

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA

**EL IMAGINARIO SOCIAL DEL ABORTO EN UN GRUPO DE  
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS,  
DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE 2008 A ENERO 2009**

Por:  
Kira K. Trujillo  
Irina V. Berrocal

Trabajo de Graduación sometido a la  
consideración de la Facultad de  
Humanidades, para optar por el título de  
Licenciada en Sociología.

Septiembre 2009

**Firmas de los miembros del Jurado Evaluador**

---

---

---

## **DEDICATORIA**

A Aquél que nos fortaleció, guió todos estos años y además nos permitió culminar con éxito, esta gran meta y sueño; éste es nuestro Señor Jesucristo.

A mis padres, especialmente a mí mamá Xiomara De Hoyos, a mi familia, quienes con mucho amor, esfuerzo, inversión, dedicación y trabajo, formaron parte de mi edificación académica y profesional. **KIRA**

A Dios, por darme la capacidad de cumplir cada una de mis metas; a mis padres por todo su apoyo, desde que nací; a mis familiares, amigos, y a mis líderes Leonardo y Zoraya, por estar conmigo en todo momento. **IRINA**

## **AGRADECIMIENTO**

Expresamos nuestra gratitud a la Profesora Noemí Farinoni, Catedrática de Sociología de la Universidad de Panamá, bajo cuya dirección hemos realizado esta investigación. Sus oportunos consejos, sus constantes estímulos, su apoyo y guía, fueron fundamentales para llevar a feliz término, este trabajo.

Además, queremos dejar constancia de nuestro más sincero agradecimiento a las siguientes personas que también contribuyeron positivamente, a la culminación de esta investigación: al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, al Centro de Investigación en Reproducción Humana, especialmente a la Lic. Alba de Mendoza y a la Sra. Berta, al Hospital Santo Tomás, específicamente, en el edificio de Maternidad; y a la Familia Gaitán. Y a todas aquellas instituciones, personas, y en consideración apreciada a las mujeres que nos permitieron entrevistarlas, ya que de una u otra forma nos brindaron su valiosa cooperación.

## ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	11
<b>Índice de Cuadros Estadísticos</b> .....	12
<b>Índice de Cuadros Cualitativos</b> .....	14
<b>Índice de Gráficas y Figuras</b> .....	20
 <b>INTRODUCCIÓN</b> .....	 22
 <b>CAPÍTULO I. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA EN LA INVESTIGACIÓN.</b>	
 <b>A. Diseño de la Investigación</b>	
1. Planteamiento del problema .....	27
2. .Objetivos de la investigación .....	27
3. .Definiciones de términos .....	28
4. .Limitaciones y delimitaciones .....	33
 <b>B. Metodología en la Investigación</b>	
1. Variables e indicadores .....	34
2. Tipo de investigación .....	37

3. Cobertura .....	38
4. Universo .....	38
5. Muestra .....	38
6. Técnica de recolección de datos .....	38

## **CAPÍTULO II. EL IMAGINARIO SOCIAL**

A. La imaginación sociológica .....	43
B. Frutos de la imaginación social .....	44
C. El imaginario social en la vida social .....	47
D. Imaginario social efectivo e imaginario social radical	
1. El imaginario social instituido .....	47
2. El imaginario social efectivo .....	48
E. Significaciones sociales en la modernidad .....	48

## **CAPÍTULO III. LA SEXUALIDAD HUMANA Y EL EMBARAZO DESEADO Y NO DESEADO**

A. Sexo y sexualidad .....	51
B. Actividades sexuales .....	52
1. Tabúes y creencias alrededor de la sexualidad	
humana .....	53

C. Pareja y sexualidad	
1. Aspectos más relevantes en las relaciones entre pareja .....	54
D. La influencia de los medios de comunicación social en la conducta sexual de los (as) adolescentes .....	54
1. Consumismo y medios de comunicación .....	55
2. La mujer como objeto de consumo .....	56
3. Inicio de vida sexual activa .....	56
E. Conferencias de salud sexual y reproductiva .....	57
F. Derechos de salud sexual y reproductiva .....	60
G. El comienzo del embarazo y de un nuevo individuo .....	64
H. ¿Por qué las mujeres se embarazan cuando no lo desean? .....	66
1. Falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos .....	66
2. Falta de acceso a los métodos anticonceptivos .....	68
3. Falla de los métodos anticonceptivos .....	70
4. Falta de control en sus relaciones sexuales .....	71

## **CAPÍTULO IV. EL ABORTO Y SUS IMPLICACIONES**

A. Antecedentes .....	75
B. El problema del aborto y su incidencia en Panamá .....	77
1. Regulación del aborto .....	86
2. El aborto en adolescentes .....	87
C. El Aborto y sus riesgos .....	88
1. ¿Por qué las mujeres abortan? .....	88
D. Tipos de abortos	
1. El aborto espontáneo .....	89
2. El aborto inducido o provocado .....	89
E. Consecuencias del aborto inseguro .....	90
1. La mortalidad materna .....	90
2. Complicaciones físicas.....	91
3. Consecuencias psicológicas .....	92
4. Consecuencias sociales .....	94
5. Consecuencias económicas .....	94
F. Factores que influyen en la gravedad de las consecuencias del aborto .....	95
G. El estatus socioeconómico .....	96
H. La ideología del aborto	



1. Preguntas inquietantes	
a. ¿Cuándo se empieza a vivir? .....	97
b. ¿Cuándo se es un individuo? .....	97
c. ¿Quién es más importante? .....	98
d. ¿A quién preferir en estas condiciones? .....	98
2. Legalidad y acceso al aborto seguro .....	98
3. Penalización del aborto en Panamá .....	99
4. “Consenso entrecruzado sobre el aborto” .....	101

## **CAPÍTULO V. EL POST-ABORTO**

A. Síndrome del post-aborto .....	106
B. La violencia asociada con la atención post-aborto inadecuada .....	106
C. Calidad de atención de los servicios de post-aborto .....	107
1. Acceso a una atención médica post-aborto de buena calidad .....	108
2. Elementos de calidad asistencial en la planificación familiar post-aborto .....	110
3. Planificación familiar post-aborto .....	112

**CAPÍTULO VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Estudio sobre el imaginario social del aborto en un grupo de mujeres atendidas en la sala post-aborto del Hospital Santo

Tomás ..... 117

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Conclusiones ..... 181

Recomendaciones ..... 189

**BIBLIOGRAFÍA** ..... 192

**ANEXOS** ..... 197

## **Lista de Abreviaturas**

**AMEU:** Aspiración Manual Endouterina.

**APA:** Atención Post-aborto.

**APLAF:** Asociación Panameña de Planificación Familiar.

**CIPD:** Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.

**CIRH:** Centro de Investigación y Reproducción Humana.

**DIU:** Dispositivo Intrauterino.

**DSSR:** Derechos de Salud Sexual y Reproductiva.

**EDS:** Encuesta de Demografía y Salud.

**FIGO:** Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

**HST:** Hospital Santo Tomás.

**IPAS:** Instituto Panamericano de la Salud.

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.

**MINSA:** Ministerio de Salud.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**WHO:** World Health Organization (Siglas en inglés de la OMS).

## ÍNDICE DE CUADROS ESTADÍSTICOS

	<b>Páginas</b>
1. Cuadro 1. Defunciones fetales en la República de Panamá por el estado conyugal de la mujer, según el período de gestación. Año 2003 .....	82
2. Cuadro 2. Defunciones fetales en la República de Panamá por el estado conyugal de la mujer, según el período de gestación. Año 2006 .....	83
3. Cuadro 3. Defunciones fetales en la República de Panamá por edad de la mujer, según el período de gestación. Año 2003	84
4. Cuadro 4. Defunciones fetales en la República de Panamá por edad de la mujer, según el período de gestación. Año 2006	85
 <b>Estudio sobre el imaginario social del aborto en un grupo de mujeres atendidas en la Sala 23 post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
5. Cuadro 1. Distribución de la muestra por información general de la mujer, según su edad. Año 2009 .....	117
6. Cuadro 1.1 Información conyugal y económica de la mujer, según las personas con quien vive. Año 2009 .....	122

<b>7.</b> Cuadro 2. Información conyugal y económica de la pareja, según la edad de la mujer. Año 2009.....	123
<b>8.</b> Cuadro 2.1 Ocupación de la pareja, según su edad. Año 2009 .	124
<b>9.</b> Cuadro 3. Proyecto de vida de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto, según su edad. Año 2009 .....	125
<b>10.</b> Cuadro 4. La sexualidad en las mujeres que acudieron al servicio post-aborto, según su educación sexual. Año 2009 .....	132
<b>11.</b> Cuadro 5. Sexualidad y embarazo, según el uso y clasificación de los métodos anticonceptivos. Año 2009 .....	144
<b>12.</b> Cuadro 6. Definición de la maternidad correspondiente a la edad de la mujer, según la responsabilidad de un embarazo no deseado. Año 2009 .....	146
<b>13.</b> Cuadro 7. Distribución de la muestra por aborto, según la edad de la mujer. Año 2009 .....	156
<b>14.</b> Cuadro 8. Imaginario social del aborto, según la edad de la mujer. Año 2009 .....	158
<b>15.</b> Cuadro 9. Período de gestación y causa de aborto, según la edad de la mujer. Año 2009 .....	173

## ÍNDICE DE CUADROS CUALITATIVOS

	<b>Páginas</b>
<b>Proyecto de vida de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
<b>1. Cuadro 1. Planificación de hijos (as) deseados de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009 .....	127
<b>2. Cuadro 2. Fijación o no de metas de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009</b>	127
<b>3. Cuadro 3. Logros o no de metas de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009</b>	128
<b>4. Cuadro 4. Empleo del tiempo libre de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009</b>	128
 <b>La Sexualidad en las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
<b>5. Cuadro 1. Educación sexual de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009.....	135
<b>6. Cuadro 2. Conocimiento del los derechos sexuales y</b>	

reproductivos de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás .....	135
<b>7. Cuadro 3. Definición de sexualidad de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009.....	136
<b>8. Cuadro 4. Razón de la primera relación sexual de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009 .....	136
<b>9. Cuadro 5. Cuidados en las relaciones sexuales de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009.....	137
<b>10. Cuadro 6. Elección y frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	<b>137</b>
<b>11. Cuadro 7. Reacciones en las relaciones sexuales de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009 .....	138
<b>12. Cuadro 8. Papel de la mujer en la relación de pareja, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	<b>138</b>

<b>13. Cuadro 9. Comunicación con la pareja, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009 .....	139

**Maternidad y embarazo deseado y no deseado en mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.**

<b>14. Cuadro 1. Causa del último embarazo de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009 .....	148

<b>15. Cuadro 2. Reacción frente al embarazo de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
Años 2008-2009 .....	148

<b>16. Cuadro 3. Primera persona en comunicar el embarazo, según Las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	149
---	-----

<b>17. Cuadro 4. Reacción ante el embarazo de la pareja y la familia de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	149
--	-----

<b>18. Cuadro 5. Apoyo de la pareja y la familia durante el embarazo de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital</b>	
--	--



Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	150
<b>19. Cuadro 6. Responsable de un embarazo no deseado, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	<b>151</b>
<b>20. Cuadro 7. Definición de maternidad, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	<b>152</b>
<b>Imaginario social del aborto en mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
<b>21. Cuadro 1. Vida en el nuevo ser, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	<b>160</b>
<b>22. Cuadro 2. Concepción de aborto, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	<b>161</b>
<b>23. Cuadro 3. Pensamiento u opinión del aborto de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....</b>	<b>162</b>
<b>24. Cuadro 4. Conocimiento de las consecuencias del aborto, según</b>	

las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	163
<b>25.</b> Cuadro 5. Posibles causas para que una mujer decida someterse a un aborto, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	163
<b>26.</b> Cuadro 6. Sentimiento de aborto en las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	164
<b>27.</b> Cuadro 7. Reacción ante el aborto de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	165
<b>28.</b> Cuadro 8. Responsable de un aborto, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	165
<b>29.</b> Cuadro 9. Visión del aborto y decisión más importante, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	166

**Servicio de atención post-aborto del Hospital Santo Tomás,  
brindado a mujeres que acudieron, producto de un aborto.**

<b>30.</b> Cuadro 1. Atención psicológica y social de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	175
<b>31.</b> Cuadro 2. Trato del personal de salud, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	175
<b>32.</b> Cuadro 3. Información sobre métodos anticonceptivos de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	176
<b>33.</b> Cuadro 4. Respeto a la privacidad y atención confidencial, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009 .....	176

## ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS

	<b>Páginas</b>
1. La dinámica y el imaginario social del aborto .....	40
2. Gráfica 1. Defunciones fetales en la República de Panamá por número. Años 1999-2006.....	78
3. Gráfica 2. Defunciones fetales en la República de Panamá por tasa. Años 1999-2006 .....	78
4. Gráfica 3. Defunciones fetales en la República de Panamá (en porcentaje) a nivel geográfico. Años 2003 y 2006 .....	79
5. Gráfica 4. Defunciones fetales en la República de Panamá a nivel geográfico, por tasa. Años 2003 y 2006 .....	80
6. Gráfica 5. Defunciones fetales en la República de Panamá por área. Años 2003 y 2006 .....	81
7. Flujograma de la atención post-aborto del Hospital Santo Tomás .....	114
 <b>Estudio sobre el imaginario social del aborto en un grupo de mujeres atendidas en la Sala 23 post-aborto del Hospital Santo Tomás.</b>	
8. Gráfica 1. Información de la muestra por edad .....	118

<b>9. Gráfica 2. Información de la muestra por lugar de residencia .....</b>	<b>119</b>
<b>10. Gráfica 3. Información de la muestra por último grado/año aprobado .....</b>	<b>120</b>
<b>11. Gráfica 4. Información de la muestra por estudio y trabajo .....</b>	<b>121</b>
<b>12. Gráfica 5. Proyecto de vida de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto .....</b>	<b>126</b>
<b>13. Gráfica 6. Educación sexual de la paciente post-aborto .....</b>	<b>133</b>

## INTRODUCCIÓN

Uno de los inconvenientes para abordar el problema del aborto en Panamá, es la penalización del aborto inducido, ya que El Código Penal de 2005, lo considera un... “delito contra la vida y la integridad personal”. El bien que protege la legislación es la... “vida de la persona que está por nacer” y sanciona a las mujeres que se lo provocan. Además, otro inconveniente es el hecho de ser un tema muy sensitivo.

El aborto, se reconoce como un serio problema social que constituye una confrontación sexo-género en la sociedad. De tal manera, que el saber y el hacer de una mujer, se restringen al hecho de que vive en un ambiente privado, mediatizado por factores externos, que la hace sentir que sus visiones y facultades se limitan o atrapan en su ambiente. Estas significaciones imaginarias, hacen de lo femenino, un espacio privado sentimentalizado, y de lo masculino un espacio público racionalizado.

El imaginario social del aborto, es esa cualidad mental que permite a la mujer comprender sus propias experiencias en la época o en el momento en que se encuentra, y seguir dentro de límites razonables, a lo dictado por su conciencia en relación a sus decisiones personales concerniente a la sexualidad, relacionado con la reproducción y el aborto; además es la

necesidad de saber el imaginario social y la conciencia que tiene de sí misma y de los otros.

En el caso del aborto (un tema muy polémico), es importante preguntarse, qué valores son preferidos, pero amenazados y, cuáles preferidos y apoyados por nuestra sociedad, ya que la visión desde las mujeres que experimentan una situación de aborto, constituye información valiosa para identificar el imaginario social del aborto, y prevenir los riesgos potenciales de éste.

La presente investigación, denominada: El Imaginario Social del Aborto en un grupo de mujeres atendidas en el Hospital Santo Tomás, durante los meses de noviembre 2008 a enero 2009, nace mediante la realización de la práctica profesional en El Centro de Investigación en Reproducción Humana (CIRH), adscrito al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud. En la práctica, se atendieron o asistieron a mujeres que acudieron al Hospital Santo Tomás a recibir atención médica, producto de un aborto; desde entonces, se comienza a evaluar y a analizar, no solamente, la calidad de atención en los servicios post-aborto, sino también las condiciones de vida de estas mujeres y el significado social que podrían tener respecto al aborto.

Para el desarrollo de este estudio, se han utilizado diversas dimensiones sociales (la sexualidad, los proyectos de vida, la maternidad y el embarazo deseado y no deseado, el aborto y las prestaciones de los servicios de atención post-aborto) que se van presentando a medida que se compenetra y realiza el estudio. Estas dimensiones son producto del análisis y la observación (participativa), realizada en la sala 23 de post-aborto del Hospital Santo Tomás.

Este estudio consta de seis capítulos. El primero de los cuales, se refiere al diseño de la investigación y la metodología utilizada, tratando aspectos como las características generales de la investigación; las variables e indicadores, el tipo de investigación, la cobertura, el universo, la muestra y la técnica de recogida de datos.

El segundo capítulo, se intitula El Imaginario Social. En el mismo, se explica, la necesidad de saber el significado social e histórico del individuo en la sociedad, permitiéndole pasar de una perspectiva a otra.

El capítulo tercero, trata todo lo referente a la sexualidad humana y al embarazo deseado y no deseado. En su desarrollo se presentan los aspectos sexuales mucho más relevantes, como también los principios y acuerdos en materia de salud sexual y reproductiva.



Los temas concernientes a El Aborto y sus Implicaciones y El Postaborto, son tratados en los capítulos IV y V respectivamente. En ellos, se presentan los antecedentes del aborto, su incidencia en Panamá, causas y consecuencias, entre otros; y también se explica el síndrome post-aborto y la calidad de atención de los servicios post-aborto.

El capítulo sexto, integra la presentación y análisis de los resultados, para ello, se confeccionaron gráficas y cuadros estadísticos y cualitativos. A su vez, se introduce un profundo análisis e interpretación de los datos.

Las conclusiones y las recomendaciones, integran tanto el resumen de este estudio, como el diseño de medidas de intervención mucho más acordes, con lo relacionado al servicio de atención post-aborto, que sirvan para hacer frente al problema del aborto.

Se espera que esta investigación (desde una visión sociológica), sirva de guía, y pueda ser un valioso aporte para investigaciones ulteriores, referentes al aborto; además que al mismo tiempo, sea complementado con la información bibliográfica existente. También entender que el aborto no sólo afecta a una mujer, sino a todo el entorno que le rodea (desde su familia hasta el Estado), y que involucra lo bio-psico-social y todo el imaginario social que en ellas, se ha creado.

# **CAPÍTULO I**

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA EN LA INVESTIGACIÓN**

El aborto es un fenómeno social, que involucra un problema de salud pública, pero que también constituye un problema de conciencia individual. El aborto representa un elevado costo social y humano; además constituye una confrontación sexo-género en la sociedad.

**I. Problema de Investigación:** comprender el imaginario social del aborto en un grupo de mujeres atendidas en el Hospital Santo Tomás, respecto a la conciencia que tiene de sí misma y de los demás.

**1. Planteamiento del Problema de Investigación:**

¿Cuál es el imaginario social del aborto de un grupo de mujeres atendidas en la sala de post-aborto del Hospital Santo Tomás?

**2. Objetivos de la Investigación:**

**Los objetivos generales son:**

- A.** Conocer el imaginario social del aborto en un grupo de mujeres atendidas en la sala de post-aborto del Hospital Santo Tomás.
- B.** Identificar algunas características sociodemográficas de las mujeres en estudio.

### **Los objetivos específicos son:**

1. Conocer el significado social del aborto en las mujeres y la conciencia que tienen de sí mismas y de los demás.
2. Analizar los valores (respecto al aborto) preferidos, pero amenazados, y los preferidos y apoyados por las mujeres y la sociedad.
3. Indagar y explicar las diversas dimensiones del aborto en este grupo de mujeres.
4. Señalar las consecuencias bio- psico sociales de las mujeres que han tenido algún tipo de aborto, atendidas en la sala post-aborto del Hospital Santo Tomás.
5. Aportar información para mejorar la calidad de atención preventiva post-aborto del Hospital Santo Tomás.

### **3. Definiciones de Términos:**

1. **Aborto:** expulsión de un feto que todavía no está en condiciones de vivir [por sí mismo, sin nutrición materna]. (Diccionario Océano Uno, 1999)
2. **Aborto espontáneo:** expulsión de un feto en forma natural debido a problemas de salud. (FIGO, 2005)

3. **Aborto inducido o provocado:** mera interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la implantación y antes que el producto de la concepción sea viable de manera independiente. (FIGO, 2005)
4. **Aborto inseguro\*:** práctica ilegal, insalubre y clandestina para interrumpir el embarazo. Este tipo de aborto puede causar graves problemas de salud e incluso la muerte materna. (FIGO, 2005)
5. **Aborto seguro\*:** práctica higiénica y medicalizada, legalmente, autorizada para la interrupción de un embarazo, evitando que una mujer ponga en riesgo su vida y su salud. (FIGO, 2005)
6. **Competencia técnica:** sentido de capacidad colectiva de todos los miembros del equipo sanitario, para desempeñar las tareas de asesoramiento y las prestaciones de planificación familiar a las mujeres que han tenido un aborto; esta es la garantía básica de seguridad de estos servicios. (CIRH, 2007)
7. **Defunción fetal:** muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni muestra ningún otro signo de

vida, como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios. (Contraloría General de la República, 2003)

**8. Derechos sexuales y reproductivos:** son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos, por lo que se afirman como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos. (MINSA, 2004)

**9. Dicotomismo sexual:** tratar a los sexos como diametralmente opuestos y no con características semejantes. Forma extrema del doble parámetro. (Calabrese,1999)

**10. Doble parámetro:** conocida también como doble moral; una misma conducta, una situación idéntica y características humanas similares son evaluadas con distintos parámetros para uno u otro sexo. (IBID)

**11. Embarazo no deseado\*:** se concibe por una circunstancia accidental o por la irresponsabilidad sexual tanto del hombre como de la mujer. Es la antesala al aborto. (CIRH, 2007)

- 12. Fecundidad:** unión del elemento reproductor masculino al femenino para dar origen a un nuevo ser. (Diccionario Océano Uno, 1999)
- 13. Género:** construcción social de los conjuntos de características sociales atribuidas a una persona según su sexo. (Calabrese, 1999)
- 14. Imaginario social:** es la capacidad de pasar de una perspectiva a otra; es la necesidad de saber el significado social e histórico del individuo en la sociedad. (Mills, 1971)
- 15. Imaginario social del aborto\*:** cualidad mental que le permite a la mujer comprender sus propias experiencias en la época y en el momento en que se encuentra, y seguir dentro de límites razonables lo dictado por su conciencia en sus decisiones personales concernientes a la sexualidad, la reproducción y el aborto. (Mills, 1971)
- 16. Imaginario social radical o instituyente:** es una dimensión universal de significaciones imaginarias sociales que operan como organizadores de sentido de los actos humanos, estableciendo las líneas de demarcación entre lo lícito y lo

ilícito, lo permitido y lo prohibido, lo bello y lo feo, etc.  
(Castoriadis, 1983)

- 17. Maternidad\*** : cara productiva del poder en relación al aborto.
- 18. Métodos anticonceptivos:** son aquellos utilizados para la modificación del coito o interposición en él, de modo que se impida la fertilización del óvulo por el esperma y precisamente, con dicha finalidad. (CIRH, 2007)
- 19. Poder de negociación:** comunicación verbal abierta, confidencias recíprocas, aceptación de las limitaciones del otro, confianza. (Zurutuza págs.. 303-313)
- 20. Proyecto de vida\*** : conjunto de sueños y metas personales ejecutado por la mujer en relación con los medios que utiliza para alcanzarlos. (Diccionario océano Uno, 1999)
- 21. Servicio post-aborto\*** : seguimiento y atención médica y psicosocial de calidad asistencial y responsable brindada a una mujer después de un aborto. (CIRH, 2007)
- 22. Sexo:** diferencia biológica que caracteriza a una persona. (Calabrese, 1999)
- 23. Sexualidad:** aspecto sexual del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de



género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. (OMS) Este concepto, no se refiere exclusivamente, a las “relaciones sexuales”, sino que éstas son tan sólo una parte de la sexualidad.

\* Definiciones operacionales enriquecidas bibliográficamente; son exclusivas de la investigación.

#### **4. Limitaciones y Delimitaciones.**

- La legislación panameña que penaliza el aborto inducido o provocado.
- La burocracia interna del Hospital Santo Tomás, que retrasó la recolección de los datos aproximadamente, un año y medio.
- El no consentimiento de la mujer para la realización de la entrevista.

## Metodología en la Investigación

### 1. Variables e indicadores

#### Variables

#### Indicadores

- A. Proyecto de vida** - Metas y sueños personales.
- Factores individuales.
  - Estabilidad/ desestabilidad económica.
  - Esperanzas y limitantes de superación respecto a lo que quiere.
  - Fecundidad.
- B. Sexualidad** - Información errónea, tabúes creencias alrededor de la sexualidad humana.
- Diferencias de género: fuerte y agresivo para los varones y suave y dócil para las mujeres. (Masculinidad/feminidad)
  - Identidad de la mujer en la sociedad.
  - Edad, orientación sexual y nivel económico.
  - Inicio de vida sexual activa.

- Relación de pareja: tiempo de relación.
- Poder de negociación: Aquella comunicación verbal abierta, confianzas recíprocas.
- Aceptación de las limitaciones del otro y confianza.
- Establecimiento de la intimidad, en cuanto a la elección, madurez, reciprocidad, placer y malestar.
- Método Anticonceptivo.
- Cuidado de su propio cuerpo, ¿quién se cuida?

### **C. Maternidad y embarazo**

- deseado y no deseado**
- Conocimiento, acceso a métodos anticonceptivos,
  - Falta - falla de los mismos.
  - Uso de los métodos anticonceptivos.
  - La opinión y actitud de las mujeres y de los hombres frente a esta situación.
  - Incomodidad física de la mujer.
  - Tensión emocional.
  - Conflicto e inquietud personal.

- Apoyo o rechazo familiar, social y comunitario.

#### **D. El aborto**

- Derecho de salud sexual y reproductiva.
- Imaginario social de la mujer frente al aborto.
- Penalización del aborto en Panamá.
- Derecho a decidir sobre su propio cuerpo vs. derecho a la vida del nuevo ser.
- Reacción del hombre ante el aborto.
- Problemas de salud, antecedentes de aborto.
- Aceptación/rechazo familiar y social.
- Control social de la ideología hegemónica: subordinación sexual y social de la mujer.

#### **E. Servicio post- aborto**

- Elementos de calidad asistencial en la planificación familiar post-aborto:
  - Momento adecuado para el asesoramiento y prestación del servicio.
  - Elección del método

- Información y asesoramiento
  - Competencia técnica
  - Relaciones interpersonales
  - Continuidad por vinculación de los servicios.
- Caracterización del servicio.
  - Consejería: confidencialidad, privacidad, empatía.

**2. Tipo de investigación:** se realizará un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque de género de tipo cuanti-cualitativo, a fin de comprender el aborto de manera intencional; dado el interés por acceder a la subjetividad de las mujeres que han tenido algún tipo de aborto, atendidas en el Hospital Santo Tomás.

A todas las entrevistadas se les facilitó una breve información referente al estudio, y se les presentó una hoja de Consentimiento Informado (requisito demandado, y a su vez aprobado por el Instituto Conmemorativo Gorgas para el Estudio de la Salud), para ser firmado por ella.

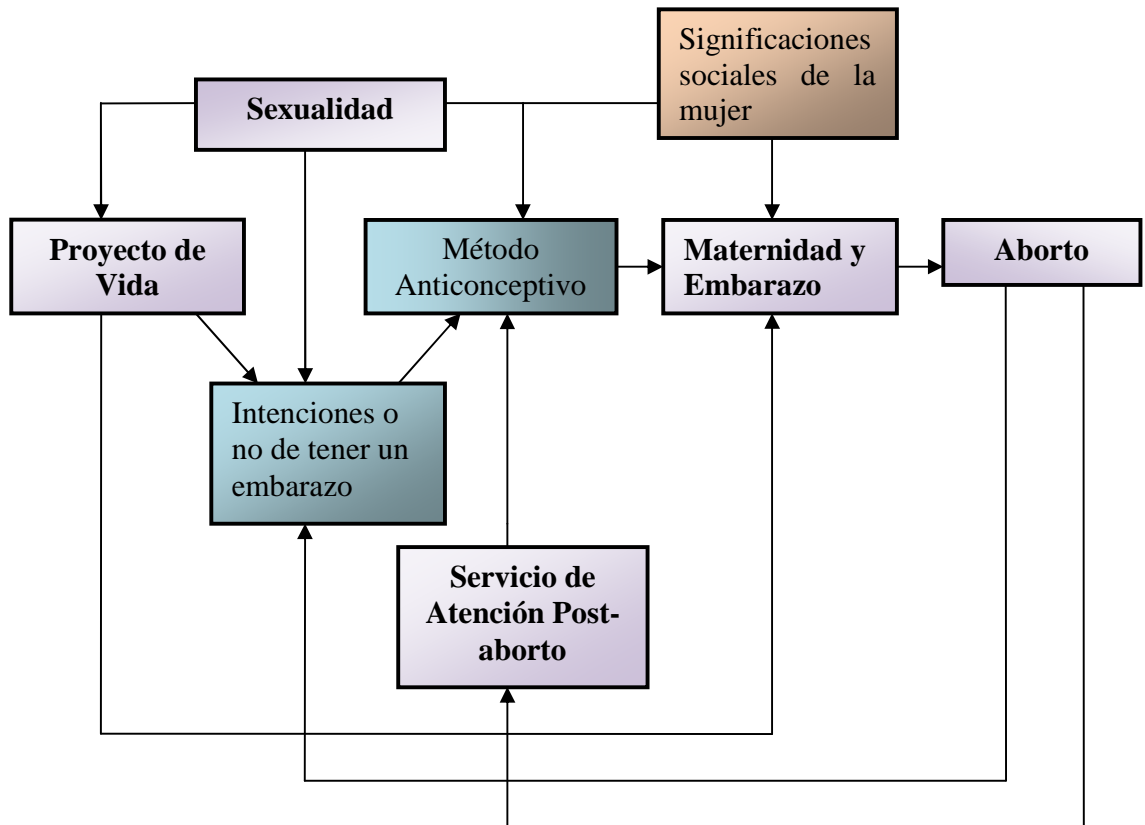
3. **Cobertura:** para este estudio se cubrirá el edificio de la maternidad del Hospital Santo Tomás, específicamente la Sala 23.
4. **Universo:** sala 23 post-aborto de la maternidad del HST.
5. **Muestra:** intencional. Se estudió a un grupo de 26 mujeres (por razón de tiempo) de cualquier edad, que han padecido algún tipo de aborto, atendidas en la sala 23 de post-aborto del Hospital Santo Tomás.
6. **Técnicas de recolección de datos:**
  - a. **Datos secundarios:** estadísticas de la Contraloría General de la República de Panamá, registros médicos y estadísticos del Hospital Santo Tomás y las estadísticas del CIRH.
  - b. **Observación estructurada:** se realizó estableciendo los objetivos de la investigación, anteriormente, mencionados, delimitando y definiendo el campo de observación, el cual es el flujograma de la atención a pacientes con aborto incompleto; y especificando las dimensiones del aborto que han sido seleccionadas.
  - c. **Instrumentos utilizados:**

**Entrevista:** es muy próxima al cuestionario que se utiliza en encuestas, sólo que en este caso las preguntas fueron abiertas. El entrevistador se comporta exactamente, como uno que formula preguntas a partir de un cuestionario. Se utilizó una guía de preguntas semi estructuradas, con las variables e indicadores seleccionados.

Las entrevistas se recolectaron desde noviembre de 2008, hasta enero de 2009. Fueron realizadas por las investigadoras de este estudio, en horario de 2:00 pm a 5:00 pm, de lunes a viernes; con una duración de 15 minutos como mínimos y 35 minutos o más, como máximos, dependiendo la disponibilidad de la entrevistada y el establecimiento de un buen rapport con la misma, aún por encima del espacio reducido y limitado en el que se encontraba. Se quiere dejar bien claro, que hubo preguntas que no fueron respondidas o contestadas por las entrevistadas; de modo que se les respetó su silencio, a pesar de que en reiteradas ocasiones, las entrevistadoras intentaron que respondieran a las preguntas.

**d. Análisis de los datos:** se hizo un análisis manual, identificando las variables y dimensiones.

## La Dinámica y el Imaginario Social del Aborto



**Fuente:** Investigadoras de este Estudio. Año 2008-09

En este diagrama, es posible observar que el aborto está condicionado por la existencia de dimensiones sociales, asociadas a las significaciones sociales de la mujer. Estas dimensiones están interrelacionadas y mediadas por ciertas condiciones personales de la mujer.



# **CAPÍTULO II**

## **EL IMAGINARIO SOCIAL**

## **El Imaginario Social**

El imaginario social es un concepto creado por el filósofo griego Cornelius Castoriadis, usado habitualmente en ciencias sociales para designar las representaciones sociales encarnadas en sus instituciones. Castoriadis, entiende el imaginario, en una primera aproximación, como *algo inventado*, como primera representación que es capacidad, *magma de creación permanente de la sociedad*. (Wikipedia, 2009)

El concepto es usado habitualmente, como sinónimo de mentalidad, cosmovisión, conciencia colectiva e ideología.

Los imaginarios sociales producen valores, las apreciaciones, los gustos, los ideales y las conductas de las personas que conforman una cultura y la sociedad. El imaginario es el efecto de una compleja red de relaciones entre discursos y prácticas sociales, interactúa con las individualidades. Se constituye a partir de las coincidencias valorativas de las personas, se manifiesta en lo simbólico, a través del lenguaje y en el accionar concreto entre las personas, (Prácticas sociales). El imaginario comienza a actuar como tal, tan pronto como adquiere independencia de las voluntades individuales, aunque necesita de ellas para materializarse. Se instala en las distintas instituciones que componen la sociedad, para poder actuar en todas las instancias sociales. El imaginario no suscita uniformidad

de conductas, sino más bien señala tendencias. La gente, a partir de la valoración imaginaria colectiva, dispone de parámetros apócales para juzgar y para actuar. Los juicios y las actuaciones de la gente, inciden también en el depósito del imaginario, el cual funciona como idea regulativa de las conductas. Las ideas regulativas, no existen en la realidad material, pero existen en la imaginación individual y en el imaginario colectivo, producen materialidad, es decir, efectos de la realidad. (IBID)

El imaginario actúa como regulador de las conductas (adhesión o rechazo), es un dispositivo móvil, cambiante, impreciso y contundente a la vez.

#### **A. La imaginación sociológica.**

Para Wright Mills, lo que los hombres corrientes saben directamente y que lo tratan de hacer, está limitado por las órbitas privadas en que viven; es decir, el saber y el hacer de las personas se restringen al hecho de que viven en un ambiente privado, mediatizado por factores externos como: el trabajo, la familia, la comunidad; esto hace que las personas sientan que sus visiones y facultades se limitan o atrapan en su ambiente. (Mills, 1971)

Existe una interrelación individuo-sociedad, que las personas muchas veces, no entienden o perciben. Esto impide que puedan enfrentar y controlar las transformaciones en la estructura social (sociedad). (IBID)

Para que las personas salgan de esa mentalidad limitada en la que han sido atrapadas necesitan:

1. Información
2. Destrezas intelectuales
3. El más importante, la cualidad mental (imaginación sociológica) que les ayude a usar la información y a desarrollar la razón para conseguir recapitulaciones lúcidas de lo que ocurre en el mundo y de lo que quizás está ocurriendo dentro de ellos.

## **B. Frutos de la imaginación social.**

1. La imaginación social... “es la idea de que el individuo sólo puede comprender su propia experiencia y evaluar su propio destino, localizándose a sí mismo en su época; de que puede conocer sus propias posibilidades en la vida, si conoce la de todos los individuos que se hallan en sus circunstancias”. (Mills, 1971) En otras palabras, es la capacidad de pasar de una perspectiva a otra,

sabiendo el significado social e histórico del individuo en la sociedad.

2. “Se presentan inquietudes en el carácter de un individuo y en el ámbito de sus relaciones con otro; tienen relación con su yo y con las áreas limitadas de su vida social que conoce directa y personalmente. Una inquietud es un asunto privado: los valores amados por un individuo le parecen a éste que están amenazados”. (Mills, 1971) “Los problemas se relacionan con materias que trascienden del ambiente local del individuo y del ámbito de su vida interior. Un problema es un asunto público: se advierte que está amenazado un valor amado por la gente”. (IBID) Por ejemplo: en el caso del aborto, una mujer puede experimentar inquietudes personales al tener un embarazo no deseado, pero cuando la proporción o tasa de aborto aumenta, esto es prueba de un problema social que tiene que ver con las instituciones de salud, de la familia y con otras relacionadas con ellas.
3. “Para formular problemas e inquietudes, debe preguntarse qué valores son preferidos, pero amenazados, y cuáles preferidos y

apoyados por las tendencias características de este tiempo”. (Mills, 1971)

*Amenaza*  $\longleftrightarrow$  *Apoyo*

*Contradicciones notorias de la estructura.*

3.1 “Cuando la gente estima una tabla de valores y no advierte ninguna amenaza contra ellos, experimenta bienestar”.

3.2 “Cuando la gente no sienta estimación por ningún valor, ni perciba ninguna amenaza, experimenta indiferencia”.

3.3 “Cuando no siente estimación por ningún valor, pero que, no obstante, perciba agudamente una amenaza, experimenta malestar, ansiedad”.

Para quienes aceptan valores hereditarios, como la razón y la libertad, es el malestar mismo lo que constituye la inquietud; es la indiferencia misma la que constituye el problema. Y esta situación de malestar e indiferencia es lo que constituye el signo distintivo de nuestro tiempo. (Mills, 1971)

Como es notorio, cada época está determinada por algún tipo de sensibilidad y alguna forma de pensar que se convierte en un común denominador. Es importante tener presente, que también existen otros tipos de sensibilidades y otros estilos de pensamientos.

### **C. El imaginario social en la vida social.**

El imaginario social en la vida social, comprende, un universo de significaciones -sistema de legitimación enunciados, normativas y reglas de justificación, sanciones de conductas no deseables (discursos del orden), prácticas extradiscursivas- esto, por supuesto, hace que el poder procure que los miembros de la sociedad “enlacen y adecuen sus deseos al poder”. En este sentido, el imaginario social, más que a la razón, interpela a las emociones, las voluntades y los sentimientos; promoviendo las formas que adquirirán los comportamientos de agresión, temor, amor y seducción, que son las formas como el deseo se anuda al (los) poder (es). De esta manera, permite el acceso a la ley y la continuidad, reproducción del poder. (Fernández, 1992)

### **D. Imaginario social efectivo e imaginario social radical.**

No resulta casual que Castoriadis, establezca una diferenciación entre imaginario social efectivo (instituido) e imaginario social radical o instituyente, veamos.

1. El imaginario social instituido: en esta dimensión, los universos de significaciones imaginarias sociales operan como organizadores de sentido de los actos humanos, estableciendo las líneas de

demarcación entre lo lícito y lo ilícito, lo permitido y lo prohibido, lo bello y lo feo, etc.

2. El imaginario social efectivo: su institución es lo que mantiene unida una sociedad, es decir, el proceso por el cual la sociedad se instituye como totalidad, por medio de normas, valores y lenguaje que no son sólo herramientas o procedimientos para hacer frente a las cosas, sino mas bien son los instrumentos para hacer las cosas; en particular para hacer individuos.

Ahora bien, para Castoriadis, la imaginación es la creación humana indeterminada, por tanto, cambio. El cambio social, como es evidente, implica discontinuidades radicales que no pueden ser explicadas en término de causas deterministas o presentadas como una secuencia de acontecimientos. El cambio emerge en este sentido, a través del imaginario social. En esta línea, todas las sociedades construyen sus propios *imaginarios*: instituciones, leyes, tradiciones, creencias y comportamientos.

### **E. Significaciones sociales en la modernidad.**

Existen configuraciones en los sistemas de prioridades para ambos géneros:



<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
Espacio privado	Espacio público
Sentimentalizado	Racionalizado

Hay argumentos (lo permitido y lo prohibido, lo valorado y devaluado, autonomías y heteronomías, actividades y pasividades, libertades y tutelajes) que instituyen lo femenino y lo masculino en nuestra sociedad producido y reproducido por elementos que integran la sociedad: políticas, medios de comunicaciones, etc. (Castoriadis, 1983)

La presión de los estereotipos actúa desde la socialización temprana (familiar e institucional), a través de mecanismos como la identificación, el modelamiento, el discurso o los sistemas premios-castigos. Todo esto, interioriza el mandato social desde sentidos inconscientes, conocimientos erróneos o por condicionamientos reiterados. (Zurutuza, pág. 303)

Desde el punto de vista genérico, existe un control social sobre la sexualidad femenina; de tal modo, que al tratar el tema del aborto [masculino (hombre que embaraza), femenino (embarazo no deseado, practica el aborto)] a la mujer se le amenaza y se le sanciona si se practica un aborto; sin embargo, a aquel que la embarazó, siempre y cuando no fuere violación o no esté contra lo establecido en la ley, no se le penaliza ni cívica ni moralmente.

# **CAPÍTULO III**

## **LA SEXUALIDAD HUMANA Y EL EMBARAZO DESEADO Y NO DESEADO**

## **A. Sexo y sexualidad**

La sexualidad, como dimensión humana, debe ser objeto de un proceso educativo donde la información, la formación y el desarrollo de valores en materia sexual, brinde a las personas especialmente, a los jóvenes, los elementos necesarios para asumir su vida mucho más positiva y responsable. (Informed, 2006)

Ésta, es parte importante de nuestra personalidad y aparece como elemento de nuestra auto imagen como individuos. Definiéndola las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales que nos permiten de conjunto, una visión del mundo y una relación con él, desde nuestro ser como hombre o mujer.

Como se infiera, la vida sexual es un componente más del comportamiento humano, por lo tanto, al igual que lo demás referente a ella es susceptible de ser investigado. No obstante, el conocimiento científico sobre la sexualidad es difícil en una sociedad donde por una parte se trata de ignorar el papel del sexo, y por la otra la publicidad, a través de los medios de comunicación social lo exaltan. (APLAFSA, 1995)

En estas condiciones, el significado que tiene el sexo para la gente, depende de los contextos sociales y culturales en que se produzca su aprendizaje sexual. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que las estructuras

anatómicas que diferencian al hombre de la mujer, no determina si una persona actuará como masculina o femenina, independientemente que la aparición física de las características sexuales, externas e internas, o lo que se conoce como genitales, tenga un orden de aparición que sigue de cerca un patrón de desenvolvimiento genético. (APLAFA, 1995)

A las diferencias físicas entre los sexos, le siguen las diferencias de género, así señalamos lo fuerte y agresivo para los varones, lo suave y dócil para las mujeres. De esta manera, poco a poco y en los primeros años se establecen los papeles del género o los comportamientos y actitudes que una cultura considera apropiada para los varones y las mujeres; o lo que define la feminidad o la masculinidad. Las fuerzas sociales acentúan la diferencia entre los sexos y la cultura misma crea la diferencia entre los géneros. (APLAFA, 1995)

## **B. Actividades sexuales**

La conducta sexual normal tiene una amplia gama de acción y es difícil decir cuando converge hacia la conducta sexual anormal. Mucho depende de las normas morales, sociales y legales en una cultura o comunidad determinada y aunque son constantemente reevaluadas pueden seguir siendo contradictorias. (APLAFA, 1995)

## **1. Tabúes y creencias alrededor de la sexualidad humana.**

La gente cree u opina como resultado de una experiencia compartida, de una información más o menos estructurada, procesada e incluso distorsionada. Las normas informales (más que las leyes y los códigos formales) son las que realmente ejercen un verdadero control sobre la conducta. El ser humano no sólo piensa, también cree, por eso es importante saber que conocer el grado de información alcanzado por los sujetos en algún asunto, es conocer el grado en que los sujetos lo aceptan, lo creen. Definitivamente, las creencias deben ser entendidas como verdaderos determinantes del comportamiento. La movilidad social, la migración del campo a la ciudad, los roles cambiantes y el impacto de los Medios de Comunicación Social, son entre otros elementos determinantes del comportamiento. (IBID)

En muchos de los países latinoamericanos, se encuentran un alto porcentaje de la población joven, que tienen relaciones sexuales a una edad cada vez más temprano. Los tabúes, las barreras culturales de género, y las vías de comunicación utilizadas no dejan a los adolescentes adquirir la información adecuada sobre su sexualidad y salud reproductiva. Muy poco de ellos practican un sexo seguro, lo cual resulta en embarazos precoces o no deseados, un aborto o infecciones por transmisión sexual. (Informed, 2006)

## **C. Pareja y sexualidad**

### **1. Aspectos más relevantes en las relaciones entre la pareja.**

La formación y desarrollo de la pareja es un fenómeno común en la etapa adulta. Los individuos consiguen parte de su identidad personal en la convivencia relativamente estable con otra persona. La atracción inicial se funda en cualidades bastantes superficiales como el atractivo físico, el carácter gregario, el porte y el hecho de compartir intereses. La relación es reforzada por las reacciones de otros, por el hecho de ser considerados una pareja, por sentirse comfortable con la presencia del otro y por factores similares. El establecimiento de la intimidad requiere de varios componentes: elección, madurez, reciprocidad y placer. La comunicación verbal abierta permite las confidencias recíprocas, la aceptación de las limitaciones del otro, lo que da por resultado la confianza. (Informed, 2006)

## **D. La influencia de los medios de comunicación social en la conducta sexual de los (as) adolescentes.**

Los medios de comunicación social establecen la aproximación actual y de ideas entre los hombres. La comunicación implica reciprocidad. (Informed, 2006)

En el mundo actual, el sistema comunicativo se ha hecho [unidireccional, es decir, autoritaria].

La mayoría de los (as) jóvenes disponen hoy de mucho más tiempo y dinero. Sus obligaciones familiares son mínimas, es poco el tiempo dedicado al quehacer escolar, se dedica menos tiempo a la lectura ilustrativa o al esparcimiento sano. El número de horas que el (la) joven está expuesto a los medios de comunicación, radio, televisión, INTERNET, etc., es tan alto, que es una presa fácil para internalizar todo lo que oye y ve como modelos de conducta a seguir.

### **1. Consumismo y medios de comunicación.**

Los (as) adolescentes, igual que los adultos, son afectados por los valores y antivalores, los conceptos, los modelos y las imágenes que ellos transmiten y comunican continuamente. Los medios, señalan qué comer, qué beber, qué vestir, cómo conquistar, qué se espera del hombre y de la mujer en cada ocasión. El sexo es una de las artimañas más explotadas por la publicidad... (Informed, 2006)

## **2. La mujer como objeto de consumo.**

El modelo de mujer que se presenta a través de los medios, es la mujer objeto. La mujer se ofrece como un objeto de consumo para el hombre, es una relación en la que el diálogo es sustituido por el sexo y hacer el amor es sustituido por hacer el sexo. Muchas de las jóvenes crecen con esa configuración mental, y se entrelazan en relaciones superficiales. Las relaciones de pareja se transforman en relaciones de desecho. La pareja y el matrimonio no existen, son relaciones superficiales y pasajeras. (Informed, 2006)

Los medios de comunicación social, transmiten y generan actitudes y valores. Antes, el sexo era un tabú, era malo y pecaminoso. Hoy, los medios lo presentan como algo bueno y recomendable, algo que hay que hacer porque está de moda. Todo está permitido en materia de sexo, menos la conducta sexual responsable, la paternidad y [maternidad] responsable y las formas de prevenir las [Infecciones] de Transmisión Sexual. (IBID)

## **3. Inicio de vida sexual.**

Los patrones de inicio de actividad sexual en los (as) adolescentes crecen considerablemente en la región. Según datos realizados por el Instituto Allan Guttmacher (1998) entre al 46 y 63% de las mujeres



latinoamericanas y caribeñas ha tenido una vida sexual antes de los 20 años de edad, incluida las que ocurren dentro del matrimonio. (OPS/OMS .2006)

### **E. Conferencias de salud sexual y reproductiva.**

Durante los años 90 del siglo XX, el aborto inseguro fue objeto de grandes debates en Naciones Unidas. A pesar de las tensiones y de las presiones conservadoras, el resultado final fue positivo, con un creciente reconocimiento de la despenalización del aborto como una cuestión legítima de derechos humanos:

- En 1994, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo, por primera vez en un documento intergubernamental al aborto inseguro se lo reconoce como un problema de salud pública (párrafo 825) haciendo cuatro afirmaciones sobre este tema:

- No debe promoverse el aborto como un método de planificación familiar.
- Debería reducirse la incidencia del aborto mediante el acceso a la planificación familiar.
- Donde es legal, el aborto debería ser seguro.
- Donde es ilegal, deberían tratarse las consecuencias de los abortos ilegales/inseguros.

- En 1995, el documento firmado en la Conferencia Mundial de la

Mujer en Beijing, reafirmó el contenido del artículo 825 de El Cairo, agregando la recomendación de que los países revisasen las leyes que penalizan a las mujeres cuando se someten a abortos ilegales (párrafo 106K).

- En 1999 en la revisión de Cairo+5, el texto aprobado recomienda el entrenamiento de profesionales para atender a las mujeres en los casos en que el aborto sea legal, pese a que aún no se pudo incluir en el documento final la recomendación sobre la revisión de las leyes punitivas.

- En el 2000, el documento final de Beijing +5 incorpora integralmente, el texto del párrafo 106 K de la Plataforma de Acción de Beijing, mencionando la necesidad de revisar las leyes que penalizan la práctica del aborto inseguro y recomienda, también, que los gobiernos implementen la indicación acordada en Cairo+5, acerca de que los profesionales sean entrenados y los servicios, equipados debidamente.

- En noviembre del 2000, el Comité Internacional de Derechos Humanos, en oportunidad del análisis de los informes presentados por Argentina y Perú, recomienda a estos Estados que se dicten leyes que permitan el aborto en casos de violación. El marco que nos brindan los acuerdos internacionales es favorable pero insuficiente para cambiar la realidad de nuestra región. La política, Gag Rule (que es la interposición de la agenda antiaborto doméstica en la política exterior de Estados Unidos),

impide a todas las organizaciones que reciben fondos de los Estados Unidos destinados a la planificación familiar, utilizar sus propios fondos (que no provienen de Estados Unidos) en los siguientes casos:

- La provisión de servicios de aborto.
- La consejería sobre aborto.
- La remisión de pacientes para aborto.
- El lobby a los gobiernos orientado a la legalización o despenalización del aborto.

Esta regla prohíbe entregar dinero proveniente de los Estados Unidos a organizaciones que trabajan por la legalización o despenalización del aborto, no prohíbe la transferencia de recursos hacia aquellas que luchan en contra del aborto, los grupos fundamentalistas Pro-Vida, haciendo que se fortalezcan todas aquellas actividades que están en contra del derecho a decidir de las mujeres con respecto a su sexualidad, imponiendo una concepción antidemocrática y moralista.

Cada año, los Estados Unidos de América, entrega 425 millones de dólares para programas de planificación familiar en 52 países, en los cuales, 29 es legal el aborto o es posible en ciertas circunstancias; todo esto corresponde a más del 40% del total de la ayuda de los países ricos a la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La aplicación

de las políticas de ajuste estructural, como condición necesaria para la adaptación del modelo económico neoliberal, implica una reducción de las condiciones y calidad de vida de las grandes mayorías, en la región y en el mundo. El 86% de la riqueza está concentrado en el 14% de la población, o sea que el 86% de la población sólo tiene el 14% de la riqueza, y si a estas cifras le aplicamos una mirada de género, los porcentajes serían aun mucho más escandalosos. Es notorio que mientras avanzamos en conquistar leyes en favor de las mujeres, se desmontan progresivamente, los sistemas de protección, especialmente, aquellos vinculados a los derechos económicos, sociales y culturales, lo que hay que señalar la flexibilización laboral, la privatización de la sociedad y la deserción de los estados en lo referente a asegurar justicia y bien común. (Alanís, 2001)

## **F. Derechos de salud sexual y reproductiva**

La definición de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, complementada con el programa de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo (5) establece: “la salud reproductiva es un estado de bienestar físico, mental, y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todo los aspectos relacionados con el sistema reproductor y en sus funciones y procesos. De esta definición se

deriva: ... “en consecuencia salud reproductiva entraña que la población sea capaz de tener una vida sexual satisfactoria y saludable, que esta población sea capaz de reproducirse y la libertad de hacerlo o no, cuando hacerlo y con qué frecuencia.” (CIPD, 1994)

El terreno de los derechos sexuales y reproductivos puede ser definido teniendo en cuenta dos elementos claves: poder y recurso. *Poder* para tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, crianza de los hijos, salud ginecológica. *Recursos* para llevar adelante estas decisiones en condiciones seguras y efectivas. Se refiere a poseer y ejercer el derecho de abortos seguros, métodos anticonceptivos seguros y eficaces, embarazo y partos seguros, prevención y tratamiento de ITS Y SIDA, de infertilidad y de cáncer genito-mamario, servicios de salud integrales y de calidad, libertad de elecciones o decisiones sexuales y reproductivas libres de coacción y violencia. (Durand y Gutiérrez, 1999).

Ante los compromisos y acuerdos internacionales asumidos por el Gobierno de Panamá, surgen los derechos sexuales y reproductivos con el fin de asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, esperando que sean reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todos, con todos sus medios. (MINSAL, 2003)

### **Los derechos sexuales y reproductivos son:**

- DERECHO A LA VIDA. Ninguna vida debe ponerse en riesgo o peligro por razón de embarazo, parto o género.
- DERECHO A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD DE LA PERSONA. Incluye la libertad de controlar nuestra propia vida sexual y reproductiva.
- DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN. Todas las personas nacen libres e iguales. Nadie debe ser discriminado por sus razas, condición étnica, color, pobreza, sexo u orientación sexual, situación marital, posición familiar, incapacidad física o mental, edad, lengua, religión, opinión política o de otra clase, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otra circunstancia.
- DERECHO A LA INTIMIDAD. Derecho a tomar las decisiones sobre la propia vida sexual y reproductiva y a que se respeten esas decisiones.
- DERECHO A LA LIBERTAD DE PENSAMIENTO. Libertad en lo que se refiere a su vida sexual y reproductiva, así como el derecho a buscar, recibir y

difundir información e ideas al respecto, a través de cualquier medio de comunicación.

- DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA EDUCACIÓN. De salud y derechos sexuales y reproductivos.
- DERECHO A OPTAR POR CONTRAER MATRIMONIO O NO Y A FORMAR Y PLANEAR UNA FAMILIA. Se refiere a decidir libremente si quiere o no casarse.
- DERECHOS A DECIDIR TENER HIJOS O NO TENERLOS, O CUÁNDO TENERLO. Se refiere a la decisión libre y responsable del número y espaciamiento de sus hijos y la obtención de los medios para ejercer este derecho.
- DERECHO A LA ATENCIÓN Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. Acceso a los mejores niveles posibles de salud mental y física.
- DERECHO A LOS BENEFICIOS DEL PROGRESO CIENTÍFICO. Gozar de ellos.
- DERECHO A LA LIBERTAD DE REUNIÓN Y A LA PARTICIPACIÓN POLÍTICA. Incluye el derecho de

formar y unirse en organizaciones no gubernamentales (ONGs) para impulsar la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

- **DERECHO A NO SER SOMETIDO A TORTURAS Y MALTRATO.** Todos los hombres, mujeres y niños (as) tienen derecho a no ser sometidos a tortura, ni a trato cruel, inhumano o degradante, así como a no ser sujetos a tratamientos médicos o científicos sin su consentimiento, otorgado de manera libre e informada.

### **G. El comienzo del embarazo y de un nuevo individuo.**

El interrogante frecuentemente planteado en los debates públicos es “¿cuándo comienza la vida humana?”. Así planteada, la pregunta es errónea, porque la vida es un continuum a través de las generaciones. Todos los componentes presentes en el proceso reproductivo, en todas sus etapas, desde los gametos en adelante, son humanos y están vivos. El embrión humano comienza cuando el núcleo del espermatozoide entra en el óvulo... es un nuevo ser, desde el primer momento de la concepción, distinto de la madre y del padre. (El Aborto Provocado. [Anónima], 2006). Resulta más pertinente



definir cuándo comienza el embarazo y un nuevo individuo dentro del proceso reproductivo. (Faúndes y Barzelatto, 2005)

En estas circunstancias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (Schenker y Cain, 1999. Apud Faúndes y Barzelatto, 2005) han definido que el embarazo es una situación que ocurre a la mujer, y el cuerpo que parece ignorar la presencia del pre-embrión antes de esa implantación. Además, las fases anteriores del proceso reproductivo a menudo no resultan en un embarazo. Por otra parte, la fecundación en una cubeta de laboratorio, seguidas por las primeras etapas del desarrollo del pre-embrión, es hoy un suceso frecuente en los servicios de reproducción asistida, y nadie acepta que este proceso in vitro corresponda a un embarazo. En otras palabras, la conformidad con la OMS y la FIGO, definimos el embarazo como ...“la etapa del proceso reproductivo durante la cual el cuerpo de la madre y el nuevo individuo en desarrollo se interrelacionan, es decir, la fase iniciada con la implantación y terminada cuando se producen un aborto o un nacimiento”. (Faúndes y Barzelatto, 2005)

## **H. ¿Por qué las mujeres se embarazan cuando no lo desean?**

La razón más comúnmente aducida para explicar por qué las mujeres tienen embarazos imprevistos y no deseados, es que carecen de información sobre los métodos anticonceptivos o no tienen acceso a ellos.

Esto es cierto, sin duda, en el caso de muchas mujeres casadas que ya tienen los hijos que querían y le faltan los conocimientos o los medios suficientes para utilizar un anticonceptivo; Sin embargo, eso no es la única razón, otra causa de embarazo no deseado es el hecho de que la mayoría de las mujeres son incapaces de controlar el momento y las condiciones de una relación sexual, aun cuando sean educadas y gocen de independencia económica. (Faúndes y Barzelatto, 2005). A veces, las mujeres se embarazan por que quieren tener un hijo, pero la situación cambia cuando su grupo social conoce esa situación y la rechaza. Es posible que su pareja amenace con abandonarla o se limite a desaparecer; su empleador puede forzarlas a decidir entre conservar su trabajo o tener al niño; su escuela quizá no acepte a una alumna embarazada, o su familia no le brinde el apoyo esperado. (IBID).

### **1. Falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos**

Según las encuestas de demografía y salud (EDS), organizados por Macro Internacional, en colaboración con muchos países del mundo, en el

período 1984-2004, en casi todas partes del mundo, una elevada proporción de las mujeres afirmaron conocer al menos un método anticonceptivo moderno y de alta eficacia. La definición de moderno, incluye toda la gama de métodos hormonales, dispositivos intrauterinos, métodos de barrera como el diagrama, preservativos masculinos o femeninos y esterilización quirúrgica femenina o masculina. Estudios también muestran la existencia de diferencias significativas dentro de cada país, según el lugar de residencia (urbana o rural) y el status socioeconómico. La cantidad de años de escolaridad es principal factor que divide las poblaciones en materia de conocimiento anticonceptivo. Pocos estudios han explorado la calidad del conocimiento de los métodos anticonceptivos, pero esos pocos, muestran que puede ser muy pobre. (Faúndes y Barzelatto, 2005).

La deficiente calidad del conocimiento contraceptivo puede afectar al menos en dos aspectos la aptitud de las mujeres para protegerse contra embarazos imprevistos. Quizás, no usen el método por atribuirle de manera incorrecta un efecto negativo inexistentes, (por ejemplo el DIU causa cáncer, la píldora provoca infertilidad). O tal vez no lo utilicen como corresponde y se expongan así al riesgo de embarazo aún cuando crean están protegidas. La información distorsionada y alarmante que difunden los medios sobre algunos métodos también puede tener un impacto dramático en la cantidad de aborto,

al menos en ciertos países desarrollados. Un buen ejemplo es la repercusión generada por la noticia de un mayor riesgo de episodios vasculares adversos con el uso de píldoras llamadas de tercera generación. Una evolución hecha en Noruega mostró una drástica disminución de su uso, que tuvo una compensación inmediata en el aumento proporcional de otros métodos anticonceptivos.

## **2. Falta de acceso a los métodos anticonceptivos**

El indicador utilizado con mayor frecuencia para medir el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos es la prevalencia del uso, vale decir, el porcentaje de las mujeres en edad fértil que emplean la anticoncepción. El inconveniente de este indicador es que la prevalencia del uso no depende, sólo del acceso sino también de la demanda de regulación de la fertilidad. En las sociedades donde la fertilidad es alta, la prevalencia del uso puede ser muy baja a pesar de la existencia de un buen acceso, si el deseo predominante en las mujeres es tener tantos hijos como sea posible. Por ese motivo, es mucho más pertinente evaluar el acceso a los métodos anticonceptivos por medio de lo que se ha dado en llamar necesidad insatisfecha de anticoncepción. La necesidad insatisfecha se define como la proporción de las mujeres que no quieren quedar embarazadas en un

momento preciso o nunca más y que, sin embargo, no utilizan ningún método anticonceptivo. Cuando se examina la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en los países menos desarrollados, parecería destacarse la existencia de tres fases. En la primera fase, el deseo de la regulación de fertilidad es bajo y el uso de la anticoncepción; por tanto, también es muy escaso, lo que le resulta en una necesidad insatisfecha mínima. En una segunda fase, un porcentaje más elevado de las mujeres quieren controlar su fertilidad y el acceso a los métodos anticonceptivos muestra una amplia variedad. En esta fase se encuentra la proporción más alta de las mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Por último, en la tercera fase la mayor parte de las mujeres desean controlar su fertilidad, y el acceso a los métodos anticonceptivos modernos alcanzan los niveles más altos. En esta fase característica de los países más desarrollados, la proporción de las mujeres con una necesidad insatisfecha es baja. La tercera fase está representada por los países desarrollados y algunos en desarrollo, donde la alta demanda está compensada por un mejor acceso a la anticoncepción y, por consiguiente, la necesidad insatisfecha es baja. Los países con una prevalencia de anticonceptivos (modernos) superior al 50% tienen una necesidad insatisfecha uniformemente por debajo del 10%. La elevada necesidad insatisfecha de anticonceptivos en los países de la segunda fase puede ser uno

de los principales factores determinantes del aborto inseguro. La primera impresión es que la necesidad insatisfecha es equivalente a la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos. Una observación más detallada revela que otras razones contribuyen a la existencia de esa necesidad, y entre ellas se cuentan, desde la falta de conocimiento o de recursos para obtener anticonceptivos, hasta la falta de colaboración o la oposición de la pareja y las presiones familiares y culturales. Estos factores intervendrán en diferentes proporciones, en diferentes medios.

### **3. Falla de los métodos anticonceptivos**

El uso de anticonceptivos no es una garantía absoluta de que la mujer no quedará embarazada. De hecho, algunos estudios encontraron que más de la mitad de los abortos se produjeron en mujeres, que se embarazaron a pesar de utilizar un método anticonceptivo. (Álvarez, 1999; Sparrow, 1999 Apud Faúndes y Barzelatto). Los métodos fallan por que no son infalibles o porque la mujer o su compañero no los usan como es debido. Los métodos tradicionales como abstinencia y el coitus interruptus, tienen un elevado índice de fracasos, que se debe en parte a su ineficacia intrínseca, pero sobre todo el uso inapropiado. (Indian Council of Medical Research ,1996; WHO, 1981).

#### **4. Falta de control en sus relaciones sexuales**

Muchas mujeres tienen información y acceso a los métodos anticonceptivos, pero carecen de control sobre su uso. Además también es posible que no los utilicen por que no tienen relaciones sexuales, pero se vean de improvistas forzadas a tenerlas sin los medios ni el tiempo para protegerse. Lejos de ser un episodio poco común, el sexo contra la voluntad de una mujer es un suceso bastante corriente. El primero probable consiste en definir qué es el sexo impuesto. Según su definición, puede ir desde la agresión física con el uso de armas, hasta la imposición cultural de la aceptación de los derechos del varón sobre el cuerpo de mujer. (Faúndes y Barzelatto, 2005)

De acuerdo a las naciones unidas, la definición de la violencia basada en el género incluye las amenazas y la coerción (Naciones Unidas, 1993), pero muchos estudios sólo consideran la imposición física directa. No obstante, formas más sutiles de imposición que no suelen considerarse, como el hecho de que la mujer se sienta obligada a aceptar el derecho del hombre al sexo por los favores recibidos o que han establecido una relación comparativamente estable a través del matrimonio o una unión mucho más informal. La diferencia en la prevalencia de la violencia sexual parece estar relacionados tanto con diferencias sociales entre poblaciones como con los

distintos métodos utilizados para obtener información, y con las distintas definiciones de violencia sexual. (Faúndes y Barzelatto, 2005)

De manera más habitual, las mujeres están sometidas a un condicionamiento cultural que las llevan a aceptar que la satisfacción de los deseos sexuales de un novio, de un compañero, de un esposo es una obligación que deben cumplir, al margen de sus propios deseos y sin tener en cuenta el riesgo de un embarazo no deseado (Maforah; 1997, Zheng; 2001 Apud IBID). Pese, a su prevalencia, la violación no es un determinante muy frecuente de los embarazos no deseados. La imposición cultural más sutil del sexo no deseado o de una relación deseada por una mujer, pero impuesta sin la protección que ella preferiría, tiene un papel mucho más relevante.

Las mujeres pueden contar con información y acceso a un diafragma o un preservativo o tener la intención de recurrir a la abstinencia periódica, pero no sienten con poder suficiente para negar al sexo cuando carecen de esa protección. La mayor parte de los estudios también demuestran que los varones, tanto adolescentes como adultos, creen que la protección contra el embarazo es responsabilidad exclusiva de la mujer (Pachauri, 2001 Apud Faúndes y Barzelatto, 2005).

Mientras se les niegue la facultad de controlar el momento y las condiciones en que tendrán un encuentro sexual, las mujeres correrán el



riesgo de embarazo no deseado. Así, el patrón predominante de desequilibrio de poder entre los géneros, que es más pronunciado en los países menos desarrollados, es otro factor que mantiene la alta incidencia del aborto inducido, con prescindencia del conocimiento de las mujeres y su acceso a métodos anticonceptivos.(Faúndes y Barzelatto, 2005)

# **CAPÍTULO IV**

## **EL ABORTO Y SUS IMPLICACIONES**

## **A. Antecedentes**

La sexualidad, especialmente en el tema del aborto, fue crucial en la década del 70 como visibilización de la problemática femenina, donde el derecho del cuerpo, pone en juego las percepciones de la diferencia y la igualdad. En los años 80/90 surgen los derechos sexuales y reproductivos en una doble dimensión: como caracterización teórica de las necesidades de las mujeres, y como articulados de las demandas. (Durand y Gutiérrez, 1999)

Los grupos de autoconciencia, la importancia de descubrir y valorar el cuerpo pondrán una vez más en el centro de la escena la problemática del aborto pero, ahora sí, en un lento y gradual pasaje hacia lo que se denominará (sobre todo en las conferencias internacionales) derecho reproductivos.

En las décadas de los 60/70, se dieron las luchas por el aborto legal y la libertad de elegir. El aborto es la piedra angular del movimiento de liberación femenina. La mujer tiene derecho a ser más que una madre, a ser una persona con derecho propio, a rechazar el sacrificio de llevar adelante un embarazo no buscado." El derecho al aborto era integral al modo en que las mujeres jóvenes abrazaban las alternativas a la maternidad, desafiaban a la discriminación en la política y en los puestos de trabajo, rechazaban los límites a lo doméstico, al matrimonio y a la feminidad, exploraban la sexualidad, posponían los hijos, desarrollaban vidas independientes".

El movimiento por la legalización del aborto estuvo asociado de manera permanente a la lucha por la legalización de la anticoncepción, y que era uno de los métodos más usados para regular la fecundidad. El control de la fecundidad era considerado por las pioneras feministas un bien moral la libertad y la responsabilidad de elegir del que las mujeres no pueden ser privadas y al que deberían tener acceso sin poner su vida y su salud en peligro.

Las feministas de los movimientos de mujeres libraron una dura lucha en los países centrales para lograr el derecho al aborto. En el caso de Estados Unidos la denuncia a la penalización del aborto fue uno de los aspectos abordados por las mujeres en la década del 60. Un conjunto importante de la sociedad comenzó a investigar y a denunciar las complicaciones y muerte que se registraban por abortos hechos en condiciones de inseguridad.

La demanda por aborto legal y seguro aparecería para los grupos feministas de la segunda ola como un principio de libertad individual, argumentando que las mujeres tienen derecho a la autonomía sobre su propio cuerpo y más aún que el control y la decisión sobre la reproducción era necesario para las mujeres en el desenvolvimiento en el proceso de autodeterminación. En ese sentido la reacción antiabortista de la mano ofensiva de la Nueva Derecha se centró en tratar de desarticular, a partir de la

formulación del derecho a la vida, el desarrollo de la autonomía social y sexual de las mujeres.

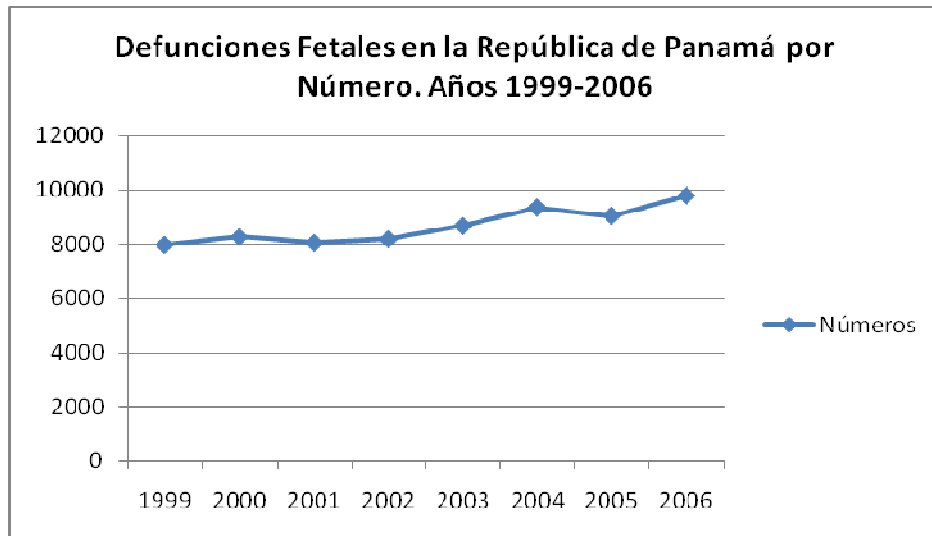
Para los 80/90, a través del concepto de derechos reproductivos, se presenta la idea y la formalización de la apropiación del cuerpo por parte de las mujeres, con el objetivo de demandar no solo el acceso a la libertad de exigir sobre la fecundidad, sino también los medios que posibiliten su cumplimiento, es decir, anticonceptivos para no abortar.

### **B. El Problema del Aborto y su Incidencia en Panamá.**

Los datos divulgados por la Organización Panamericana de Salud indican, que el aborto es la principal causa de muerte materna en países como Argentina, Chile, Guatemala, Panamá y Paraguay. (OPS, 2004)

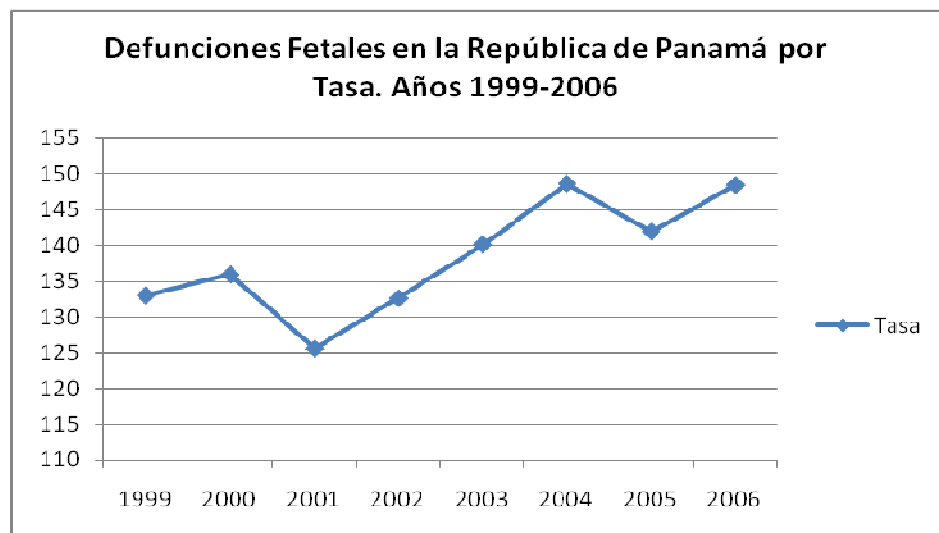
El aborto se constituye un problema de grandes dimensiones médicas, legales, [psicológicas, culturales, éticas, políticas], sociales y morales. No sólo es un acto de decisión personal, una vida humana está implicada y hoy con el desarrollo y avances de las sociedades se está logrando establecer el respeto al derecho a la vida. (APLAFA, 1995)

**Gráfica 1**



**Fuente:** Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales Volumen II. Años 2003 y 2006.

**Gráfica 2**



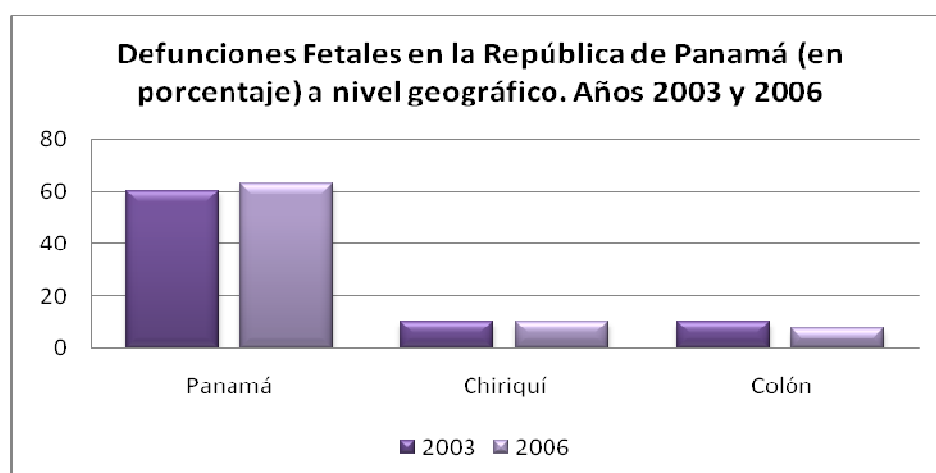
**Fuente:** Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales Volumen II. Años 2003 y 2006.

Según los datos estadísticos de la Contraloría General de la República, en el 2003 se registraron 8,651 defunciones fetales en la República de Panamá, lo que significa una tasa de 140.1 por cada 1000 nacimientos vivos que superan los 132.4 del 2002.

Las muertes fetales ocurridas en fetos menores de 5 meses o 20 semanas de gestación, se consideran como abortos inducidos o espontáneos, los cuales representan el 91.6% del total. Sin embargo, para el 2006, los abortos inducidos o espontáneos representaron el 92.7% del total del país (9,048 defunciones fetales) y solamente el 7.3% (712) fueron de 5 meses y más meses de gestación. (Contraloría General de la República, 2003)

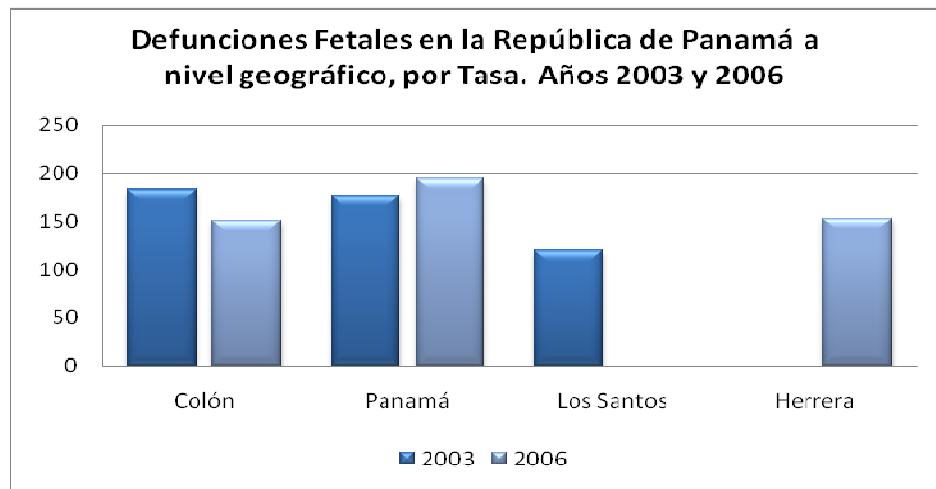
Es importante destacar, que de 2003 al 2006 hubo un aumento considerable de un 11.3% en la cifra de abortos registrados a nivel nacional.

**Gráfica 3**



**Fuente:** Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales Volumen II. Años 2003 y 2006.

**Gráfica 4**

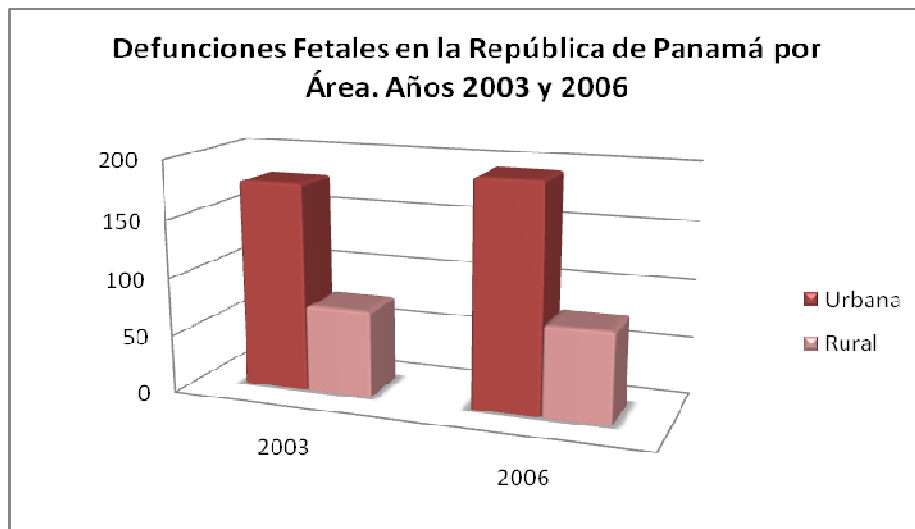


**Fuente:** Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales Volumen II. Años 2003 y 2006.

En cuanto a los porcentajes de las defunciones fetales a nivel geográfico en el 2003, la provincia de Panamá presentó el 60.4% del total del país, seguido de Chiriquí 10.3% y Colón 10.2%; referente a la mortalidad fetal del 2003, la provincia de Colón, Panamá y Los Santos, reflejan las tasas más altas con 183.5%, 176.4%, 119.7% respectivamente, por 1000 nacimientos vivos. En cambio, para el 2006 (en porcentaje) con relación a las defunciones fetales a nivel geográfico, la provincia de Panamá presentó el 63.0% del total de país, seguido de Chiriquí 10.3% y Colón 7.5%; en cuanto a la mortalidad fetal, la provincia de Panamá, Herrera y Colón muestran las tasa más altas con 193.7%, 153.5% y 150.4% respectivamente, por 1000 nacimientos vivos.



**Gráfica 5**



**Fuente:** Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales Volumen II. Años 2003 y 2006.

Con relación al análisis por área, se observó que la urbana presentó 179.2 para el 2003, y 193.7 para el 2006 por cada 1000 nacimientos vivos, mientras que en el área rural fue de 75.0 en el 2003, y 77.7 en el 2006 por cada 1000. Es importante mencionar, que la mayoría de las muertes fetales o abortos ocurren en casa, sin embargo, las mujeres acuden a buscar asistencia en instituciones hospitalarias. (IBID)

**Cuadro 1. Defunciones fetales en la República de Panamá por el estado conyugal de la mujer, según el período de gestación. Año 2003**

Período de gestación	Defunciones fetales				
	TOTAL	Estado conyugal de la mujer			
		Soltera	Unida	Casada	Separada/ Viuda
Total	8,651	2,732	4,626	1,285	8
Menos de 5 meses	7,924	2,568	4,184	1,167	5
5 meses y más	727	164	442	118	3

**Fuente:** Contraloría General de la República. Año 2003

En otro aspecto, al evaluar el estado conyugal de la mujer, 4,626 o sea el 53.4% de muertes fetales ocurrió en las mujeres unidas; 2,732 (un 31.6%) en solteras; 1,285 (un 14.9%) en casadas; y entre separadas y viudas 8 (0.1%). Esto indica que el porcentaje de las unidas y solteras son el 85.0%, haciendo un total de 7,358 muertes fetales.

**Cuadro 2. Defunciones fetales en la República de Panamá por el estado conyugal de la mujer, según el período de gestación. Año 2006**

Período de gestación	Defunciones fetales				
	TOTAL	Estado conyugal de la mujer			
		Soltera	Unida	Casada	Separada/ Viuda
Total	9,760	2,271	6,206	1,273	10
Menos de 5 meses	9,048	2,138	5,722	1,180	8
5 meses y más	712	133	484	93	2

**Fuente:** Contraloría General de la República. Año 2006

Para el 2006, una vez más se demuestra que las mujeres unidas y solteras, son las más expuestas al riesgo de un aborto con un 63.5% y 23.2% respectivamente. De otra forma, vale decir, que son las mujeres con pareja (unidas y casadas con un 76.54%) las que generalmente abortan (ya sea de manera intencional o espontánea).

**Cuadro 3. Defunciones fetales en la República de Panamá, por edad de la mujer, según el período de gestación. Año 2003**

Período de gestación	Defunciones fetales								
	TOTAL	Edad (años) de la mujer							
		Menos de 15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
Total	8,651	52	1,378	2,300	1,911	1,539	933	329	36
Menos de 5 meses	7,924	50	1,267	2,105	1,791	1,383	850	295	35
5 meses y más	727	2	111	195	120	156	83	34	1

**Fuente:** Contraloría General de la República. Año 2003

En relación a las muertes fetales de la mujer, 4.38 de éstas tienen edad de 25 a 39 años, es decir, el 50.7% del total. Las adolescentes de menos de 20 años contribuyeron con 1,430, o sea el 16.5%. (Contraloría General de la República, 2003)

Es de suma importancia entender que un aborto en la adolescencia es de alto riesgo, por el hecho de la iniciación del desarrollo (físico, mental, emocional, etc.) en la mujer; al igual que las adolescentes, las mujeres de 35 a 49 años de edad (15%) también son de alto riesgo ante un aborto, debido a los cambios biológicos y probablemente psicológicos, producidos en ella (como por ejemplo, el no seguir reproduciendo, y el cambio de vida que comúnmente se le conoce como la menopausia). En tanto que las mujeres de

20 a 34 años de edad (66.5%) -a pesar que existe un riesgo producto de un aborto-, se encuentran en el período reproductivo de la mujer.

**Cuadro 4. Defunciones fetales en la República de Panamá, por edad de la mujer, según el período de gestación. Año 2006**

Período de Gestación	Defunciones Fetales								
	TOTAL	Edad (Años) de la Mujer <sup>(1)</sup>							
		Menos de 15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
Total	9,760	64	1,467	2,644	2,239	1,673	1,097	389	49
Menos de 5 meses	9,048	56	1,335	2,462	2,098	1,550	1,018	361	44
5 meses y más	712	8	132	182	141	123	79	28	5

**Nota:** (1) Entre las mujeres de 50 años y más y de las no especificadas, se registraron 4 y 134 abortos respectivamente, haciendo un total de 138 abortos.

**Fuente:** Contraloría General de la República. Año 2006

Para el 2006, en relación a las muertes fetales de la mujer, el 51.3% del total se coloca entre las edades de 25 a 39. Las adolescentes de menos de 20 años contribuyeron con 1,531, o sea el 15.6%.

Respecto a las muertes fetales de menos de 20 semanas de gestación cuya cifra es de 7,924, en el 2003 y 9,064 en el 2006, la causa principal es “Feto afectado por complicaciones maternas del embarazo”, que representa el

91.6% en el 2003 y un 92.8% en el 2006. La de 5 meses y más de gestación fueron 727 y 712 defunciones fetales que representan el 8.4% y 7.2% para el 2003 y el 2006 respectivamente; las causas principales de muertes fetales en este período son: “Feto afectado por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas” e “Hipoxia intrauterina”.

La incidencia del aborto es obstaculizado por su carácter clandestino. Ya que pocas mujeres que recurren al aborto en estas condiciones están dispuestas a admitirlo, y no existen sistemas de control directo para recopilar este tipo de datos.

**1. Regulación del aborto:** en la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de la natalidad. Después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. Durante el siglo XX la legislación ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. (De León, 1999)

Los abortos por voluntad expresa de la madre, fueron legalizados primero en Rusia posrevolucionaria de 1920 posteriormente en Japón, algunos países de Europa del Este. (IBID)

En 1960 a finales, la despenalización del aborto se extendió a muchos países, las razones fueron tres:

1. El infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales.
2. La sobrepoblación mundial,
3. El auge del movimiento feminista.

**2. El aborto en adolescentes:** el aborto inducido y en condiciones inseguras en América Latina ocupa el cuarto lugar entre las formas de regular la fecundidad (Pasman y Cols., 1993. Apud OPS/OMS, 2006), siendo reconocido como un serio problema social y de salud pública por el elevado costo humano y social que representa. Esta región es una de las más afectadas por este problema, básicamente por el hecho de que el aborto es ilegal en la mayoría de sus países, lo que hace que las mujeres se sometan a esta práctica en condiciones insalubres, poniendo en riesgo sus vidas. Hay aproximadamente, 1 millón de abortos anuales entre mujeres menores de 20 años en la Región. (OPS/OMS, 2006)

### **C. El aborto y sus riesgos.**

Las complicaciones de los abortos inducidos se relacionan con la época del embarazo en que se producen los abortos. Una de cada 100 mujeres exhiben grandes complicaciones después del aborto (APLAFA, 1995).

Es muy obvio -y todo el mundo concuerda en ello- que el aborto [inducido] es consecuencia de un embarazo imprevisto o que luego se convierte en indeseado. (Barzelatto y Faúndes, 2005)

#### **1. ¿Por qué las mujeres abortan?**

Las mujeres interrumpen un embarazo para evitar la maternidad, porque ya tienen los hijos deseados; porque no quieren tenerlos o bien debido a la falla del método anticonceptivo. (Barzelatto y Faúndes, 2005)

También abortan en el caso de desear posponer la maternidad y retrasar así la llegada de su primer hijo. Las mujeres aducen también razones socioeconómicas, al considerar que no tienen la capacidad de sostener a su hijo o al argumentar que requieren trabajar tiempo completo para la manutención de los hijos que ya tienen. También recurren a esta práctica, cuando tienen problemas con sus parejas y no desean ser madres solteras o porque buscan estar casadas antes de la maternidad. Otras razones que



argumentan las mujeres para recurrir a la interrupción del embarazo es demasiada juventud para ser madres o bien porque no desean que sus padres sepan que están embarazadas. (IBID)

Pero las mujeres también abortan por motivos de salud, cuando están conscientes de que el embarazo puede afectar su estado físico por padecer enfermedades crónicas o incluso porque se saben portadoras del VIH/Sida. Además toman esta decisión por haber sido violadas por sus propios padres o algún pariente cercano. (Magally, 2001)

Sin embargo, ninguna mujer interrumpe su embarazo por gusto, ninguna mujer se embaraza deliberadamente para abortar después, ya que tal decisión implica generalmente, gran sufrimiento y dolor.

#### **D. Tipos de abortos**

**1. El aborto espontáneo:** es propiciado por una anomalía física u orgánica, esto ocurre de forma natural debido a problemas de salud. (Masters y otros, 1995)

**2. El aborto inducido o provocado:** es la expulsión del feto debido a un esfuerzo intencional para terminar con el embarazo. Este puede ser recomendado por el médico por razones de salud (se le conoce como *aborto terapéutico*). Pero la mayoría de los abortos provocados no son

abortos terapéuticos, sino por el deseo de la mujer de no continuar con el embarazo. Con la intención de provocarse un aborto se recurren a muchas técnicas: como son la inserción de objetos punzantes o la toma de sustancias específicas. (CIRH, 2006)

### **E. Consecuencias del aborto inseguro**

El costo humano está representado por las complicaciones físicas, que pueden resultar en la muerte de la mujer, y por las secuelas nada infrecuentes de ese tipo de intervenciones. El costo social puede ser la consecuencia de limitaciones físicas prolongada o de cadena legal y moral de la mujer que aborta. Por último el costo económico para los países en desarrollo donde prevalece el aborto inseguro está representado, principalmente, por el despilfarro de recursos sanitarios escasos, que deben destinarse a la atención de mujeres y complicaciones debidas al aborto y, por tanto, desviarse de las demás necesidades esenciales de salud de la población. (Barzelatto y Faúndes, 2005)

#### **1. La mortalidad materna.**

La consecuencia más dramática de los abortos inseguros es sin duda, que numerosas mujeres pagan con su propia vida su intento de

terminar un embarazo no deseado, debido a las condiciones de inseguridad en que se llevan a cabo esas intervenciones. “La mortalidad materna”, se define como la muerte de una mujer durante el período de un embarazo y hasta 42 días después del parto, a raíz de causas relacionadas con el estado de gravidez o agravada por la gestación. Se estima que en el mundo hay unas 585,000 muertes maternas anuales, y que el 13% de éstas son el resultado de abortos inseguros (WHO, 1997). Una estimación más reciente bajaría esta cifra a 529,000, pero los autores señalan que el margen de error es muy grande, por lo cual no puede asegurarse que ha habido una reducción en la mortalidad materna en los últimos años. (AbouZahr C. Y Wardlaw T., 2003. Apud Barzelatto y Faúndes, 2005)

## **2. Consecuencias físicas.**

El hecho de que el aborto provocado sea ilegal [en la mayoría de los países] lleva a que se lo practiquen en la clandestinidad, muchas veces por manos inexpertas y en circunstancias inadecuadas, lo que indiscutiblemente puede llevar a complicaciones dañinas e incluso fatales para las embarazadas (APLAFSA, 1995). Los abortos inseguros provocan con frecuencia otras complicaciones inmediatas o de largo plazo. Entre las complicaciones inmediatas se cuentan las hemorragias, las infecciones, las

lesiones traumáticas o químicas de los genitales y otros órganos y las reacciones tóxicas a productos ingeridos o aplicados en los genitales (Barzelatto y Faúndes, 2005). Otras complicaciones comunes son: perforación del útero, daño del cuello uterino y fiebre. Algunos de estos problemas pueden provocar esterilidad permanente. (APLAFA, 1995)

### **3. Consecuencias psicológicas.**

Para la mayoría de las mujeres, los beneficios emocionales del aborto son mayores que los riesgos psicológicos que comporta. Excepto en los casos de estudio, que habitualmente se realizan con abortos conflictivos, en ninguna de las veintenas de investigaciones llevadas a cabo entre mujeres que recurren al aborto, se destacó un alto grado de turbación psicológica (Holden, 1989. Apud Faúndes y Barzelatto, 2005). En realidad los problemas psicológicos graves resultantes de un aborto son mucho menos comunes que la depresión post-parto. No es sorprendente que muchas mujeres informen de una considerable sensación de alivio después de un aborto. Con todo, sentimientos pasajeros de culpa, tristeza y pérdida son comunes en las mujeres que han sufrido un aborto; el asesoramiento antes y después de la operación suele ser eficaz para ayudarles a superar esas reacciones (Masters y otros, 1995). The American Psychological Association

(La Asociación Psicológica Americana) concluyó que en Estados Unidos ...“el peso de las pruebas de estudios científicos realizados a mujeres estadounidenses que habían abortado indica que el aborto legal -[que se legalizó en los Estados Unidos el 22 de enero de 1973]- durante el primer trimestre de un embarazo no deseado constituye una amenaza psicológica para la mayoría de las mujeres” y que “las reacciones graves al aborto son raras”. (Adler y otros, 1990. Apud Masters y otros, 1995)

En décadas recientes se han publicado varias revisiones de la literatura sobre las consecuencias psicológicas del aborto inducido. Aunque sus hallazgos muestren algunas variaciones, todas las publicaciones coinciden en que las secuelas psicológicas adversas sólo se producen en un pequeño porcentaje de las mujeres. En cambio la frecuencia y gravedad de esas consecuencias son mucho más grandes entre las mujeres a quienes se niega un aborto y los niños nacidos como resultado de esa imposibilidad de abortar, también se ven afectados (David, 1978; Handy, 1982; Romans-Clarkson, 1989; Dagg, 1991. Apud Barzelatto y Faúndes, 2005).

Una investigación específicamente diseñada para evaluar esta cuestión utilizando varias escalas psicológicas, encontró que el impacto psicológico del aborto inducido no era deficiente en jóvenes de apenas 14 años y en mujeres mayores. (Pope, 2001. Apud IBID)

La principal conclusión, determina que la interrupción del embarazo no tiene consecuencias psicológicas negativas, para las mujeres que toman la decisión por cuenta propia, y sin presiones externas. Tal fue la conclusión unánime, de un panel de expertos convocados por la American Psychological Association para discutir el tema del aborto legal en Estados Unidos.

#### **4. Consecuencias sociales.**

Las adolescentes que no son madres y han abortado embarazos no deseados tienden a proseguir sus estudios mientras que quienes optan por tener un hijo suelen verse en la necesidad de interrumpir su educación. Sin embargo, en situaciones de pobreza y falta de expectativas, el hecho de tener un bebé puede producir un efecto positivo sobre la autoestima.

#### **5. Consecuencias económicas.**

Los abortos seguros, inducidos en instalaciones adecuadas cuestan menos que un parto normal, mientras que la atención de una mujer con complicaciones debidas a un aborto inseguro puede significar una gravosa carga económica sobre el sistema de salud. Las complicaciones por abortos inseguros consumen una gran proporción de los recursos del sistema sanitario: camas de hospital, tiempo de uso de los quirófanos, equipamiento

médico, antibióticos, fluidos intravenosos, sangre y productos sanguíneos, elementos desechables y recursos humanos especializados. (Fortny, 1981; Bugalho, 1995. Apud Barzelatto y Faúndes, 2005)

Por otra parte, la cantidad de pacientes con complicaciones debidas al aborto, calculada como el porcentaje del número total de pacientes dados de alta en los hospitales, es un mal indicador del verdadero efecto del aborto sobre los recursos del sector salud. Esto se debe a que cada aborto complicado consume más tiempo del personal, exige una internación más prolongada y utiliza más recursos quirúrgicos, médicos y de laboratorios que los dedicados a cualquier otra paciente obstétrica o el cliente promedio de los hospitales. (Bugalho, 1995. Apud IBID)

#### **F. Factores que influyen en la gravedad de las consecuencias del aborto.**

Aunque las condiciones técnicas e higiénicas en que se lleva a cabo un aborto son los factores determinantes más importantes de la gravedad de las complicaciones, también hay otros factores relevantes. Entre ellos se incluyen la edad gestacional en que se produce la interrupción, el tiempo transcurrido hasta tener acceso a las instalaciones sanitarias luego de ocurrida

una complicación y la calidad de atención médica (Cates, 1997; Atrash, 1987. Apud Faúndes y Barzelatto, 2005)

Todos estos factores médicos, se ven afectados por la aceptación legal y cultural del aborto en la sociedad, y por el estatus socioeconómico de la abortante. En los países donde el aborto es admitido por la ley y goza aceptación cultural, la intervención puede llevarse a cabo con seguridad en instalaciones hospitalarias apropiadas. La situación opuesta se observa en los países con leyes restrictivas y donde hay un rechazo público de las mujeres que abortan y de quienes se encargan de intervenirlas. (Barzelatto y Faúndes, 2005)

### **G. El estatus socioeconómico**

Las mujeres con recursos económicos suficientes tienen acceso al aborto seguro en la mayoría de las sociedades en que esa intervención está limitada por la ley, mientras sean capaces de pagarla. Por otra parte, quienes cuentan con menores ingresos deben utilizar los servicios de aborteros no profesionales que someten a las mujeres a métodos peligrosos y antihigiénicos con consecuencias desastrosas. Las diferencias en materia de calidad de atención y los obstáculos para el acceso a los servicios que proveen abortos legales pueden ser otras expresiones de las desigualdades



económicas existentes tanto en los países desarrollados como en el mundo en desarrollo. (Barzelatto y Faúndes, 2005).

## **H. La ideología del aborto**

### **1. Preguntas inquietantes:**

#### **a. ¿Cuándo se empieza a vivir?**

Una parte importante del debate, gira alrededor de lo que cada quien considera ser el momento en que se inicia la vida. La existencia de un individuo radica en un proceso de organización celular progresivamente más complejo que se extiende a lo largo del tiempo sin solución de continuidad. (Marthe Zapata, 1994)

#### **b. ¿Cuándo se es un individuo?**

En el transcurso del embarazo, el grupo creciente de células de la fase preembrionaria y aún las vagas formaciones de la primera parte del desarrollo embrionario contienen sin duda la información y el potencial para construir un individuo y una persona, pero por el momento no lo son ni lo uno, ni lo otro. No son un individuo porque no pueden vivir fuera del seno materno, ni una persona porque carece en esa fase de todo rudimento

remotamente parecido al sistema nervioso en que se asienta la personalidad.

(IBID)

**c. ¿Quién es más importante?**

Pero aún aceptando la existencia de un ser humano en formación, lo que se plantea es la colisión de los derechos humanos a la vida y al bienestar: dos derechos (...) que son excluyentes y no pueden, por consiguiente, satisfacerse ambos. (IBID)

**d. ¿A quién preferir en estas condiciones?**

Que un simple ser humano se atribuya el derecho supuestamente exclusivo de la Divinidad cuál es el de decidir quién no puede vivir, resulta, por decirlo menos, profundamente inquietante. (IBID)

**2. Legalidad y acceso al aborto seguro**

Las consecuencias del aborto para las mujeres y la sociedad dependerán de la situación legal y del acceso a un aborto seguro. En términos generales, la mortalidad relacionada con el aborto es más alta en los países donde éste sufre restricciones legales y los servicios de salud reproductiva son insuficientes o inexistentes.

El acceso a los servicios de aborto legal depende tanto de la actitud de los prestadores de atención médica y de la organización del sistema de salud como de las regulaciones jurídicas en vigencia. Aunque una mujer pobre tenga un mayor acceso a un aborto seguro en los países donde éste es legal, la liberalización de las leyes en esa materia no siempre garantiza la disponibilidad de los servicios. (Barzelatto y Faúndes, 2005)

La falta de acceso a un aborto higiénico y seguro en los hospitales públicos para quienes están legalmente, autorizados a interrumpir su embarazo obliga a las mujeres de escasos medios a exponerse al riesgo de abortos inseguros y clandestinos, con todas sus consecuencias para la salud. Por lo tanto, la cultura predominante y el peso político relativo de los grupos favorables contrarios a la criminalización del aborto, así como la actitud de los prestadores de los servicios de salud, sobre todo de los médicos, pueden ser factores determinantes de la gravedad de las consecuencias del aborto inducido en las mujeres y la sociedad. (IBID).

### **3. Penalización del Aborto en Panamá**

El Código Penal en el Título 1 ...“de los Delitos contra la Vida y la Integridad Personal” en su Capítulo III sobre el Aborto Provocado contempla lo siguiente:

**Artículo 141.** *La mujer que cause su aborto o consienta que alguien se lo practique, será sancionada con prisión de 1 a 3 años.*

**Artículo 142.** *El que provoque el aborto de una mujer con el consentimiento de ella, será sancionado con prisión de 3 a 6 años.*

**Artículo 143.** *El que provoque el aborto de una mujer sin su consentimiento o contra su voluntad, será sancionado con prisión de 4 a 8 años.*

*Si por consecuencia del aborto o de los medios usados para provocarlo sobreviene la muerte de la mujer, la sanción será de prisión por 5 a 10 años.*

*Las sanciones que aquí se establecen se aumentarán en una sexta parte si el culpable de la provocación del aborto es el marido.*

**Artículo 144.** *No se aplicarán las penas señaladas en los artículos anteriores:*

*1. Si el aborto es realizado con el consentimiento de la mujer para provocar la destrucción del producto de la concepción ocurrida como consecuencia de violación carnal, debidamente acreditada en instrucción sumarial, y*

*2. Si el aborto es realizado con el consentimiento de la mujer, por graves causas de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción.*

*En el caso del numeral 1 es necesario que el delito sea de conocimiento de la autoridad competente y que el mismo se practique dentro de los dos primeros*

*meses de embarazo y en el caso del numeral 2, corresponderá a una comisión multidisciplinaria designada por el Ministro de Salud determinar las causas graves de salud y autorizar el aborto.*

*En ambos casos el aborto debe ser practicado por un médico en un centro de salud del Estado.*

#### **4. Consenso entrecruzado sobre el aborto**

El modo de organización adoptado por cada una de las sociedades se ha inspirado en una diversidad de ideologías y sistemas de valores, por lo común modulados por las tradiciones culturales y religiosas de la sociedad en cuestión. La evolución de la organización de las sociedades humanas muestra una tendencia histórica hacia un reconocimiento creciente de la necesidad de respetar los derechos individuales y promover la justicia social.

El progreso tecnológico, el desarrollo masivo y global de las comunicaciones, el número creciente de personas que viajan y migran, así como la globalización de economía, obligan a una interacción cara a cara de miembros de culturas muy diferentes. Distintas ideologías, religiones, culturas y sistemas morales deben explicar sus diferencias de una manera racional y respetuosa, tanto a sí mismos como a los otros. Este diálogo, prolongado, tiende de un modo inevitable a identificar valores comunes y a influir en el

proceso permanente de cambio característico de todas las culturas. La necesidad de respetar la diversidad y alcanzar cierto consenso social se convierte en un requisito previo para organizar una sociedad pacífica que ya es de facto global. (Barzelatto y Faúndes, 2005)

Personas razonables tienen diferentes creencias y diferentes opiniones sobre lo que está bien y lo que está mal. En consecuencia la aceptación de un “pluralismo razonable” parece ser un requisito de las sociedades democráticas. La construcción del consenso entrecruzado con propósitos sociales no choca con la libertad de los individuos ni impide a los grupos adherir a sus propias concepciones generales de la moralidad y seguirlas en lo concernientes a sus actos personales un consenso entrecruzado, sin embargo, les permite aceptar que, dentro de límites razonables otras personas puedan actuar de diferentes maneras y persistir en sus propias ideas de lo que está bien y de lo que está mal. (IBID)

A fin de alcanzar este tipo de consenso, ciudadanos libres e iguales deben estar de acuerdo en participar en un sistema equitativo de cooperación social. Una regla importante para promover un consenso es no plantear la discusión como un enfrentamiento o un dilema. La construcción de un consenso es un proceso que se inicia con la identificación de puntos de vista y

valores comunes, y luego procura ampliarse mediante la discusión de las raíces de las diferencias. (IBID)

Un consenso entrecruzado sobre el aborto es eventualmente posible alcanzarlo, teniendo como uno de sus fundamentos el respeto de la diversidad, que supone en todas las personas la capacidad de actuar como plenos agentes morales.

Barzelatto y Faúndes, mencionan nueve puntos como guía del diálogo para definir las bases de un consenso entrecruzado y práctico sobre el aborto y las medidas básicas que deberían tomarse a fin de permitir a las sociedades reducir la cantidad de aborto y aliviar sus consecuencias negativas.

1. *“Las sociedades deben promover políticas e implantar medidas que han demostrado ser eficaces para alcanzar la reducción de la cantidad de embarazos no deseados y abortos, así como la minimización de los costos humanos de los abortos inseguros”.*
2. *“Las sociedades que propicien un diálogo en procura en definir un consenso práctico sobre el aborto deben tomar en cuenta diferentes sistemas de valores, incluyendo distintas perspectivas religiosas, en el entendido que ninguna religión debería imponer sus valores a quienes no la profesan”.*
3. *“Las sociedades deben promover una mayor equidad de género en todas las esferas de la vida, de modo que un equilibrio de poder entre las mujeres y hombres permita a las primeras decidir cuándo, con quién, y en qué condiciones desarrollar*

*su vida sexual. El respeto del derecho de las mujeres a tener un control efectivo de su vida sexual debe ser un elemento esencial de estas medidas”.*

4. *“Las sociedades deben implementar programas y campañas educativas basadas en modelos de eficacia probadas por la promoción de un comportamiento sexual responsable y el respeto entre los géneros”.*
5. *“Las sociedades deben eliminar todas las barreras al acceso de los métodos anticonceptivos eficaces para todas las personas sexualmente activas que lo soliciten”.*
6. *“Las sociedades deben tomar las medidas necesarias para brindar respaldo a las mujeres embarazadas que quieren cumplir la función exclusivamente femenina de llevar un embarazo a término”.*
7. *“Las sociedades deben despenalizar el aborto y legislar para prevenir los embarazos no deseados”.*
8. *“Las sociedades deben establecer pautas y regulaciones claras que garanticen la provisión de servicios seguros, libre de barreras burocráticas, económicas y políticas”.*
9. *“Las sociedades deben garantizar que las mujeres con complicaciones derivadas de abortos legales o ilegales sean tratadas con pleno respeto y reciban una atención médica de la misma calidad que la brindada a cualquier otra persona que busca ayuda médica”.*



# **CAPÍTULO V**

## **EL POST-ABORTO**

### **A. Síndrome del post-aborto**

El síndrome del post-aborto, es una consecuencia psicológica que aparece inmediatamente después de hacerse un aborto. Como característica, muchas mujeres se ponen a llorar inconsolablemente, sienten una pérdida profunda y como que algo horrible acaba de pasar. Este cambio, en la actitud antes de abortar, desea solamente deshacerse de un problema, y después del aborto, sentir que te han quitado algo suyo es muy repentino. La mujer misma, no puede entender este cambio psicológico en ella; por lo regular, el dolor físico después de un aborto es demasiado, que la mujer rechaza el dolor psicológico que comienza a sentir. Este es el comienzo de lo que se llama síndrome post-aborto; el rechazo del dolor y por consecuencia el rechazo de la realidad del aborto es lo que se le llama negación, y para la mayoría de las mujeres, aquí éste se puede experimentar por meses o más común por años después de un su aborto.

### **B. La violencia asociada con la atención post-aborto inadecuada.**

En algunos países donde el aborto inducido es legalmente restringido, se obliga a los profesionales de la salud reportar los abortos a las autoridades, lo cual puede considerarse como abuso, dado que puede ocasionar conflictos con su código profesional de ética. Como consecuencia de dichas normas,

algunos prestadores de servicios amenazan con tomar medidas legales contra las mujeres que buscan atención post-aborto; en algunos casos las mujeres incluso son denunciadas a las autoridades. (IPAS, 1999)

La violencia institucional en la atención post-aborto también incluye acusaciones injustas, amenazas e intimidación. Otras formas de abuso institucional reportadas por mujeres que han recibido atención post-aborto incluyen, el castigo verbal, la humillación, el abandono, la administración de anestesia inadecuada, la coerción para aceptar método anticonceptivo y los cargos excesivos por el tratamiento. (IBID)

### **C. Calidad de atención de los servicios de post-aborto**

El Consorcio de APA recientemente actualizó y amplió el modelo de atención post-aborto para que incluyera cinco elementos esenciales:

- **Colaboraciones entre la comunidad y los prestadores de servicios**

Para prevenir embarazos no deseados y abortos en condiciones de riesgo, movilizar recursos (para ayudar a las mujeres a recibir tratamiento adecuado y oportuno de las complicaciones del aborto), y garantizar que los servicios de salud reflejen y cubran las expectativas y necesidades de la comunidad.

- **Consejería**

Para identificar y responder a las necesidades emocionales y físicas, así como a las inquietudes, de las mujeres.

- **Tratamiento**

Del aborto incompleto y del aborto en condiciones de riesgo, así como de las complicaciones que presentan un posible riesgo a la vida de la mujer.

- **Servicios de anticoncepción y planificación familiar**

Para ayudar a la mujer a evitar embarazos no deseados o practicar el espaciamiento de los nacimientos.

- **Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud**

Que sean prestados preferiblemente en la propia instalación o por medio de remisiones a otras instalaciones accesibles en las redes de los prestadores de servicios.

- 1. Acceso a una atención médica post-aborto de buena calidad.**

Mientras el aborto siga siendo un delito y el acceso o servicios eficientes que provean abortos seguros esté restringido, seguirá habiendo intervenciones clandestinas. Como infelizmente, esta situación probablemente siga vigente durante largo tiempo en muchos países. Una forma importante de

reducir el costo humano de los abortos inseguros es mejorar la atención a las complicaciones post-aborto. (Winkler, 1995 y WHO, 1995)

La diferencia entre la vida y la muerte para una mujer con complicaciones como: una hemorragia intensa, una infección o ambas cosas, depende de su acceso a la atención médica y de la calidad de ésta. La mayoría de las muertes se deben a las demoras en la búsqueda de ayuda y la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud para implementar intervenciones salvadoras. Los prestadores de los servicios de salud pueden limitar de dos maneras el acceso a la atención posterior al aborto: sea mediante la negativa directa a prestar el servicio, sea haciendo saber que las mujeres que han tenido un aborto inducido pueden ser denunciadas y procesadas.

Aún cuando las mujeres con complicaciones del aborto sean atendidas, suelen recibir la peor atención de calidad dentro de la unidad de salud que acude. Un estudio realizado en Méjico, indicó que la calidad de atención brindada a mujeres con complicaciones derivadas del aborto, comprobó que sólo el 17% sabía quién era el médico que la trató, y menos del 5% recibió información sobre el uso de la medicación que debería tomar o sobre posibles complicaciones luego del alta. (Langer, 1999)

Internacionalmente, todos parecen estar de acuerdo en que las mujeres con complicaciones post-aborto necesitan atención de emergencia y que ésta debe suministrarse aún cuando haya restricciones legales al aborto inducido. En palabras de la Conferencia del Cairo: *“las mujeres deben tener en todos los casos acceso a servicios de calidad para el manejo de complicaciones derivadas de aborto.”* (Naciones Unidas, 1995<sup>a</sup>). La discriminación que sufren las mujeres que se someten a abortos inducidos han llevado a brindarle una pobre atención de emergencia y ese descuido es un factor que aumenta los costos humanos, sociales y económicos del aborto inseguro. (Nankinga, 2002)

## **2. Elemento de calidad asistencial en la planificación familiar post-aborto**

Estos elementos son clasificados de la siguiente manera:

- e. Momento adecuado para el asesoramiento y la prestación del servicio:
  - Protección anticonceptiva frente a la posibilidad inmediata de un embarazo no deseado.
  - Asesoramiento satisfactorio que ayude a la mujer a tomar sus propias decisiones sobre planificación

familiar y a elegir un método eficaz mientras persevere en su decisión de evitar el embarazo.

➤ Posibilidad de aprovechar la ocasión disponible.

- b.** Elección del método
- c.** Información y asesoramiento: las necesidades del mercado tienen carácter prioritario. El objetivo es que las clientas puedan tomar decisiones libres, ponderadas y con conocimiento de causa, y delimitar claramente las funciones de cada miembro del personal asesor.
- d.** Competencia técnica: sentido de capacidad colectiva de todos los miembros del equipo sanitario para desempeñar las tareas de asesoramiento y las prestaciones de planificación familiar a las mujeres que han tenido un aborto. Es la garantía básica de seguridad de estos servicios.
- e.** Relaciones interpersonales: personal de salud-paciente.
- f.** Continuidad por vinculación de los servicios: la continuidad implica el acceso permanente a unos servicios y suministros que permitan a las mujeres perseverar en el empleo del método elegido, recibir un tratamiento ulterior en caso de complicaciones, hacer frente a las

preocupaciones que pueda suscitar el método, interrumpir el empleo de éste o cambiarlo por otro.

### **3. Planificación familiar post-aborto**

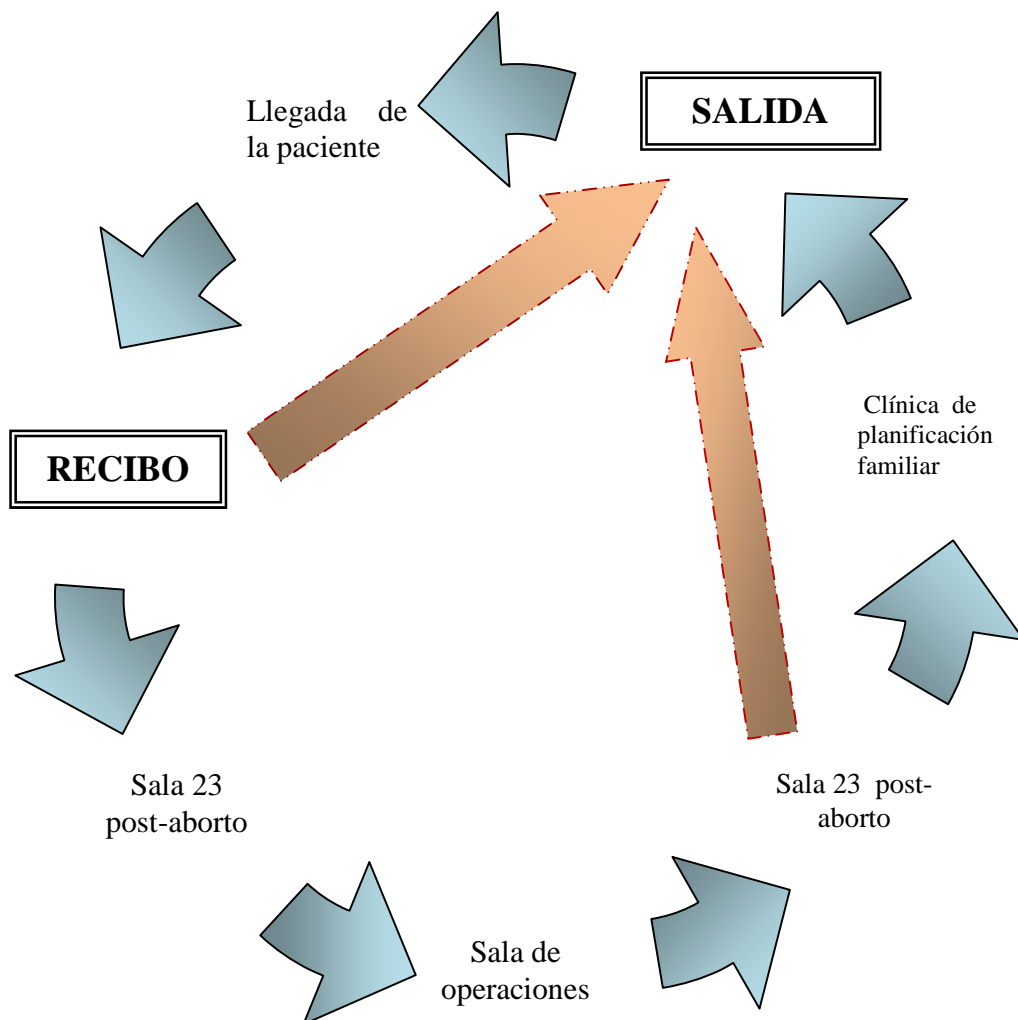
La falla de la comunidad internacional en ayudar adecuadamente a las mujeres a evitar embarazos no deseados es un factor importante en el problema mundial del aborto realizado en condiciones de riesgo. De igual forma, el aborto es un indicador fundamental de una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos seguros y eficaces. En la mayoría de los sistemas de salud, las mujeres atendidas por complicaciones del aborto raramente egresan de la institución habiendo recibido consejería o servicio para evitar futuros embarazos no deseados. Tradicionalmente, la planificación familiar post-aborto se ha considerado en el contexto de la planificación familiar post-parto, si acaso. Si bien, existen similitudes entre las necesidades de planificación familiar de la mujer en los períodos post-aborto y post-parto, es indispensable considerar las diferencias particulares, con el fin de diseñar servicios eficaces. (IPAS)

Hay un número de obstáculos que impiden la prestación de servicios de planificación familiar a las mujeres que han tenido un aborto, lo cual aumenta el riesgo de repetidos embarazos no deseados, los obstáculos incluyen:



- La falta de conocimiento y atención a las necesidades, perspectivas y motivaciones de las mujeres por parte de los proveedores de servicios.
- La separación administrativa de los servicios de emergencia para atención del aborto y los de planificación familiar.
- Información errada entre los proveedores de servicios acerca de los métodos anticonceptivos apropiados para después del aborto.
- Los ambientes políticos y sociales hostiles que rodean al aborto.
- La falta de reconocimiento del problema del aborto realizado en condiciones de riesgo y la necesidad resultante de servicios anticonceptivos.
- La indiferencia de los sistemas de salud y de la sociedad acerca de la situación general de desventaja en que se encuentran las mujeres en gran parte del mundo.

## Flujograma de la atención post-aborto del Hospital Santo Tomás.



Una vez llegada la paciente al Hospital Santo Tomás por padecer algún tipo de aborto, pasa a **RECIBO** donde se le hace una serie de revisiones, evaluaciones, ultrasonido, etc. Si la paciente tiene hasta 9 semanas de embarazo y no posee ningún tipo de infección, se le realiza el AMEU, dos

horas posteriores a dicho proceso, si la paciente no está expuesta a ningún tipo de riesgo tiene salida inmediata. Sin embargo, si la paciente tiene más de 12 semanas de embarazos o posee algún tipo de infección, se interna en el sexto piso en la sala 23 de post-aborto para luego ser transferida al tercer piso a la sala de operaciones donde se le realizará un curetaje; posterior a la intervención quirúrgica es devuelta a la sala 23 post-aborto donde, recibirá una orientación de planificación familiar por parte del equipo psico-social del Centro de Investigación de Reproducción Humana (CIRH). Esta orientación dependerá del tiempo disponible del centro para realizar la misma; si no están disponibles, la paciente tendrá salida sin la previa información u orientación referente al aborto. La estadía de la paciente en el hospital dura aproximadamente, 24 horas como mínimo. Si la paciente tiene 23 años o menos, es referida (por el equipo psico-social del CIRH) a la Clínica de Planificación Familiar del CIRH, ubicada en el 1º piso del hospital, donde recibirá atención médica y psico-social, y podrá adquirir el método anticonceptivo que haya escogido a un precio bajo o gratuito.

# **CAPÍTULO VI**

## **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

**Estudio sobre el imaginario social del aborto en un grupo de mujeres atendidas en la sala 23 post-aborto del Hospital Santo Tomás.  
Cuadro 1. Distribución de la muestra por información general de la mujer, según su edad. Año 2009**

Edad	TOTAL	Información general de la mujer																											
		Lugar de residencia <sup>(1)</sup>						Último grado/año aprobado					Estudia			Trabaja <sup>(2)</sup>			Hijos (as)			Hijos (as) de pareja actual				Estabilidad con la pareja			
		Total	P. Centro	P. Este	P. Oeste	S. Mgto.	Otros	Total	Prim. Inc.	Sec. Inc.	Sec. Com.	Univ. Inc.	Univ. Com.	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Algunos	Total	SI	NO
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>17</b> <small>(a)</small>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>23</b> <small>(b)</small>	<b>21</b>	<b>2</b>
<b>Menos de 18</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	-	<b>3</b>	-	<b>1</b>	-	<b>4</b>	-	<b>4</b>	-	-	-	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>18 a 22</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	-	<b>1</b>	<b>7</b>	-	<b>5</b>	<b>2</b>	-	-	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	-
<b>23 a 27</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	-	-	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>28 a 32</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	-	-	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	<b>4</b>	-	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	-	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	-	<b>3</b>	<b>3</b>	-
<b>33 a 37</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-	-	<b>2</b>	-	-	<b>1</b>	-	<b>1</b>	<b>2</b>	-	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	-	<b>2</b>	<b>2</b>	-	-	<b>2</b>	<b>2</b>	-

**Nota:** (1) Especificando el lugar de residencia se anuncia lo siguiente:

En **Panamá Centro** se encuentran las comunidades de: Pueblo Nuevo, Curundú, Chorrillo, Patio Pinel, Nuevo Veranillo y La Locería.

**Panamá Este** abarca: Tocúmen, 24 de Diciembre y Pedregal.

En **Panamá Oeste** están: Vista Alegre (Arraiján) y Nuevo Arraiján.

En **San Miguelito**: San Isidro y Samaria.

Y en **Otros**: Las Cumbres y Colón.

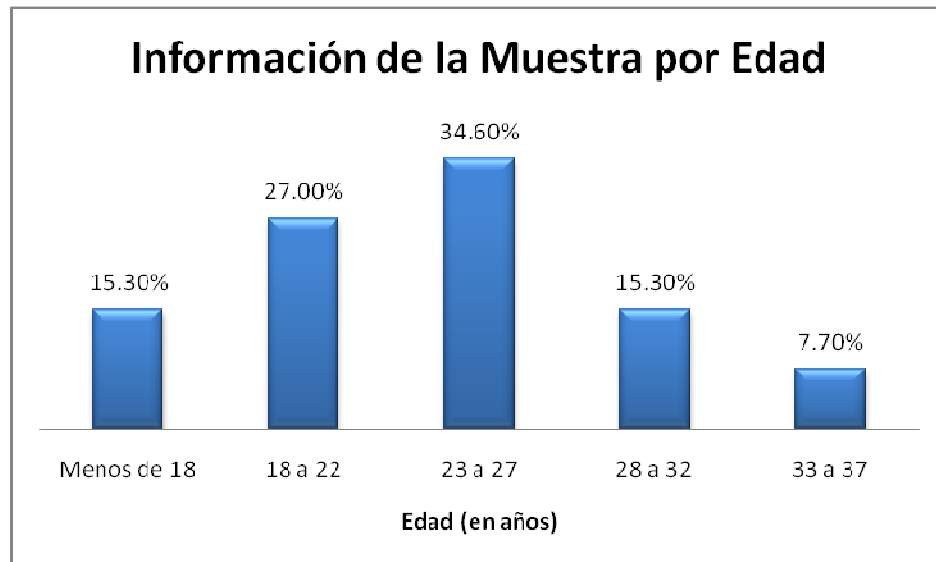
(2) Entre las ocupaciones a las que se dedican las mujeres se encuentran: enfermeras, asistentes contables, empacadoras, oficinistas, domésticas, demostradoras, cajeras, independientes y manicurista.

(a) El resultado difiere al total de las entrevistadas debido a que solamente 20 de ellas tienen hijos(as), y 3 de ellas no tenían pareja al momento de la entrevista.

(b) Número de mujeres con pareja.

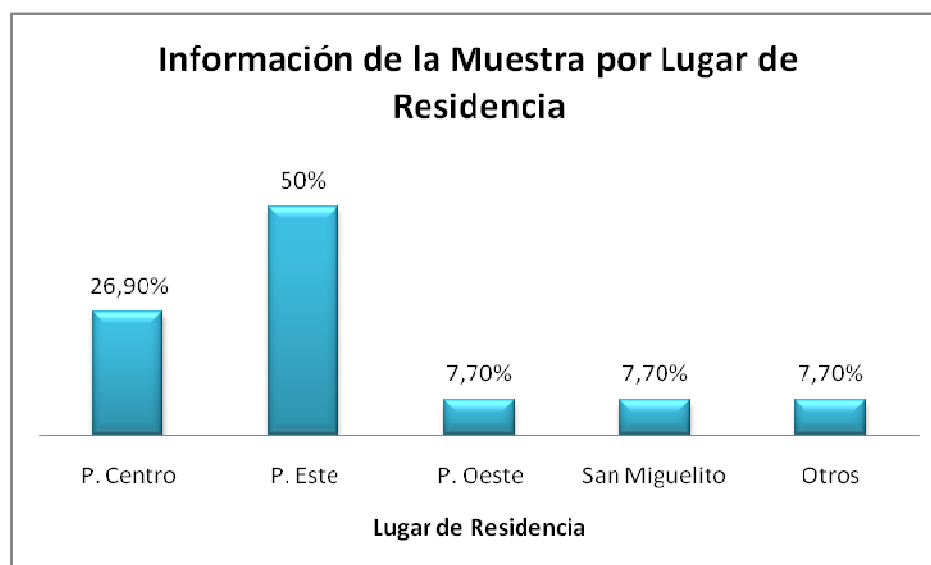
**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Gráfica 1**



El mayor número de abortos, se ubicó entre las edades de 18 a 27 años, constituyendo así el 61.5% del total, mientras que las que se encuentran entre 28 y 37 años contribuyeron con el 23%; en cambio las mujeres menores de 18 años abarcaron sólo el 15.3% del total.

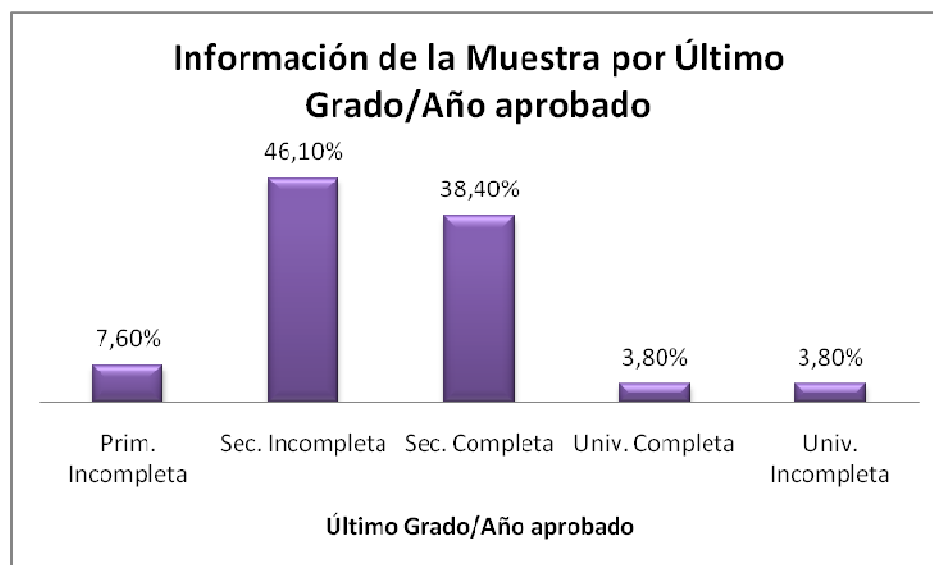
**Gráfica 2**



Correspondiente al lugar de residencia, el 50% reside en el área de Panamá Este, seguido de un 26.9% que reside en Panamá Centro y 23% que residen entre las regiones de Panamá Oeste, San Miguelito y Otros. Es importante, destacar el hecho de que en Panamá Este, existe un nivel de salud secundario (Hospital Regional de Chepo) que brinda una atención médica de hospitalización, pero no de atención postaborto ; mientras que a nivel terciario (de especialización) se encuentran: el Hospital Santo Tomás y el Complejo Hospitalario Metropolitano en Panamá Centro, quienes brindan una atención postaborto; por otra parte, en nivel secundario (de hospitalización) también están: el Hospital Integrado San Miguel Arcángel en San Miguelito, el

Hospital Nicolás A. Solano en Panamá Oeste y el Hospital Manuel Amador Guerrero en Colón.

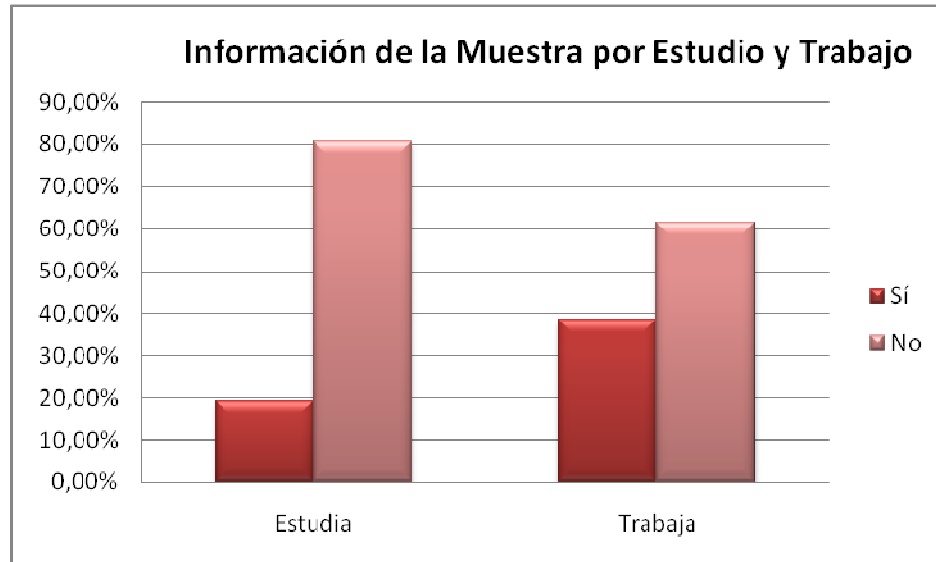
**Gráfica 3**



En cuanto al último grado/año aprobado, el 46.1% no ha logrado culminar sus estudios secundarios (haciendo énfasis en que un 19.2% de las entrevistadas están estudiando actualmente); seguido de un 38.4% han finalizado sus estudios secundarios; no obstante, de los 15.3% restantes, solamente, el 7.6% no terminó la enseñanza básica; y un mínimo de un 3.8% no completó los estudios universitarios, al igual que sólo en uno de los casos logró obtener una Licenciatura.



**Gráfica 4**



Es importante destacar que el 80.7% no estudia actualmente; un 61.5% no trabaja, mientras que 38.4% sí lo hacen y se dedican a las actividades mencionadas en el numeral (2) del cuadro 1.

**Cuadro 1.1 Información conyugal y económica de la mujer, según las personas con quien vive. Año 2009**

Personas con quien vive	TOTAL	Información conyugal y económica de la mujer							
		Pareja			Proveedor de las necesidades				
		Total	SI	NO	Total	Ella	Pareja	Ambos	Padres
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Pareja e hijos (as)</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	10	-	<b>10</b>	2	6	2	-
<b>Pareja</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	6	-	<b>6</b>	1	5	-	-
<b>Hijo (a)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	1	<b>1</b>	1	-	-	-
<b>Padres</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	4	2	<b>6</b>	3	1	-	2
<b>Pareja y padres o suegros</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	2	-	<b>2</b>	-	1	-	1
<b>Amiga</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	1	-	<b>1</b>	-	-	1	-

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

Generalmente, el 88.4% de estas mujeres que tuvieron algún tipo de aborto, tenían pareja hasta el momento de la entrevista, de las cuales un 38.4% viven con su pareja e hijos (as); mientras que el 23% vive solamente con su pareja a pesar que el 11.5% de éstas tienen hijos (as), y en 2 de los casos, los hijos (as) o no son de la pareja actual, o solamente algunos (as) los son. Otro 23% viven

con sus padres de las cuales un 15.3% tienen pareja y el 19.2% tienen hijos (as), y en donde en 3 de los casos los hijos (as) no son de la pareja actual. Los otro 4 casos restantes vive ya sea o sola con su hijo (a), o con su pareja y padres o suegros, o amiga; de éstos, un 11.5% tienen pareja; 7.6% tienen hijos (as) y en sólo 1 caso no es de la pareja actual.

**Cuadro 2. Información conyugal y económica de la pareja, según la edad de la mujer. Año 2009**

Edad de la mujer	TOTAL	Información conyugal y económica de la pareja																
		Edad de la pareja						Proveedor de las necesidades					Ocupación de la pareja					
		Total	18 a 23	24 a 29	30 a 34	35 a 40	41 a 46	Total	Ella	Pareja	Ambos	Padres	Total	Empleado Público	Empleado Privado	Construc.	Indepnte.	Profesional
<b>Total</b>	26	23	4	10	3	3	3	26	7	13	3	3	23	2	5	5	8	3
<b>Menos de 18</b>	4	3	3	-	-	-	-	4	1	2	-	1	3	-	-	3	-	-
<b>18 a 22</b>	7	7	1	5	-	1	-	7	1	5	-	1	7	-	1	1	3	2
<b>23 a 27</b>	9	8	-	5	2	1	-	9	3	3	2	1	8	1	2	-	4	1
<b>28 a 32</b>	4	3	-	-	1	-	2	4	2	2	-	-	3	-	2	1	-	-
<b>33 a 37</b>	2	2	-	-	-	1	1	2	-	1	1	-	2	1	-	-	1	-

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

De acuerdo a la información económica, en el 50%, es la pareja el proveedor de las necesidades, seguido de 26.9% donde es ella quien suple las

necesidades, haciendo énfasis en que 3 de ellas tienen y viven con su pareja; un 11.5% vive con sus padres y 1 sólo vive con su hijo (a). Los últimos 6 casos (un 23%) los proveedores son ambos, o los padres.

En cuanto a la ocupación de la pareja, el 30.8% pertenecen al sector informal e independiente que se dedican a: ser vendedores, electricistas, albañiles, conductores de bus, etc.; seguido de un 19.2% que trabajan en la construcción; otro 19.2% son empleados de la empresa privada; un 7.6% son empleados públicos; y solo un 11.5% son profesionales (contables).

**Cuadro 2.1 Ocupación de la pareja, según su edad. Año 2009**

Edad	TOTAL	Ocupación de la Pareja					
		Total	Empleado Público	Empleado Privado	Construc.	Indepnte.	Profesional
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>3</b>
<b>18 a 23</b>	<b>5</b>	5	-	1	3	-	1
<b>24 a 29</b>	<b>9</b>	9	1	2	1	4	1
<b>30 a 34</b>	<b>3</b>	3	-	-	1	2	-
<b>35 a 40</b>	<b>3</b>	3	1	-	-	1	1
<b>41 a 46</b>	<b>3</b>	3	-	2	-	1	-

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

**Cuadro 3. Proyecto de vida de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto, según su edad. Año 2009**

Edad	TOTAL	Proyecto de vida													
		Planificación de los hijos (as) deseados			Metas			Logros de metas				Tiempo libre			
		Total	SI	NO	Total	SI <sup>(1)</sup>	NO	Total	SI	NO <sup>(2)</sup>	No Resp.	Total	Cuidado del <small>hogar</small>	Otros <sup>(3)</sup>	No tiene
<b>Total</b>	26	26	20	6	26	23	3	26	1	12	13	26	20	5	1
<b>Menos de 18</b>	4	4	2	2	4	3	1	4	-	2	2	4	2	2	-
<b>18 a 22</b>	7	7	4	3	7	5	2	7	-	3	4	7	5	1	1
<b>23 a 27</b>	9	9	8	1	9	9	-	9	1	4	4	9	8	1	-
<b>28 a 32</b>	4	4	4	-	4	4	-	4	-	2	2	4	4	-	-
<b>33 a 37</b>	2	2	2	-	2	2	-	2	-	1	1	2	1	1	-

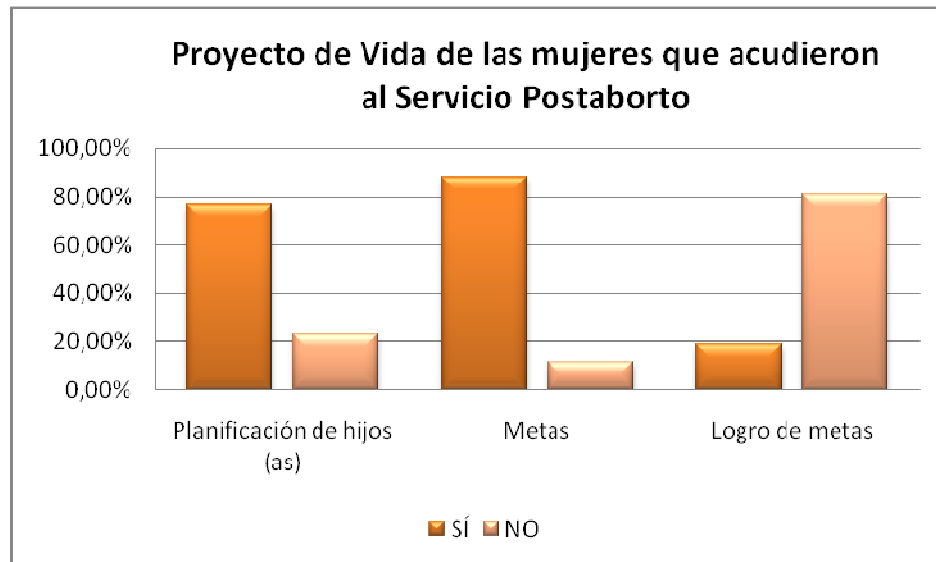
**Nota:** (1) Entre las metas más mencionadas están: terminar los estudios secundarios y universitarios; tener una casa propia; obtener un buen o mejor empleo, y tener negocios propios.

(2) Entre los inconvenientes mencionados que han evitado el logro de metas son: el no continuar los estudios, el trabajo, problemas económicos, el cuidado de los (as) hijos (as), y el desempleo.

(3) Su tiempo libre lo emplean para leer, tejer y jugar en la computadora.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Gráfica 5**



Un punto importante son los proyectos de vida de estas mujeres; por lo cual se presenta lo siguiente: el 77% ha planificado alguna vez en su vida cuántos hijos (as) desea tener, las cuales en mayor nivel de planificación se ubican entre las edades de 23 a 37 años con un 53.8%, y en menor nivel se ubican las adolescentes y jóvenes entre las que tienen menos de 18 años a 22 años de edad con un 23%. No obstante, un 23% nunca ha planificado cuántos hijos (as) tener; de éstas, el 19.2% se concentran en las adolescentes y jóvenes en el rango de edad anteriormente mencionadas.

Respecto a las metas, el 88.4% se han trazado metas en su vida, y una vez más, son las mujeres que de 23 a 37 años se presenta a mayor escala, mientras que los únicos 3 casos en los cuales las mujeres no tienen metas definidas se ubican las adolescentes y jóvenes hasta los 22 años.

**Proyecto de vida de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del  
Hospital Santo Tomás**

**Cuadro 1. Planificación de hijos (as) deseados de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009.**

<b>Planificación de hijos (as) deseados</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
1 hijo (a)	1	3.8	-	-
2 hijos (as)	7	26.9	-	-
3 hijos (as)	5	19.2	-	-
No especificado número de hijos (as)	9	34.6	-	-
No ha planificado	-	-	6	23
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>76.9</b>	<b>6</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 2. Fijación o no de metas de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009.**

<b>Metas</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
Tener una familia feliz	1	3.8	-	-
Tener una buena casa	4	15.4	-	-
Terminar la secundaria	5	19.2	-	-
Graduarse de la universidad	6	23	-	-
Tener un trabajo fijo	5	19.2	-	-
Tener un negocio propio	2	7.7	-	-
Ser enfermera obstetra	1	3.8	-	-
Ser doctora (médico)	1	3.8	-	-
Ser madre	1	3.8	-	-
Darle un mejor futuro a su hijo (a)	1	3.8	-	-
Tener un carro	1	3.8	-	-
Buscar a Dios	1	3.8	-	-
Metas no especificadas	1	3.8	-	-
No tiene metas	-	-	3	11.5
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>		<b>3</b>	

**Nota:** el total difiere del número de mujeres entrevistadas debido a que en varios casos se dieron más de dos opciones.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Cuadro 3. Logros o no de metas de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009.**

<b>Logros de metas</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
Tener una casa	2	7.7	-	-
Graduarse de secundaria	1	3.8	-	--
Ser madre	1	3.8	-	--
Ser enfermera obstetra	1	3.8	-	--
<b>TOTAL</b>			<b>5</b>	<b>19.2</b>
Por no seguir estudiando	-	-	2	7.7
Por el trabajo	-	-	1	3.8
Por problemas económicos	-	-	4	15.4
Por el embarazo (complicado)	-	-	1	3.8
Por el cuidado del bebé	-	-	1	3.8
Desempleo	-	-	1	3.8
Problemas en el colegio	-	-	1	3.8
No respondió	-	-	10	38.4
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>80.8</b>		

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Cuadro 4. Empleo del tiempo libre de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009.**

<b>Empleo del tiempo libre</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
Cuidar a sus hijos (as)	13	50	-	-
Quehaceres del hogar	7	26.9	-	-
Ver televisión	1	3.8	-	-
A su familia	2	7.7	-	-
Leer	2	7.7	-	-
Todo el día estar en casa	1	3.8	-	-
Jugar en la computadora	1	3.8	-	-
Tejer	1	3.8	-	-
No tiene tiempo libre	-	-	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>		<b>1</b>	

**Nota:** el total difiere del número de mujeres entrevistadas debido a que en varios casos se dieron más de dos opciones.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-09.



El significado social que tiene la mujer que ha tenido algún tipo de aborto, respecto a su proyecto de vida, y entendiendo éste como el conjunto de sueños y metas ejecutados por ella misma, en relación con los medios que utiliza para alcanzarlos; es el siguiente:

El 77% hizo mención a que han planificado cuántos hijos (as) desean tener (Cuadro 1), los cuales en el 50% no sobrepasan el deseo de tener más de tres hijos (as), aunque un 34.6% no especificó el número de hijos (as) que les gustaría tener. En base a los valores aprendidos en su proceso de socialización y el significado social de cada uno de ellos, cada mujer planea sus acciones, las cuales tomará con el objetivo de cumplir sus sueños o metas. El 88.5% mencionó tener metas (Cuadro 2), entre las cuales:

- El 42.2% son referentes a la educación (el 23% y 19.2% tienen como metas graduarse de la universidad y terminar los estudios secundarios respectivamente, menos de la mitad).
- Un 19.2% desea tener un trabajo fijo;
- Un 15.4% desea tener una buena casa;
- El 11.5% tiene metas específicas empresariales y profesionales (un 7.7% desea tener un negocio propio y un 3.8% tiene como meta ser médico).

- Solo un 7.7% hizo referencia a tener metas familiares como el tener una familia feliz y darle un mejor futuro para su hijo (a).
- Cabe señalar que el 11.5% mencionó no tener metas definidas.

Es importante el hecho de que a pesar que un alto porcentaje de estas mujeres tiene fijadas metas (Cuadro 3), solamente el 19.2% ha logrado algunas de ellas como lo son el tener una casa, graduarse de la universidad, ser enfermera obstetra y ser madre. Por otro lado, el 80.8% no ha podido lograr sus metas debido a: problemas económicos (15.4%), no continuar los estudios (7.7%), un 19.2% por otros factores (el trabajo, un embarazo complicado, el cuidado del bebé, el desempleo, etc.); mientras que un 38.4% no respondió/mencionó las posibles causas por las cuales no han podido lograr las metas.

Sin duda alguna, se puede decir que en este grupo de mujeres no existe un programa correspondiente al proyecto de vida a seguir para lograr sus anhelos, independientemente de las limitaciones o factores externos que le rodean.

El tiempo libre generalmente se asume a la idea del descanso después de haber laborado, de haber ido al colegio, u otra actividad dentro del campo laboral. Sin embargo, el empleo del tiempo libre en este grupo de mujeres está relacionado con lo siguiente (Cuadro 4):

- El 50% al cuidado de sus hijos (as);
- Un 26.9% a los quehaceres del hogar;
- Un 11.5% al ocio (ver televisión, jugar en la computadora y estar todo el día en casa).
- Un 11.5% al desarrollo intelectual y de habilidades creativas (como el leer y el tejer).
- Un 7.7% a su familia;
- Y un 3.8% hizo mención a no tener tiempo libre.

Por lo tanto, es fundamental tener presente la idea de estas mujeres correspondiente al tiempo libre y su correlación con las actividades que realizan a diario en casa (rol tradición al de la mujer), ya que el 76.9% lo emplean en el cuidado del hogar y de los hijos (as), los cuales más que una actividad u obligación, es una responsabilidad no sólo exclusiva de la mujer, sino de todos los miembros del hogar; además el tiempo libre debería ser ese tiempo que emplea la mujer ya sea para descansar, o para realizar voluntariamente actividades que le permitan sentirse satisfecha y gratificante, sin tener la necesidad de sentirse obligada a realizar actividades de connotación laboral (hogar u oficina, etc.) propiamente entendida.

Tomando en cuenta los siguientes elementos (la planificación de hijos (as) deseados (as), el trazo de metas/sueños, el logro o no de éstas y el empleo del

tiempo libre), se identificó que el principal problema a la hora de definir y desarrollar su proyecto de vida es la incapacidad de determinación y seguimiento al logro de sus anhelos, debido a la existencia de presiones familiares y sociales que le limitan. Por lo tanto, no existe un proyecto de vida y desarrollo formal en la mujer, que le facilite el desarrollo personal en una variedad de otros aspectos que no sean los roles referentes a la maternidad y el cuidado del hogar, sino en factores como desarrollar su profesionalidad, aspectos artísticos, su participación en la construcción de su comunidad y otros.

**Cuadro 4. La sexualidad en las mujeres que acudieron al servicio postaborto, según su educación sexual. Año 2009**

Educación sexual	TOTAL	Sexualidad														
		Definición de sexualidad				DSSR <sup>(1)</sup>			1ª relación sexual <sup>(2)</sup>			Nº de parejas sexuales				
		Total	Tener sexo	Otro (3)	No sabe	Total	SI	NO	Total	Menos de 15	De 15 a 19	De 20 a 24	Total	1	2 a 4	Más de 5
<b>Total</b>	26	26	14	6	6	26	5	21	26	5	19	2	26	12	13	1
<b>SI</b>	18	18	11	6	1	18	4	14	18	1	17	-	18	7	10	1
<b>NO</b>	8	8	3	-	5	8	1	7	8	4	2	2	8	5	3	-

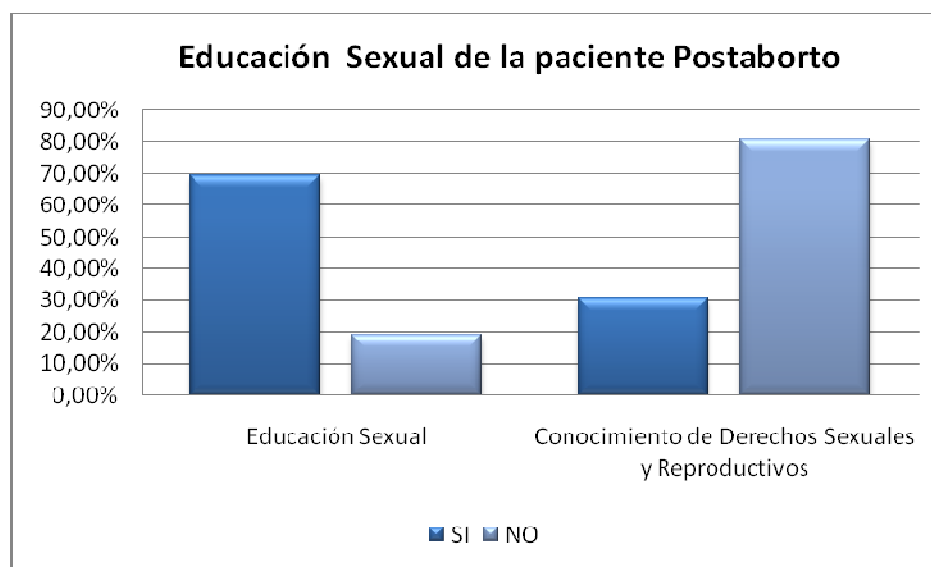
**Nota:** (1) DSSR: Derechos de Salud Sexual y Reproductiva.

(2) La primera relación sexual se produce por el deseo de estar con su pareja.

(3) Entre otras definiciones acerca de la sexualidad se abarca todo el tema de salud sexual y reproductiva (ITS, planificación familiar, relación de pareja, etc.), y el cuidado y la responsabilidad que ésta conlleva.

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

**Gráfica 6**



Referente a la sexualidad, 69.2% ha recibido educación sexual en algún momento de su vida, mayormente en el colegio, hospitales, y en menor escala en el hogar; mientras que un 30.7% no ha tenido educación sexual. Un 53.8% define que la sexualidad es “*tener sexo*”, donde 3 de las que no han tenido educación sexual la definieron de esa manera; otro 23% dan otra definición de sexualidad diferente a tener sexo, el cual está detallado en el numeral (2) del cuadro 4; mientras que otro 23% desconoce la definición de

sexualidad, en la que hubo 1 caso en que a pesar de haber tenido educación sexual, no sabía definir el término.

Otro punto importante es respecto a los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR), donde el 80.7% desconocen totalmente estos derechos, de los cuales un 26.9% de las que han tenido educación sexual no lo conocen; sin embargo, sólo un 19.2% lo conocen y curiosamente dentro de este porcentaje, hubo 1 caso donde a pesar de no haber tenido educación sexual conocía esos derechos.

Correspondiente a la primera relación sexual, un 73% se produjo entre los 15 y 19 años de edad, mientras que un 19.2% se dio cuando tenían menos de 15 años y un mínimo de 7.6% se da entre los 20 y 24 años. En todos los casos, ésta ocurre por el deseo de estar con su pareja. Una vez más, se comprueba de esta manera que en nuestro país, el inicio de vida sexual se da a temprana edad, específicamente en la adolescencia. A partir de esta primera experiencia sexual, un 46.1% se ha mantenido con 1 sola pareja sexual; en cambio, el 50% ha tenido de 2 a 4 parejas sexuales; sólo se dio 1 caso extremo donde tuvo 30 parejas sexuales (considerándose el hecho de ser trabajadora comercial del sexo).

**La sexualidad en las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del  
Hospital Santo Tomás. Años 2008-09**

**Cuadro 1. Educación sexual de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Educación sexual</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
NO	8	30.7
SI	18	69.2
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	
<b>Lugar donde recibieron la educación sexual</b>		
Colegio	16	61.5
Hospital	4	15.4
Casa u hogar	1	3.8
Trabajo	1	3.8

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Cuadro 2. Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Conocimiento de los DSSR <sup>(1)</sup></b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
NO	21	80.7
SI	5	19.2
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	
<b>Derechos mencionados por las entrevistadas</b>		
“A planificar y a cuidarse”.	2	7.7
“A tener hijos”.	1	3.8
“A tener relaciones sexuales cuando lo desee”. “A no ser obligada a tener relaciones sexuales”	2	7.7
“A estar con quien quiera, y no tener relaciones sexuales con quien no desea”.	1	3.8
“A decidir sobre su propio cuerpo”	1	3.8

**Nota:** (1) DSSR: Derechos de Salud Sexual y Reproductiva.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Cuadro 3. Definición de sexualidad de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Definición de sexualidad</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
“Tener relaciones sexuales”.	14	53.8
“Tener una pareja”.	4	15.4
“Género masculino y femenino”.	1	3.8
“Abarca las ITS y la planificación”.	1	3.8
“Todo lo que tiene que ver con salud y reproducción sexual”.	1	3.8
No sabe	6	23
<b>TOTAL</b>	<b>27<sup>(a)</sup></b>	

**Nota:** (a) El resultado difiere del total debido a que en uno de los casos las respuestas fueron varias.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Cuadro 4. Razón de la primera relación sexual de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Razón de la primera relación sexual</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Tener un deseo, o por satisfacción personal.	13	50
Su pareja se lo pidió o la indujo.	2	7.7
Rebeldía contra los padres.	2	7.7
Por experimentar	2	7.7
Ya se había casado, o se iba a casar.	3	11.5
Porque tenía estabilidad con su pareja.	1	3.8
Momento imprevisto.	1	3.8
“Cabeza caliente”	1	3.8
No contestó	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.



**Cuadro 5. Cuidados en las relaciones sexuales de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

Quién se cuida actualmente	Total	%
El hombre <sup>(1)</sup>	6	23
La mujer <sup>(2)</sup>	11	42.3
Ambos <sup>(3)</sup>	2	7.7
Ninguno	7	26.9
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Nota:** (1) Por diversas razones: “ella nunca se ha cuidado”; por decisión del varón; por ser la primera vez, y por problemas de sobrepeso en la mujer.

(2) Porque: “el condón le pica a su pareja”; el varón no aprueba la vasectomía; “la mujer es la responsable de la planificación”; y porque a la pareja no le gusta cuidarse.

(3) Para la protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Cuadro 6. Elección y frecuencia de las relaciones sexuales de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

Quién elige tener relaciones sexuales	Frecuencia de relaciones sexuales	Total	%
Ambos	2 a 3 veces por semana	19	73.1
El hombre	3 a 4 veces por semana	5	19.2
La mujer	3 a 4 veces por semana	1	3.8
Ninguno	-	1	3.8
<b>TOTAL</b>		<b>26</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009.

**Cuadro 7. Reacciones en las relaciones sexuales de las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Reacciones al tener relaciones sexuales</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Placer	22	84.6
Placer y molestia	2	7.7
Nada	2	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 8. Papel de la mujer en la relación de pareja, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Papel de la mujer en la relación de pareja</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Hacer de todo.	1	3.8
Esposa, amante, amiga.	3	11.5
Darle cariño y complacer a la pareja.	2	7.7
Estar en familia, ama de casa y administradora de las finanzas.	4	15.4
Tener iniciativa y ser comunicativa.	3	11.5
“Tantas cosas, porque se aguantan por los hijos”.	1	3.8
Preocuparse por la pareja, ser parte de ella y tenerles en cuenta.	5	19.2
Mantener la relación para que dure más.	1	3.8
No respondieron	8	30.7
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 9. Comunicación con la pareja, según las mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Comunicación con la pareja</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Muy buena. Hay confianza.	1	3.8
Excelente y de maravilla.	2	7.7
Buena	17	65.4
Normal	1	3.8
Regular	1	3.8
Mala <sup>(1)</sup>	2	7.7
No contestó	2	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Nota: (1)** Específicamente, en un caso, la entrevistada mencionó recibir puño y golpe por parte de su pareja; no obstante, se le puede considerar víctima de violencia doméstica o contra la mujer.

**Fuente:** Trabajo de campo. 2008-09

La sexualidad es un componente de la personalidad humana, que se manifiesta desde que nacemos y está presente a lo largo de toda la vida. Sin embargo, el significado social de tener relaciones sexuales para estas mujeres, depende de los contextos socioculturales en el que se produce su aprendizaje sexual, de tal forma que define la sexualidad de la siguiente manera:

El 53.8% de las mujeres definen la sexualidad (Cuadro 3) como el tener relaciones sexuales; el 15.4% la definen como tener pareja; el 3.8% la define como género masculino y femenino; un 3.8% la define como aquello que abarca las ITS y planificación familiar; otro 3.8% mencionó que la sexualidad es todo lo que tiene que ver con salud sexual y reproductiva; en

tanto que el 23% dijo no saber o definir el término. Cabe decir, que existe una evidente falta de educación sexual, debido al limitado manejo del concepto de sexualidad, atribuyéndola exclusivamente, al tener relaciones sexuales. Es importante dejar en claro que éste es solo una parte de la sexualidad, la cual abarca también otras dimensiones como el sexo, las identidades, los papeles de género, el placer, la vinculación afectiva, el erotismo, la reproducción, entre otros.

La primera relación sexual en este grupo de mujeres se dió entre las edades de 15 a 19 años y se da por las siguientes razones (Cuadro 4): el 65.4% tenía un deseo o satisfacción personal (es notorio la omisión de la vinculación afectiva -es decir, el establecimiento y desarrollo de relaciones interpersonales significativas con relación a su pareja- al inicio de vida sexual durante la adolescencia); un 11.5% porque ya se habían casado o se iban a casar; el 7.7% su pareja se lo pidió o la indujo; un 7.7% por rebeldía a los padres; otro 7.7% por experimentar; un 3.8% fue un momento imprevisto; otro 3.8% por tener “*la cabeza caliente*”; y un 3.8% no contestó. Cabe destacar, que en uno de los casos, la primera relación sexual fue producto de una violación sexual (ocurrido a los 11 años); no obstante, posteriormente, al los 14 años, inicia por voluntad propia (aceptación de la mujer) una vida sexual activa.

Las relaciones sexuales están ligadas a la decisión de la pareja. Respecto a quien se cuida (hasta el momento de la entrevista) (Cuadro 5), el 42.3% es la mujer quien se cuida (debido a que: en uno de los casos, por cuestiones psicológicas por parte de la pareja o el vencimiento o mal uso del preservativo, se consideró que *“el condón le pica a su pareja”*; también porque la planificación es responsabilidad de la mujer; a la pareja no le gusta cuidarse; la pareja no aprueba la vasectomía, considerando estos últimos como un reflejo de la masculinidad hegemónica); el 23% mencionó que es el hombre quien se cuida debido a que: la mujer nunca se ha cuidado, la pareja (el hombre) tomó la decisión, por ser la primera vez (relación sexual) de la mujer, por problemas de sobrepeso de la mujer (específicamente en este caso, por recomendación médica se le prohibió el uso de anticonceptivos artificiales, debido a los problemas físicos o de salud existentes). Un 7.7% son ambos quienes se cuidan, especificando que es para protección contra las ITS; el 26.9% mencionó que ninguno de los dos se cuidan (aclarando que en un 11.5% de éstos, en algún momento de su actividad sexual utilizaron algún método anticonceptivo).

Correspondiente a la elección de tener relaciones sexuales y su frecuencia (Cuadro 6), en un 73% son ambos quienes eligen aproximadamente de 2 a 3 veces por semana; seguido de un 19.2% donde es el hombre (pareja) quien lo

elige de 3 a 4 veces por semana. Un 3.8% es la mujer quien elige tener relaciones sexuales de 3 a 4 veces por semana; y otro 3.8% ninguno lo elige y no se mencionó la frecuencia de la actividad sexual. Por lo tanto (Cuadro 7), el 84.6% manifiesta sentir placer al momento de ésta; un 7.7% siente placer y molestia; y otro 7.7% no siente nada. Generalmente, hay una aceptación por parte de la mujer en las relaciones sexuales.

Al hablar del papel de la mujer en la relación de pareja (Cuadro 8), el 15.4% considera que es el estar en familia, ama de casa y administradora de las finanzas; un 11.5% es ser esposa, amante y amiga; otro 11.5% es tener iniciativa y ser comunicativa; un 19.2% es el preocuparse por la pareja, ser parte de ella y tenerles en cuenta. Un 7.7% considera que es darle cariño a la pareja y complacerla. En un 11.5% se agruparon los siguientes: hacer de todo, mantener la relación para que dure más, y *“tantas cosas que se aguantan por los hijos”*. Cabe mencionar que un 30.8% no respondió. Sin duda alguna, es en la mujer donde recae la responsabilidad de mantener la relación de pareja, aún cuando debe ser de ambas partes.

La comunicación como parte fundamental en la relación de pareja (Cuadro 9), el 65.4% la consideró buena; un 3.8% muy buena y existe la confianza; un 7.7% excelente y de maravilla; 3.8% normal; otro 3.8% regular; un 7.7%

mala (en uno de los casos, la entrevistada manifestó recibir puño y golpes, de manera que es víctima de violencia doméstica.

La sexualidad es un término muy complejo que involucra no sólo a las relaciones sexuales, sino también una visión del mundo y una relación con él desde el ser como persona y que forma parte fundamental de la personalidad.

La sexualidad y la reproducción son dos cosas distintas aunque se interrelacionan; la primera se da durante toda la vida, en cambio la segunda ocurre durante un periodo de tiempo donde se es fértil (se puede tener hijos).

**Cuadro 5. Sexualidad y embarazo, según el uso y clasificación de los métodos anticonceptivos. Año 2009**

Uso y clasificación de los métodos anticonceptivos	TOTAL	Sexualidad y embarazo																					
		Cuidado en la Relación sexual					Nº de embarazos				Causa del último embarazo			Reacción frente al embarazo									
		Total	Ella	Él	Ambos	Ninguno <sup>(1)</sup>	Total	1 a 2	3 a 4	5 y más	Total	Planificado	Falla M.A	Descuido	Reacción de la mujer				Reacción de la pareja o fiar.				
															Total	Alegría	Normal	Sorpresa	Indiferencia	Total	Alegre	Normal	No Recomendó
<b>Total</b>	26	26	12	6	2	6	26	13	11	2	26	6	5	15	26	9	5	10	2	26	9	8	9
<b>SI</b>	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>NO</b>	3	3	-	-	-	3	3	2	1	-	3	-	-	3	3	1	2	-	-	3	1	2	-
<b>(1) En algunos de los casos se utilizaron en algún momento de su actividad sexual un método anticonceptivo, los cuales se registraron en este cuadro; sin embargo, al momento de la entrevista se mencionó que ninguna de las partes se cuidaba.</b>																							
<b>Método Natural</b>	1	1	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-
<b>Método Artificial</b>	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Hormonales</b>	12	12	7	2	2	1	12	5	6	1	12	4	2	6	12	5	4	2	1	12	6	4	2
<b>De Barrera y/o DIU</b>	10	10	5	4	-	1	10	6	3	1	10	2	3	5	10	2	-	7	1	10	2	2	6

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**



Actualmente, los métodos anticonceptivos se han hecho accesible a la población sexualmente activa; por ello, al analizar el uso de éstos, el 88.4% usa algún método anticonceptivo (natural o artificial), en contraste con un mínimo de 3 (11.5%) que no lo usan. Entre las que usan, un 84.6% utilizan los métodos anticonceptivos artificiales (46.1% utiliza los hormonales y el 38.4% los de barrera y/o DIU); en 1 solo caso se utiliza el método natural coitus interruptus.

Generalmente, en un 46.1% es la mujer quien se cuida en la relación sexual; seguido de un 23% donde quien se cuida es la pareja, a pesar que en algún momento era la mujer quien utilizaba un método anticonceptivo artificial, el cual le produjo efectos y consecuencias adversas a su condición física.

Es importante mencionar que estas mujeres que han tenido algún tipo de aborto, el 50% ha tenido de 1 a 2 embarazos; un 42.3% ha tenido de 3 a 4 embarazos y en 2 casos han tenido 5 y más embarazos. Sin embargo, a pesar de usar algún método anticonceptivo, se mencionan algunas causas probables por las cuales ocurre el último embarazo: en un 57.6%, el embarazo se produce por un descuido en el momento de tener relaciones sexuales, seguido de un 23% que fue planificado, y en un 19.2% donde falló el método anticonceptivo. Cuando se produce el embarazo se dan una serie de reacciones frente a éste, por parte de la mujer y de su pareja o familia.

Respecto a la mujer, el 38.4% se sorprendió ante la noticia y esto debido a que el embarazo se conoce una vez que se produce el aborto y acude a la institución hospitalaria a recibir atención médica; el 34.6% se sintió alegre; un 19.2% lo tomó como algo normal, y sólo en 2 casos se fue indiferente ante esta noticia. Por otro lado, la reacción tanto de la pareja o familia fue la siguiente: el 34.6% se sintió alegre ante la noticia, en contraste a otro 34.6% donde la mujer no respondió respecto a la reacción de éstos, y un 30.7% que lo tomaron como normal.

**Cuadro 6. Definición de la maternidad según la edad de la mujer y la responsabilidad de un embarazo no deseado. Año 2009**

Responsabilidad de un embarazo no deseado	TOTAL	Definición de la maternidad																	
		Algo lindo, y Cuidado del bebé						Papel de la mujer y Responsabilidad					No sabe						
		Total	Menos de 18	18 a 22	23 a 27	28 a 32	33 a 37	Total	Menos de 18	18 a 22	23 a 27	28 a 32	33 a 37	Total	Menos de 18	18 a 22	23 a 27	28 a 32	33 a 37
<b>Total</b>	<b>26</b>	15	3	2	6	2	2	7	-	3	3	1	-	4	1	2	-	1	-
<b>La mujer</b>	<b>11</b>	7	2	-	2	1	2	3	-	1	2	-	-	1	1	-	-	-	-
<b>El hombre</b>	<b>3</b>	2	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ambos</b>	<b>12</b>	6	-	2	3	1	-	3	-	1	1	1	-	3	-	2	-	1	-

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

En cuanto a la maternidad se presenta lo siguiente: el 57.6% (de los cuales un 23% se ubican entre las edades de 23 a 27 años), considera a la maternidad como algo lindo y el cuidado que se tiene al bebé; mientras que un 26.9% (en el que un 23% entre los 18 y 27 años) dijo que es el papel de la mujer y una gran responsabilidad; en cambio, un 15.3% (entre las que tienen menos de 18 años y 22 años) no sabe, considerando el hecho de que el 23% de ellas aún no tienen hijos (as), pero a pesar de ello, han tenido un embarazo lo cual pudo significar el haber tenido un sentimiento maternal.

En cambio, al hablar de embarazo no deseado como antesala al aborto, el 46.1% de estas mujeres principalmente, las de 18 a 27 años consideran que el embarazo no deseado es responsabilidad de ambos (hombre y mujer); mientras que un 42.3% en todos los rangos de edades, menos en las de 18 a 22 años consideran que es responsabilidad exclusiva de la mujer; y por último un 7.6% consideraron que es responsabilidad del hombre.

**Maternidad y embarazo deseado y no deseado en mujeres que acudieron al servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás.**

**Cuadro 1. Causa del último embarazo de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Causa del último embarazo</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Planificado o deseado	5	19.2
Falla del método anticonceptivo	5	19.2
No se cuidó	5	19.2
Descuido <sup>(1)</sup>	7	26.9
No se cuida	3	11.5
Prescripción médica <sup>(2)</sup>	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Nota:** (1) Se mencionan: el olvidar tomarse las pastillas anticonceptivas, y el atrasarse 7 días para inyectarse.

(2) La paciente tenía 7 años utilizando un método anticonceptivo artificial, y el médico le recomendó dejar su uso.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 2. Reacción frente al embarazo de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Reacción de la mujer frente al embarazo</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Feliz, alegre, contenta o emocionada	9	34.6
Desconocía el embarazo <sup>(1)</sup>	8	30.7
Normal	5	19.2
Sorprendida (falló el método anticonceptivo)	2	7.7
Nada	1	3.8
Mal	1	3.8
Miedo a sus padres	1	3.8
Se entera del embarazo un día antes del aborto	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>28 <sup>(a)</sup></b>	

**Nota:** (1) Se enteran del embarazo, una vez ingresada al hospital producto de un aborto.

- (a) El total difiere del número de mujeres entrevistadas debido a que en uno de los casos se dio varias opciones.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 3. Primera persona en comunicar el embarazo, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>1ª persona en comunicar el embarazo</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Esposo / pareja	11	42.3
Madre	3	11.5
Hermanos	2	7.7
Jefa <sup>(1)</sup>	1	3.8
Al papá del bebé <sup>(2)</sup>	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>18 <sup>(a)</sup></b>	

**Nota:** (1) La entrevistada aseguró que la jefa se encontraba con ella en el momento en que recibía los resultados del examen.

(2) Esta entrevistada mencionó que su pareja (el papá del bebé) la abandonó a los dos meses de embarazo.

(a) El total difiere del número de entrevistadas, debido a que las restantes desconocían el embarazo.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 4. Reacción ante el embarazo de la pareja y familia de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Reacción ante el embarazo</b>	<b>Pareja</b>	<b>%</b>	<b>Familia</b>	<b>%</b>
Feliz, contentos, emocionados	8	30.7	7	26.9
Normal	4	15.4	5	19.2
Sorprendidos	2	7.7	1	3.8
Bien	1	3.8	1	3.8
No le informó a la familia	2	7.7	-	-
“Qué se va a hacer si salió embarazada”	1	3.8	-	-
“¿Puedes tener al bebé?”	-	-	1	3.8

No respondió	2	7.7	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>20<sup>(a)</sup></b>	<b>76.9</b>	<b>15<sup>(b)</sup></b>	<b>57.7</b>

**Nota:** (a) Fueron 18 pacientes las que comunicaron el embarazo una vez conocido éste, sin embargo, en un caso se dieron dos opciones, referente a la reacción de la pareja.

(b) Generalmente, hace referencia a la familia por parte de la mujer, pero se incluye en menor grado a la familia por parte de la pareja.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 5. Apoyo de la pareja y familia durante el embarazo, de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Apoyo de la pareja y la familia durante el embarazo</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
SI (familia y pareja)	15	57.7
NO <sup>(1)</sup>	1	3.8
No respondió	10	38.4
La paciente aseguró no asistir a las citas médicas	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>27<sup>(a)</sup></b>	

**Nota:** (1) En este caso, la paciente mencionó no tener apoyo de su familia, en cambio sí recibió el apoyo por parte de su pareja.

(a) Ver el numeral (1)

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 6. Responsable de un embarazo no deseado, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Responsable de un embarazo no deseado</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>1. Ambos</b>	2	7.7
Deben cuidarse y planificar. El embarazo se concibe entre ambos.	3	11.5
Por no estar consciente de lo que ocurriría. Tienen que estar pendiente para evitarlo.	2	7.7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De ambos es la decisión.</li> <li>• Si están juntos.</li> </ul>	3	11.5
Él puede usar el condón, y ella puede usar un método anticonceptivo.	1	3.8
Ambos, pero ella en cuanto a la manera de ser educada e informada acerca de la sexualidad.	1	3.8
La mujer se cuida, pero los métodos no funcionan.	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>50</b>
<b>2. La mujer</b>	1	3.8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es consciente de lo ocurrido.</li> <li>• Es quien decide tenerlo o no.</li> </ul>	2	7.7
“Si no quiere tener un hijo, porqué va a quedar encinta.”	1	3.8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no tiene una pareja estable.</li> <li>• Por algún problema familiar.</li> </ul>	2	7.7
Es la que pasa los páramos.	1	3.8
“Ya sea porque la mujer quiere traer un bebé al mundo y la pareja no lo desea, o viceversa. La mujer debe cuidarse. El hombre cuando quiere se va y la deja.”	4	15.4
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>42.3</b>
<b>3. El hombre</b>	1	3.8
No de ella, porque ella se cuida.	1	3.8
La mujer nunca rechazaría a su hijo.	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>11.5</b>

**Nota:** El total difiere del número de mujeres entrevistadas debido a que en una ocasión se dieron varias opciones.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 7. Definición de maternidad, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Definición de maternidad</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es algo lindo / bonito.</li> <li>• Es bonito por el hecho de ver nacer un hijo.</li> </ul>	5	19.2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es algo lindo, pero se pasa páramos.</li> <li>• Cuando el bebé es deseado, es algo lindo.</li> </ul>	2	7.7
Un papel que juega la mujer; es una gran responsabilidad y a la vez hermosa. Es todo.	4	15.4
Es estar con su hijo y cuidarlo.	2	7.7
Es un don y milagro.	1	3.8
Es algo que da fuerza para salir adelante por sus hijos, ya que ellos son una bendición de Dios.	1	3.8
No solo es darle tetita, es tenerle todo listo y ser una excelente madre.	1	3.8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es difícil por poca experiencia.</li> <li>• Experiencia que se aprende a vivir; no es fácil y cambia al pasar el tiempo.</li> </ul>	2	7.7
Es el sentimiento más lindo que una mujer puede tener.	1	3.8
Vínculo de la madre con su bebé, durante el embarazo, el nacimiento y el crecimiento.	1	3.8
Traer un bebé al mundo y darle una buena educación y no abandonarlos.	1	3.8
No tiene definición, se da el todo por el todo. Se deja de uno mismo para estar pendiente de su hijo (a).	1	3.8
No sabe	4	15.4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo. 2008-09

Se entiende como un embarazo deseado a aquel que es planificado y/o anhelado por parte de la mujer y su pareja. Y se considera al embarazo no deseado al que es concebido por alguna circunstancia accidental o por la



insolvencia sexual tanto del hombre como de la mujer; es la antesala al aborto.

Correspondiente a las causas del último embarazo en este grupo de mujeres (Cuadro 1) se encuentran: el 19.2% fue planificado y/o deseado; un 46.2% por descuido o no cuidarse; el 19.2% fue debido a la falla del método anticonceptivo, y un 3.8% por seguir indicaciones médicas suspendiendo el uso de anticonceptivos. Es importante destacar el hecho de que un 30.8% desconocía el embarazo (se enteran de éste, una vez ingresada al hospital para recibir atención médica producto de un aborto); de esta manera, queda claro el desconocimiento de su propio cuerpo por parte de estas mujeres.

Ante el embarazo, éstas fueron las reacciones en las mujeres (Cuadro 2):

- El 34.6% se sintió feliz, alegre, contenta o emocionada;
- Un 19.2% lo tomó como algo normal;
- El 7.7% sorprendida debido a la falla del método anticonceptivo;
- Un 3.8% no sintió nada, 3.8% tuvo miedo a sus padres, 3.8% se sintió mal y otro 3.8% se entera del embarazo un día antes del aborto.

Vale decir (Cuadro 3), que el 42.3% de las mujeres que conocían el embarazo lo comunicaron inmediatamente a su pareja; un 11.5% a su madre; un 7.7% a sus hermanos, un 3.8% a su jefa y un 3.8% al que la embarazó. En este punto

es fundamental tomar en cuenta la comunicación verbal (abierta o cerrada) que hay con la pareja.

Por otro lado, la reacción por parte de la pareja y la familia ante el embarazo (Cuadro 4) fue la siguiente: el 30.7% y el 26.9% de la pareja y familia respectivamente, se sintieron felices, contentos o emocionados. Un 15.4% (pareja) y 19.2 (familia) lo tomó como normal. La pareja y la familia se sorprendieron con un 7.7% y 3.8% respectivamente. Un 3.8% para ambas partes reaccionaron bien. El 7.7% no le informó a su familia del embarazo. En un 3.8% la pareja reaccionó con una exclamación “*¡Qué se va a hacer, si salió embarazada!*”; mientras que en otro 3.8% es la familia quien reacciona con una pregunta “*¿Puedes tener al bebé?*”. En cambio, un 7.7% no respondió. Cabe señalar (Cuadro 5), que el 57.7% de las entrevistadas recibieron apoyo tanto de su pareja como de su familia durante el embarazo; solamente un mínimo de un 3.8% no recibió apoyo de ninguna de las partes.

Ante la responsabilidad de un embarazo no deseado (Cuadro 6), el 50% mencionó que ésta es de ambos, seguido de un 42.3% que responsabiliza a la mujer y un 11.5% al hombre. Sin duda alguna, la mujer tiene la idea de que la reproducción es exclusiva de ella (por ser quien sale embarazada) y no del hombre.

Cabe señalar, que el embarazo va a depender del contexto psico-social en que se produce, para que pueda ser un episodio mucho más feliz (deseado), o uno desdichado (no deseado).

La maternidad como cara productiva del poder en relación al aborto, es fundamental para analizar el imaginario social de estas mujeres.

Un 30.7% considera la maternidad (Cuadro 7) como algo lindo y tomando en cuenta si el embarazo es deseado. Un 15.4% la ve como un papel que juega la mujer y una gran responsabilidad. El 26.9% la relaciona con el cuidado de sus hijos (as); mientras que un 11.5% consideró que es una experiencia difícil, pero se aprende a vivir.

Correspondiente a la maternidad, el significado social del nuevo ser que tenga la mujer es fundamental para determinar si el embarazo lo ve como “un problema” (físico: síntomas del embarazo; económico: cómo mantener a la criatura; psico-social: problema con la pareja), o como “un ser humano que se está formando en su vientre”. El significado que le da a su maternidad (y tomando en cuenta su propia personalidad), dependerá de la valoración según el ambiente facilitador para su embarazo, y del contexto social del cual forma parte; es decir, si su ambiente inmediato (pareja, familia, amigos, padre del bebé) o grupo social al que pertenece, refuerzan en ella la idea de que la maternidad es algo positivo, será a favor de ésta; o viceversa, es algo

negativo, dará como resultado un posible aborto, o rechazo y renuncia a la criatura entregándola en adopción.

**Cuadro 7. Distribución de la muestra por aborto, según la edad de la mujer. Año 2009**

Edad de la mujer	TOTAL	Aborto													
		Información de aborto			Definición de aborto			N° de abortos			Sentimiento por el aborto				
		Total	SI	NO	Total	Interrupción del embarazo	No sabe	Otros <sup>(1)</sup>	Total	1	2	Total	Tristeza	Dolor físico	Otros <sup>(2)</sup>
<b>Total</b>	26	26	10	16	26	9	12	5	26	19	7	26	16	3	7
<b>Menos de 18</b>	4	4	-	4	4	-	4	-	4	4	-	4	3	1	-
<b>18 a 22</b>	7	7	3	4	7	4	2	1	7	5	2	7	5	1	1
<b>23 a 27</b>	9	9	4	5	9	3	4	2	9	6	3	9	5	-	4
<b>28 a 32</b>	4	4	2	2	4	1	1	2	4	4	-	4	2	-	2
<b>33 a 37</b>	2	2	1	1	2	1	1	-	2	-	2	2	1	1	-

**Nota:** (1) Entre otras definiciones de aborto consideradas por las mujeres están: “el aborto es una amenaza; es un pecado y asesinato; es el no deseo de tener un bebé”.

(2) Otros sentimientos por el aborto expresados por estas mujeres se encuentran: preocupación, susto, tranquilidad, normalidad e indiferencia.

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

De acuerdo a este cuadro, el 38.5% le han dado información acerca del aborto; en cambio la mayoría (un 61.5%) nunca habían recibido información sobre éste; es importante señalar que las 4 menores de 18 años se encuentran en este grupo que desconocen lo referente al aborto. Por lo tanto, con información o no de aborto, el 34.6% definen el aborto como “*la interrupción del embarazo*”, de las cuales el grupo etáreo de 18 a 27 años (un 26.9%) lo consideran así; mientras que el 46.1% que son la mayoría, no saben el significado del término; y 19.2% (generalmente entre los 23 a 32 años) definen el aborto de otra manera expresa en el numeral (1) del cuadro 7.

Un aspecto esencial es conocer los números de abortos que han tenido estas mujeres, de tal manera que: el 73% habían experimentado su primer aborto, específicamente, en todas las mujeres pertenecientes a los grupos menor de 18 años y el de 28 a 32 años de edad; mientras que un 27% ya han tenido 2 abortos.

A raíz del aborto, se presentaron una serie de sentimientos en las que se da a mayor escala la tristeza con un 61.5% en las mujeres en todos los grupos etáreos, seguido de un 26.9% con otros sentimientos expresados en el numeral (2) del cuadro 7 y que recaen entre las edades de 18 a 32 años; mientras que otro 11.5% desde las menores de 18 años hasta los 22 años sintieron dolor físico.

**Cuadro 8. Imaginario social del aborto, según la edad de la mujer. Año 2009**

Edad de la mujer	TOTAL	Imaginario social del aborto									
		Responsable de un aborto				Vista del aborto			Decisión más importante		
		Total	Mujer	Ambos	Otros <sup>(1)</sup>	Total	Algo permitido	Siga siendo prohibido	Total	1 <sup>(a)</sup>	2 <sup>(b)</sup>
<b>Total</b>	26	26	18	3	5	26	3	23	26	11	15
<b>Menos de 18</b>	4	4	3	-	1	4	-	4	4	2	2
<b>18 a 22</b>	7	7	4	2	1	7	-	7	7	1	6
<b>23 a 27</b>	9	9	7	1	1	9	2	7	9	5	4
<b>28 a 32</b>	4	4	2	-	2	4	1	3	4	3	1
<b>33 a 37</b>	2	2	2	-	-	2	-	2	2	-	2

**Nota:** (1) Entre otros responsables se hizo mención de los médicos; además hubo ocasión en que la respuesta fue ninguno o no respondió.

(a) “Que la mujer decida sobre su propio cuerpo y tenga acceso a un aborto seguro”.

(b) “Que la mujer continúe con el embarazo aún no deseándolo”.

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

Considerando al aborto como un problema social y penalizado en nuestra sociedad se deduce lo siguiente: la mayoría (el 69.2%) aseguraron que es la

mujer la responsable de un aborto, mientras que el 19.2% consideraron que la responsabilidad recae en otros (ver numeral (1) del cuadro 8); en cambio, un 11.3% entre las edades de 18 a 27 años dijeron que tanto el hombre como la mujer son responsables de un aborto.

Un punto interesante en analizar, es la visión o el imaginario de estas mujeres respecto al aborto: el 88.4% en todos los grupos de edades aseguraron que el aborto debe seguir siendo prohibido, aunque un 42.3% entre 23 a 32 años apelan a que la mujer decida sobre su propio cuerpo y tenga acceso a un aborto seguro; mientras que el 11.5% entre 23 a 32 años, afirmaron que el aborto debe ser algo permitido; en cambio, el 57.6% en todos los grupos etáreos consideraron que la decisión más importante es que la mujer continúe con el embarazo aún no deseándolo.

**Imaginario social del aborto de las mujeres que acudieron al servicio de  
post-aborto del Hospital Santo Tomás.**

**Cuadro 1. Vida en el nuevo ser, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Vida en el nuevo ser</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Desde el principio	6	23
Cuando es fecundado el óvulo	3	11.5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde el momento del embarazo.</li> <li>• Cuando la mujer se entera del embarazo.</li> </ul>	3	11.5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde el primer mes.</li> <li>• Cuando palpita/late el corazón.</li> </ul>	4	15.4
A los dos meses. (“Porque se siente una bola adentro”)	2	7.7
A los cuatro meses. (“Ya está formado; y se siente”)	2	7.7
A los tres meses	2	7.7
A los seis meses porque se siente y se mueve.	1	3.8
“Cuando parece un porotito”	1	3.8
“Cuando siente sus movimientos”	1	3.8
Después de las dos semanas	1	3.8
No sabe	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>27<sup>(a)</sup></b>	

**Nota: (a)** El total difiere del número de mujeres entrevistadas debido a que en uno de los casos se dio varias opciones.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009



**Cuadro 2. Concepción de aborto, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>¿Qué es el aborto?</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Perder al bebé. Pérdida del feto.	5	19.2
Cuando un embarazo se interrumpe.	1	3.8
Es una expulsión.	1	3.8
Es un pecado y un asesinato. <sup>(1)</sup>	2	7.7
Es algo natural. <sup>(2)</sup>	1	3.8
“Cuando no se desea tener un (a) hijo (a).”	2	7.7
Es la muerte de un niño (a) no nacido (a).	1	3.8
“Es una amenaza.”	1	3.8
Se clasifican en espontáneos y criminales.	1	3.8
Desprendimiento de algo.	1	3.8
No sabe	12	46.2
<b>TOTAL</b>	<b>28<sup>(a)</sup></b>	

**Nota:** (1) Cuando el aborto es provocado.

(2) Cuando el aborto es espontáneo.

(a) El total difiere del número de mujeres debido a que en dos de los casos se dieron varias opciones.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 3. Pensamiento u opinión del aborto de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>¿Qué piensa u opina del aborto?</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Es un sentimiento triste y desanimado y es algo feo.	7	26.9
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es algo malo. <sup>(1)</sup></li> <li>• Es malo porque se “desearía tener un hijo, y dolor cuando lo muestran.”</li> </ul>	3	11.5
Es algo que no se debe hacer.	2	7.7
Es algo que Dios manda; si no nace por algo será.	1	3.8
Hay abortos que son necesarios médicamente.	1	3.8
“no comparto el aborto provocado.”	1	3.8
No debe existir a menos de no ser accidental.	2	7.7
Si es espontáneo no se puede hacer nada.	1	3.8
“Es algo horrible, no se lo deseo a nadie ”	1	3.8
Es feo y más doloroso que el parto.	2	7.7
El bebé en formación es inocente de los actos de los padres.	1	3.8
Hay unas mujeres que se lo practican.	1	3.8
Es algo peligroso y hay que planificar.	1	3.8
Se da por accidente o por la situación de la mujer.	1	3.8
No sabe	2	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>27</b> <sup>(a)</sup>	

**Nota: (1)** Cuando es provocado.

**(a)** El total difiere del número de mujeres entrevistadas, debido a que en un caso se dieron varias opciones.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 4. Conocimiento de las consecuencias del aborto, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Conocimiento de las consecuencias del aborto</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No	11	42.3
Sí	15	57.7
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	
<b>Consecuencias conocidas</b>		
Muerte (mortalidad materna)	7	26.9
Esterilidad/infertilidad	7	26.9
Infecciones	3	11.5
Cáncer	1	3.8
Consecuencias físicas (dolor)	1	3.8
Problemas en la matriz	2	7.7
“La mujer no queda igual”	1	3.8
Traumas psicológicos	1	3.8

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 5. Posibles causas para que una mujer decida someterse a un aborto, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Posibles causas para que una mujer decida someterse a un aborto.</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Por no desear al bebé.	7	26.9
Problemas económicos: pobreza, falta de dinero, no trabajar.	7	26.9
Problemas con la pareja. <sup>(1)</sup>	9	34.6
“Lo hacen por hacerlo.”	1	3.8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por sinvergüenzura</li> <li>• “Si pudo tener sexo, pudo tener a su hijo.”</li> </ul>	2	7.7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por la edad: no hay desarrollo personal. <sup>(2)</sup></li> <li>• Inmadurez e inexperiencia. Y cobardía</li> </ul>	4	15.4
Por el estrés y la presión.	1	3.8
Por tener muchos hijos (as).	1	3.8
Por miedo a los padres y al qué dirán.	3	11.5

Por no querer responsabilidad y no sentirse capaces de afrontarlo.	1	3.8
Por irresponsables	1	3.8
La pareja no desea los hijos y la induce al aborto.	1	3.8
Por violación	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>39<sup>(a)</sup></b>	

**Nota:** (1) Tales como: no conocer al padre de la criatura; inestabilidad con la pareja (o no estar con ésta); no recibir apoyo; presión de la pareja; relaciones que no funcionan y por no estar con una pareja responsable.

(2) Se mencionó que: “si se es joven, no se desea amarrarse a un bebé.”

(a) El total difiere del número de mujeres, debido a que en varios casos se refirieron a diversas causas.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 6. Sentimiento de aborto en las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Sentimiento por el aborto</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Tristeza y mal	16	61.5
Dolor físico: que se iba a morir	3	11.5
“Asustada y triste, aunque no era buscado.”	1	3.8
Susto y preocupación	1	3.8
Tranquila. “El bebé venía con malformaciones “	1	3.8
Pensó en no tener otro hijo (a).	1	3.8
Asombrada, normal	1	3.8
Nada	1	3.8
No contestó	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 7. Reacción de la pareja y familia, ante el aborto de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Reacción ante el aborto</b>	<b>Pareja</b>	<b>%</b>	<b>Familia</b>	<b>%</b>
Tristeza y mal	17	65.4	16	61.5
Desconocían el aborto	2	7.7	3	11.5
Normal	-	-	1	3.8
Deseaba el aborto	1	3.8	-	-
Sorprendidos	1	3.8	1	3.8
Resignación	1	3.8	1	3.8
Con anticipación temían la pérdida.	1	3.8	1	3.8
Dolor (madre) y molesto (padre)	-	-	1	3.8
No respondió	-	-	2	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>23<sup>(a)</sup></b>	<b>88.5</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**Nota:** En uno de los casos se mencionó que: “el hombre casi nunca demuestra sus sentimientos en estos casos.

(a) Es el número de mujeres con pareja hasta el momento de la entrevista.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 8. Responsable de un aborto, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Responsable de un aborto</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>1. La mujer</b>	3	11.5
Ella es quien decide tenerlo o no. <sup>(1)</sup>	6	23
Es la única responsable de su cuidado. No se cuida	4	15.4
Por no informar con anticipación lo que ocurre.	1	3.8
“Porque es ella la que se lo sacó.”	1	3.8
Hay muchos anticonceptivos y no lo utilizan.	1	3.8
La mujer, pero si hay personas que la inducen, también son responsables.	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>65.4</b>
<b>2. Ambos</b>	1	3.8
Una de dos: uno quiere un hijo (a) y el otro no.	1	3.8
Por la mujer escuchar a la pareja.	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>11.5</b>
<b>3. El hombre:</b> no ayuda a la mujer, ni se hace cargo del mantenimiento del hogar.	1	3.8

<b>4. Los médicos:</b> por no atender como deben.	1	3.8
<b>5. Ninguno</b>	1	3.8
Depende de la condición	1	3.8
No respondió	2	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>23</b>

**Nota:** (1) En este punto se hizo mención a que: “a los hombres, esas cosas no le importan.” Es la mujer quien decide a pesar de lo que diga la pareja.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 9. Visión del aborto y decisión más importante, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Vista del aborto</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1. Como algo permitido		
Si es por violación	1	3.8
Depende la situación	1	3.8
Uno es quien decide tenerlo. Y ver si se puede brindar lo que la criatura necesita.	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>11.5</b>
2. Como algo que siga siendo prohibido por la sociedad.	22	84.6
Sin causa alguna	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>88.5</b>
<b>Decisión más importante</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1. Que la mujer decida sobre su propio cuerpo y tenga acceso a un aborto seguro.	9	34.6
Para que no regalen a la criatura.	1	3.8
Para qué tener a una criatura sin darle el amor que merece.	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>42.3</b>
2. Que continúe con el embarazo aún no deseándolo.	11	42.3
Lo puede dar en adopción.	2	7.7
La criatura no tiene la culpa.	1	3.8
Si ella tiene vida, por qué no le puede dar vida al bebé.	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>57.7</b>

**Fuente:** Trabajo de campo. 2008-09

En el tema de educación sobre el aborto, el 38.5% ha recibido en algún momento información referente a éste; mientras que el 61.5% no. Por lo que esta falta de información repercutirá en todas las significaciones sociales del aborto en este grupo de mujeres.

Es importante conocer el imaginario de lo que cada mujer (que fue entrevistada) considera ser el momento que inicia la vida en el nuevo ser (Cuadro 1), el 46.2% considera que es desde el principio, o sea, desde el momento del embarazo, cuando el óvulo es fecundado. Un 15.4% considera que es desde el primer mes cuando palpita el corazón; 7.7% a partir de los 2 meses; 7.7% a los 3 meses y otro 7.7% a los 4 meses. Un 3.8% a los 6 meses *“porque se siente y mueve”*. En un 11.5% se consideraron los siguientes: *“cuando parece un porotito”*, cuando siente sus movimientos después de las dos semanas. Un 3.8% mencionó no saber. Cabe decir, que hay información errónea por la falta de información veraz referente al embarazo en su proceso de organización celular.

Estas mujeres definen al aborto (Cuadro 2) como:

- La pérdida del bebé o expulsión del feto, debido a la interrupción del embarazo (34.6%).
- Un pecado o asesinato (cuando es provocado) (7.7%).
- Algo natural (cuando es espontáneo) (3.8%).

- Cuando no se desea tener un hijo (a) (7.7%).
- Es una amenaza (3.8%).
- Se clasifican en espontáneos y criminales (3.8%)

Sorprendentemente, el 46.2% mencionó no saber (o no definir) lo que es el aborto, aún cuando han pasado por éste.

Respecto a su opinión sobre el aborto (Cuadro 3): el 26.9% piensa que es un sentimiento triste y desanimado, es algo feo; el 19.2% opina que es algo malo (cuando es provocado) y no se debe hacer. Un 11.5% dijo que no debe existir a no ser accidental; un 7.7% considera que hay mujeres que se lo practican por la situación en la que se encuentran; otro 11.5% manifestó que es un dolor físico mayor que el parto. Y en un 23% se agruparon las siguientes opiniones: *“el aborto es algo que Dios manda, si no nace por algo será”*; *“hay abortos que son necesarios médicamente”*; *“el bebé en formación es inocente de los actos de los padres”*; *“es algo peligroso y hay que planificar”*.

En cuanto al conocimiento de las consecuencias de un aborto (Cuadro 4), el 42.3% mencionó no conocerlas, mientras que el 57.7% mencionaron las siguientes:

- Muerte materna (26.9%)
- Esterilidad/infertilidad (26.9%)
- Infecciones (11.5%)



- Problemas en la matriz (7.7%)
- Cáncer (3.8%)
- Dolor físico (3.8%), y
- Traumas psicológicos (3.8%)

Entre las posibles causas para que una mujer decida someterse a un aborto (Cuadro 5) están: un 34.6% por problemas con la pareja (tales como: no conocer al padre de la criatura, inestabilidad en la relación, no estar con la pareja, relaciones que no funcionan, y no estar con una pareja responsable); el 26.9% por no desear al bebé; otro 26.9% por problemas económicos; un 15.4% por la edad, inmadurez e inexperiencia; un 11.5% por miedo a los padres y al qué dirán; un 7.7% por “*sinvergüenzura*” (“*si pudo tener sexo, pudo tener a su hijo*”). En un 26.9% se agruparon estas posibles causas: “*lo hacen por hacerlo*”, por el estrés y la presión, por violación, por tener muchos hijos (as), por irresponsabilidad de la mujer, y porque la pareja no desea los hijos (as) y la induce al aborto.

Frente al aborto, éstas fueron las reacciones de las mujeres (Cuadro 6): el 65.4% se sintió triste y mal; un 11.5% sintió dolor físico (pensaba que se iba a morir); en un 19.2% se agruparon estas reacciones: susto y preocupación; tranquilidad (en este caso, el bebé venía con malformaciones); pensó en no

tener otro hijo; asombro y normalidad. En cambio, un 3.8% mencionó no sentir nada y otro 3.8% no contestó.

Tomando en cuenta a la pareja y a la familia ante su reacción frente al aborto (Cuadro 7), el 65.4% de las parejas y el 61.5% de las familias se sintieron triste y mal; el 7.7% y el 11.5% de las parejas y familias respectivamente, desconocían el aborto; un 3.8% de la familia lo tomó como algo normal; un 3.8% de la pareja deseaba el aborto; un 3.8% por ambas partes se sorprendieron, unos se resignaron y otros con anticipación temían la pérdida; en un 3.8% a la madre le dolió y el padre se molestó; mientras que un 7.7% no respondió.

Al considerar la responsabilidad de un aborto (Cuadro 8), fue sorprendente el hecho de que el 65.4% responsabiliza a la mujer, o sea, a ella misma, ya que es ella quien decide tenerlo o no a pesar de lo que diga la pareja; porque es la única responsable de su cuidado; por no informar con anticipación lo que ocurre; porque es ella quien se provoca el aborto; porque hay muchos anticonceptivos y no lo utilizan. En tanto que un 11.5% responsabiliza tanto al hombre como a la mujer. En cambio, el 15.4% responsabiliza a otros como: al hombre (por no ayudar a la mujer ni hacerse cargo del mantenimiento del hogar); a los médicos (por la mala atención médica); otros dependiendo cuál

sea la situación; en otro caso ninguno es el responsable; y un 7.7% no respondió.

El significado social del aborto en este grupo de mujeres es fundamental para determinar la visión y la decisión más importante en el problema del aborto.

De acuerdo a la visión del aborto (Cuadro 9), el 11.5% le gustaría ver el aborto como algo permitido (en el caso que si es por violación, o dependiendo la situación, o por la decisión de la mujer en tenerlo y si le puede brindar a la criatura lo que necesita). Mientras que el 88.5% le gustaría seguir viendo el aborto como algo que siga siendo prohibido por nuestra sociedad.

Sin embargo, un 42.3% mencionó que ante esta situación, la decisión más importante es que la mujer decida sobre su propio cuerpo y tenga acceso a un aborto seguro (ya sea para que no regalen a la criatura, o para que la criatura no tenga el amor que merece). Por otro lado, el 57.7% mencionó que la mejor decisión es continuar con el embarazo aún no deseándolo (por lo que lo pueden dar en adopción; la criatura no tiene culpa).

Haciendo énfasis en el sistema de interpretación, construcción, creación o invención de su propio mundo en estas mujeres; cabe mencionar, sin duda alguna, que existe un problema de conciencia y voluntad en sí misma, debido a que en su proceso de socialización (familiar e institucional) influido por factores externos (normas, valores, estigma social, espacio cerrado y privado,

mecanismos de identificación y modelamientos) han dado como resultado una contradicción entre lo que hace y lo que piensa que quiere y/o debe hacer, debido a que también existen valores preferidos y apoyados por la sociedad, y otros preferidos por las mujeres, pero amenazados.

Vale decir, que en cuanto a las dimensiones para abordar el problema del aborto (proyecto de vida, sexualidad, embarazo deseado o no deseado, el aborto y los servicios de atención post-aborto) existe una desvalorización por parte de la mujer, percibida de tal forma por situaciones vividas como ataques a su identidad y a los sistemas de prioridades para ambos géneros y sus diferencias, ejemplo: masculino (el hombre que embaraza); femenino (la mujer no desea el embarazo, y es quien practica el aborto). Estas diferencias entonces son imaginadas como amenazantes.

**Cuadro 9. Período de gestación y causa de aborto, según la edad de la mujer. Año 2009**

Edad de la mujer	TOTAL	Período de gestación y causa de aborto									
		Período de gestación				Causa de aborto					
		Total	Menos de 5 meses	5 Meses	Período desconocido	Total	Caída	Hemorragia	Desconocido	Otros <sup>(1)</sup>	No contestó <sup>(2)</sup>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>Menos de 18</b>	<b>4</b>	4	3	1	-	4	1	1	-	2	-
<b>18 a 22</b>	<b>7</b>	7	4	1	2	7	2	1	1	1	2
<b>23 a 27</b>	<b>9</b>	9	8	1	-	9	-	2	1	2	4
<b>28 a 32</b>	<b>4</b>	4	2	-	2	4	-	1	-	-	2
<b>33 a 37</b>	<b>2</b>	2	2	-	-	2	-	-	-	1	1

**Nota:** (1) Entre otras causas están: infección, salida del líquido fetal antes del tiempo, levantamiento de peso y mala alimentación.

(2) Entre las que no contestaron, se han considerado 2 entrevistadas que probablemente se provocaron al aborto: la primera, inconscientemente debido a la falta de conocimiento (se tomó un té de hierbas para reducir el nivel de cólicos recomendado por familiares. Es importante destacar que esta entrevistada es de la etnia Emberá Wounan); la segunda, por dejar dicho que tanto ella como su pareja no deseaban tener más hijos; aunque esta entrevistada no aseguró el haberse provocado el aborto.

**Fuente: Trabajo de campo 2008-2009.**

El período de gestación, las causas de aborto y el servicio post-aborto son elementos fundamentales respecto al aborto: en cuanto al período de

gestación, el 73% tenían menos de 5 meses (tiempo para considerar un aborto espontáneo o inducido) de los cuales el 30.7% se concentran entre las edades de 23 a 27 años, y solo un 11.5% tenían 5 meses y más (donde se puede considerar un óvito fetal que es cuando el feto muere dentro del vientre materno).

Entre las causas probables del aborto están: el 30.8% entre caída y hemorragia; 7.6% de causas desconocidas (los médicos no pudieron determinarlo); 26.9% de otras causas mencionadas en el numeral (1) del cuadro 9; mientras que la mayoría (un 34.6%) no contestaron, lo cual se ha considerado, en 2 de los casos, lo descrito en el numeral (2) del cuadro 9.

**Servicio de atención post-aborto del Hospital Santo Tomás, brindado a mujeres que acudieron producto de un aborto.**

**Cuadro 1. Atención psicológica y social de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Atención psicológica y social</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sí	-	-
No	26	100

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 2. Trato del personal de salud, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Trato del personal de salud</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Muy buena	2	7.7
Bien	16	61.5
Más o menos	3	11.5
Mal <sup>(1)</sup>	6	23
Horrible	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>28</b> <sup>(a)</sup>	

Nota: (1) Debido a la demora en la atención. Las entrevistadas dijeron lo siguiente: “Esperé 10 horas para ser atendida”. “Se le atiende a las mil y quinientas”.

(b) El resultado difiere del total de mujeres entrevistadas debido a que en uno de los casos ocurrió lo siguiente: el trato en urgencias fue más o menos, en la sala de operaciones mal, y en sala de recuperación (sala 23) bien.

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 3. Información sobre métodos anticonceptivos de las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Información sobre métodos anticonceptivos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No	23	88.5
Sí	3	11.5
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	
<b>Elección del método anticonceptivo</b>		
Ella	2	7.7
El médico	1	3.8

**Fuente:** Trabajo de campo 2008-2009

**Cuadro 4. Respeto a la privacidad y atención confidencial, según las mujeres que acudieron al servicio de post-aborto del Hospital Santo Tomás. Años 2008-2009**

<b>Respeto a la privacidad</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sí	25	96.2
No	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	
<b>Atención confidencial</b>		
Sí	23	88.5
Más o menos	1	3.8
No “Estaban varias personas y todo el mundo lo sabía”.	2	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	

**Fuente:** Trabajo de campo. 2008-09

El servicio post-aborto es el seguimiento y atención médica y psico-social de calidad asistencial y responsable, brindada a una mujer después de un aborto.



Por lo tanto, este servicio en el Hospital Santo Tomás –según el punto de vista de las entrevistadas- es el siguiente:

Durante la estadía en el hospital, estas mujeres no recibieron ningún tipo de atención psico-social (Cuadro 1) (vale hacer la salvedad, que como recompensa a las entrevistadas por brindar información, las entrevistadoras e investigadoras -una vez terminada la entrevista- brindaron una breve información referente al aborto, incluyendo los métodos anticonceptivos como medida de planificación para evitar un embarazo no deseado y/o posible aborto). Tomando en cuenta la atención psico-social como una “consejería”, es fundamental para poder identificar y responder a las necesidades emocionales, físicas y socioeconómicas, así como las inquietudes de cada mujer.

Correspondiente, al trato del personal de salud que la atendió (Cuadro 2), un 7.7% la consideró muy buena; el 61.5% buena; un 11.5% más o menos; un 23% mal debido específicamente, a la demora en la atención médica; y un 3.8% la consideró horrible. El personal de salud como prestador de los servicios post-aborto, son la clave para garantizar la eficacia y eficiencia en el servicio, evitando los abusos, las coerciones, negligencia e indiferencia médica, que pueda afectar negativamente a la paciente.

El conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos es importante también y son un medio para evitar un embarazo no deseado y aborto. Sin embargo, (Cuadro 3) el 88.5% no recibió ninguna información sobre éstos, mientras que solamente, un 11.5% sí; de tal forma que solo el 7.7% ejerció su derecho de ser ella quien decide cuál método anticonceptivo utilizar; mientras que el 3.8% fue el médico quien lo decidió.

La privacidad y la confidencialidad son elementos que garantizan el ejercicio de los servicios post-aborto, además de ser parte de los derechos que tiene cada mujer que ha tenido un aborto al momento de recibir este servicio. Por lo tanto (Cuadro 4), el 96.2% y el 88.5% consideró que fue respetada su privacidad y confidencialidad respectivamente; mientras que un 3.8% (privacidad) y un 11.5% (confidencialidad) consideraron que no, debido a la divulgación de la condición de ella a personas externas al personal médico que la atendió.

Cabe mencionar una vez más en este punto, el flujograma de atención post-aborto del Hospital Santo Tomás: una vez llegada la paciente al servicio de urgencia producto de un aborto, es referida a RECIBO donde al examinarla proceden a practicarle el AMEU (Aspiración Manual Endouterina) si no hay complicaciones, y si su evolución es buena, tiene salida después de dos horas una vez realizada la aspiración en vacío; esta atención es ambulatoria. No

obstante, si la paciente presenta complicaciones (infección, fiebre u otro efecto), proceden a la hospitalización y a practicarle un legrado o dilatación y curetaje (la estadía de la paciente dependerá de su evolución; si ésta es buena, tendrá salida las próximas 24 horas), son estas últimas pacientes quienes probablemente recibirán un “servicio post-aborto” a diferencias de las primeras. Sin embargo, la reducción resultante de la estancia de la paciente en el hospital al practicarle el AMEU (ambulatoriamente) ofrece ventajas tanto para la mujer como para el sistema de salud, (ya que las hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con abortos, llegan a representar un 50% de los ingresos obstétricos), pero dificulta la prestación de los servicios post-aborto. Sin duda alguna, no existe una vinculación, sino más bien una separación administrativa de estos servicios, que más bien deben ser integrales para atender las necesidades de las mujeres que han tenido un aborto.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **Conclusiones**

Las conclusiones de esta investigación son las siguientes: la muestra intencionada, correspondiente a este estudio realizado en la sala post-aborto del Hospital Santo Tomás, se encuentran entre las edades de 18 y 27 años, que residen en las periferias de la ciudad de Panamá, mayormente, en el área de Panamá Este, con un grado/año de escolaridad secundario incompleto, donde más de la mitad no han continuado sus estudios y se dedican a los quehaceres cotidianos del hogar (rol tradicional de la mujer), y no tienen un empleo. La mayoría tiene hijos (as) y pareja estable. Por lo tanto, vale afirmar que las mujeres que abortan, generalmente, son casadas y/o unidas, y con hijos (as).

El aborto está condicionado por dimensiones sociales (los proyectos de vida, la sexualidad, la maternidad y el embarazo deseado y no deseado, y los servicios de atención post-aborto).

Su proyecto de vida que marca, a partir del conjunto de valores que ha integrado en todo su proceso de socialización; es que estas mujeres que han tenido un aborto, han planificado el número de hijos (as) que desean tener, los que oscilan entre 1 y 3, además se han fijado metas en sus vidas, principalmente, educativas (como terminar la secundaria y continuar los estudios universitarios); sin embargo, la gran mayoría (80.8%) no han podido

lograrlas. Entre las razones o causas que le impidieron el logro de metas, se mencionan las siguientes: el trabajo, un embarazo complicado, el cuidado del bebé, el desempleo, problemas económicos, etc.

En cuanto al uso del tiempo libre, la mitad de las mujeres lo dedican al cuidado de los hijos (as); lo cual indica que no tienen tiempo libre.

Este proyecto de vida, se ve interrumpido debido a presiones externas, a las indecisiones e indeterminaciones, por la incapacidad de tomar decisiones, entre lo que ella considera fundamental (deseo personal), con lo que considera comprometido o responsable; es decir, su familia. No existe un desarrollo formal de un proyecto de vida, ya que se excusan diciendo (dentro de lo que ellas consideran ser su proyecto de vida) que les es difícil cumplir con ello, teniendo carencia de estabilidad y constancia para lograrlo, debido a la influencia del ambiente social que le es contrario.

La sexualidad está presente a lo largo de la vida de una persona y no se refiere exclusivamente a las relaciones sexuales (éstas forman parte de ella), sino también “se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”. Sin embargo, correspondiente a los contextos socioculturales en el que se ha producido el aprendizaje sexual de las mujeres que han tenido un aborto, la mayoría (el 53.8%) define la sexualidad como el

significado de tener relaciones sexuales. Sin duda alguna, se observó la falta de una educación sexual integral, sin información y asesoramiento.

El inicio de vida sexual activa en este grupo de mujeres, se da en la etapa de la adolescencia entre los 15 y 19 años de edad, primordialmente por el hecho de tener un deseo o satisfacción personal. En su mayoría, las relaciones sexuales están ligadas a la decisión como pareja.

Entre las características de la sexualidad no se encuentra solamente el erotismo, sino también la vinculación afectiva con la pareja (lo que no se manifiesta aparentemente, en la primera relación sexual), pero que aparece durante relaciones ulteriores (al integrar el cuidado y la preocupación por la pareja, la comunicación con ésta -que es considerada buena-, el ser parte de ella y complacerla; todo ello como papel de la mujer en una relación de pareja). De acuerdo a este papel, es en ella donde recae la responsabilidad de mantener esa relación de pareja.

Estas mujeres, sienten placer (hay una aceptación) al tener relaciones sexuales con su pareja y ambos se ponen de acuerdo (frecuentemente de 2 a 3 veces por semana); sin embargo, no se puede obviar que, de manera más habitual, las mujeres están sometidas a un condicionamiento cultural que las lleva a aceptar que la satisfacción de los deseos sexuales de un novio, de un

compañero, de un esposo, es una obligación que deben cumplir, al margen de sus propios deseos y sin tener en cuenta el riesgo de un embarazo no deseado.

Por otra parte, es a la mujer a quien se le responsabiliza del cuidado (principalmente con métodos anticonceptivos) en las relaciones sexuales, demostrando de esta forma el apoderamiento de la masculinidad hegemónica en la sociedad.

La reproductividad es otro punto fundamental en la sexualidad, que no solamente “es la capacidad de tener hijos y criarlos, sino también incluye efectivamente los sentimientos y actitudes de maternidad y paternidad, que favorezcan el desarrollo y educación de los hijos”.

Para estas mujeres, la maternidad es algo lindo (cuando el embarazo es deseado) y lo relaciona con el cuidado de sus hijos (as). De manera que, el significado social o la idea (más que concepto) de maternidad que tenga una mujer una vez conocido el embarazo y la valoración que le de a éste, y la intervención de su ambiente inmediato, influirá en un embarazo deseado o no deseado.

En este sentido, el embarazo ocurre por múltiples razones: por el deseo de tener un hijo (a), fue planificado, por circunstancia fortuita, por descuido o por no cuidarse. Ante el embarazo, tanto la mujer, como su pareja (que en su



mayoría, fue el primero en ser informado del embarazo) y su familia, reaccionaron felices, alegres, contentos o emocionados.

Frente a un embarazo no deseado, la mitad de las mujeres consideró que la responsabilidad recae tanto en el hombre como en la mujer; aunque el 42.3% responsabilizó exclusivamente a la mujer, presentando un patrón ambivalente.

Para evitar un embarazo no deseado y/o posible aborto, los métodos anticonceptivos, son uno de los recursos más importantes, a pesar que en algunos casos, no son accesibles, fallan, o se usan incorrectamente. No obstante, el 88.4% de las mujeres habían utilizado alguna vez, un método anticonceptivo.

El aborto es un fenómeno social que involucra un problema de salud pública, pero que también constituye un problema de conciencia individual.

La información y educación sexual es un recurso importante para abordar el tema del aborto, debido a que: más de la mitad de las mujeres no habían recibido, en algún momento de su vida, información sobre el aborto y maneja información errónea referente al embarazo en su proceso de organización celular.

Correspondiente a la definición de aborto, menos de la mitad (34.6%) consideró que es la pérdida del bebé, la expulsión del feto o la interrupción

del embarazo; mientras que un 46.2% lo desconoce, a pesar que han pasado por esta situación de aborto.

Se distinguen por lo menos dos formas de aborto: el espontáneo (por causa natural o factores genéticos) y el inducido o provocado (que se le puede ver como un acto criminal -derecho a la vida-, o como un medio viable para una mujer que no desea el embarazo -derecho de la mujer-).

Existen diversas causas por las cuales se provoca un aborto; entre las que se pueden mencionar están: problemas con la pareja, no desear al bebé, problemas económicos, por la edad (inmadurez e inexperiencia), etc. En cambio, las consecuencias del aborto se manifiestan en dos niveles:

- Nivel micro: las secuelas bio-psico-sociales en la mujer abortante.
- Nivel macro: el elevado costo humano y socioeconómico sobre los sistemas de salud y el Estado.

Más de la mitad, conoce algunas de estas consecuencias, a saber: muerte materna, esterilidad o infertilidad, problemas en la matriz, infecciones, cáncer, dolor físico y traumas psicológicos. El 42.3% desconoce estas u otras consecuencias.

Existen diversas reacciones frente al aborto; en este estudio, tanto las mujeres, como su pareja y su familia, reaccionaron en su mayoría con tristeza.

Es difícil determinar con exactitud la responsabilidad de un aborto, debido a que se cruzan muchas variantes que van desde la mujer, su pareja y ambiente inmediato, hasta las leyes o políticas públicas referentes a la sexualidad y reproducción que regulan o castigan la práctica de aborto, y los servicios de atención post-aborto.

En relación a su imaginario social, el 88.5% consideró que el aborto debe seguir siendo prohibido por la sociedad; en tanto que el 11.5% consideró que debe ser permitido. Por otro lado, el 57.7% consideró que la decisión más importante es continuar con el embarazo aún no deseándolo; mientras que el 42.3% consideró que la mujer debe tener derecho sobre su propio cuerpo y tener acceso a un aborto seguro. Esta contradicción que existe en estas mujeres (entre lo que hace y lo que piensa que quiere y/o debe hacer), es el resultado del universo de significaciones socialmente estructuradas y establecidas (normas, valores, reglas, leyes, roles, etc.) y su apoderamiento en la organización de los sentidos de los actos humanos, que pueden percibirse como preferidos, apoyados o amenazantes.

Una vez ocurrido un aborto; la atención médica y psico-social, la calidad asistencial y el seguimiento que se le brinde a la mujer abortante, garantizará no solo su salud, sino que evitará repetidos abortos. El cuerpo físico no se puede separar de la mente, de las creencias o de la educación

recibida, por lo que no se puede pasar por alto el asesoramiento psico-social que son los que identifican y responden a las necesidades emocionales y socioeconómicas, y a las inquietudes de la mujer.

El Hospital Santo Tomás garantiza a las pacientes la confidencialidad y la privacidad, buen trato del personal (aunque la minoría consideró el trato del personal malo, debido a la demora en la atención). Este servicio post-aborto brindó una atención casi exclusivamente médica, ya que en la mayoría de los casos, no se prestó información o asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, y no se brindó atención psico-social.

## **Recomendaciones**

### **Sexualidad, embarazo y maternidad, aborto**

- Revisar los programas de salud sexual y reproductiva, de adolescencia, de planificación familiar, materno infantil, y otros: la revisión de los puntos, planteamientos, estrategias, recepción y emisión de información, mecanismos de orientación, iniciativa y creatividad, darán posibles modificaciones para que tenga un impacto o ejecución directa, eficiente y eficaz en quienes los reciben y con resultados beneficiosos.
- Crear mecanismos de canalización de comportamientos sexuales que puedan poner en riesgo la salud de una persona: estos mecanismos serían la respuesta a una educación sexual integral activa (formal y no formal y sistemática), presente en los hogares, colegios, instituciones, comunidades, etc. Como resultado, se tendría una población o sociedad más saludable.

### **Servicio post-aborto del Hospital Santo Tomás**

- Establecer firmemente, un servicio de atención post-aborto propio del Hospital Santo Tomás: es importante dejar en claro que este servicio es

brindado por el equipo médico y psico-social del Centro de Investigaciones en Reproducción Humana (CIRH) del Instituto Conmemorativo Gorgas, que por responsabilidades laborales propias de esta institución, y que son ajenas al Hospital, haya una limitada atención y no puedan tener el tiempo necesario para ofrecer integralmente, este servicio, ya que los recursos humanos están destinados mayormente, a la investigación.

- Reorganizar el programa de atención post-aborto: la buena distribución y adiestramiento pertinente del personal de salud (Equipo multidisciplinario), representará una buena solución para garantizar que la paciente salga del hospital o centro médico, provista de los medios necesarios para evitar un ulterior embarazo no deseado y/o aborto.
- Poner en ejecución una atención integral (médica, administrativa y psico-social) en los servicios post-abortos y su vinculación con los programas de salud sexual y reproductiva existentes, y su repercusión y movilización en las comunidades.

- En el servicio post-aborto, es necesario considerar los derechos sexuales y reproductivos y la planificación familiar para brindar la privacidad, confidencialidad, buen trato del personal de salud (libre de estigmatizaciones sociales o prejuicios en contra de la abortante), información y asesoramiento de métodos anticonceptivos y su elección por parte de la mujer, etc.
- Unificar y vincular los servicios de atención médica, psico-social, administrativa y comunitaria; además desburocratizar éstos servicios, que son la garantía de un servicio post-aborto integral que ayudará a atender las necesidades de la mujer.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Anónimo. La violencia, el embarazo no deseado y el aborto. Un tema olvidado de los derechos de la mujer.
2. APLAFA. Programa socioeducativo. Manual del Educador para la vida. Panamá, 1995.
3. Barzelatto, José y Faúndes, Aníbal. El drama del aborto, “En busca de un consenso”. Grupo TM- Tercer Mundo Editores S.A. 1ª Edición. Colombia, 2005.
4. Benson, Janie y otros. Adelantos en el tratamiento del aborto.”Prevención del embarazo indeseado: estrategias administrativas para mejorar la atención postaborto. Volumen 5. Número 1. Camboro NC. Ipas. Estados Unidos, 1996.
5. Bruyn, María. Jóvenes en riesgo, los adolescentes y la salud sexual. “La salud y los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Chapel Hill. Ipas, 2001.
6. Castoriadis, Cornelius. La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona, Tusquets. 1983.
7. Calíbrese, Cora Ferro. Primeros pasos en la teoría sexo-género. Editorial IEM. Universidad Nacional.
8. Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Panamá, 2003.



9. Cortés P., Cristian Enrique. “Representación social del discapacitado visual.” Chile.
10. De León, Aracelly. Introducción al Enfoque de Género. Curso de Formación en Género, Módulo 1. 1ª Edición. Panamá. 1999.
11. Diccionario Océano Uno. 1999.
12. Duncan, Angélica. Derechos reproductivos y sexuales desde una perspectiva de género.
13. Durand, Teresa y Gutiérrez, María Alicia. Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos. 1999.
14. Feminist Dilemmas in Qualitives Research. Public knowledge and private lives. SAGE Publications. London. 1998.
15. Fernández, Ana María y otros. Las Mujeres en la Imagen Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencia. Editorial Paidós. Buenos Aires, Barcelona, México. 1ª Edición. 1992.
16. Finger WR. Network en Español. Family Health Internacional. “Las mujeres y la planificación familiar. ¿Cómo responder a la necesidad insatisfecha”. Volumen 9. Número 4, 1994.
17. Frejka, Tomás y Atkin, Lucille. El aborto en América Latina. “el aborto inducido y sus causas”.

18. Hospital Santo Tomás. Registros médicos y estadísticas de salud. Panamá, 2005.
19. <http://www.ipas.org>
20. <http://www.paho.org>. OPS/OMS. División de Promoción y protección de la salud. Programa de familia y población. Salud y Desarrollo de adolescentes. 2006.
21. <http://www.wikipedia.com>
22. López, Andrea Márquez y otros. Afroditas, Apolo y Esculapio. Diferencia de género en salud y enfermedad. Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2004.
23. López, Luis. Trabajos de Graduación e Informes. Procedimientos y técnicas para su elaboración. 4ª Edición. Panamá. 1993.
24. Marthe Zapata, Leonello. El Aborto en Colombia. “Aspectos médicos-jurídicos”. 1ª Edición. Editorial Grijalbo S.A. Colombia. 1994.
25. Master William H., y otros. La Sexualidad Humana. “Control de la natalidad y el aborto”. Volumen 1. Edición de Harper Collins Collins Publishers. Nueva York, 1992. Editorial Grijalbo Mondadori, S.A. Barcelona, 1995.
26. Mills, Wright C. La Imaginación Sociológica. Tercera reimpresión. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1971.

27. MINSA. Derechos sexuales y reproductivos. Panamá, 2003.
28. Moreno Pujol, José Martín. Código Penal. Editorial Mizrachi & Pujol, S.A. XVIII Edición. Panamá, 2005.
29. Padilla Z., Karen y otros. Un diagnóstico nacional de la atención postaborto. Nicaragua, 2003.
30. Prada, Eleana y otros. Aborto y atención postaborto en Guatemala. “Informe de profesionales de salud e instituciones de salud. Número 18. Guatemala, 2005.
31. Remez, Lisa C. Confrontando la realidad del aborto en América Latina. 1995.
32. Sociedad Española de Informática de Salud. XI Congreso Nacional de Informática Médica (Informed). España, 2006.
33. UNDP/WHO/World Especial Programme of Research. Research on reproductive health al WHO. Pushing the frontiers of knowledge. Biental Report 2002-2003. Geneva, 2004.
34. Wilkinson Sue y Celia Kitzinger. Mujer y Salud. Una perspectiva feminista. 1ª Edición. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Buenos Aires, Argentina. 1996.

35. Zurutuza, Cristina. Ciudadana del mundo: el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de la identidad política. Páginas 303-313.

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES**  
**ESCUELA DE SOCIOLOGÍA**

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:**  
***EL IMAGINARIO SOCIAL DEL ABORTO***

**PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTADA**

**I. Datos Generales:**

1. Edad
2. Lugar de residencia: (corregimiento)
3. Estudios realizados: (último grado/año aprobado)
4. Ocupación: ¿estudias? / ¿trabajas? – de qué
  - 4.1 -Si no trabaja- ¿Quién sule tus necesidades económicas?
5. ¿Con quién vives?
6. ¿En estos momentos tienes pareja?  
SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_
  - 6.1 Si tiene pareja: a) ¿Cuántos años tiene?  
b) ¿Esa pareja es estable?  
c) ¿A qué se dedica tu pareja
7. ¿Tienes hijos (as)?  
SI \_\_\_\_\_ ¿Cuántos?  
¿Es/son de tu pareja actual?

**II. Proyecto de vida:**

8. ¿En algún momento, has planificado con tu pareja cuántos hijos (as) tener?
9. ¿Qué metas o sueños personales tienes?
10. ¿Has podido lograr alguno de ellos?  
SI \_\_\_\_\_ ¿Cuál?  
No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?
11. ¿A qué te dedicas en tu tiempo libre?

**III. Sexualidad**

12. ¿Has recibido en algún momento de tu vida educación sexual o alguna información sobre la sexualidad?

- SI\_\_\_\_\_ ¿dónde y quién te informó?
13. ¿Conoces cuáles son tus derechos de salud sexual y reproductiva?  
SI\_\_\_\_ Cuáles
14. Para ti ¿qué es la sexualidad?
15. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
16. ¿Cuándo comenzaste a tener relaciones sexuales? ¿Por qué lo hiciste?
17. Desde entonces ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?
18. En tus experiencias sexuales ¿Has usado algún método anticonceptivo?  
SI\_\_\_\_ Cuál NO\_\_\_\_\_ ¿Por qué?
19. En las relaciones sexuales con tu pareja ¿Quién se cuida?  
¿Por qué?
20. ¿Quién de los dos elige el tener relaciones sexuales?  
¿Con qué frecuencia?
21. En la intimidad ¿qué reacciones se manifestaban con regularidad en ustedes: placer o molestia?
22. ¿Qué papel crees tú que juega la mujer en una relación de pareja?
23. ¿Cómo crees tú que es la relación con tu pareja?  
Comunicación - Diálogo

#### **IV. Maternidad y Embarazo no deseado**

24. ¿Cuántos embarazos has tenido?
25. ¿Cuál crees tú que fue la razón por la cual quedaste embarazada?
26. ¿Cómo reaccionaste cuando supiste de tu embarazo?
27. ¿Quién fue la primera persona que le dijiste de tu embarazo?
28. ¿Le informaste a tu familia y a tu pareja de tu embarazo?  
NO\_\_\_\_\_ ¿por qué?  
SI \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue la reacción y opinión de ambas partes?
29. En tu embarazo recibiste apoyo de ellos: familia y compañero.
30. En la protección contra un embarazo no deseado,  
¿Quién crees tú que tiene la responsabilidad y por qué?
31. ¿Para ti, qué es la maternidad?

#### **V. Aborto**

32. ¿Has recibido alguna información sobre el aborto?
33. Si una mujer sale embarazada ¿Cuándo crees tú que comienza haber vida en el nuevo ser?
34. Para ti ¿qué es el aborto?

35. ¿Qué piensas/ opinas sobre el aborto?
36. ¿Conoces tú que el aborto tiene consecuencias?  
SI\_\_\_\_\_ Cuáles ¿Eres consciente de ello?
37. ¿Por qué crees tú que una mujer decide someterse a un aborto?
38. ¿Cuántos abortos has tenido?
39. ¿Qué pensaste/sentiste antes y después del aborto?
40. ¿Cómo reaccionó tu familia y tu compañero ante esta noticia?
41. ¿Quién crees tú que es responsable de un aborto y por qué?
42. ¿Cómo te gustaría ver el aborto: como algo permitido, o como algo que siga siendo prohibido por nuestra sociedad?
43. Para ti ¿qué es más importante: que la mujer decida sobre su propio cuerpo y tenga acceso a un aborto seguro, o continúe con el embarazo aún no deseándolo?

#### **VI. Servicio Post-aborto.**

44. Después del aborto ¿has recibido algún tipo de atención psicológica y social?  
NO  
SI ¿en qué momento lo recibiste y dónde?
45. ¿Cómo sentiste tú que te trató el personal de salud que te atendió?  
Necesidades satisfactorias.
46. ¿Te hablaron y explicaron sobre los métodos anticonceptivos?
47. ¿Quién eligió el método anticonceptivo?
48. ¿Respetaron tu privacidad?
49. ¿La atención fue confidencial?



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA**

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:  
*EL IMAGINARIO SOCIAL DEL ABORTO***

**CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

En esta propuesta de investigación, que es de tipo cualitativa, se aclara lo siguiente:

- ◆ Los beneficios del estudio para los individuos que participan: que al conocer si existe alguna necesidad insatisfecha, se contribuirá al mejoramiento de la atención preventiva postaborto que se le brinda.
- ◆ Realizar una prueba piloto para establecer el respeto, la confidencialidad y la privacidad debida a la entrevistada y detectar algún problema de este tipo.
- ◆ Dejar claro ante las entrevistadas el propósito del estudio, descrito anteriormente en la propuesta de investigación.
- ◆ Respetar a las entrevistadas y al sitio de investigación.
- ◆ No poner a las entrevistadas en riesgo psicológico, social, y especialmente legal. Sin embargo, se hará un consentimiento informado para validar y verificar la información que brinden.
- ◆ En base a lo anterior, no se indagará respecto al tipo aborto; tomando en cuenta que el aborto provocado es penalizado en nuestro país.
- ◆ El consentimiento informado considerará: el derecho a participar voluntariamente, sin coerciones; que entienda el propósito, la naturaleza del estudio y el impacto sobre ellas; el procedimiento; el derecho a hacer preguntas; si desea, a obtener una copia de los resultados; respetar su privacidad; y conocer los beneficios del estudio.
- ◆ El estudio protegerá el anonimato de las entrevistadas en el proyecto, a través de sobrenombres.
- ◆ La información recolectada será guardada de manera segura por un tiempo razonable, una vez que ha sido analizada.
- ◆ Se validará la información con las distintas entrevistadas.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA

No. \_\_\_\_\_

TEMA DE INVESTIGACIÓN:  
*EL IMAGINARIO SOCIAL DEL ABORTO*

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Buenos días, somos estudiantes graduandas de la Escuela de Sociología de la Universidad de Panamá; y estamos realizando un estudio en la sala 23 del Hospital Santo Tomás sobre la percepción que tienen las mujeres que han experimentado un aborto, acerca del mismo.

La visión desde su punto de vista, constituye una información valiosa que permitirá diseñar medidas de intervención más acordes con sus necesidades, y contribuirá con el mejoramiento de la calidad de atención preventiva postaborto que se le brinda.

Necesitamos la participación de 25 mujeres con la característica anteriormente señalada. Si desea colaborar, le protegeremos su identidad a través de un sobrenombre o código, y le estaremos haciendo una entrevista escrita que durará alrededor de 20 minutos, y donde usted tendrá el derecho a hacer preguntas.

La información que usted nos proporcione será voluntaria y confidencial y de uso exclusivo para este estudio; de no desear participar no se tomarán represalias contra usted.

Si desea colaborar, le agradecemos de antemano y le pedimos que coloque su firma en esta hoja, de la cual obtendrá una copia. A su vez, le invitamos para que en una fecha cercana, usted pueda participar en la evaluación de los resultados de esta investigación. Para ello, si está de acuerdo, le solicitamos un número de teléfono para poder localizarla.

Le agradecemos por su participación y contribución.

En caso de alguna pregunta relacionada al estudio, favor dirigirse a:  
Kira Trujillo (Estudiante de Sociología e Investigadora) Tel. 234-8296.  
Irina Berrocal (Estudiante de Sociología e Investigadora) Tel. 221-9578.  
Noemí Farinoni (Socióloga y Asesora de Tesis) Tel. 261-3887.

En caso de alguna pregunta en cuanto a sus derechos como paciente, favor dirigirse a:  
Dra. Ruth De León (Presidenta del Comité Nacional de Bioética de la Investigación)  
Tel.527-4842/6673-7226



Firma de la investigadora

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma de la entrevistada

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Panamá, 17 de Septiembre de 2007.

Dr. Ángel Cedeño  
Director de la Maternidad  
Maria Cantera de Remón  
Hospital Santo Tomas  
E / S / D



Estimado Dr.

Por medio de la presente le hacemos una petición formal para realizar entrevistas en la Sala 23, correspondientes al estudio de graduación titulado: "El imaginario social del Aborto". Este estudio tiene como propósito identificar la percepción de las usuarias sobre su situación y aportar información para el mejoramiento de los servicios de atención. Este proyecto de investigación surge como una inquietud de la experiencia obtenida en nuestra practica profesional realizada en el Centro de Investigaciones en Reproducción Humana.

Las entrevistas comenzarían a aplicarse en el momento en que recibamos su aprobación. La Profesora Noemí Farinoni, supervisará el trabajo respectivo en coordinación con el personal que Ud. designe. Para ello le adjuntamos un resumen del proyecto y la guía de entrevista.

Seguros de contar con su colaboración, le saludamos  
atte.

  
Kira Trujillo  
Ced. 8-777-1981

  
Prof. Fidel Torres  
Director Escuela de Sociología  
  
Irina Berrocal  
Ced. 8-778-1933

C/c Dra. Ruth De León  
Directora Centro de Investigaciones  
En Reproducción Humana.  
Instituto Conmemorativo Gorgas de  
Estudios de la Salud.





Panamá, 14 de noviembre de 2007.

Dra. Marisol Ng de Lee  
Coordinadora Institucional  
Docencia e Investigación  
E / S / D


Estimada Dra.

Por medio de la presente le hacemos una petición formal para realizar entrevistas en la Sala 23, correspondientes al estudio de graduación titulado: "El Imaginario Social del Aborto". Este estudio tiene como propósito identificar la percepción de las usuarias sobre su situación y aportar información para el mejoramiento de los servicios de atención postaborto. Este proyecto de investigación surge como una inquietud de la experiencia obtenida en nuestra práctica profesional realizada en el Centro de Investigación en Reproducción Humana.

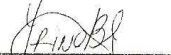
Las entrevistas comenzarían a aplicarse en el momento en que recibamos su aprobación. La Profesora Noemí Farinoni, supervisará el trabajo respectivo en coordinación con el personal que Ud. designe. Para ello le adjuntamos el proyecto de investigación.

Seguros de contar con su colaboración, le saludamos

atte.

  
Prof. Fidel Torres  
Director Escuela de Sociología

  
Kira Trujillo  
Céd. 8-777-1981

  
Irina Berrocal  
Céd. 8-778-1933



Panamá, 14 de noviembre de 2007.


Dra. Ruth De León  
Directora Centro de Investigación  
En Reproducción Humana  
E / S / D

Estimada Dra.


Por medio de la presente le hacemos una petición formal para realizar entrevistas en la Sala 23, correspondientes al estudio de graduación titulado: "El Imaginario Social del Aborto". Este estudio tiene como propósito identificar la percepción de las usuarias sobre su situación y aportar información para el mejoramiento de los servicios de atención postaborto. Este proyecto de investigación surge como una inquietud de la experiencia obtenida en nuestra práctica profesional realizada en el Centro de Investigación en Reproducción Humana.

Las entrevistas comenzarían a aplicarse en el momento en que recibamos su aprobación. La Profesora Noemí Farinoni, supervisará el trabajo respectivo en coordinación con el personal que Ud. designe. Para ello le adjuntamos el proyecto de investigación.

Seguros de contar con su colaboración, le saludamos  
atte.

  
Prof. Fidel Torres  
Director Escuela de Sociología

  
Kira Trujillo  
Céd. 8-777-1981

  
Irina Berrocal  
Céd. 8-778-1933

Panamá, 3 de julio de 2008

Dra. Ruth De León  
Presidenta del Comité Nacional de  
Bioética de la Investigación  
E / S / D

Estimada Dra.

Por medio de la presente le entregamos las correcciones correspondientes al estudio de graduación titulado: "El Imaginario Social del Aborto". Entre ellas se encuentran:

1. Carta dirigida a la Dra. Ruth De León en condición de Presidenta del Comité Nacional de Bioética de la Investigación.
2. Inclusión de un índice general.
3. Aclaración del lugar a realizar las entrevistas: sala 23 del Hospital Santo Tomás.
4. Aclaración de las estadísticas de aborto a nivel mundial.
5. Introducción de cuadros estadísticos.
6. Especificación de la selección de las entrevistadas.
7. Actualización del cronograma.
8. Modificación del consentimiento informado, etc..

Seguros de contar con su colaboración, le saludamos  
atte.

  
Kira Trujillo  
Céd. 8-777-1981

  
Irina Berrocal  
Céd. 8-778-1933

Panamá, 22 de agosto de 2008

Dr. Gerardo Victoria  
Director Medico Patronato  
Hospital Santo Tomas  
E / S / D

Estimado Dr.

Por medio de la presente le hacemos una petición formal para realizar entrevistas en la Sala 23 del Hospital Santo Tomás, correspondientes al estudio de graduación titulado: "El Imaginario Social del Aborto". Este estudio tiene como propósito identificar la percepción de las usuarias sobre su situación y aportar información para el mejoramiento de los servicios de atención postaborto. Este proyecto de investigación surge como una inquietud de la experiencia obtenida en nuestra práctica profesional realizada en el Centro de Investigación en Reproducción Humana.

Las entrevistas comenzarían a aplicarse en el momento en que recibamos su aprobación. La Profesora Noemí Farinoni, supervisará el trabajo respectivo en coordinación con el personal que Ud. designe. Para ello le adjuntamos el proyecto de investigación, la autorización de la Coordinación Institucional de Docencia e Investigación del Hospital Santo Tomás y del Comité Nacional de Bioética de la Investigación.

Seguros de contar con su visto bueno, le saludamos atte.

  
Kira Trujillo  
Céd. 8-777-1981

  
Irina Berrocal  
Céd. 8-778-1933

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud  
CIRH/ SALUD REPRODUCTIVA  
CORRESPONDENCIA 2008

Para: Dr. Eduardo Utrera Nota # \_\_\_\_\_  
Asunto: Nota en laboratorios C.R. Fecha de envío 22/8/08  
Recibido por: Arguilla Fecha: 22/8/08 1:33 pm

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud  
CIRH/ SALUD REPRODUCTIVA  
CORRESPONDENCIA 2008

Para: Lic Jaime González Nota # 287  
Asunto: Permiso Fecha de envío 22/8/08  
Recibido por: Arborea Fecha: 22/ago/08  
Para: \_\_\_\_\_ Nota # \_\_\_\_\_





## **COORDINACIÓN INSTITUCIONAL DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

10 de marzo de 2008  
**NOTA No. 414/CIDI HST**

Estudiantes  
**KIRA TRUJILLO**  
**IRINA BERROCAL**  
Investigadoras Principales  
Presente

### **Estimadas Estudiantes:**


El Comité de Bio-Ética de la Investigación ha revisado su protocolo de Investigación: *"EL IMAGINARIO SOCIAL DEL ABORTO EN UN GRUPO DE MUJERES ATENDIDAS EN LA SALA DE POSTABORTO DEL HOSPITAL SANTO TOMAS"*, el cual ha sido aprobado.

Deberá presentar a la Coordinación de Docencia e Investigación lo siguientes:

- Fecha de inicio y de culminación del estudio y Cronograma de actividades del estudio.
- Personalizar el comportamiento ético y de confidencialidad, de los investigadores sobre la información obtenida.
- Reportar el status de su investigación cada tres meses.
- Indicar de inmediato cualquier adenda a la investigación.
- Reportar de inmediato cualquier efecto adverso severo.
- Describir los riesgos potenciales de las terapias experimentales de la medicación a utilizar en su investigación e informar aquellos que se presentan a lo largo de la investigación.
- Presentar una copia del Seguro por Riesgos a los pacientes del estudio.
- Tan pronto finalice la investigación, debe enviar una copia de la publicación y presentar los resultados a la Dirección Médica y a esta Coordinación.

Esperando su pronta respuesta,

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. MARISOL NG DE LEE**  
Coordinadora Institucional de  
Docencia e Investigación

*Norelvis J.*

**Coordinación Institucional de Docencia, Telefax: 507-5620, Tel. 5075600 Ext.186 – 420-422**

**"SERVIR CON EFICIENCIA, CALIDAD Y HUMANISMO A TODOS LOS PANAMEÑOS"**



**COORDINACIÓN INSTITUCIONAL DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

---

**A QUIEN CONCIERNA**

La Suscrita **Dra. Marisol Ng de Lee**, Coordinadora Institucional de Docencia e Investigación del Hospital Santo Tomás.

**CERTIFICA**

Que las **Estudiantes: Kira Trujillo e Irina Berrocal**, estudiantes de Licenciatura en Sociología de la Universidad de Panamá, han obtenido el permiso para realizar entrevista en la sala 23 de Postaborto del Hospital Santo Tomás, para la culminación de su trabajo de Investigación "EL IMAGINARIO SOCIAL DEL ABORTO EN UN GRUPO DE MUJERES ATENDIDAS EN LA SALA DE POSTABORTO DEL HOSPITAL SANTO TOMAS", el cual fue aprobado .

Para constancia se extiende y firma la presente certificación, en la Ciudad de Panamá, a los once días del mes de marzo 2008.

**Dra. Marisol Ng de Lee**

Coordinadora Institucional de  
Docencia e Investigación

Hospital Santo Tomás



Coordinación Institucional de  
Docencia e Investigación

Norelvis J.

Coordinación Institucional de Docencia, Telefax: 507-5620, Tel. 5075600 Ext.186 – 420-422

---

**"SERVIR CON EFICIENCIA, CALIDAD Y HUMANISMO A TODOS LOS PANAMEÑOS"**

República de Panamá



**INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD  
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACION**

No. 479/CNB/ICGES/08  
14 de mayo de 2008

Estudiantes  
**Kira K. Trujillo de Hoyos**  
**Irina Vanessa Berrocal Simmons**  
Investigadoras Principales

Estimadas Est. de Hoyos y Berrocal:

El Comité Nacional de Bioética de la Investigación, en su sesión del 13 de mayo de 2008, evaluó el **Protocolo Imaginario Social del Aborto**.

El Comité le recomienda aclarar y/o corregir lo siguiente:

1. En la nota de fecha 14 de noviembre de 2007, es dirigida a la Dra. De León, pero en su capacidad de Directora del Centro de Investigación en Reproducción Humana. No hay nota dirigida al Comité Nacional de Bioética de la Investigación.
2. La propuesta carece de índice.
3. Referente al título "El Imaginario Social del Aborto", consideramos que debe mantener continuidad con lo expresado en el contexto del estudio, ya que se menciona que se "trata de un grupo de mujeres en la sala postaborto del Hospital Sto. Tomás". Igualmente, en otras partes del estudio se menciona a la Clínica de Salud Sexual CIRH como lugar donde se levantará la encuesta, aclarar el lugar a llevarse a cabo.
4. Página 3- Parágrafo "c. Justificación e importancia de la investigación: Segunda línea "...que cada año ocurren 19 millones de abortos...los cuales son responsables 13% (68,000) de las muertes maternas..." Este dato está errado y debe rectificarse.
5. Sobre la información estadística en la página 3 y 4, se sugiere presentar algunas cifras y datos en gráficas o cuadros que muestren las tendencias de los abortos en mujeres unidas, casadas, solteras, separadas y viudas permitiendo apreciar con mayor facilidad la información, así como comprenderla.
6. En cuanto a la cobertura – existe confusión, en la página 13, se menciona que el estudio también se realizará en la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva, CIRH. De ser así se requiere la carta de aceptación de este centro y por ende, modificar el Título.
7. El estudio esta falto de los criterios para seleccionar o no a las mujeres que serán sujetos de la entrevista.
8. En la página 13, Punto 7. Metodología: dice "se realizará un estudio cualitativo (advogacy)". ¿Qué quieren decir por este término? En inglés existe un vocablo que es "advocacy" que tiene como acepción {dar apoyo, patrocinio}, aclarar

.../...

República de Panamá



**INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACION**

Continuación pág #2  
No. 479/CNB/ICGES/08

9. Cronograma: La inclusión del cronograma deja entrever que este proyecto ya fue realizado, de no ser así debe de reordenarse toda la programación. (ver pág. 18)

10. Se debe modificar el consentimiento informado presentado, el formulario debe reconsiderarse para que incluya: cuánto tiempo durará la entrevista, el lugar o los lugares donde se ha de realizar, colocar para identificación un código alfa-numérico que asegure la confidencialidad de la participante, que se diga que "la participación es voluntaria, por lo sensible del tema y para respetar la confidencialidad no debe ser grabada.

11. Colocar teléfonos de la Dra. Ruth de León del Comité Nacional de Bioética para los derechos de las pacientes, colocar teléfonos de las investigadoras y la supervisora de este trabajo de campo.

Solicitamos en cuanto se corrijan estas observaciones, nos los haga llegar para su correspondiente evaluación.

Atentamente,

**DRA. RUTH GRACIELA DE LEÓN**  
**Presidenta del Comité Nacional**  
**de Bioética de la investigación**

jessica



República de Panamá



**INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD  
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACION**

No. 940/CNB/ICGES/08  
11 de agosto de 2008

Estudiantes

**Kira K. Trujillo de Hoyos**  
**Irina Vanessa Berrocal Simmons**  
Investigadoras Principales

Estimadas Est. de Hoyos y Berrocal:

El Comité Nacional de Bioética de la Investigación, recibió el 3 de abril de 2008 y en su sesión del 29 de julio de 2008, aprobó los siguientes documentos, para ser realizado en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, en voluntarios.

- ✦ Protocolo Imaginario Social del Aborto.
- ✦ Formato de consentimiento informado

Me despido con la seguridad de mi más alta consideración y respeto.

Atentamente,

  
**DRA. RUTH GRACIELA DE LEÓN**  
Presidenta del Comité Nacional  
de Bioética de la investigación



copia: Dr. Jorge Motta, Director General del ICGES