



HABLAN LAS MADRES. LA PARTE MENOS CONTADA DEL ABORTO VOLUNTARIO

MOTHERS TALK. PART UNLESS TOLD OF VOLUNTARY ABORTION

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE

Universidad Católica de Murcia

Avenida Jerónimos, 135, Murcia. Telf.: 636360523. jmhernandez@ucam.edu

ISABEL MARÍA AZNAR MULA

Hospital Universitario Rafael Méndez

Ctra. Nacional 340, Km. 589, 30817. Telf.: 968445500. isaznar@hotmail.com

PALOMA ECHEVARRÍA PÉREZ

Universidad Católica de Murcia

Avenida Jerónimos, 135, Murcia. Telf.: 968278800. pchevarria@ucam.edu

RESUMEN:

Palabras clave:

Aborto voluntario,
síndrome
postaborto,
interrupción
voluntaria del
embarazo,
maternidad.

Recibido: 10/02/2015

Aceptado: 31/12/2016

El objetivo del artículo ha sido explorar las experiencias ligadas al síndrome postaborto en madres que se han sometido a un aborto voluntario. Se utilizó un enfoque fenomenológico de carácter cualitativo que recogiera las experiencias de las madres que se habían sometido a una interrupción voluntaria de su embarazo. La técnica de investigación fueron las entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres que habían contactado con diferentes asociaciones de ayuda de la Región de Murcia en busca de apoyo tras experimentar síntomas compatibles con el síndrome postaborto. Los testimonios hablan de mujeres que se aferran a argumentos utilitaristas o feministas para autojustificar la decisión de abortar, hablan de un sistema, en cierta medida, mercantilista que no parece tener una intencionalidad real de dar verdaderas opciones de vida. Muestra una experiencia que lejos de vivirse como un acto de libertad femenino se vive de manera traumática, desarrollándose toda una cascada sintomática fruto del sentimiento de pérdida. En este contexto, el recurso a lo espiritual se torna en la mejor herramienta para expiar la culpa. La experiencia de abortar no mejora la vida de las mujeres, muy lejos de ello supone un trauma difícil de olvidar que puede ser evitado con un asesoramiento adecuado que no aboque a las madres a la tragedia del aborto.

ABSTRACT:

Keywords:

Voluntary abortion,
post-abortion
syndrome, voluntary
interruption
pregnancy,
maternity.

The aim of the study was to investigate the experiences linked to the post-abortion syndrome in mothers who have had a voluntary abortion. A phenomenological qualitative approach to collect the experiences of mothers who had voluntarily interrupted their pregnancy was used. The research technique was the semi-structured interviews with women who had contacted different association's help of the Murcia region for support after experiencing symptoms consistent with post-abortion syndrome. The testimonies show feminist or utilitarian arguments to justify the decision to abort, they talk about a system, to some extent, mercantilist that has no real intention of giving real life choices. Experience shows that far from lived as an act of female freedom is experienced traumatically, developed symptoms following the sense of loss. In this context, the resource spiritual becomes the best tool to expiate guilt. The experience of abortion does not improve the lives of women; far from it is a trauma that can be avoided with proper advice to avoid the tragedy of abortion.

1. Introducción

En los últimos años hemos asistido a en una especie de “cultura de la muerte” en la que las interrupciones voluntarias del embarazo han mostrado una tendencia ascendente¹. Se trata de una realidad que habla de la sensibilidad de una cultura concreta y del valor que ésta otorga a la vida, de un termostato social sobre el estatus ontológico que una civilización confiere a la dignidad del ser humano, sobre todo en sus estadios de mayor indefensión.

El aborto voluntario no es pues una cuestión baladí, no es una realidad estanca, hermética y sin consecuencias, sino un acontecimiento traumático y estresante que deja cicatrices inmanentes en quién lo practica. Cicatrices que han sido agrupadas bajo la etiqueta diagnóstica de “Síndrome post aborto”² para hacer referencia a una gran variedad de síntomas y trastornos psicopatológicos, de diversa naturaleza y manifestación, que emergen con diferentes intensidades y variada temporalidad³. En este sentido, hay que hacer notar que aunque parece haber cierta unanimidad en señalar que se dan con frecuencia secuelas objetivas tras un aborto voluntario, no todos los expertos coinciden en señalar que éstas sean suficientes para denominarlas como síndrome desde un punto de vista clínico. Sea como sea, sí parece que estamos ante una somatización vivencial, ante una exteriorización de la experiencia con clínica tan diversa como la tristeza, la evitación u hostilidad ante el recuerdo, las crisis de llanto, la indiferencia fingida, el insomnio, las pesadillas, la desmotivación, el activismo, la ansiedad, los trastornos

de la alimentación o las disfunciones sexuales⁴. Se trata, en definitiva, de una alteración grave y silente que a menudo evoluciona a enfermedad crónica y que puede enmascarse tras diversas alteraciones psicósomáticas, conductuales o mentales⁵. A lo apuntado hasta ahora, se suma su gran relevancia epidemiológica, estimándose que lo experimenta entre un catorce y un diecinueve por ciento de las mujeres que abortan⁶, lo que sólo en nuestro país supone una media de 18.477 casos anuales⁷, por no hablar de las cifras millonarias de aborto a nivel mundial que lo convierten en una auténtica pandemia.

El aborto voluntario es pues un tema de gran relevancia, es una de esas materias sensibles de gran complejidad legal, política y social. Uno de esos temas que en cierta medida fragmenta, dejando al descubierto los fundamentos éticos y filosóficos de los que defienden una postura u otra. Lo que al final está en juego son los fundamentos mismos de una sociedad, el estatus que cobra la vida y la dignidad del ser. En este sentido, las posturas son antagónicas y las dialécticas diversas, aunque todas giren en torno al mismo nudo gordiano, el valor que se le otorga al «no nacido». En este «*tótem revolúto*» ideológico nos encontramos con posturas ético-filosóficas muy variopintas, desde los enfoques utilitaristas, que reducen el aborto a un tema de utilidad social, negándole su intrínseco estatus ético⁸, pasando por las posturas feministas, que anteponen el derecho de autodeterminación de las madres al derecho a la vida de sus fetos⁹, o los enfoques del naturalismo cristiano, o de la filosofía personalista, que sostienen que la vida es un derecho inherente e inviolable desde la misma con-

1 A modo de ejemplo baste citar el caso de España en el que las cifras han experimentado un ascenso desde la década de los noventa: 44.962 (1992), 63.756 (2000), 101592 (2006) y 108.690 (2013) (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2013). En este sentido hay que hacer notar que se ha producido un ligero descenso en el último informe del INE, descenso que parece haberse producido por causas estructurales.

INE. Instituto Nacional de Estadística. *Estadísticas de aborto voluntario*. INE, Madrid, 2013.

2 Término acuñado en 1981 por el psicoterapeuta, activista provida y cofundador del Instituto de Investigaciones para la Recuperación Post Aborto (Jacksonville).

3 Vincent Rue, M. *Abortion and Family Relations, testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 97th Congress*. Washington, DC, 1981; Vincent Rue, M. «The psychological safety of abortion: the need for reconsideration». *Post-Abortion Review*, 5(4), (2002).

4 Polaino, A. «Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 357-380; Gómez Lavín, C. «Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer». *Cuadernos de Bioética*. 1994; 5(17-18): 28-31.

5 Andreski, P; Chilcoat, H; Breslau, N. «Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study». *Psychiatry Research*, 79, (1998), 131-138.

6 Gómez Lavín, C y Zapata, R. *El Síndrome Post-aborto*. Congreso Mundial de las Familias, 2012.

7 Tomando como referencia las cifras de aborto del 2013, 108.690 casos (INE, 2013).

INE. Instituto Nacional de Estadística. *Estadísticas de aborto voluntario*. INE, Madrid, 2013.

8 Fletcher, J.C. «Abortion, Euthanasia, and care of defective newborns». *The New England Journal of Medicine*, 292, (1975), 75-78. Singer, P. *Rethinking life and death*. Oxford University Press, Oxford, 1995:

9 Beavouir, S. *Le Deuxième Sexe*. Gallimard, Paris, 1949.

cepción, por lo que la autonomía de la madre no es algo ilimitado, sino que, en último término, debe respetar la dignidad humana del embrión¹⁰.

Pugna ideológica que es alimentada, a su vez, por la confusión en la que se han instalado recientemente diversos organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas o la propia Organización Mundial de la Salud que ha llegado a definir el aborto como un derecho de la mujer enmarcado en el seno de una serie de estrategias calificadas con el desafortunado sobrenombre de “salud reproductiva”¹¹. Estaríamos ante un posicionamiento, sostenido desde posturas utilitaristas y feministas, que considera el aborto como un derecho de la mujer amparado por los convenios internacionales de derechos humanos de Naciones Unidas¹², llegando incluso a negar evidencias como el síndrome post aborto¹³. Se trataría, en definitiva, de una especie de hipocresía consensuada que ignora las consecuencias del aborto en lo que parece una defensa ideológica del aborto que desvirtúa, e incluso niega, el estatus ético del problema convirtiéndolo incluso en derecho.

Estamos, pues, ante un tema de gran relevancia en términos políticos, legales, ético-filosóficos y epidemiológicos. Ante una dura realidad silenciada en parte por los que quisieran convertir una cuestión ética en un mero asunto legal. En este debate cobra sentido el estudio que a continuación se propone, cuyo objetivo ha sido explorar las experiencias ligadas al síndrome postaborto en madres sometidas a un aborto voluntario. El análisis, realizado desde la propia visión “émic” de las madres, se ha llevado a cabo desde un posicionamiento crítico-posmoderno que, desde la filosofía personalista, reflexiona sobre las representaciones ideológico-legales hegemónicas y sus consecuencias en las biografías maternas.

10 Gómez Lobo, A. *Los bienes humanos básicos. Una introducción a la ética de la ley natural*. Editorial Mediterráneo, Santiago, 2006; León, F.J. «El aborto desde la bioética: ¿autonomía de la mujer y del médico?». *Cuadernos de Bioética*, 2010; 21(71): 79-93.

11 Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª ed. OMS (Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones conexas), Ginebra, 2012.

12 Naciones Unidas contempla el aborto como un derecho tanto en su “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo” (1994) como en su sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1999).

13 OMS., *op.cit.* 113-115.

2. Metodología

La particularidad del fenómeno de estudio hizo que se optara por un diseño de carácter cualitativo y fenomenológico que recogiera las principales vivencias y representaciones “emic” de las madres afectas de síndrome postaborto. Estamos ante una situación subjetiva de conflicto, ante una realidad compleja tamizada por todo un conjunto de ideas, emociones, soledades y miedos al futuro¹⁴. Se trata de una situación muy heterogénea en la que las manifestaciones se presentan y emergen con diferentes intensidades y temporalidades¹⁵, coordinadas hermenéuticas que se adaptan muy bien a la investigación cualitativa. El objetivo ha sido obtener datos estratégicos e interpretaciones coherentes¹⁶, planteando relaciones causales entre el aborto voluntario y posibles afectaciones psicosociales. Se ha intentado recoger lo que las afectadas narran, viven, lo que en ellas ayuda a comprender las conexiones entre el acontecimiento y sus consecuencias. En este sentido, el enfoque fenomenológico permite una aproximación a las claves explicativas de los aspectos estructurales del mismo¹⁷, permite plasmar la realidad tal como la observan las actrices¹⁸, recogiendo testimonios clave acerca de cómo se perciben a sí mismas y a la realidad que les circunda¹⁹. Estamos ante una orientación cada vez más usada en el campo de investigación sanitaria al enriquecer las perspectivas epidemiológicas²⁰.

El contexto elegido para el estudio fueron cinco asociaciones de ayuda a la mujer embarazada de la Región de Murcia en las que se vertebran, entre otras activida-

14 López Moratalla, N. «¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido?». *Cuadernos de Bioética*. 2012; 23(78): 573-584.

15 Polaino., *op. cit.*

16 Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. Casa Chata, México, 1996.

17 Bourdieu, P. y Wacquant, L.J.D. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Grijalbo, México, 1995.

18 Hernández Sampieri, R.; Fernández C. y Baptista L. *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill, México, 2014.

19 Menéndez, E.L. “Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos”. En *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Bellaterra, Barcelona, 2000, 163-189.

20 James, C; Stall, R y Gifford, S. *Anthropology and epidemiology*. Reidel, Dordrecht, Netherlands, 1986; Caprara, A. y Paes, L. «Ethnography: its uses, potentials and limits within health research». *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (25), (2008), 363-376.

des, diferentes estrategias de apoyo a mujeres afectas de síndrome postaborto. Las asociaciones seleccionadas fueron: AMUE (Asociación de Ayuda a la Mujer Embarazada, Murcia), Red Madre (Murcia), Ciezamásvida (Cieza), Cultura y Mujer (Lorca) y Madre Teresa de Calcuta (Murcia). El contacto con las diferentes entidades se realizó a través de las psicólogas de tres de los centros –AMUE, Red Madre y Ciezamásvida– que hicieron las veces de personas clave facilitando el acceso a las informantes. La elección del contexto vino determinada por la naturaleza de una realidad que en la mayoría de los casos permanece en el anonimato, o en el mejor de los casos enmascarada bajo el paraguas de otros cuadros clínicos²¹. En este sentido, las asociaciones de ayuda suponen un hábitat idóneo en el que afloran socialmente estas experiencias, produciéndose contactos repetidos y significativos con este tipo de mujeres.

La información se obtuvo a través de la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres que tras someterse a un aborto voluntario habían solicitado ayuda en las asociaciones antes mencionadas. La técnica de investigación se seleccionó por la necesidad de recoger las vivencias y perspectivas de las implicadas en las situaciones de estudio desde sus propias palabras²². El objetivo era captar el escenario y el trasfondo escénico²³ intentando ver e interpretar el mundo de manera similar a las informantes²⁴. Se realizaron desde un punto de vista abierto buscando en todo momento una relación empática que permitiera superar el escollo que suponía revivir experiencias liga-

das al sufrimiento, e intentando recoger lo que ocurría, lo que pensaban que ocurría y lo que creían que debería ocurrir²⁵. Para su realización se siguió una guía abierta en la que se abordaron los siguientes temas generales: los motivos por los que decidió abortar, los pasos que siguió para realizarlo, los sentimientos experimentados previamente, durante y tras su realización, las personas con las que compartió estos sentimientos, la presencia o no de arrepentimiento tras el acto, el conocimiento sobre asociaciones de ayuda a la mujer, la necesidad o no de pedir ayuda profesional y, por último, si fue así, las personas a las que solicitó la ayuda.

Las entrevistas se realizaron de forma individualizada, entre los meses de marzo y septiembre del año dos mil quince, en las sedes de las asociaciones de ayuda, siendo grabadas en formato digital. En todo momento se cuidó la intimidad, evitando interrupciones e introduciendo de manera flexible una serie de categorías de estudio que facilitaran la fluidez del discurso. Éstas se realizaron tras obtener la autorización de las asociaciones y el consentimiento informado de las madres. En todo momento se respetó la confidencialidad de los testimonios en base a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (LOPD). El anonimato de las participantes se aseguró mediante la asignación de una clave numérica a cada entrevista y recuperando a posteriori los datos en base a las categorías de análisis²⁶.

El tipo de muestreo vino determinado por la dificultad de localizar informantes que quisieran dar su testimonio sobre un tema socialmente oculto como el aborto voluntario. Por ello se optó por un muestreo intencional y de conveniencia que facilitara el acceso a las informantes y asegurara que se trataba de sujetos tipo del fenómeno de estudio. Se siguió el criterio de intersubjetividad con el objetivo de mejorar la validez interna y representatividad de la muestra, con tal objetivo se homogeneizó en base a los siguientes criterios e inclusión:

- Haber tenido un aborto voluntario hace más de seis meses.

21 Andreski et al., *op.cit.*; Reardon, D. C.; Cogle, J. R.; Rue, V. M.; Shuping, M. W.; Coleman, P. K., y Ney, P. G. «Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth». *Canadian Medical Association*, 168, 10, (2003), 1253-1256; Reardon, D.C y Coleman, P. «Relative treatment rates for sleep disorders and sleep disturbances following abortion and childbirth: A prospective record based-study». *Sleep*, 29(1), (2006), 105-106; Charles, E.; Polis, C.B; Sridhara, S.K. y Blum, R.W. «Abortion and long-term mental health outcomes: A systematic review of the literature». *Contraception*, 78, (2008), 436–50; Coleman, P.K. «Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009». *British Journal of Psychiatry*, 199, (2011), 180-186.

22 Taylor, S. y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación la búsqueda de significados*. Paidós, Buenos Aires, 1998.

23 Goffman, E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Buenos Aires, 1987.

24 Hammersley, M. y Atkinson, P. *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós Ibérica, Barcelona, 1994.

25 Taylor y Bogdan., *op cit.*

26 Coffey A. y Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Universidad de Antioquia de Medellín, Medellín, 2005.

- Experimentar síntomas compatibles con un cuadro de síndrome postaborto.
- Estar en contacto con asociaciones de ayuda a mujeres que han abortado.
- Dar el consentimiento para colaborar en la investigación.

Los criterios de inclusión persiguieron delimitar un perfil relevante susceptible de participar en el estudio, en este sentido era importante dejar un periodo de latencia suficiente para que pudiera manifestarse el posible trastorno postraumático que puede desencadenar la experiencia²⁷. En esta línea, el hecho de que las mujeres pidieran ayuda y presentaran ciertos síntomas garantizaba un reconocimiento y exteriorización del proceso de duelo que puede acompañar la pérdida²⁸. Se pretendió, en definitiva, contactar con aquellas informantes de las que se esperaba que comprendieran las características del paradigma que se pretendía caracterizar²⁹.

Para determinar el tamaño de la muestra se siguió el criterio de saturación, considerando que ésta se produce cuando los testimonios empiezan a repetirse y no aportan nueva información³⁰. En este sentido, las líneas directrices del fenómeno de estudio se saturaron al llegar a nueve entrevistas, momento en que el discurso empezó a ser reiterado.

El análisis e interpretación de los testimonios se basó en la teoría fundamentada (*Grounded Theory*), estableciendo un orden en la codificación del discurso: lectura intensiva, toma de notas, análisis e interpretación, listados, primer epígrafe del informe, codificación, agrupación, categorías temáticas centrales³¹. Las categorías se describieron individual y relacionadamente a través de la comparación constante, realizando a posteriori un

muestreo teórico que permitiera seleccionar aquellos testimonios que resultaban más apropiados para desarrollar y probar las ideas analíticas emergentes³², a la vez que se conectaban individual y relacionadamente³³. Se tuvo también en cuenta el «habitus» y orden social donde se producía la eficacia simbólica de los alegatos³⁴, partiendo de la premisa de que la realidad es una construcción social conocida por los informantes³⁵. Los relatos aparecen fundidos como un todo ordenado y secuencial con la narración del investigador y la literatura existente³⁶.

Las categorías sobre las que se vertebró el análisis surgieron de la revisión bibliográfica y del análisis del discurso, fijándose finalmente tres categorías principales:

- Los condicionantes y experiencias previas que llevaron a la decisión de abortar.
- Las vivencias de las madres ligadas al acto del aborto.
- Las representaciones y sentimientos surgidos tras la realización del mismo.

Se pretendió recabar información valiosa sobre la gestión emocional de las madres que decidieron interrumpir el embarazo, con el fin de construir las principales visiones, creencias y mecanismos colectivos que hay detrás de las mismas³⁷.

El estudio también presenta ciertas limitaciones, y en este sentido cabe destacar la controversia de extrapolar

27 Alfonso, J. M. «El Síndrome post-aborto. Un acercamiento desde la psicología y la bioética». *Bioética*, 4, (2008), 4-8.

28 Gómez Lavín., *op. cit.*; Gómez Lavín y Zapata., *op. cit.*

29 Goffman, E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall, New Jersey, 1963.

30 Bertaux D. "Los relatos de vida en el análisis social". En *Historia oral*. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993, 136-148.

31 Ibañez, J. "Interpretación y análisis del discurso". En *Más allá de la sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica*, Madrid: Siglo XXI, 1979, 333-351.

32 Strauss, A. y Corbin, J. *Basics of qualitative research Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Newbury Park, 1990; Strauss, A. y Corbin, J. *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory* (Second edition). Sage Publications, Thousand Oaks, 1998.

33 Glaser, B.G. y Strauss, A.L. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter, New York, 1967; Charmaz, K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications, London, 2006.

34 Castro, R. "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". En *Para comprender la subjetividad*, El Colegio de México, México, 1996, 57-58; Jociles, M.I. «El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibañez». *Avá. Revista de Antropología*, 7, 2005, 1-25.

35 Berger, P.L. y Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

36 Gálvez Toro, A. *Muerte alrededor del nacimiento: creencias, sentimientos y vivencias, una perspectiva de los profesionales de los cuidados*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante, Alicante, 2006.

37 Weber, M. "Basic sociological terms". En *Economy and society*. University of California Press, Berkeley, 1968, 3-62.

los resultados al colectivo general de mujeres sometidas a un aborto voluntario, ya que cualquier filtro de auto-selección, como el que aquí se ha empleado, dificulta el acceso a los datos globales³⁸. Y máxime cuando el porcentaje de mujeres que acude en busca de ayuda es muy pequeño si lo contraponemos con la población total de mujeres que interrumpen voluntariamente el embarazo. Apuntar en este sentido que los resultados sólo pretenden hacerse extensivos al colectivo de mujeres acotado en los criterios de selección. A estas limitaciones se suma la dificultad de aprehender una realidad integral desde los testimonios de una «individualidad tipo», que aunque sea representativa siempre presenta cierto grado de divergencia³⁹. De otra parte, está el conflicto que supone mantener una actitud totalmente neutra durante la investigación, ya que las relaciones durante la misma nunca son totalmente neutras, ni simétricas, sino que responden ineludiblemente a los posicionamientos de los implicados en la misma, entre ellos los del investigador⁴⁰. Al respecto cabe destacar que el análisis se realizó desde un posicionamiento teórico posmoderno⁴¹ y personalista⁴² que defiende la dignidad ontológica del ser desde sus estadios prenatales, reflexionando sobre las representaciones político-legales hegemónicas y su implicación en las vivencias maternas. Pese a las limitaciones pensamos que se ha recogido información estratégica y relevante sobre las cosmovisiones tanto dominantes como fronterizas del fenómeno de estudio.

38 López Moratalla, *op. cit.*

39 Mauss, M. *Sociologie et anthropologie*. PUF, París, 1966.

40 Romani, O. "Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación". En *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*, Eudymión, Madrid, 1992, 259-281.

41 Posicionamiento representado por autores como Gilles Deleuze, Jean-François Lyotard, Michel Foucault o Jacques Derrida desde el que se cuestionan las verdades absolutas defendidas desde las ideologías modernistas, y se piensan que la certeza no es más que una verdad relativamente interpretada y por lo tanto incierta. Posicionamiento desde la que se cuestiona el quehacer de las diferentes instituciones sociales y políticas.

42 El personalismo es una corriente filosófica representada por autores como Kant, Kierkegaard, Maritain, Mounier, Marcel o Wojtyła que pone el énfasis en la persona. Considera al hombre como un ser relacional, esencialmente social y comunitario, un ser libre, trascendente y con un valor en sí mismo que le impide convertirse en un objeto como tal. Un ser moral, capaz de amar, de actuar en función de una actualización de sus potencias y finalmente de definirse a sí mismo considerando siempre la naturaleza que le determina.

3. Resultados/Discusión

3.1. La difícil decisión de ser madre en una cultura de la muerte

3.1.1. Desde un planteamiento utilitarista

Los testimonios revelan la realidad de una decisión que parece no dirimirse desde el terreno de lo moral, desde la reflexión ética, sino desde posicionamientos operativos, incidentales, acuciantes: "*Me volví un robot, fui a lo que fui, lo tomé como seguir instrucciones sin parar a pensar en nada ni en nadie, solo contaba yo y mi decisión*" (T1)⁴³. La batalla no se juega, pues, en el campo de lo apodíctico, de la realidad ontológica del ser, sino más bien en el sustrato de lo fortuito, de lo circunstancial, de lo emocional: "*me tomaba mal los anticonceptivos orales y el embarazo fue inesperado en una relación difícil, de peleas, celos...no vivíamos juntos*" (T9); "*Ya tenía un hijo muy pequeño y me sentía sobrepasada (...) mi marido no se enteró (...)*" (T8). Subyacen, de este modo, fundamentos utilitaristas en el discurso, éticas que apuestan por una arbitraria asignación del estatus moral del ser humano⁴⁴, cosmovisiones desde las que se da prelación al derecho a la intimidad de la madre sobre el derecho a la vida de un embrión que al carecer de autoconciencia muchas veces no es considerado persona⁴⁵. Coordenadas ideológicas desde las que lo accesorio cobra fuerza frente a lo sustancial, convirtiéndose aspectos como las dificultades económicas, la inestabilidad de la pareja o la conflictividad social en asideros que autojustifican la decisión de abortar: "*mira tenía una mala situación económica, sin casa y con problemas personales*" (T6); "*la relación con mi pareja era bastante traumática (...) no vivíamos juntos. El embarazo fue por quedarse el preservativo dentro, un error (...) Ninguno de los dos en ese momento queríamos tener un hijo. Me convencí de que era lo mejor*" (T5); "*es mejor abortar porque no los ves a que los de*

43 Por cuestiones obvias de confidencialidad la identificación de los testimonios vendrá dada únicamente por el número del orden cronológico en el que se realizaron.

44 Monfort, J. M. «Julián Marías. Una respuesta responsable al problema del aborto». *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21(73): 341-355.

45 Tooley, M. *Abortion and infanticide*. Oxford University Press, New York, 1983; Singer, P. *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética*. Cátedra, Madrid, 2003.

asuntos sociales te los quiten después de haberlos visto y criado” (T8). La decisión de abortar parece tomarse, pues, en base a presiones y dificultades sociales, en base a leyes favorables, propaganda abortista, feminismo radical, o medicina utilitarista, contexto que configura una situación subjetiva de conflicto tamizada de emociones, de soledades y miedos al futuro que no parece el estado más adecuado para tomar una decisión de tan profundo calado como ésta⁴⁶.

El aborto queda reducido, así, a un tema de utilidad social, negándole su intrínseco estatus ético⁴⁷, queda reducido a un tema contingente que en cierta medida complica el proyecto vital: “Era estudiante universitaria, estaba por terminar la carrera y no tenía pensado ni proyectado ser madre, lo consideraba como algo que interrumpiría inevitablemente con los planes que quería realizar.” (T1). En esta línea, los relatos están teñidos de una visión utilitarista que minusvalora la vida de lo no funcional, de lo malformado, de lo prescindible, atribuyendo el derecho a la vida en función de ciertas capacidades de viabilidad⁴⁸: “Las causas que nos llevaron a tomar la decisión de abortar fueron que el feto tenía (...) un onfalocele congénito y cuyo diagnóstico de todos los ginecólogos que me vieron fue malformación incompatible con la vida” (T3). Realidad que en este caso es más dolorosa si consideramos que existen sobradas evidencias de que el onfalocele puede ser corregido «post partum» sin complicaciones⁴⁹.

3.1.2. Cargado de eslóganes feministas

A la doctrina utilitarista se suman los alegatos feministas que anteponen el derecho de autodeterminación de las madres al derecho a la vida de los no nacidos⁵⁰: “Creo que cada mujer puede hacer lo que quiera con

su cuerpo” (T6); “es mi cuerpo y mi decisión y puedo hacer lo que quiera” (T7). Se parte de la premisa de que negarle a la mujer el derecho a decidir es negarle su valor equivalente como persona, es violar su libertad, su autodeterminación y libertad corporal⁵¹. Se trata de una noción de la corporalidad femenina en clave negativa, en clave de prisión, en términos de geografía colonizada por deseos patriarcales⁵². Doctrina feminista que se complementa en los discursos con las visiones legalistas, con ciertos enfoques que fijan la licitud del aborto en lo efímero de la legalidad contingente, en regulaciones que no siempre se fundamentan en normas jurídico-positivas alineadas con los valores intrínsecos de la bioética⁵³, sino simplemente en las arenas movedizas de ciertas ideologías sociopolíticas: “Creo que abortar es legal” (T6): “En ese momento era fácil abortar, además era legal y la mejor opción” (T2); “Se trata de algo que es legal, aunque hay que estudiar muy bien la circunstancia de cada mujer” (T3). Estamos, en definitiva, ante postulados legislativo-feministas que niegan el estatus ontológico al embrión, desprendiéndose de este discurso la duda sobre cuál podrá ser entonces la protección del futuro niño, adulto, anciano o moribundo⁵⁴. Ver tabla 1.

3.1.3. Presiones que dejan solas a las madres

Los relatos también hablan de un sistema en cierta medida mercantilizado y fraudulento, de ciertas presiones sociales que incitan hacia la decisión de abortar⁵⁵: “El trabajador social (...) me informó de la existencia de AMUE y REDMADRE con los que contacté y me ayudaron a tomar una mejor decisión, pero por presiones de la pareja y mis miedos al final acudí a abortar (...) El médico también presionaba mi decisión porque decía que había más gente esperando” (T9). Se trata de un tema ya denunciado, e incluso señalado por las propias indagaciones judiciales que han demostrado la realidad

46 López Moratalla, *op. cit.*

47 Fletcher, *op. cit.*

48 Warren, M.A. “Abortion”. En *A companion to ethics*. Blackwell, Oxford, 1993; Warren, M.A. “On the moral and legal status of abortion”. En *Ethics in practice*. Blackwell, Oxford, 1997.

49 Harjai, M.M; Bhargava, P; Sharma, A; Saxena, A y Singh, Y. «Repair of a giant omphalocele by a modified technique». *Pediatric Surgery International*, 16(7), (2000), 519-21; Ledbetter, D.J. «Congenital abdominal wall defects and reconstruction in pediatric surgery: gastroschisis an omphalocele». *Surgical Clinics of North America*, 92(3), (2012), 713-27.

50 Beauvoir, *op. cit.*

51 Campos, J. «Argumentos y dilemas éticos en torno al aborto». *Revista Internacional de Filosofía Política*, 33, (2009), 157-173; Navas, A. *El aborto a debate*. Eunsa, Pamplona, 2014.

52 Beauvoir, *op. cit.*

53 Vila-Coro, M. *La Bioética en la encrucijada. Sexualidad, aborto y eutanasia*. Editorial Dyckinson, Madrid, 2003.

54 Lombardi, L. *Terre*. Vita e pensiero, Milan, 1989.

55 Tamayo, G. *Nada personal, aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú*. CLADEM, Lima, 1999.

de un negocio en torno a esta cultura de la muerte en la que estamos instalados⁵⁶: *“Fui a mi médico del centro de salud de Córdoba y me derivó a una clínica privada en Sevilla. Sólo me hizo falta el DNI y la solicitud de IVE (...) Yo creo que estaría de 3 meses, no lo sé, tampoco me hicieron ecografía para comprobarlo (...) me sedaron un poco pero oía el aspirador (...). En menos de 8 horas todo había acabado” (T8)*. En ese sentido, no parece que exista una intencionalidad por ofrecer una adecuada información y apoyo que podría redefinir la decisión hacia verdaderas opciones de vida: *“quizás si hubiera conocido algún grupo de apoyo y ayuda y hubiera contado con más ayuda familiar...no sé, tal vez, quizás” (T1); “Mi familia estuvo de acuerdo en que abortara y me sufragó el coste de la intervención. (...) Creo que no tuve apoyo familiar suficiente, pero no pienso mucho en eso, la verdad” (T2); “Seguramente si hubiera conocido a Red Madre no hubiera ocurrido, (...) tal vez hubiera llamado a escondidas...si, seguramente, pero mi pareja quería que abortara e insistió mucho en la decisión” (T4)*. En una situación de conflicto emocional por un embarazo inesperado un mínimo esfuerzo y apoyo por parte de un familiar, de la propia pareja, o de un profesional puede influir enormemente en una decisión provida⁵⁷. De lo contrario, sino se promueven alternativas reales al aborto se está abocando a la mujer embarazada a la tragedia del aborto⁵⁸.

3.1.4. Donde el aborto es un negocio

Pese a ello, y a tenor de los testimonios, parece que estamos muy lejos de una cultura que fomente las redes de apoyo, más bien vivimos instalados en una visión utilitarista, en un negocio privado que busca simplemente un beneficio económico: *“Acceder fue muy fácil al ser una clínica abortista de Madrid. Llamamos por teléfono y acudimos a la cita, en pocas horas estaba todo hecho”*

56 Requero, J.L. «La Reforma de la legislación del aborto en España». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 487-501.

57 Burke, T. y Reardon D.C. «Abortion trauma and child abuse». *Post-Abortion Review*, 6 (1), (1998); Burke, T. y Reardon, D.C. *Mujeres silenciadas. Cómo se explica el sufrimiento de la mujer que aborta*. Ed. Sekotia, Madrid, 2009.

58 Zurriarán, R. G. «La progresiva desprotección jurídica de la vida humana embrionaria en España: de la ley 35/1988 a las leyes 14/2006 y 14/2007». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(69): 155-181.

(T2); *“Llamé a las páginas amarillas a unas clínicas para pedir presupuestos y fui a la más barata. No recuerdo si me hicieron pruebas antes o no” (T5)*. Incluso en algunos casos, parece que estamos directamente ante un verdadero fraude de ley: *“No hubo controles previos, ni informe psicológico (...) después mi médico me mandó anticonceptivos para no tener que hacerlo más” (T8)*⁵⁹. En este «habitus» mercantilista no ha de extrañar que España haya sido el país europeo con mayor crecimiento en las tasas de abortos provocados en los últimos años, superando en 2012 los dos millones de abortos acumulados⁶⁰ que lo instituyen en la principal causa de mortalidad en nuestro país.

3.1.5. Con escasa presencia de argumentos provida

Frente a estas visiones utilitaristas, feministas o mercantilistas, reflejadas en la mayoría de los testimonios, se encuentran las posturas personalistas que defienden una dignidad ontológica del ser dada por la ley natural. Ello supone que todo ser humano tiene un derecho a la vida inviolable desde la concepción que no puede ser cercenado ni por la autonomía de la madre, ni por ninguna necesidad social⁶¹. Se trata de una cosmovisión provida que no persigue defender a los más, sino a todos⁶² pero que solo aparece en los testimonios de las mujeres que han abortado de forma marginal y minoritaria: *“Pienso que es la muerte de un inocente, pero no puedo juzgar un hecho que yo misma he llevado a cabo” (T2)*. Surge aquí la realidad de un hecho que aunque no sea penalizado legalmente no es moralmente aceptable, ni éticamente justificable para las madres, la

59 Aclarar que el aborto voluntario de la mujer de este testimonio se practicó estando en vigor la anterior legislación española de supuestos de 1985 que despenalizaba el aborto en tres supuestos: violación, malformación del feto y riesgo físico o psicológico de la madre. Bajo esta legislación había que acogerse a alguno de estos tres supuestos para poder abortar, y por supuesto se necesitaba un informe profesional que atestiguara que se estaba ante uno de estos tres casos.

60 Instituto Política Familiar. *El aborto en España hoy (1985-2012)*. IPF, Madrid, 2012.

61 Juan Pablo II. Carta encíclica *Veritatis Splendor* (6 de Agosto de 1993); Juan Pablo II. Carta encíclica *Evangelium vitae* (25 de Marzo de 1995); Álvarez, J.A. *El estatus del embrión humano desde el personalismo*. Jornadas Bioética en la frontera, Lima, 2007, 113-120.

62 Ballesteros, J. “El estatuto ontológico del embrión”. En *La humanidad in vitro*. Ed. Comares, Granada, 2004, 225-241.

Tabla 1. Frecuencia de argumentos pre-aborto en la muestra.

Indicador	Definición del indicador	Frecuencia
Utilitarismo	Justifican el aborto desde argumentos eminentemente pragmáticos	T1, T3, T5, T6, T8, T9
Feminismo	Anteponen el derecho de autodeterminación de las madres al derecho a la vida de los no nacidos	T2, T3, T6, T7
Personalismo	Testimonios pródiga que defienden una dignidad ontológica del ser dada por la ley natural	T2
Presiones sociales	Manifiestan haber sufrido presiones externas en pro del aborto	T1, T2, T4, T8, T9
Mercantilización	Muestran que tras el aborto se esconden intereses económicos	T2, T5, T8

realidad de un hecho inmoral y por tanto punible⁶³ que pone sobre la mesa la gran responsabilidad tanto para la madre como para la familia y la sociedad que supone el hecho de engendrar⁶⁴. Responsabilidad desde la que el embrión debería ser tratado como un paciente más regido por las normas éticas generales de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Juramento Hipocrático, las Declaraciones de Nüremberg y Helsinki o el Convenio de Oviedo⁶⁵.

3.2. Una vez en la clínica. Vivir a un aborto voluntario

3.2.1. Una experiencia cargada de desesperación sufrimiento y culpa

Al recordar el día del aborto las madres se enfrentan al «délavu» de una experiencia traumática, al recuerdo de un lapsus vital cuya piedra angular es la desesperación y el sufrimiento: «Era una situación de máxima desesperación, angustia y sufrimiento ambas cosas, que me hubiera salido positivo y tener que hacer lo que tenía que hacer» (T1). A tenor de los testimonios, parece que el aborto no es una señal de liberación de la mujer, sino una señal de su desesperación, un intento trágico de escapar de una situación desesperada, de

una pesadilla por medio de un acto de violencia y pérdida autoinflingida⁶⁶: «Sientes un vacío real. No puedes decirte que no ha pasado nada, sabes que es lo que has hecho y te consuelas diciendo “es lo que debía hacer”. Me sentía como si todo el mundo supiera lo que había hecho. Sabía también que eso no era posible así que en un momento supe que era yo misma que sabía lo que había hecho (...) Lo preferí pasar todo sola. Era ya una pesadilla muy dura para mí como para compartirla” (T1). No parece que el aborto sea nunca una medida terapéutica, incluso en el caso de un embarazo no deseado⁶⁷, más bien parece que estamos ante un cruce de caminos que siembra las dudas, que genera sentimientos de culpabilidad: «Tenía muchas dudas y me sentí culpable de lo que iba a hacer, pero mi situación no era buena (...) me prometí no volver a hacerlo fuera cual fuera mi situación” (T6); «No se olvida nunca, recuerdo el día del aborto con sentimientos negativos hacia mí misma y pérdida de autoestima” (T6). Lejos de las doctrinas feministas que hablan de empoderación de la mujer y de libertad de decisión, los relatos muestran la realidad de una situación que se vive como una vulneración moral, como el quebrantamiento del carácter inviolable de la vida humana, en definitiva, como un auténtico acto abominable⁶⁸.

63 Finnis, J. “Pros y contras del aborto”. En *Debate sobre el aborto. Cinco ensayos de filosofía moral* (2ª Ed). Cátedra, Madrid, 1983, 108-142; Ollero, A. *Bioderecho*. Editorial Aranzadi, Navarra, 2006.

64 Picht, T. *Un derecho para dos. La construcción jurídica de género, sexo y sexualidad*. Trotta Editorial, Madrid, 2003.

65 Serani, A. «El estatuto antropológico y ético del embrión humano». *Cuadernos de Bioética*. 1997; 8(31): 1063-1073.

66 Mathewes-Green, F. «Unplanned Parenthood: Easing the pain of crisis pregnancy». *Policy Review*, 57, (1991), 28-36.

67 López Moratalla., *op cit*.

68 Juan Pablo II., *op. cit*.

3.2.2. Inseguridad y miedo

Más allá de la desesperación, el sufrimiento y la culpa, las experiencias están también impregnadas de inseguridad, de desasosiego. Están impregnadas de miedo ante el abismo de la pérdida, ante trauma del abandono, ante el evento traumático que cobra vida en sus biografías: *“Estaba asustada porque me sentía sola (...) No puedo decir nada, ya que me anestesiaron totalmente, solo sé que en ocho minutos pasé de estar embarazada de mi primer hijo a no estarlo” (T3)*. El miedo se convierte en el nudo gordiano que teje la experiencia de quien se enfrenta a lo desagradable de lo impensado: *“Estaba muy asustada, me temblaba todo el cuerpo” (T2)*; *“Tenía mucho miedo, estaba asustada, muy asustada” (T4)*. Se transforma en el eje sobre el que gira una experiencia, que lejos de vivirse como un acto de autonomía, se experimenta desde la vulnerabilidad de quién se siente insegura: *“la verdad es que me sentía muy insegura, muy vulnerable” (T7)*; *“sentía mucho miedo, estaba muy nerviosa” (T5)*. En este estado surge la necesidad de evadirse de la experiencia, de concluir con una experiencia traumática: *“Iba en modo automático e intentaba no padecer ni sufrir, solo deseaba terminar” (T5)*. Surge, en definitiva, la necesidad de olvidar, de enajenarse de lo sucedido, de entrar en una especie de amnesia que mitigue los sentimientos negativos⁶⁹.

Parece que estamos, pues, ante un acontecimiento traumático cuya intensidad y tipo de respuestas están moduladas por variables como la personalidad, el estilo de afrontamiento, las circunstancias socio-familiares,

las creencias religiosas, los traumas previos o las perspectivas sobre el momento de inicio de la vida o las diferencias culturales⁷⁰. Ante un acto vital de desapego que lejos de vivirse como una acción de libertad, de empoderación femenina, aparece tamizado de desesperación, sufrimiento, inseguridad y miedo. Ver tabla 2.

3.3. Gestionando la pérdida. En busca de la redención

3.3.1. El efecto “boomerang”: el sentimiento de pérdida

Al margen de los alegatos utilitaristas o feministas utilizados por las madres para justificar su decisión de abortar, sus testimonios muestran un efecto “boomerang”, revelan una autoproyección del sentimiento de desamor y desamparo que supone rechazar un hijo⁷¹: *“He tenido muchas veces llantos incontrolables (...) cuando nació mi otro hijo no podía evitar recordar al primero que no dejé nacer (...) aunque es algo que no cuento, no puedo con ello” (T6)*; *“Sufrí pérdida de autoestima, autoconfianza y dificultad para establecer relaciones sociales pensando en que no podían enterarse y si lo hacían me odiarían (...) Hay una sensación general de pérdida” (T2)*. Parece que surgen proyecciones de amor por el niño perdido, surgen un sentimiento de vacío por un hijo que no ha podido borrarse de sus biografías.

3.3.2. Las ensoñaciones con el hijo perdido

Otra de las constantes que también alfombra los relatos de las madres que abortaron son las ensoñaciones

Tabla 2. Frecuencia de experiencias intra-aborto en la muestra.

Experiencia	Frecuencia
Sufrimiento	T1, T6
Culpa	T1, T2, T5, T6, T7
Inseguridad	T7, T3, T8, T9
Miedo	T3, T2, T4, T5
Nerviosismo	T2, T5, T8, T9

⁶⁹ Polaino., *op. cit.*

⁷⁰ Gómez Lavín., *op. cit.*

⁷¹ Fuentes, M.A. *El teólogo responde*. Vol. I. Ed. Ive Press, New York, 2011.

por el hijo perdido. Las madres verbalizan intentos desesperados para vivir en sus mentes lo que pudo haber sido, lo que habría sucedido si hubieran optado por la opción de la vida: "A veces pienso en los años que tendría y en cómo sería y siento tristeza y melancolía" (T3); "Durante muchos años pensaba en cuantos años tendría el bebé, cómo sería, ahora lo pienso menos, tengo cinco hijos más y he tenido ayuda para poder superarlo un poco" (T2). Surgen así los ensueños en la vida de las madres, los anhelos por lo que pudo ser y no fue, por el traumático recuerdo de un hijo que aunque no vieron si forma parte de sus vidas.

3.3.3. El «síndrome postaborto» como cuadro de somatización postraumática.

Parece que estamos ante un auténtico proceso de duelo, ante una respuesta natural de defensa por un acontecimiento estresante que se vive desde la culpabilidad y que hoy día se etiqueta bajo el apelativo de «síndrome post-aborto». Se trata de *tórum revolútum* de emociones, de una espiral de sentimientos que acompañan a la mujer a partir de la pérdida: "las emociones que me han acompañado desde entonces son tristeza, arrepentimiento, impotencia, ansiedad, estrés y una sensación general de pérdida" (T7). El remordimiento se convierte en eje vital de una experiencia que se desearía borrar del itinerario vital: "Hubiera preferido que no pasara nunca. Es traumático de principio. Nunca más he podido volver a ver a la que fue mi pareja, por vergüenza y malos sentimientos" (T1); "Siento tristeza, remordimiento, estrés, durante años he pensado en ello" (T2). No parece, pues, que la experiencia mejore sus vidas, sino que muy al contrario supone un trauma difícil de olvidar⁷².

Los relatos muestran un auténtico cuadro de somatización postraumática en el que afloran toda clase de síntomas relacionados con el proceso de duelo. Somatizaciones entre las que destacan los cuadros depresivos⁷³: "Siento tristeza, mucha desazón y remordimiento"

(T2); "La verdad es que estoy muy triste, siento dolor e impotencia" (T3); "Siento tristeza, culpa, arrepentimiento, remordimiento" (T6); "cuando me acuerdo siento tristeza, arrepentimiento, impotencia, ansiedad y estrés, que sé yo" (T7). Cuadros depresivos que según las evidencias no son un tema baladí, ya que afectan a un sesenta y cinco por ciento de las mujeres que deciden abortar⁷⁴. Es también común en los relatos la evitación de sentimientos, pensamientos o conversaciones sobre el aborto: "Lo preferí pasar todo sola. Era ya una pesadilla muy dura para mí como para compartirla" (T1); "No he admitido ni más preguntas ni más conversación sobre el tema" (T5). De la misma manera se dejan ver síntomas de activación como irritabilidad, ira, rabia e insomnio⁷⁵: "He tenido sentimientos de rabia, dolor, llanto e impotencia cuando he estado en contacto con propaganda provida o proaborto, o noticias de desarrollo fetal, he padecido insomnio y pesadillas" (T2). Otra de las realidades que subyace son los duelos no elaborados o diferidos⁷⁶ desde los que se tiende a enmascarar el dolor durante un tiempo⁷⁷: "Al principio lo llevé con normalidad, pero a los 5 años aproximadamente empecé a recordarlo de manera dañina y sufriendo. Sintíendome culpable, pensando la edad que tendría ahora, lo que sería de nuestra vida, además creo que era una niña a la que hubiera llamado Lucía" (T5). También surgen ciertas alteraciones conductuales como la promiscuidad sexual, en lo que parece un mecanismo de proyección de la

en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)». *An. Psiquiatria*; 18(8), (2002), 355-8; Reardon et al., *op. cit.*; Gurpegui, M. y Jurado D. «Complicaciones psiquiátricas del aborto». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 381-393; Díaz, M. *Aborto y riesgo para la salud mental. Aborto cero*. (2ª Ed.). Ed. Stella Maris, Barcelona, 2014.

74 Cogle, J.R., Reardon, D.C., y Coleman. «Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort». *Medical Science Monitor*, 9, (2003), 105-112;

75 Speckhard, A. y Rue, V. «Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern». *Journal of Social Issues*; 48, (1992), 95-120; Engelhard, I.M; Van den Hout, M.A. y Arntz, A. «Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss». *General Hospital Psychiatry-Journal*; 23(2), (2001), 62-6; Turton, P; Hughes, P; Evans, C.D y Fainman, D. «Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth». *The British Journal of Psychiatry*, 178, (2001), 556-560; Speckhard, A. y Mufel, N. «Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion». *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(1), (2003), 3-37.

76 Coleman., *op. cit.*

77 Alfonso., *op. cit.*

72 Ibid.

73 Angelo EJ. «Psychiatric sequelae of abortion: The many faces of post-abortion grief». *Linacre Quarterly*; 59(2), (1992), 69-80; Izquierdo F.M. «Un abordaje de las secuelas psicopatológicas

culpabilidad no resuelta sobre el otro cónyuge⁷⁸: *“tras el primer aborto fui infiel a mi marido con un amigo suyo del que me quedé embarazada y entonces mi marido me pidió que abortara y así lo hice para pedirle perdón”* (T8). Trastornos conductuales que no sólo afectan a las madres sino también en distinto grado a los padres⁷⁹: *“Después de los abortos empezó a relacionarse con mala gente y acabó enganchándose a las drogas y empezaron los problemas en casa (...) hace tiempo nos separamos”* (T8); *“No se fiaba de mí, me vigilaba el móvil, no me creía....ahora apenas nos vemos”* (T9). Estamos, pues, ante una serie de síntomas que surgen como respuesta a lo que parece una exteriorización del trauma no asumido. Ver tabla 3.

propio perdón⁸⁰: *“Fue una amiga la que al ver lo frío y bien asimilado que lo tenía se extrañó y me ayudó mediante talleres y cursos. Hice un taller para pedirle perdón y para poder perdonarme a mí misma. A día de hoy sigo pidiendo perdón e intentando perdonarme. Es inevitable llorar al pensar en ello”* (T5). En este camino de la reconciliación ayuda mucho la ayuda espiritual, el asidero a la religión como vía de reparación de la falta: *“Lo hablé con un terapeuta y me ayudo, pero lo que me ayudo de manera permanente fue lo que me dijo un cura, desde entonces siento que estoy perdonada y ahora que me falta perdonarme a mí misma”* (T1); *“para reconciliarme conmigo necesité el apoyo de un sacerdote”* (T2); *“Para poder salir de la angustia vital*

Tabla 3. Frecuencia de experiencias post-aborto en la muestra.

Experiencia	Frecuencia
Pérdida de autoestima	T2, T6
Ensoñaciones con el niño perdido	T3, T2
Somatización pos-traumática (insomnio, ansiedad, estrés, ira, rabia, tristeza, depresión)	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8
Arrepentimiento	T1, T2, T5, T6, T7
Remordimiento	T1, T2, T5, T6, T7
Sensación de redención	T1, T2, T5, T7
Recurso a psicoterapeutas	T1, T5, T7
Recurso a la religión	T1, T2, T7

3.3.4. Arrepentimiento y redención

Pero los testimonios también hablan de redención y arrepentimiento, de expiación de la culpa: *“Me he arrepentido millones de veces de lo que hice, no debería haberlo hecho...mi vida ya no es la misma”* (T6). Parece que la resolución de la culpa necesita de un previo reconocimiento, aceptación y arrepentimiento del acto de abortar. Tras este arrepentimiento se puede iniciar el camino hacia la liberación de la culpa mediante el

en la que estaba tuve ayuda de psicólogos, psiquiatras y sobre todo de un sacerdote” (T7). En este sentido, la religión se convierte en un asidero firme que favorece el ansiado perdón⁸¹, redención que parece estar más allá de lo terreno para situarse en el ámbito de lo espiritual.

4. Conclusiones

En síntesis se puede concluir que en la mayoría de los testimonios aparecen los argumentos utilitaristas y feministas, las presiones sociales y mercantilistas, siendo las

⁷⁸ Charles et al., *op. cit.*; Polaino., *op. cit.*; Coleman., *op. cit.*

⁷⁹ Stössel, P. Myriam ... warumweinst Du? - Die Leiden der Frauen nach der Abtreibung, "Post-Abortion-Syndrom", PAS. Ed.Uznach: StiftungJazumLeben - Mütter in Not, 1996.

⁸⁰ Thorn, V. Il progetto Rachele. Il volto della compassione. Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2009.

⁸¹ Gómez Lavín., *op. cit.*

manifestaciones próvidas, o los testimonios personalistas, algo minoritario y marginal. Las informantes muestran durante y después del aborto toda una cascada de sentimientos y experiencias caracterizadas por la pérdida de autoestima, las ensoñaciones, el arrepentimiento, la culpa, el remordimiento, la inseguridad, el miedo o el recurso a psicoterapeutas o a la religión.

De los testimonios se deduce, pues, que la decisión de abortar no se juega en el terreno de lo ético, en el marco del planteamiento moral, sino en el campo de lo incidental, de lo fortuito, de lo acuciante de un difícil conflicto emocional que hace volubles las voluntades. En este nexo de capitulación es fácil aferrarse a alegatos utilitaristas, feministas o legalistas, basados en perspectivas que renuncian a una auténtica reflexión ética sobre el estatus del problema, sobre la dignidad ontológica del no nacido, para llevar el debate al terreno de lo contingente, de lo pragmático, de una falsa libertad materna. Sobre el fondo del discurso aparece la realidad de un sistema asistencial, en cierta medida, mercantilizado, de un engranaje social que somete a las madres a presiones sociales en pro del aborto. Se vislumbra un sistema que no parece tener una intencionalidad real de ofrecer alternativas de vida, de promover información adecuada que redefina las decisiones maternas. Muy lejos de ello los relatos dibujan un cierto mercadeo, un negocio privado impulsado muchas veces en pro del beneficio económico de unos pocos. En esta «cultura de la muerte» no ha de extrañar que muchas mujeres sean abocadas a la tragedia del aborto, no ha de extrañar que los discursos personalistas sean minoritarios, marginales, que los testimonios maternos que sitúan el debate en la defensa ontológica de la dignidad del ser sean la particularidad, quizás debido a que las justificaciones se hacen más embarazosas desde estos planteamientos.

Sin embargo, y pese a los alegatos utilitaristas o feministas utilizados por las propias madres, los testimonios revelan una experiencia que lejos de vivirse como un acto de libertad, de autodeterminación femenina, se experimenta como un hecho traumático cuyo nexo en común es la desesperación, el sufrimiento, la culpabilidad, la evasión, el miedo, la inseguridad, la vulnerabilidad emocional. Los

argumentos revelan que en el aborto siempre hay dos víctimas, una que muere y la otra que malvive con una herida persistente. En este contexto surge el efecto “boomerang”, las autoproyecciones maternas del desamparo que supone rechazar a un hijo. Surgen las ensoñaciones sobre lo que pudo haber sido, los remordimientos que, a veces, convierten el proceso postaborto en una pesadilla, en una auténtica somatización postraumática sembrada de síntomas relacionados con el duelo. En este caldo de cultivo aflora una serie de síntomas caracterizados por cuadros depresivos, por evitación de sentimientos, por síntomas de activación como irritabilidad, ira, rabia o insomnio, por duelos no elaborados, o por trastornos conductuales que no sólo afectan a las madres, sino también a los padres. Pero los discursos también hablan de redención, de contrición, de expiación. De resoluciones que precisan de un previo reconocimiento, aceptación y arrepentimiento del acto de abortar. De una catarsis personal que abre el camino hacia la liberación de la culpa, hacia el propio perdón. En esta senda de la reconciliación la ayuda espiritual se convierte en un asidero firme para la asunción, quizás por ello algunas madres se aferran a la religión como vía de reparación de una falta que sitúan más allá de lo terreno.

No parece, pues, que la experiencia de abortar mejore las vidas de las madres, muy lejos de ello supone un trauma difícil de olvidar, una pesadilla que querrían eliminar de su itinerario vital. Ello obliga a reflexionar sobre las ideologías y el contexto social en el que se están produciendo estos abortos, a recapacitar sobre el hecho de que España sea el país con mayor crecimiento en las tasas de abortos en los últimos años. Parece que es necesario llevar el discurso al ámbito de lo ético, evitando, así, explicaciones contingentes de corte utilitarista o feminista, razonamientos que obvian la parte menos contada de una herida difícil de restañar. Sería conveniente, en definitiva, sustituir la actual «cultura de la muerte» por una «cultura de la vida» que respete la dignidad inalienable del no nacido, que de apoyo incondicional a las madres en un momento difícil de especial susceptibilidad donde el verdadero asesoramiento hacia opciones reales de vida se convierte en la piedra angular que puede librar a la mujer del drama del aborto.

Referencias

- Alfonso, J. M. «El Síndrome post-aborto. Un acercamiento desde la psicología y la bioética». *Bioética*, 4, (2008), 4-8.
- Álvarez, J.A. *El estatus del embrión humano desde el personalismo*. Jornadas Bioética en la frontera, Lima, 2007, 113-120.
- Angelo EJ. «Psychiatric sequelae of Abortion: The many faces of post-abortion grief». *Linacre Quarterly*; 59(2), (1992), 69-80.
- Andreski, P; Chilcoat, H; Breslau, N. «Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study». *Psychiatry Research*, 79, (1998), 131-138.
- Ballesteros, J. "El estatuto ontológico del embrión". En *La humanidad in Vitro*. Ed. Comares, Granada, 2004, 225-241.
- Beavouir, S. *Le Deuxième Sexe*. Gallimard, Paris, 1949.
- Berger. P.L. y Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
- Bertaux D. "Los relatos de vida en el análisis social". En *Historia oral*. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993, 136-148.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L.J.D. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Grijalbo, México, 1995.
- Burke, T. y Reardon D.C. «Abortion trauma and child abuse». *Post-Abortion Review*, 6 (1), (1998).
- Burke, T. y Reardon, D.C. *Mujeres silenciadas. Cómo se explica el sufrimiento de la mujer que aborta*. Ed. Sekotia, Madrid, 2009.
- Campos, J. «Argumentos y dilemas éticos en torno al aborto». *Revista Internacional de Filosofía Política*, 33, (2009), 157-173.
- Castro, R. "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". En *Para comprender la subjetividad*, El Colegio de México, México, 1996, 57-58.
- Caprara, A. y Paes, L. «Ethnography: its uses, potentials and limits within health research». *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (25), (2008), 363-376,
- Charles, E.; Polis, C.B; Sridhara, S.K. y Blum, R.W. «Abortion and long-term mental health Outcomes: A Systematic Review of the Literature». *Contraception*, 78, (2008), 436-50.
- Charmaz, K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications, London, 2006.
- Coffey A. y Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Universidad de Antioquia de Medellín, Medellín, 2005.
- Coleman, P.K. «Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009». *British Journal of Psychiatry*; 199, (2011), 180-186.
- Cogle, J.R., Reardon, D.C., y Coleman. «Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort». *Medical Science Monitor*, 9, (2003), 105-112;
- Díaz, M. *Aborto y riesgo para la salud mental. Aborto cero*. (2ª Ed.). Ed. Stella Maris, Barcelona, 2014.
- Engelhard, I.M; Van den Hout, M.A. y Arntz, A. «Post-traumatic stress disorder after pregnancy loss». *General Hospital Psychiatry-Journal*; 23(2), (2001), 62-6.
- Fletcher, J.C. «Abortion, eutanasia, and care of defective newborns». *The New England Journal of Medicine*, 292, (1975), 75-78.
- Finnis, J. "Pros y contras del aborto". En *Debate sobre el aborto. Cinco ensayos de filosofía moral* (2ª Ed). Cátedra, Madrid, 1983, 108-142.
- Fuentes, M.A. *El teólogo responde*. Vol. I. Ed. IVE Press, New York, 2011.
- Gálvez Toro, A. *Muerte alrededor del nacimiento: creencias, sentimientos y vivencias, una perspectiva de los profesionales de los cuidados*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante, Alicante, 2006.
- Glaser, B.G. y Strauss, A.L. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter, New York, 1967.
- Goffman, E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall, New Jersey, 1963.
- Goffman, E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Buenos Aires, 1987.

- Gómez Lavín, C. «Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer». *Cuadernos de Bioética*. 1994; 5(17-18): 28-31.
- Gómez Lavín, C. y Zapata, R. *El Síndrome Post-aborto*. Congreso Mundial de las Familias, 2012.
- Gómez Lobo, A. *Los bienes humanos básicos. Una introducción a la ética de la ley natural*. Editorial Mediterráneo, Santiago, 2006.
- Gurpegui, M. y Jurado D. «Complicaciones psiquiátricas del aborto». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 381-393.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós Ibérica, Barcelona, 1994.
- Harjai, M.M; Bhargava, P; Sharma, A; Saxena, A y Singh, Y. «Repair of a giant omphalocele by a modified technique». *Pediatric Surgery International*, 16(7), (2000), 519-21.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández C. y Baptista L. *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill, México, 2014.
- Instituto Nacional de Estadística. *Estadísticas de aborto voluntario*. INE, Madrid, 2013.
- Ibañez, J. "Interpretación y análisis del discurso". En *Más allá de la sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica*, Madrid: Siglo XXI, 1979, 333-351.
- Instituto Política Familiar. *El aborto en España hoy (1985-2012)*. IPF, Madrid, 2012.
- Izquierdo F.M. «Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)». *An. Psiquiatría*; 18(8), (2002), 355-8.
- James, C; Stall, R y Gifford, S. *Anthropology and epidemiology*. Reidel, Dordrecht, Netherlands, 1986.
- Juan Pablo II. Carta encíclica *Veritatis Splendor* (6 de Agosto de 1993).
- Juan Pablo II. Carta encíclica *Evangelium vitae* (25 de Marzo de 1995).
- Jociles, M.I. «El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibañez». *Avá. Revista de Antropología*, 7, 2005, 1-25.
- León, F.J. «El aborto desde la bioética: ¿autonomía de la mujer y del médico?». *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21(71): 79-93.
- Ledbetter, D.J. «Congenital abdominal wall defects and reconstruction in pediatricsurgery: gastroschisis an omphalocele». *Surgical Clinics of North America*, 92(3), (2012), 713-27.
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.
- Lombardi, L. *Terre. Vita e pensiero*, Milan, 1989.
- López Moratalla, N. «¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido?». *Cuadernos de Bioética*. 2012; 23(78): 573-584.
- Mathewes-Green, F. «Unplanned Parenthood: Easing the pain of crisis pregnancy». *Policy Review*, 57, (1991), 28-36.
- Mauss, M. *Sociologie et anthropologie*. PUF, París, 1966.
- Menéndez, E.L. "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos". En *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Bellaterra, Barcelona, 2000, 163-189.
- Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. Casa Chata, México, 1996.
- Monfort, J. M. «Julián Marías. Una respuesta responsable al problema del aborto». *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21(73): 341-355.
- Navas, A. *El aborto a debate*. Eunsa, Pamplona, 2014.
- Ollero, A. *Bioderecho*. Editorial Aranzadi, Navarra, 2006.
- Organización de Naciones Unidas. *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas*. ONU, El Cairo, 1994.
- Organización de Naciones Unidas. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. ONU, Nueva York, 1999.
- Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª ed. OMS (Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones conexas), Ginebra, 2012.
- Picht, T. *Un derecho para dos. La construcción jurídica de género, sexo y sexualidad*. Trotta Editorial, Madrid, 2003.
- Polaino, A. «Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 357-380.

- Reardon, D.C y Coleman, P. «Relative treatment rates for sleep and sleep disturbances following abortion and childbirth: A prospective record based-study». *Sleep*; 29(1), (2006), 105-106.
- Reardon, D. C.; Cogle, J. R.; Rue, V. M.; Shuping, M. W.; Coleman, P. K., y Ney, P. G. «Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth». *Canadian Medical Association*, 168, 10, (2003), 1253-1256.
- Requero, J.L. «La Reforma de la legislación del aborto en España». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 487-501.
- Romani, O. "Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación". En *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*, Eudymión, Madrid, 1992, 259-281.
- Serani, A. «El estatuto antropológico y ético del embrión humano». *Cuadernos de Bioética*. 1997; 8(31): 1063-1073.
- Singer, P. *Rethinking life and death*. Oxford University Press, Oxford, 1995.
- Singer, P. *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Paidós, Barcelona, 1997.
- Singer, P. *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética*. Cátedra, Madrid, 2003.
- Stössel, P. Myriam ... warumweinst Du? - Die Leiden der Frauen nach der Abtreibung, "Post-Abortion-Syndrom", PAS. Ed.Uznach: StiftungJazumLeben - Mütter in Not, 1996.
- Speckhard, A. y Rue, V. «Postabortion syndrome: An emerging public health concern». *Journal of Social Issues*; 48, (1992), 95-120.
- Speckhard, A. y Mufel, N. «Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief Responses in Women Following Abortion». *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(1), (2003), 3-37.
- Strauss. A. y Corbin, J. *Basics of qualitative research Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Newbury Park, 1990.
- Strauss, A. y Corbin, J. *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory* (Second edition). Sage Publications, Thousand Oaks, 1998.
- Tamayo, G. *Nada personal, aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú*. CLADEM, Lima, 1999.
- Taylor, S. y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación la búsqueda de significados*. Paidós, Buenos Aires, 1998.
- Thorn, V. *Il progetto Rachele. Il Volto della compassione*. Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2009.
- Tooley, M. *Abortion and infanticide*. Oxford University Press, New York, 1983.
- Turton, P; Hughes, P; Evans, C.D y Fainman, D. «Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth». *The British Journal of Psychiatry*, 178, (2001), 556-560.
- Vincent Rue, M. *Abortion and family relations, testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 97th Congress*. Washington, DC, 1981.
- Vincent Rue, M. «The psychological safety of abortion: the need for reconsideration». *Post-Abortion Review*, 5(4), (2002).
- Vila-Coro, M. *La Bioética en la encrucijada. Sexualidad, aborto y eutanasia*. Editorial Dyckinson, Madrid, 2003.
- Warren, M.A. "Abortion". En *A companion to ethics*. Blackwell, Oxford, 1993.
- Warren, M.A. "On the moral and legal status of abortion". En *Ethics in practice*. Blackwell, Oxford, 1997.
- Weber, M. "Basic sociological terms". En *Economy and society*. University of California Press, Berkeley, 1968, 3-62.
- Zurriarán, R. G. «La progresiva desprotección jurídica de la vida humana embrionaria en España: de la ley 35/1988 a las leyes 14/2006 y 14/2007». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(69): 155-181.