudores fríos.
- Intenso dolor.
- Perdida de otros órganos.
- Muerte

La dimensión emocional del aborto

Las mujeres interrumpen sus embarazos por razones muy diversas, y no todas tienen secuelas emocionales y sentimientos de culpa después de un aborto. Muchas se sienten aliviadas y agradecidas cuando reciben una atención integral, segura y respetuosa por parte de médicos (as) que practican abortos, apoyándose en una postura ética centrada en el respeto a la autonomía de las mujeres (De León Aguirre & L., 2002).

Además de las complicaciones físicas, las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el "*Síndrome post-aborto*". Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etc., (Cabrera, 1991).

El aborto se consideraba como un evento posiblemente traumático y causante de un trastorno por estrés postraumático en el Manual Estadístico Diagnóstico DSM-III-R. Actualmente, el aborto provocado se ajusta a la posibilidad de ser un evento traumático, posiblemente como el de la pérdida de un familiar o ser querido. El cuadro de trastorno de estrés postraumático causado por un aborto fue denominado síndrome Post-aborto por el Profesor Vicent Rue en 1981. Estudios Realizados determinan que el 76% de las mujeres que se someten a un aborto provocado, caen en el síndrome Post-aborto (Hernández & Vázquez, S/F).

La Real Academia de Obstetricia de Inglaterra ha informado que las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto pueden alcanzar hasta el 59% de las madres. La Organización Mundial de la Salud por su parte informa que las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto. Otros estudios muestran que las mujeres que se han practicado un aborto por razones de violación, incesto, salud, etc., tienen aún más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos severos que las que se lo han practicado por razones socioeconómicas (C. Reardon, 1987).

Los autores C. Reardon (1987), Haywood-McKinney (S/F) y Cabrera (1991) enumeran los potenciales efectos emocionales y psicológicos del aborto:

Trastornos emocionales:

- Llanto/Suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito y de peso.
- Agotamiento.
- Comer constantemente.
- Nerviosismo.
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Vómitos.
- Trastornos gastrointestinales.
- Frigidez.

Efectos psicológicos:

- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Retraimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Inferior autoestima.
- Preocupación por la muerte.
- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/ Rabia.
- Desesperación.
- Desvalimiento.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.
- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.
- Intenso interés en los bebés.
- Instintos maternos frustrados.
- Odio a todos los relacionados con el aborto.
- Deseo de acabar la relación con su pareja.
- Pérdida de interés en el sexo.
- Incapacidad de perdonarse a sí misma.
- Sentimiento de deshumanización.
- Pesadillas.
- Ataques/Temblores.
- Frustración.
- Sentimientos de ser explotada.
- Abuso de los niños.

El aborto y la iglesia

La Iglesia Católica entiende por aborto la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción. Así ha sido declarado el 23 de mayo de 1988 por la Comisión para la Interpretación Auténtica del Código de Derecho Canónico (Conferencia Episcopal Española, 1991).

De acuerdo a la Conferencia Episcopal Española (1991), quien consiente y deliberadamente practica un aborto, acepta que se lo practiquen o presta una colaboración indispensable a su realización, incurre en una culpa moral y en una pena canónica, es decir, comete un pecado y un delito. Menciona que la culpa moral es un pecado grave contra el valor sagrado de la vida humana y hace hincapié en el quinto Mandamiento en el cuál se ordena no matar. Este es un pecado excepcionalmente grave, porque la víctima es inocente e indefensa y su muerte es causada precisamente por quienes tienen una especial obligación de velar por su vida. Además menciona, que hay que tener en cuenta que al niño abortado se le priva del Sacramento del Bautismo.

La iglesia maneja la pena canónica, es una sanción que impone a algunas conductas particularmente relevantes, y que está establecida en el Código de Derecho Canónico, vigente para todos los católicos. Esta pena canónica tiene apartados donde hace referencia al aborto (Conferencia Episcopal Española, 1991).

El que procura un aborto, si sabe que la Iglesia lo castiga de este modo riguroso, queda excomulgado. El Canon 1398 dice: "Quien procura un aborto, si éste se produce, incurre en excomunión *Latae sententiae*" (Conferencia Episcopal Española, 1991).

Por otra parte, el Canon 1041 establece que el que procura un aborto, si éste se consuma, así como los que hayan cooperado positivamente, incurre en irregularidad, que es el impedimento perpetuo para recibir órdenes sagradas (Conferencia Episcopal Española, 1991).

Esto significa que un católico queda privado de recibir los Sacramentos mientras no le sea levantada la pena: no se puede confesar válidamente, no puede acercarse a comulgar, no se puede casar por la Iglesia, etc. El excomulgado queda también privado de desempeñar cargos en la organización de la Iglesia (Conferencia Episcopal Española, 1991).

La razón de ser de esta norma es proteger -también de esta manera, no sólo con la catequesis y la recta formación de la conciencia- la vida del hijo desde el instante mismo de la concepción, porque la Iglesia se da cuenta de que la frágil vida de los hijos en el seno materno depende decisivamente de la actitud de los más cercanos, que son, además, quienes tienen más directa y especial obligación de protegerla: padres, médico, etc. Luego, cuando el niño nazca, estará ya además protegido de alguna manera por la sociedad misma. La Iglesia ha entendido siempre que el aborto provocado es uno de los peores crímenes desde el punto de vista moral. El Concilio Vaticano II dice a este respecto: "Dios, Señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de proteger la vida, que se ha de llevar a cabo de un modo digno del hombre. Por ello, la vida ya concebida ha de ser salvaguardada con extremados cuidados; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables" (Conferencia Episcopal Española, 1991).

México es un país de tradición laica, y es así como la Iglesia católica ha jugado siempre un importante papel en el contexto político del país e influido en la actitud de sectores sociales muy amplios respecto a la sexualidad y la reproducción. La percepción de la alta jerarquía católica sobre estos aspectos se traduce en normas y principios morales rígidos que operan como un poderoso dispositivo para mantener las condiciones de subordinación y de desigualdad social de las mujeres (De León Aguirre & L., 2002).

El aborto como problema social

La carga moral que para muchas personas supone el aborto, es consecuencia de los estereotipos culturalmente aceptados para definir la feminidad, así como de la valoración de la maternidad como el atributo esencial de las mujeres (De León Aguirre & L., 2002)

Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, propiciadas por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción. Una buena parte de las mujeres que deciden abortar lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto, son objeto de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana (Rivas & Amuchástegui, 1998).

Es importante señalar, que la interrupción de un embarazo no deseado es una experiencia que las mujeres asumen de acuerdo con sus condiciones individuales y con el entorno social en el que viven (De León Aguirre & L., 2002).

El aborto como problema de salud pública

Las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo no deseado tienen una relación muy directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. La calidad técnica de la atención varía de acuerdo con los recursos de los hospitales, pero la mayoría carece de personal capacitado para proporcionar servicios integrales de atención post-aborto, que aseguren el seguimiento de las mujeres, les brinden apoyo emocional, o les ofrezcan información amplia y accesible para evitar un nuevo embarazo no deseado (De León Aguirre & L., 2002).

Por otro lado, es frecuente que las mujeres de quienes se sospecha que se indujeron un aborto sean objeto de la indiferencia o el maltrato por parte del personal de los servicios. Las actitudes punitivas que asumen muchos(as) de los(as) profesionales de la salud frente a las mujeres que abortan no solamente tiene que ver con los estigmas sobre la interrupción del embarazo o con su prohibición legal, el maltrato que en general reciben las mujeres en los hospitales públicos tiene también relación con aspectos vinculados a las condiciones de subordinación genérica de las mujeres, a la precaria situación social de aquellas que sufren complicaciones con mayor frecuencia, y a la desigualdad de las relaciones de poder que habitualmente se establecen entre médicos(as) y pacientes (De León Aguirre & L., 2002).

De acuerdo con datos de la OMS publicados en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizaban en condiciones inseguras y provocaban la muerte de 78 mil mujeres. Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en regiones y países con altos niveles de pobreza y marginación social (De León Aguirre & L., 2002).

En los países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del aborto inseguro es de 1 por cada 3, 700 procedimientos, mientras que en los del mundo en desarrollo el riesgo es mucho mayor, de 1 por cada 250 procedimientos. Para el año 2000, la OMS

calculó que a escala internacional se realizaron alrededor de 19 millones de abortos en condiciones inseguras (De León Aguirre & L., 2002).

Cuadro 5. Incidencia del aborto inseguro en regiones del mundo.

Estimaciones la OMS sobre la incidencia del aborto inseguro en regiones del mundo según nivel de desarrollo, alrededor del año 1995-2000	
Región	Número de abortos inseguros / año (millones)
Regiones desarrolladas	.5
América Latina y El Caribe	3.7
Regiones en desarrollo	18.5
Total mundial	22.7

Fuente: Elaboración propia con datos de Deyanira Gonzáles de León Aguirre y Deborah L. Billings.

Estas importantes diferencias entre regiones y países obedecen a la situación jurídica del aborto y a la disponibilidad de servicios de salud. En los países desarrollados las leyes permiten el aborto por razones amplias y las mujeres tienen acceso a servicios de salud donde la interrupción del embarazo se realiza en forma segura por personal capacitado. En contraste, la mayoría de los países en desarrollo tienen legislaciones restrictivas que permiten el aborto sólo en algunas circunstancias, o lo prohíben totalmente; los servicios con calidad son inaccesibles para la mayor parte de las mujeres, por lo que las complicaciones del aborto inseguro son frecuentes y la mortalidad que ocasionan suele ser elevada (De León Aguirre & L., 2002).

El riesgo de morir o de sufrir secuelas físicas por un aborto es significativamente mayor entre las mujeres pobres y con dificultades para tener acceso a servicios de emergencia. La tercera parte de las mujeres que abortan en condiciones inseguras sufren complicaciones serias, pero menos de la mitad reciben atención médica oportuna. En América Latina y El Caribe se realizan cada año alrededor de 4 millones de abortos inseguros y mueren 5 mil mujeres; se estima que en la región alrededor de la mitad de las muertes maternas se asocia al aborto inseguro (De León Aguirre & L., 2002).

De León Aguirre & L., (2002), menciona que la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas y realizada en El Cairo en 1994, fue el primer foro de alcance mundial en el que la salud y los derechos reproductivos de las mujeres ocuparon un lugar central en un acuerdo internacional sobre problemas de población. En dicho foro se logró un consenso sin

precedentes respecto a la importancia social y sanitaria del aborto realizado en condiciones inseguras.

El Programa de Acción de la CIPD convocó a los gobiernos participantes a que asumieran su responsabilidad frente al problema y precisó las acciones que deben ponerse en práctica en los servicios de salud. A continuación se cita dicha petición; *"Se insita a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habrá que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto (...) En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos"* (Asamblea General de Naciones Unidas, 1994).

De León Aguirre & L., (2002) nuevamente menciona que cinco años después, en la primera evaluación del Programa de Acción de la CIPD, los gobiernos participantes, entre ellos el de México, reafirmaron su compromiso de mejorar la atención a las mujeres con complicaciones del aborto y de garantizar el acceso a servicios para la interrupción del embarazo en las circunstancias amparadas por las leyes.

"En circunstancias en las que el aborto no está en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar medidas que aseguren que el aborto es seguro y accesible. Medidas adicionales deben ser tomadas para salvaguardar la salud de las mujeres" (United Nations General Assembly, 1999).

CAPÍTULO 3. MARCO LEGAL

El aborto en la legislación humana

Cualquier legislación tiene efectos sociales y el aborto no es una excepción. Como consecuencia de la cultura social y de la aceptación de este hecho, se produce un incremento importantísimo del número de los mismos. Este hecho se retroalimenta con un dato positivo ya que una legislación que favorece los abortos, suprime notablemente las intervenciones clandestinas y sus perversas consecuencias (Ayúcar Dorado, S/F).

El problema surge cuando queda sin ninguna protección legal una de las partes implicadas: el no nacido, que también debe tener todos los derechos a que su vida sea protegida. En cualquier sociedad democrática, una gran mayoría se manifestaría en contra de una legislación que protegiera solo a unos individuos y dejara en total desprotección a otros más vulnerables, se consideraría un disparate jurídico, sin embargo, las legislaciones a favor del aborto hacen esto mismo: se alega proteger los derechos de la mujer, hecho que tampoco es cierto, y se obvian completamente los derechos del hijo que queda en total indefensión (Ayúcar Dorado, S/F).

Los políticos utilizan eufemismos como “despenalizar” el aborto, pero si mañana se planteara despenalizar otros hechos que puedan suponer un atentado contra algunos individuos, por ejemplo: determinados supuestos de asesinatos, la sociedad se enfrentaría al legislador principalmente porque cualquiera podría ser víctima de esa legislación. Por el contrario, en el caso del aborto se legisla con un gran apoyo social, esto incide entre otros aspectos, que las personas no sienten amenazada su integridad física por las consecuencias de esta legislación, y también el hecho de que los no nacidos nunca podrán decir nada y no votarán. Legislar alegando proteger a una de las partes no puede llevar jamás a dejar sin protección a la otra (Ayúcar Dorado, S/F).

De acuerdo a Ayúcar Dorado (S/F), la 35 legislación a favor del aborto favorece en la sociedad pensamientos y conductas entre los que pueden figurar:

- Una actitud pasiva ante tragedias humanas.
- El endurecimiento emocional.
- Una "esquizofrenia" social entre lo que se cree y lo que se hace.
- La relatividad de la vida frente a otros intereses.

- La manipulación de la información y de la verdad en función de los intereses políticamente correctos.
- La confrontación entre la ley y la conciencia.
- La desprotección de los débiles,
- El negocio y especulación con la vida y la muerte.
- Un cambio de mentalidad sobre la dignidad humana de consecuencias muy graves.
- Un poder absoluto de los padres sobre la vida y la muerte del hijo.
- Políticas reproductivas que quedan en manos de los Estados y Multinacionales, cuyo alcance aún es inimaginable.

La libertad de un individuo termina donde tropieza con la de otro ser humano, y no hay libertad más primaria que el derecho a vivir. En efecto, la ley penal no tiene sólo como fin la persecución del delito, sino también ayudar a conformar la conciencia social sobre los valores básicos de la convivencia. Por eso cuando una conducta se despenaliza se hace más frecuente y se configura como buena, en la equivocada creencia de que todo lo legal es bueno y lo ilegal malo (Ayúcar Dorado, S/F).

Los derechos humanos y las normativas referidas a la protección de la vida.

El comienzo de la vida del ser humano es un dato que el derecho debe tomar de la ciencia. Desde el punto de vista biológico es un hecho que en el momento de la concepción o fecundación, es decir, de la fusión del óvulo y del espermatozoide se produce una célula humana (cigoto) que inicia un proceso continuo de desarrollo el cual, si no es interrumpido natural o artificialmente, llegará a ser un recién nacido. Y aunque esta vida se desarrolla dentro del seno materno, posee sin embargo su propio código genético, *específicamente humano*. Se trata de una nueva vida humana, distinta a la de la madre (Cardenal Robles Ortega & Lira Rugarcía, 2013).

Desde el punto de vista jurídico, el derecho a la vida es propio del ser humano, por el simple hecho de estar vivo y pertenecer a la especie humana, condiciones que se dan al momento de la concepción.

De acuerdo a la Regulación del Aborto en México emitida por la Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados (Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2014), se citan las leyes

e instrumentos internacionales que defienden el derecho a la vida y en su momento en el caso del Distrito Federal la libertad de elección de la mujer con respecto a la maternidad.

LEYES

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo	Contenido
4	<p>“El primer párrafo se deroga.... Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos....”</p>
123	<p>“... Apartado A. V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos. XV. El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso. Apartado B. XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas: b) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles...”</p>

Código Civil Federal

A través del artículo 22 del Código Civil Federal se plasma claramente la protección y el derecho a la vida al señalarse que desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la Ley.

LIBRO PRIMERO
De las Personas
TÍTULO PRIMERO
De las Personas Físicas

Artículo	Contenido
22	La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código”.

Código Penal Federal

Al tipificarse el delito de aborto en el Código Penal Federal, el cual lo define como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez, se ubica la tendencia hacia la protección del producto desde la concepción, contraponiéndose así al derecho y a la libertad de la mujer a decidir sobre su cuerpo y la maternidad. Sin embargo, cabe señalar que este Código contempla algunas excepciones que son excluyentes de responsabilidad tanto para la mujer como para quien practique el aborto:

TÍTULO DECIMONOVENO
Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal
CAPÍTULO VI
Aborto

Artículo	Contenido
329	Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.
330	Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años y si mediare violencia física o moral se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

331	Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.
332	Se impondrán de seis meses a un año de prisión, a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias: I.- Que no tenga mala fama; II.- Que haya logrado ocultar su embarazo, y III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima. Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión
333	No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.
334	No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

Código Federal de Procedimientos Penales

En el caso del Código Federal de Procedimientos Penales se observa que éste en cuanto a la comprobación del delito y de la probable responsabilidad del inculcado en materia de aborto establece disposiciones que prevén el reconocimiento por parte de los peritos médicos a la madre para dictaminar las causas del aborto. Por otro lado, se establecen las normas a seguir en materia de la prueba de la inspección determinando quiénes pueden concurrir al reconocimiento y otorgando el derecho a la reconocida de designar a acompañantes.

Artículo	Contenido
173	En los casos de aborto o de infanticidio, además de las diligencias mencionadas en los artículos 171 y 172, así como de cualesquiera otras que resulten pertinentes, en el primero, también reconocerán los peritos médicos a la madre, describirán las lesiones que presente y dictaminarán sobre la causa del aborto. En uno y otro caso expresarán la edad de la víctima, si nació viable y todo aquello que pueda servir para fijar la naturaleza del delito.
213	En los delitos sexuales y en el de aborto, puede concurrir al reconocimiento que practiquen los médicos el funcionario que conozca del asunto, si lo juzga indispensable. Además de las personas a que se refiere este artículo,

únicamente se permitirá asistir a la diligencia a aquéllas que designe la reconocida cuando quiera que la acompañen.
--

INSTRUMENTOS JURÍDICOS INTERNACIONALES

Sobre la Protección del Derecho a la Vida

El derecho a la vida es considerado como un derecho universal, por lo que no existe duda alguna sobre su inclusión en los ordenamientos regulatorios.

A continuación se presentan los Instrumentos Jurídicos Internacionales que contemplan en sus disposiciones el respeto al derecho a la vida de las personas:

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Aprobada en París por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.
--

Artículo 3: “Todo individuo tiene el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre es uno de los primeros instrumentos internacionales junto con la Declaración Interamericana de los Derechos y Deberes del Hombre, —como se verá más adelante— que contemplan el respeto al derecho a la vida.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Aprobada en la IX Conferencia Internacional Americana, celebrada en la ciudad de Bogotá, Colombia, adoptada el 2 de mayo de 1948

Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la integridad de su persona.
--

Cabe señalar que además del derecho a la vida, en esta Declaración, también se da protección a la maternidad e implícitamente se puede apuntar que se protege al producto de la concepción, estableciéndose también de manera tácita el derecho a la vida y la protección para éste, al señalarse en el artículo VII que:

Artículo VII. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayudas especiales.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Aprobado en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América, el 16 de diciembre de 1966, al cual se adhirió México el 24 de marzo de 1981

Artículo 6.1. “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”

A través de este Pacto se vuelve a hacer hincapié respecto al derecho a la vida, el cual es inherente a la persona humana.

Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”. San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969. Aprobada por la Cámara de Senadores de la República el 18 de noviembre de 1980

Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos. Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción. **Artículo 2.** Deber de adoptar disposiciones de Derecho Interno. Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades. **Artículo 4.** Derecho a la Vida. “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la Ley y, en general a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

Al igual que los otros instrumentos internacionales que se han comentado, el Pacto de San José contempla el derecho a la vida, sin embargo, este destaca por estipular expresamente que la vida queda protegida por la Ley a partir del momento de la concepción.

Ahora bien, con el objeto de dar plena protección a los derechos y libertades que se albergan en este Pacto, en el mismo se dispone para los Estados partes la obligación de comprometerse a respetar dichos derechos y garantizar su libre ejercicio, además, de la obligación de adoptar las disposiciones de derecho interno necesarias para su aplicación, a través de los procedimientos legislativos correspondientes.

Convención sobre los Derechos del Niño

Preámbulo: Los Estados Partes en la presente Convención,... Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. ... Parte I

Artículo 1. Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 6.

1.- Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2.- Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Sobre los Derechos Reproductivos de la Mujer.

Al momento de abordar líneas arriba el derecho a la vida, se hizo mención a la Declaración Universal de los Derechos Humanos como uno de los primeros documentos internacionales que lo contemplan y en cuanto a los derechos reproductivos de la mujer se observa que esta misma Declaración a través de reconocer el derecho a fundar una familia, reconoce implícitamente los derechos reproductivos de la mujer.

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Artículo 16.

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán, Irán el 13 de mayo de 1968.

Los antecedentes de los derechos reproductivos se pueden encontrar en la declaración de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos. A través del numeral 16 de esta Conferencia se declaró por primera vez que: "... Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos".

Lo anterior, para el caso de México se encuentra acorde con lo establecido por el artículo 4º Constitucional al señalar la libertad y derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos.

Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 1994.

Esta define por primera vez a un grupo de derechos humanos como derechos reproductivos. Para ello, el Programa de Acción de Cairo en primera instancia se basa en dos definiciones: la de salud reproductiva y la de atención a la salud reproductiva a ésta última la define partiendo de la primera como: el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Con la definición que antecede dicho Programa en el numeral 7.3 explica que:

“...los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.

Y añade:

“Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995

En esta Conferencia, mejor conocida como la Declaración de Beijing, decidieron los gobiernos que participaron en la misma, promover los objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo e interés de la humanidad, convencidos entre otras de que el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para su empoderamiento.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

Esta Convención adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979 y cuya entrada en vigor se inició el 3 de septiembre de 1981, tal y como lo estipula en su propio artículo 27 (1), recuerda que la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, y reconoce los derechos reproductivos de la mujer al señalar que la mujer es un gran aporte al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad, la importancia social de la maternidad y enfatiza que el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación, por el contrario pugna porque la educación y responsabilidad de los hijos debe ser compartida entre hombres y mujeres y la sociedad en su conjunto.

Asimismo, reconoce el derecho de la mujer a la salud y atención médica en igualdad de condiciones con el hombre y por su propia naturaleza se mandata que los Estados partes garanticen a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.

La despenalización del aborto en México

El acceso al aborto legal y seguro es parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho las mujeres, esto se fundamenta en los derechos a la vida; la salud, incluida la salud reproductiva; la integridad física; la vida privada; la no discriminación y la autonomía reproductiva de las mujeres (Millán Rentería, 2013).

Estos derechos se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los Tratados Internacionales en materia de derechos humanos (Millán Rentería, 2013).

A nivel internacional, los estudios especializados más recientes evidencian que el aborto es un problema de salud pública, que genera casi 47, 000 muertes al año alrededor del mundo, aportando 13% de todas las causas de muerte materna; y casi cinco millones de complicaciones, algunas de ellas permanentes; es decir, el aborto realizado en condiciones inseguras y marcos legales restringidos se relaciona con una elevada morbilidad y mortalidad materna (Millán Rentería, 2013).

Asimismo, un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestra que la ilegalidad y la criminalización del aborto sólo impactan en la inseguridad de los procedimientos y sus consecuentes efectos en la vida, la salud y la libertad de las mujeres, mas no en su incidencia (Millán Rentería, 2013).

En México el aborto es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, es decir que en determinados casos, a las personas que llevan a cabo un aborto, no se les impone una sanción. Estas exclusiones varían dependiendo de la entidad federativa (Millán Rentería, 2013).

En México, el aborto es legal en determinadas circunstancias. Sin embargo, si una mujer queda encinta y decide interrumpir su embarazo, se ve obligada a practicarse un aborto en la clandestinidad, algunas pueden acudir a servicios higiénicos y seguros, pero la mayoría, pone en riesgo su salud y hasta su vida, porque carece de recursos para recibir atención adecuada. A pesar de todo, la prohibición del aborto en México no se cumple, pues no se persigue a las mujeres que se practican abortos de manera ilegal (Barraza, Taracena, & Castro, 2008).

De acuerdo a Barraza, Taracena & Castro (2008), el aborto no se considera delito o no se sanciona, cuando:

- 1) El embarazo es resultado de una violación.
- 2) El aborto es provocado accidentalmente (o, como dice la ley, de manera “imprudencial” o por “conducta culposa”).
- 3) El embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.
- 4) El producto tiene malformaciones graves.
- 5) De continuar con el embarazo se provocaría un grave daño a la salud de la mujer.
- 6) El embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida.
- 7) La mujer vive en situación de pobreza y tiene al menos tres hijos.
- 8) Cuando el aborto se ejecuta dentro de las primeras doce semanas de gestación.

De estas ocho razones sólo la primera (por violación) es válida en todo el territorio nacional. Treinta estados contemplan el aborto imprudencial, y veintinueve cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. Así, la constante legislativa en nuestro país es no castigar el aborto por violación, imprudencial y por peligro de muerte de la mujer. El resto de las causas de aborto no punible varía de un Estado a otro (Cuadro 6), (Barraza, Taracena, & Castro, 2008).

Cuadro 6. El aborto en los Códigos Penales

EL ABORTO EN LOS CÓDIGOS PENALES DE LA ENTIDADES FEDERATIVAS						
ESTADO	POR VIOLACION	IMPRUDENCIAL O CULPOSO	POR PELIGRO DE MUERTE	POR MALFORMACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES DEL PRODUCTO	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CAUSAS
AGUASCALIENTES	•	•	•			
BAJA CALIFORNIA	• (A)	•	•			• (B)
BAJA CALIFORNIA SUR	• (P)	•	•	•	•	• (B)
CAMPECHE	•	•	•			
COAHUILA	• (A)	•	•	•		
COLIMA	• (A)	•	•	•		• (B)
CHIAPAS	• (A)		•	•		
CHIHUAHUA	• (A)	•	◊		•	• (B)
DISTRITO FEDERAL	• (P)	•	◊	•	•	• (B) (D)
DURANGO	•	•	•			
GUANAJUATO	•	•				
GUERRERO	•	•		•		• (B)

HIDALGO	• (A)	•	◇	•	•	• (B)
JALISCO	•	•	•		•	
MÉXICO	•	•	•	•		
MICHOACÁN	•	•	•		•	
MORELOS	•	•	•	•		• (B)
NAYARIT	•	•	•		•	
NUEVO LEÓN	•		•		•	
OAXACA	• (A)	•	•	•		
PUEBLA	•	•	•	•		
QUERÉTARO	•	•				
QUINTANA ROO	• (A)	•	•	•		
SAN LUIS POTOSÍ	•	•	•			• (B)
SINALOA	•	•	•			
SONORA	•	•	•			
TABASCO	•	□	•			• (B)
TAMAULIPAS	•	•	•		•	
TLAXCALA	•	•	•		•	
VERACRUZ	• (A)	•	•	•		• (B)
YUCATÁN	•	•	•	•		• (C)
ZACATECAS	• (P)	•	•		•	
TOTAL	32	30	29	14	11	12

<p>(A) En estas entidades la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo, entre 75 días y tres meses a partir de la violación o del embarazo.</p> <p>(B) Inseminación artificial no consentida.</p> <p>(C) Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.</p> <p>(D) Por voluntad de la mujer, durante las primeras 12 semanas del embarazo.</p> <p>(P) Existe procedimiento para el aborto en caso de violación, en el Código de Procedimientos Penales.</p>	<p>Los estados sombreados modificaron su legislación en el año 2000 o en años anteriores.</p> <p>• Esta causal sí está considerada en el Código Penal del Estado.</p> <p>◇ Aunque no se menciona explícitamente en el Código Penal de la Entidad, esta causal queda comprendida en "grave daño a la salud".</p> <p>□ A partir de una interpretación integral de los artículos 14 (excluyentes de responsabilidad de los delitos) y 61 (mención del aborto culposo) del Código Penal de Tabasco, se concluye que el aborto causado sin la intervención de la voluntad de la mujer o del médico, no es sancionable.</p>
--	---

Fuente: Elaboración propia con datos de Eduardo Barraza, Rosario Taracena y Fedora Castro. GIRE (2008)

La Regulación del Aborto en México emitida por la Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados (Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2014), contempla 14 anomalías fetales incompatibles con la vida y 10 enfermedades graves o incurables.

Anomalías fetales incompatibles con la vida:

1. Anencefalia: malformación cerebral congénita caracterizada por la ausencia parcial o total del cerebro, cráneo, y cuero cabelludo.
2. Exencefalia: cerebro situado fuera del cráneo; y acráneo.
3. Hidranencefalia: cuando los hemisferios cerebrales están ausentes y son sustituidos por sacos llenos de líquido cerebroespinal.
4. Holoprosencefalia alobar: El cerebro no logra separarse del prosencéfalo, lo que se traduce en anomalías faciales severas (fusión de los ojos, anomalías del tabique nasal).
5. Atresia laríngea/atresia traqueal: Obstrucción total o casi total de la laringe/ Ausencia parcial o total de tráquea.
6. Agenesia diafragmática: Ausencia de parte o toda la cúpula diafragmática.
7. Agenesia renal bilateral: Ausencia de riñones
8. Patología renal bilateral con secuencia Potter y de comienzo precoz: Insuficiencia renal prenatal.
9. Ectopia cordis: Separación, completa o incompleta, del esternón asociada a una ubicación anormal del corazón, por fuera de la caja torácica.
10. Pentalogía de Cantrell: Malformación que afecta al diafragma, pared abdominal, pericardio, corazón y parte del esternón.
11. Síndrome de bandas amnióticas: Malformaciones fetales causadas por adherencias fibrosas que atrapan y estrangulan extremidades y otras partes fetales llegando a amputarlas.
12. Limb-body wall complex: Malformación de cuerpo, extremidades y defectos cráneo-faciales.
13. Displasia esquelética letal con hipoplasia torácica y afectación precoz: Los huesos y cartílagos del feto no se desarrollan normalmente y tampoco la caja torácica.
14. Cromosopatías: trisomía 18 (retraso del crecimiento, dolicocefalia anomalías en las extremidades y malformaciones viscerales); trisomía 13 (malformaciones del cerebro, dismorfismo facial, anomalías oculares, cardiopatía y retraso psicomotor grave); trisomía 9 (malformaciones que afectan a varios órganos, alteraciones oculares, ojos separados, retraso mental importante...).

Enfermedades graves e incurables:

1. Malformaciones cardiacas específicas: formas graves de anomalía de Ebstein, hipoplasia de cavidades izquierdas, isomerismo derecho, cualquier cardiopatía estructural que se acompañe de fracaso cardíaco, miocardiopatías, etc.
2. Encefalocele asociado a otras anomalías y/o que cause desestructuración anatómica del sistema nervioso central.
3. Hidrocefalia (exceso de líquido que baña el cerebro en el interior de los ventrículos cerebrales comprimiendo el cerebro) grave y progresiva.
4. Ausencia o hipoplasia grave de vermis cerebeloso: trastorno neurológico que afecta al desarrollo del cerebelo.
5. Alteraciones estructurales graves del sistema nervioso, como leucomalacia (afectación de la sustancia blanca próxima a los ventrículos, lo que se traduce en parálisis cerebral, dificultades cognitivas, en el aprendizaje o parálisis cerebral) o esquizecefalia (surcos o hendiduras en los hemisferios cerebrales).
6. Agenesia completa y aislada del cuerpo calloso: Ausencia total o parcial de la principal comisura interhemisférica: el cuerpo calloso.
7. Tumorações con compromiso severo de estructuras vitales.
8. Hernia diafragmática grave.
9. Esclerosis tuberosa: crecimiento de tumores en el cerebro y otros órganos.
10. Hidrops grave sin causa aparente: se caracteriza por provocar un edema grave por una cantidad excesiva de líquido que sale del torrente sanguíneo e ingresa en diversos tejidos corporales.

Las leyes de aborto de la mayor parte del país datan de los años treinta del siglo xx, y sólo la mitad o una tercera parte han vuelto a revisarse desde entonces. Nuestras leyes se encuentran a la zaga de las del resto del mundo en esta materia (Barraza, Taracena, & Castro, 2008).

En muchos países está permitido abortar por razones socioeconómicas; en México, sólo en Yucatán está permitido por esta razón. Actualmente, 61% de la población mundial vive en países donde se permite el aborto por una amplia gama de razones, incluso por la sola voluntad de la mujer. En México, sólo el Distrito Federal permite el aborto

voluntario, tras una decisión histórica de la Asamblea Legislativa, el 24 de abril de 2007 (Barraza, Taracena, & Castro, 2008).

Todo empezó en 2006 cuando el Partido Revolucionario Institucional (PRI) y Alternativa presentaron en la Asamblea Legislativa del DF una iniciativa de reforma para despenalizar el aborto en todos los casos. Desde que inició el periodo de sesiones, el 15 de marzo de 2007, el PRD asumió su papel protagónico y alentó un gran debate público sobre el tema. La Asamblea Legislativa organizó foros de discusión de los que participaron organizaciones conservadoras y progresistas, así como expertos jurídicos y médicos (Millán Rentería, 2013).

Millán Rentería (2013), menciona que ante la certeza de que los grupos contrarios presentarían una acción de inconstitucionalidad, la estrategia buscó no arriesgar los logros anteriores. Después de un arduo trabajo de análisis y debate para conciliar las iniciativas y tomando en cuenta el precedente de la Suprema Corte en la materia, las Comisiones Unidas aprobaron, por mayoría de votos de sus integrantes, el dictamen que planteaba la despenalización del aborto en los siguientes términos:

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 post-aborto) y brindar información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción legal del embarazo (artículo 16 bis 8 lsdf).

De acuerdo a la Regulación del Aborto en México emitida por la Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados (Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2014), se cita lo siguiente:

La última reforma que tuvo el **Código Penal para el Distrito Federal, Capítulo VI referente al Aborto** que data de 1931, fue realizada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y publicada en la Gaceta Oficial el 24 de agosto de 2000.

Esta reforma marcó un parte aguas en la materia y la apertura a la despenalización del aborto y a la regulación de la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal, al ampliar los supuestos jurídicos bajo los cuales se podría practicar el aborto no punible, pues consideraba además de las causales de violación y el inminente peligro de muerte o afectación grave a la salud de la madre embarazada, también la inseminación artificial no consentida y las alteraciones genéticas o congénitas del producto. Dicha reforma, quedó hasta el día de su abrogación de la siguiente forma:

Artículo	Contenido
332	Se impondrán de uno a tres años de prisión a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar.
333	El delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.
334	<p>No se aplicará sanción:</p> <p>I.- Cuando el embarazo sea resultado de una violación, o de una inseminación artificial no consentida.</p> <p>II.- Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora;</p> <p>III.- Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada.</p>

	<p>IV.- Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.</p> <p>En los casos contemplados en las fracciones I, II y III los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencia y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.</p>
--	--

Para una correcta aplicación de las nuevas reformas en materia de aborto, se adicionó el artículo **131 Bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal**, bajo el cual se estableció el procedimiento que debería seguir el Ministerio Público, a quien se facultó para autorizar la interrupción del embarazo, en caso de que se invocaran las causales antes mencionadas, mandatándose lo siguiente:

Artículo	Contenido
131 Bis	<p>El Ministerio Público autorizará en un término de veinticuatro horas, la interrupción del embarazo de acuerdo con lo previsto en el artículo 334, fracción I del Código Penal cuando concurren los siguientes requisitos:</p> <p>I.- Que exista denuncia por el delito de violación o inseminación artificial no consentida;</p> <p>II.- Que la víctima declare la existencia del embarazo;</p> <p>III.- Que se compruebe la existencia del embarazo en cualquier institución del sistema público o privado de salud;</p> <p>IV.- Que existan elementos que permitan al Ministerio Público suponer que el embarazo es producto de la violación; y</p> <p>V.- Que exista solicitud de la mujer embarazada</p> <p>Las instituciones de salud pública del Distrito Federal deberán, a petición de la interesada, practicar el examen que compruebe la existencia del embarazo, así como su interrupción.</p> <p>En todos los casos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer información imparcial, objetiva, veraz y suficiente sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes; para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable. Esta información deberá ser proporcionada de manera inmediata y no deberá tener como objetivo, inducir o retrasar la decisión de la mujer.</p> <p>De igual manera, en el periodo posterior ofrecerán la orientación y apoyos necesarios para propiciar su rehabilitación personal y familiar para evitar abortos subsecuentes.</p>

La segunda reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 26 de abril de 2007 —misma que con sus disposiciones causó y sigue causando polémica—, es la que da paso a la despenalización del aborto a través de la interrupción legal del embarazo antes de la décima segunda semana de gestación.

Artículo	Contenido
144	Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.
145	Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado. Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.
146	Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. Para efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión.
147	Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

Los grupos conservadores y la jerarquía católica exigieron un referéndum y argumentaron que la vida del producto de la concepción debía prevalecer sobre los derechos humanos de las mujeres. No obstante, el 24 de abril de 2007 el pleno de la Asamblea Legislativa aprobó 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, e inmediatamente, los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del DF comenzaron a ofrecer el servicio (Millán Rentería, 2013).

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

Cuando hablamos del aborto, su discusión deviene casi siempre en una gran polémica, pues cuando éste se discute, generalmente predominan dos clases de argumentaciones: una, que podría denominarse liberal, porque favorece la decisión personal frente a cualquier otro valor; y otra, que puede definirse como conservadora (Taracena, 2005).

Debido a que el aborto en México es legal sólo en algunas circunstancias —la mayor parte de los Estados lo permiten si el embarazo es resultado de una violación, si pone en riesgo la vida de la mujer y cuando el aborto es provocado accidentalmente—, en la discusión pública suelen enfrentarse los puntos de vista señalados y esto resulta evidente en las coyunturas donde el tema adquiere preponderancia en los medios de comunicación (Taracena, 2005).

En el cuadro 7, se puede observar las opiniones conservadoras y liberales, y se puede establecer una comparación breve de las dos maneras de pensar de la sociedad en lo que respecta al aborto y la legalidad (Taracena, 2005).

**Cuadro 7. Comparación de las opiniones sobre el aborto.
Conservador vs Liberal.**

CONSERVADOR	LIBERAL
Respecto al aborto y la legalidad la argumentación conservadora parte siempre de la premisa de que: – El aborto es siempre un crimen y, por lo tanto, no puede ser legal. – La definición conservadora del aborto como “crimen o asesinato” está basada en un dogma religioso y carece de respaldo legal, por lo que no se presenta como una definición que pueda ser considerada para la elaboración de leyes respecto al aborto.	La premisa que defienden los liberales es la siguiente: – El aborto está considerado como “delito” en los códigos penales del país, pero no como asesinato. Además, está aceptado en caso de violación, por lo que no puede considerarse como un “crimen”. – Los liberales oponen a los conservadores el texto legal y señalan que la definición conservadora no es válida para discutir el aborto públicamente.
Los conservadores ponen énfasis en la imperfección de las leyes para sostener que la ley que permite el aborto por cualquier motivo es incorrecta. Hay una crítica abierta y unánime hacia la ley por no apegarse al dogma religioso que prohíbe el aborto en todos los casos.	Los liberales presentan la ley como la autoridad máxima que rige la vida social y critican las leyes mexicanas relativas al aborto porque tienden a castigar esta práctica, pero también defienden las excepciones que permiten el aborto de manera legal.
Los conservadores apelan a la palabra de Dios y a los documentos de la Iglesia católica como la fuente de legitimación de sus argumentos sobre el aborto.	Los liberales apelan a la capacidad de las mujeres para decidir sobre un embarazo no deseado y al Estado laico para legislar sobre aborto.

El objetivo central de los conservadores es mantener la definición del aborto como “crimen y asesinato”.	El objetivo primordial de los liberales es cuestionar la definición conservadora del aborto y establecer una definición apegada a las leyes, que hable del aborto sólo como “la interrupción del embarazo”.
El feto aparece como el principal protagonista del aborto dentro del discurso conservador. La preservación de éste (de esa “vida”) es el principal valor que defienden, sin tomar en cuenta los deseos y planes de las mujeres que se embarazan y buscan un aborto.	En el discurso liberal, las mujeres ocupan el lugar protagónico. Sus necesidades, deseos y expectativas tienen mayor peso frente a la vida potencial del feto, pues consideran que no es posible tener obligaciones morales hacia él, en los primeros meses de gestación.
Los conservadores presentan una imagen totalmente negativa de quienes defienden el aborto legal basada en el razonamiento de que si el aborto es una práctica moralmente inaceptable, quienes defienden la posibilidad de que sea legal son seres inmorales.	Los liberales critican a los conservadores porque pretenden detentar el monopolio de la bondad y la moralidad, y afirman que la doble moral de la sociedad (la hipocresía) permite que sus argumentos tengan eco dentro de la clase política.

Fuente: Elaboración propia con datos de Rosario Taracena. GIRE (2005)

El análisis de los argumentos conservadores y liberales que se mencionaron anteriormente, ofrecen información suficiente para establecer una comparación breve de las dos formas de pensar que tiene la sociedad acerca del tema.

Es importante mencionar, que aún existen presiones de diversas órdenes, movidas por fines distintos pero convergentes, que están consiguiendo en muchos países leyes que permiten el aborto con más o menos flexibilidad. En general, atendiendo a sus consecuencias -aunque se quiera que sean restrictivas-, podrían clasificarse como legislaciones promotoras del aborto. Los resultados, que ya se van objetivando, indican un porvenir de mal pronóstico por muchas razones, entre las que destaca el que tienden a crear una práctica médica desviada, que va alcanzando incluso a lugares donde es ilegal (López García, 2010).

Según un estudio de legislación comparada publicado por la OMS, la normativa sobre el aborto es, con carácter general y en línea de principios, represiva, aunque algunas legislaciones prevean excepciones no punibles. Esto quizás es cierto en teoría; pero lo que se ve en la práctica es que las excepciones se convierten en norma de conducta, y las correspondientes disposiciones legales se interpretan a la medida de las conveniencias, y se las hace amparar muchas más cosas de las que pretendían (López García, 2010).

Que la legalidad no se identifica necesariamente con las normas éticas y que no puede ser el fundamento de criterios doctrinales de actuación, es indudable. Pero también es

verdad que una vez establecida la legalización, los modos de pensar van cambiando paulatinamente, y la gente llega a adaptarse de tal modo a la nueva situación, que pierden la capacidad de diferenciar lo que está bien de lo que está mal (López García, 2010).

Para López García (2010), el aborto -matar a un ser humano en vida intrauterina- es una injusticia contra el no nacido. Menciona que es una convicción común entre los médicos -incluso entre los que practican el aborto- en los países en que no está permitido. Pero una vez legalizado, muchos cambian de opinión diciendo que -es cuestión de tiempo-; y, por supuesto, el impacto se hace sentir más en las nuevas generaciones de médicos. Para ellos, el aborto no es una injusticia contra el feto, creen por el contrario, que el no hacerlo es una injusticia contra la madre.

Estudios estadísticos sobre los efectos de los cambios recientes en las leyes sobre aborto en los Estados Unidos, revelan que en la mayor parte de los casos responden a motivos relacionados con la salud mental de la embarazada. Con datos de seis Estados, resulta que casi el 96% de los abortos se practicaron por indicaciones de salud mental, y casi el 98% por preocupación por el bienestar físico y mental de la mujer (López García, 2010).

Conseguido el primer paso -un mínimo de legalización-, luego el propio ambiente presiona y facilita nuevas leyes cada vez más amplias. Los entusiastas del aborto muestran como éxitos los signos de cambio que se han producido en poco tiempo como consecuencia directa de la legalización. Hay quien pronostica que el aborto pronto será cosa decidida entre el médico y la paciente, al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico (López García, 2010).

Las consecuencias de la legalización van mucho más allá de cuanto se ha dicho, porque además, favorecen la degradación de la sexualidad y la de la actuación profesional de los médicos. Cuando se empieza a tener como “normal” la eliminación de vidas humanas, el crimen en términos generales tiende a considerarse normal. Si se puede suprimir la vida de un feto, ¿por qué no se puede suprimir la vida de un anciano o de un inútil para la sociedad?, es éste uno de los problemas alarmantes que ya están surgiendo. La eutanasia de ancianos e incurables, pronto se justificarán con toda clase de razones, a medida que se vayan acentuando las consecuencias del envejecimiento de la población. Y es que, desde el momento en que el precepto «no matar» se sustituye por el de «no

matar si no conviene», queda abierto el camino a todo género de aberraciones (López García, 2010).

Hay además una razón fundamental contra la legalización del aborto, y es que aún legalizado sigue siendo un crimen. A no ser que se quiera que la ley sea puro reflejo de «situaciones de hecho», lo que determina el que pierda su capacidad ordenadora y se torne incapaz de dar a conocer el derecho y la justicia (López García, 2010).

La legislación vigente en nuestro país es bien conocida y no plantea dudas de ningún género. Siempre sería interesante una amplia explicación de ella, pero hacerlo excede nuestras posibilidades. Lo que sí es necesario decir, es que la ley no basta para detener la progresión del aborto, aun suponiendo que se aplique con toda eficacia. Como se ha dicho en un estudio jurídico sobre el particular, la solución de ésta y de otras actividades antisociales depende más de la acción educativa que de las leyes represivas. La raíz del problema está en todo lo que contribuye a borrar la idea del carácter criminal de los métodos abortivos, que son los que interrumpen una vida humana, cualquiera que sea su mecanismo de acción y el momento del embarazo en que se apliquen (López García, 2010).

En los últimos años, el considerable número de abortos que se vienen practicando, permite recoger datos para comparar desde un punto de vista psicológico la situación de la mujer antes y después del aborto. Puede decirse que la existencia de secuelas psicológicas post-aborto es una realidad estadísticamente significativa. Las conclusiones de los trabajos más recientes en general coinciden en reconocer esta complicación, pero la mayoría de las soluciones que proponen son falsas y derivan de un planteamiento incorrecto (López García, 2010).

Las mujeres interrumpen sus embarazos por razones muy diversas, y no todas tienen secuelas emocionales y sentimientos de culpa después de un aborto. Muchas se sienten aliviadas y agradecidas cuando reciben una atención integral, segura y respetuosa por parte de médicos(as) que practican abortos apoyándose en una postura ética centrada en el respeto a la autonomía de las mujeres (De León Aguirre & L., 2002).

Sin embargo, es importante mencionar que el aborto, legal o ilegal también daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte. La propaganda proabortista continuamente proclama la mentira de que el aborto legal es médicamente

“seguro”, y de que es necesario legalizarlo o despenalizarlo debido a la gran cantidad de muertes maternas causadas por el aborto ilegal. Esta estrategia para legalizar el aborto se llama engañosamente “Maternidad sin riesgos”. Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero. Estadísticamente hablando, se estima que el riesgo inmediato de dichas complicaciones es de un 10%, pero el de las complicaciones a largo plazo es entre el 20 y el 50% (Rodán, 2013).

Además de las complicaciones físicas, las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el “*Síndrome post-aborto*”. Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etc., (Rodán, 2013).

La Real Academia de Obstetricia de Inglaterra ha informado que las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto pueden alcanzar hasta el 59% de las madres. La Organización Mundial de la Salud por su parte informa que las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto. Otros estudios muestran que las mujeres que se han practicado un aborto por razones de violación, incesto, salud, etc., tienen aún más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos severos que las que se lo han practicado por razones socioeconómicas (Rodán, 2013).

En la mayoría de los casos a la mujer nunca le dijeron todo lo que le podía pasar, muchas veces, se explica el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro, pero los aspectos del llamado procedimiento "seguro" pueden dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos (Haywood-McKinney, S/F).

A continuación se mencionan algunos testimonios de mujeres que han tenido un aborto, dichos testimonios fueron tomados de "Mujeres que han sido Explotadas por el Aborto" o WEBA ("Women Exploited by Abortion") esta es una organización nacional no lucrativa de mujeres que han tenido abortos. Las mujeres pertenecientes a WEBA

conocen la realidad porque la han experimentado. Su objetivo es educar a todas las mujeres sobre los efectos del aborto, para que busquen una alternativa. WEBA se esfuerza por conseguir educar a las mujeres sobre el aborto y sus efectos nocivos y permanentes (Haywood-McKinney, S/F).

Testimonios de WEBA ("Women Exploited by Abortion").

1. "El médico me dijo que sólo había que inyectar un poco de líquido, que lo sentiría unos minutos y que después expulsaría el feto. No fue así, sentí a mi niña moverse de aquí para allá durante hora y media, el tiempo en que tardó en fallecer. Tuve un parto difícil durante más de 12 horas y yo misma di a luz a mi hija. Era hermosa, tenía cinco meses y medio, pero... estaba muerta". Anónima 2000
2. "Mi médico no me contó que podría tener una abundante hemorragia y una infección que me podría durar semanas, como así fue. Tampoco me dijo nada sobre la posibilidad de que me extirpasen el útero (histerectomía), tal como me hicieron ocho meses más tarde". Anónima 2005
3. "Nadie me dijo nunca que viviría con esta decisión durante el resto de mi vida... Han pasado varios años pero mi pena continua". Anónima 1999
4. "Si imagino lo que el infierno es, tiene que ser tal como mi vida era antes de encontrar asistencia y curación. Me volví alcohólica, perdí mi deseo de vivir, odiaba a la vida en general". Lisa. Eugene, Or., Junio 1976 y 1980.
5. "Me ha afectado emocionalmente, era incapaz de establecer vínculos con las personas, he sufrido de depresión y fue la causa de años de comportamiento auto-destructivo". Paula. Cleveland, Ohio, Julio 1978.
6. "Incapacidad de formar relaciones profundas, sentimiento de culpa y ataques de ansiedad. Por mucho tiempo fui incapaz de sostener o estar cerca de bebés". Shirley. Los Ángeles, Calif., 1982; y Noruega, 1970.
7. "He sufrido trastornos médicos que atribuyo a haber abortado, incluyendo embarazos prematuros, paps (examen para detectar anomalías del cuello de útero) y menstruaciones anormales". Susan. Fort Worth, Texas. Marzo, 1977.
8. "Tuve una hija sustituta en 1979, que recientemente también abortó (06/15/01), también afectó mi amor propio y eventualmente me volví promiscua". Kathleen.

Port Chester, NY, 12 de mayo de 1975; y Mamaroneck, NY, 3 de diciembre de 1975.

9. “Emocionalmente me siento rechazada por todos, me siento sola”. Grace. Jacksonville, NC, 1976.
10. “Años de cambios repentinos de ánimo, desórdenes alimenticios, promiscuidad, baja autoestima y problemas en la relación con mis otros hijos”. Reatha. Baltimore, MD., noviembre 1979.
11. “Pasé muchos años saltando de una relación a otra, me volví más sexualmente activa, alejada de la familia, problemas en el colegio y antiguos amigos se distanciaron”. Aureen. Filadelfia, PA, marzo 1979.
12. “Diario arrepentimiento y pesar por la muerte de mis hijos causada por mis propios actos”. Beverly. Atlanta, GA, 1974 y 1977.
13. “Depresión severa, especialmente en enero, sabiendo que mi hijo cumpliría un año más de vida”. Wendy. Howell, NJ, 1985.
14. “Sufro de trastornos de pánico y de una baja autoestima que degeneró en promiscuidad, tomaba mucho e inhalaba cocaína. Contraje el HPV, que dañó mi cuello uterino y me sometí a una operación para remover células pre-cancerosas. También tengo problemas en mi colon y estoy en riesgo de tener cáncer de mama”. Christina Grace. Newark, Del, 1986; y Dover, Neb., 1988.
15. “Diez años después del aborto, estuve cerca de un colapso nervioso, he sufrido emocionalmente por veinticinco años”. D.E., Atlanta, GA. Agosto 1975.
16. “Por algún tiempo me sentí vacía por dentro, también caí en un espiral de comer compulsivamente que me ha dejado en una situación de obesidad extrema”. A.D.C.H., San Antonio, Texas. 22 de febrero de 1984.
17. “De estar en la lista de las mejores alumnas del Decano de la universidad, pasé a estar desaprobada, a dejar asuntos incompletos y retirarme varias veces. Intenté suicidarme, estaba deprimida y el sentimiento de culpa era aplastante”. H.A.K. Knoxville, Tenn. 12 de mayo de 1984.
18. “He estado propensa al suicidio, deprimida, he tenido ansiedad extrema, pesadillas, sufría de pena, dolor y conducta autodestructiva”. Candice. San Diego County, California. Marzo de 1996.

19. “Culpa, falta de habilidad para lidiar adecuadamente con el amor verdadero y el sexo en el matrimonio”. L.D.M. England, Setiembre de 1970.
20. “Depresión, pesadillas, divorcio”. Darla. Memphis, Tenn. Abril de 1986.
21. “Mi aborto se llevó mi sentido de autovaloración y seguridad personal. Me ha hecho dudar de mi capacidad de tomar decisiones correctas”. A.C.N. New Orleans, La., 1981.
22. “Es mi mayor arrepentimiento, me ha causado depresión y me ha hecho pensar en el suicidio, también me ha dado complicaciones para quedar embarazada y cargar un niño”. Kathryn. Kansas City, Mo., 1981, 1982 y 1983.
23. “Ha dejado un vacío y un dolor que no me dejan nunca”. Dianne. New Jersey. 15 de enero de 1979.
24. “Siempre estoy pensando en mi niño no-nacido”. Niria. Houston, Texas, 1995 y 1999.
25. “He estado en terapias por ataques de ira, también fui tratada por un desorden alimenticio que también me ha afectado físicamente”. Rexene. Montgomery, Ala. 1991.
26. “Dolor emocional y tormento durante años hasta que Dios me perdonó y me curó. Me ha afectado en lo físico; Ya no puedo tener hijos”. Dorothy. San Antonio, Texas, febrero de 1975.
27. “Si el aborto hubiese sido ilegal, nunca hubiera tenido que pasar por todo este dolor y culpa. Yo debería haberme graduado en lugar de abandonar los estudios. El dolor y la culpa del aborto causaron mi intento de suicidio...tal vez la única razón por la que sobreviví fue para que pudiera contar mi horrenda historia y poder hacer una diferencia”. H.A.K. Knoxville, Tenn. 12 de mayo de 1984.
28. “El aborto mata, no sólo al niño, sino también al espíritu humano. El padre y la madre también son víctimas. Intenté quitarme mi propia vida por la culpa y el remordimiento, sentía que era una tumba que caminaba”. Sheila Lynn. Tallase, Fla. 7 de junio de 1985.
29. “Escuchen las voces de quienes han experimentado las consecuencias físicas y emocionales. Un gran segmento de la sociedad –hombres y mujeres– están

sufriendo porque hicieron lo que estaba mal aun cuando era legal”. Shirley. Los Ángeles, Calif, 1982; y Noruega, 1970.

En la actualidad, los Estados de México siguen peleando por el tema del aborto, una parte pide la legalización y la otra la no aprobación de dicha ley, tal es el caso de Nuevo León que elevó a rango constitucional el derecho a la vida. El Estado se inclinó por el derecho a la vida desde su inicio, fijado en la fecundación, hasta la muerte natural, es decir, que reconoce, protege y tutela el derecho a la vida que posee cualquier ser humano (Chouza, 2014).

A pesar de lo anterior, que son las últimas notas recientes sobre el tema del aborto, hay que tener en cuenta que cada año en el mundo, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros y que casi todos los abortos inseguros (el 98%) se producen en países en desarrollo. Que cada año 47.000 mujeres fallecen en el mundo y 5 millones más quedan con enfermedades graves a consecuencia de la necesidad de recurrir a abortos inseguros, debido a que sus Estados restringen el acceso a los servicios de aborto legal así como a la información completa y detallada de todo el procedimiento del aborto (antes y después), (Garea, 2014)

CAPÍTULO 5. CONCLUSIÓN

El aborto es un problema que supera los principios médicos y morales, no perdona edad, demografía, estatus cultural, económico o social. El aborto no puede ser tratado o debatido desde una sola perspectiva pues existe un sinnúmero de alegaciones que aprueban o desaprueban dicha práctica.

El aborto ha sido uno de los temas más polémicos a lo largo de la historia, debido a las implicaciones físicas, morales y/o religiosos. Ya sea por los factores, económicos, médicos, sociales o psicológicos un sinnúmero de mujeres han pensado o recurrido al aborto, para poner fin a un estado del cual se sienten incapaces de sobrellevar por diferentes circunstancias que las rodean. Sin mencionar, que dichas mujeres tienden a tener repercusiones físicas, psicológicas y morales, lo que significa que son objeto de críticas, amenazas, peligros y agresiones.

Las principales causas de abortos son la violación (relaciones sexuales forzadas), las no protegidas (sin anticonceptivos), las fallas de los métodos anticonceptivos, las sociales y de salud (física y mental), agregando a todo lo anterior, la situación económica de muchas mujeres (pobreza), la aún falta de educación sexual y las restricciones legales en esta materia, aumentan la práctica de abortos clandestinos y, por consiguiente, el riesgo de las mujeres que se someten a ello.

En la actualidad el aborto es considerado como un “método” para aquellas mujeres que no desean ser madres en su juventud o en alguna etapa de su vida. Es por ello que es urgente implementar programas de educación sexual accesibles (métodos anticonceptivos, reproducción y planificación), tanto para mujeres como para hombres, de tal manera que la información llegue a todos los rincones y con ello exista mayor equidad entre hombres y mujeres.

La cultura siempre se ha enfocado a que la mujer debe tener la “obligación” de cuidarse, la divulgación de métodos anticonceptivos está completamente dirigida a las mujeres y es muy importante bloquear esa estigmatización, ya que una relación sexual consensuada involucra a las dos personas (hombre y mujer). Es importante mencionar que de acuerdo a los estudios de Ginecología y Medicina Reproductiva un hombre puede embarazarse a más de 360 mujeres en un año, en cambio una mujer puede quedar embarazada una vez al año, es por ello que considero importante generar una cultura de equidad y sin duda se debe promover anticonceptivos masculinos y así como la

vasectomía, eso reduciría en gran porcentaje los embarazos y por ende que las mujeres opten por un aborto.

Por otro lado, también es urgente mejorar la calidad humana y técnica de la atención a las mujeres con complicaciones del aborto inseguro, mediante la incorporación del modelo de la atención post-aborto, esto enfatiza la importancia de proporcionar a las mujeres servicios integrales durante y después de su estancia en el hospital, además de ofrecerles consejería amplia sobre anticoncepción lo cual les permita una mejor comprensión de su situación.

De igual manera es importante y necesario que las mujeres que decidan inclinarse por esta práctica tengan el conocimiento y la información completa de que sucede antes y después del aborto. Las repercusiones de un aborto inseguro son diversas y pueden ser desde problemas menores que no requieren la hospitalización (hemorragias o cólicos sin fiebre), hasta la complicación de infecciones potencialmente mortales.

Otro de los riesgos que suelen presentarse es la perforación del útero o la esterilidad, la cual es causada por el mal manejo de los instrumentos quirúrgicos, todas estas repercusiones pueden llegar hasta la muerte. Aunado a todo esto, la mayoría de las mujeres que atraviesan un aborto legal o ilegal, tienden a tener sentimiento de culpabilidad, cuadros depresivos, nerviosos o de estrés, ya que no pueden superar tan fatal decisión.

Es importante mencionar que existen mujeres que se sienten satisfechas con dicha decisión y no sufren ningún tipo de arrepentimiento, y al contrario de las demás, sienten un gran alivio, aunque es muy importante mencionar que no se encontró ningún testimonio real de alguna mujer que haya abortado, la cual exprese la satisfacción de su decisión.

Por convenientes, convincentes o definitivos que puedan ser los argumentos a favor del aborto, siempre persiste el hecho de que el suprimir una vida, aun cuando ésta no haya brotado a la luz, corta de raíz la propia esencia del principio de que la vida de nadie, por indeseada e inútil que parezca, no puede terminarse con el fin de buscar la salud y felicidad de otro ser humano (López García, 2010).

En mi punto de vista personal, el aborto debería legalizarse y no debe pensarse bajo las siguientes circunstancias; cuando la concepción sea por violación (relación no

consensuada), si representa peligro para la vida de la madre o por males congénitos (anomalías fetales incompatibles con la vida y/o enfermedades graves e incurables).

La irresponsabilidad no debe legalizarse, pues entonces estaríamos hablando de libertinaje y no de libertad, ahí estaríamos violentando los derechos de un ser que no puede defenderse. Estoy consiente que hay muchos niños sufriendo y que una mujer que no quiere a un hijo desde su concepción estará marcado(a) para una vida de sufrimiento, es por eso que debe haber mas centros para niños donde se les brinde calidad de vida.

Tambien me parece muy importante que el proceso de adopción debe ser más rápido, para poder darle a esos niños la oportunidad de tener un hogar, una familia, amor y respeto por y para su vida misma, ya que mientras unos quieren abortar, muchos otros quieren tener hijos.

Optando por las sugerencias antes mencionadas, sin duda se ayudarían a los sectores afectados, pero la educación sexual y la concientización es la armadura mas importante de este tema.

Para finalizar, a continuación cito una estrofa del libro “La cuestión del aborto” que hace referencia a lo que se mencionó anteriormente.

"(...) El aborto no es el tardío invento de una sociedad decadente y moralmente relajada, es una realidad cotidiana de todas las sociedades históricamente conocidas, es incluso una realidad inevitable en nuestro tiempo, ya que ningún medio anticonceptivo es absolutamente infalible y siempre habrá mujeres que tomen la opción de interrumpir un embarazo no deseado" (Cifrián, Martínez Ten, & Serrano, 1986).

BIBLIOGRAFÍA

- (OMS), O. M. (2012). *World Health Organization*. Retrieved Febrero 21, 2014, from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- Academica Nacional de Medicina de México, A. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*.
- Arillo, R. (2011). *La sexualidad Adolescente*. México.
- Asamblea General de Naciones Unidas, .. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (p. Parráfo; 8.25). Nueva York: ONU.
- Ayúcar Dorado, M. R. (S/F). *El aborto y el pensamiento Progresista*. México: Monografía.
- BaByCenter. (2014). *BabyCenter*. Retrieved Abril 25, 2014, from <http://espanol.babycenter.com/a15500122/las-etapas-del-desarrollo-fetal>
- Barraza, E., Taracena, R., & Castro, F. (2008). *Leyes del aborto en México*. México: GIRE.
- C. Reardon, D. (1987). *Aborted Women, Silent No More*. Westchester, Illinois, USA: Crossway Books.
- Cabrera, R. (1991). "Trauma post-aborto y sanación" - X Congreso Mundial por el Amor, la Vida y la Familia. San José, California: Human Life International.
- Cardenal Robles Ortega, J. F., & Lira Rugarcía, E. (2013). El reconocimiento y la protección del derecho a la vida: Algunos datos científicos y jurídicos. *Conferencia del Episcopado Mexicano*. México, D.F.: CEM.
- Carranza Alcalá, M. M. (2010). *Aborto, etilogía, tipología, geografía y desarrollo en México*. Naucalpan Edo. De México.
- Chouza, P. (2014). *Vuelta atrás en el aborto en México*. México: CET.
- Cifrián, C., Martínez Ten, C., & Serrano, I. (1986). *La cuestión del aborto*. México: Icaria.
- CONAPO, C. N. (2000). *Cuadernos de Salud Reproductiva*. México: CONAPO.
- Conferencia Episcopal Española, .. (1991, Marzo 25). *aciprensa*. Retrieved Mayo 08, 2014, from <http://www.aciprensa.com/aborto/catolicosyaborto.htm>
- CreceFeliz. (n.d.). *Crece Feliz*. Retrieved Abril 25, 2014, from <http://www.crecefeliz.es/Embarazo/embarazo-Mes-a-Mes/tercer-mes-embarazo>
- David, H. P., Dytrych, Z., Matejcek, Z., & Schuller, V. (1991). *Hijos no deseados. (Edición adaptada al español por Anilú Elías y Hortensia Moreno)*. México: Edamex.
- De León Aguirre, D. G., & L., B. D. (2002). *El Aborto en México*. Ciudad de México: Ipas México.

- Fertilab. (2014, marzo 20). *Fertilab*. Retrieved Mayo 01, 2014, from http://www.fertilab.net/ginecopedia/embarazo/aspectos_generales/que_es_el_embarazo_1
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, U. (2000). *Estado de la población mundial. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Gamboa Montejano, C., & Valdés Robledo, S. (2014). *Regulación del Aborto en México*. México, DF.: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis.
- Garea, F. (2014). *El debate sobre el aborto llega al Congreso antes que la ley*. México: CET.
- Garrido Calderón, J. (1995). El aborto en la historia. *Charla pronunciada en la cena conmemorando el XVI aniversario de la revista Acta Médica Dominicana el 10 de febrero de 1995, Salón Hotel Santo Domingo*. (pp. 30-33). Santo Domingo R.D.: Acta Médica Dominicana.
- GIRE. (2013, Diciembre). *Grupo de Información en Reproducción Elegida*. Retrieved Enero 14, 2014, from https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1103&lang=es
- GIRE. (2013, Diciembre). *Grupo de Información Reproductiva Elegida*. Retrieved Enero 14, 2014
- Guttmacher, I. (2008, 10 01). *Guttmacher*. Retrieved enero 14, 2014, from http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB_IA_Mexico_sp.pdf
- Haywood-McKinney, P. (S/F). *"Mujeres explotadas por el aborto" WOMEN EXPLOITED BY ABORTION*. Texas: Venus WEBA.
- Hernández Hernández, P., & Santos Dolores, E. (2007). *Factores personales y aborto en adolescentes*. Veracruz.
- Hernández, A., & Vázquez, S. (S/F). *Consecuencias Médicas del Aborto Provocado en la Salud de la Mujer*. México: VozVictimas.
- InfoJoven. (2010). *InfoJoven*. Retrieved Enero 14, 2014, from Instituto Chileno de Medicina Reproductiva: <http://www.infojoven.cl/6-7.php>
- Jiménez, A. (2014, Mayo). *Salud Kioskea*. Retrieved Mayo 01, 2014, from <http://salud.kioskea.net/faq/9286-feto-definicion#q=definicion+de+feto&cur=2&url=%2F>
- KidsHealth. (2014). *Kids Health from Nemours*. Retrieved Abril 25, 2014, from http://kidshealth.org/parent/pregnancy_center/preg_cal_esp/week13_esp.html
- Kraus, A. (2011, Octubre 5). *Jornada Unam*. Retrieved Febrero 21, 2014, from Opinión; Aborto: en México cuatro es más que siete: <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/05/opinion/024a2pol>

- Lindo, E. (2014). *La Ley del Aborto*. México: CET, 2.
- Lola, R. (2011, Marzo 02). *Bebes y más*. Retrieved Mayo 01, 2014, from <http://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>
- López García, G. (2010). *El aborto. Análisis Crítico de la Situación Actual*. México.
- Magaña, J. H. (n.d.). *Larousse del embarazo*. Retrieved Mayo 01, 2014, from <http://larousedelembarazo.es/enciclopedia-del-embarazo/embrion.html>
- Mendoza, G. (2013). *Bebé Doctissimo*. Retrieved Mayo 01, 2014, from <http://bebe.doctissimo.es/enciclopedia-del-embarazo/embrion.html>
- Millán Rentería, V. (2013). *Aborto legal y seguro*. México: GIRE.
- Panduro Barón, J. G., Jiménez, P., Pérez, J. J., Panduro Moore, E., Peraza, D., & Quezada, N. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México*, 695-703.
- Parenthood, P. (n.d.). *Planned Parenthood. Care. No matter what*. Retrieved Abril 25, 2014, from <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo/etapas-del-embarazo-23953.htm>
- Paz Avendaño, R. (2013). *El 55% de los embarazos en México no es planeado, señala estudio de ColMex*. México: La crónica.
- Pedraza López, G. (n.d.). *aciprensa*. Retrieved marzo 14, 2014, from Todo sobre el aborto: <http://www.aciprensa.com/aborto/index.html>
- Reynoso Cervantes, L. (n.d.). *BiblioJurídicas Unam*. Retrieved Enero 14, 2014, from <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1032/8.pdf>
- Rodán, D. (2013, Septiembre 23). *Consecuencias Generales del Aborto para la Mujer. Etiquetas de "Women Exploited by Abortion"*. Retrieved Julio 01, 2014, from <http://blogs.hazteoir.org/davRo/tag/women-exploited-by-abortion/>
- Ruiz Parra, A. I. (2010). *Capitulo X. Aborto. Departamento de Ginecología y Obstetricia*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Salomón Prado, L. I. (2005). *Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado - Instituto Especializado Materno Perinatal*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P. De Obstetricia.
- Salud180. (n.d.). *Salud 180*. Retrieved Mayo 01, 2014, from <http://www.salud180.com/salud-z/embarazo>
- Sánchez de Tagle, O. (2013, Abril 09). *Animal Politico*. Retrieved Febrero 21, 2014, from <http://www.animalpolitico.com/2013/04/nota-aborto/#axzz2uEe9DvNW>

- Sánchez Trejo, A. (2005). *Embarazo en las adolescentes, caso del hospital obstetrico Pachuca*. Pachuca de Soto, Hidalgo.
- SerPadres. (2014). Desarrollo Prenatal. "Los primeros latidos del corazón del feto". *Ser Padres*, 1.
- Silvia Silvia, H. (1991). *Medicina Legal y Psiquiatría Forense - Tomo 1*. Santiago de Chile: Jurídica de Chile.
- Solera, C. (2013, Noviembre 05). *Excelsior Especiales*. Retrieved Enero 14, 2014, from <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/11/05/926942>
- Stoppard, M. (2002). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento. Guía practica y completa para todos los futuros padres*. Bogotá: Norma S.A.
- Taracena, R. (2005). *El aborto a debate. Análisis de los argumentos de liberales y conservadores*. México: GIRE.
- Ubaldi Garcete, N. (n.d.). *Grupo de Información en Reproducción Elegida* . Retrieved Febrero 21, 2014, from GIRE: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/49_situacion_legal.pdf
- Unam, H. (2008). Aborto: Implicaciones, riesgos y restricciones de riesgo. *Humanidades y Ciencias Sociales de la Unam*, 15-17.
- United Nations General Assembly, .. (1999). Key actions for the future implementation of the programme of action of te ICPD. New York: UN.
- VOX. (2011, Septiembre 28). *VOX*. Retrieved Febrero 21, 2014, from <http://www.vox.com.mx/2011/09/el-50-de-las-adolescentes-que-se-embarazan-recurren-al-aborto-en-mexico/>