



Transitar el laberinto:

**Trayectorias de cuidado entre mujeres que deciden abortar en el
Ecuador**

Traversing the labyrinth:

**Trajectories of care among women who decide to have an abortion in
Ecuador**

Gina Rosa Angela Alonso Muñiz

Informe de tesis para optar al título de Doctora en Enfermería

Asesora

Beatriz Elena Arias López, PhD

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Doctorado en Enfermería

Medellín, Antioquia, Colombia

2023

| Cita | Alonso Muñiz (1) |
|-------------------|--|
| Referencia | Alonso Muñiz G. Trayectorias de cuidado entre mujeres que deciden abortar en el Ecuador- 2021-2023 [Tesis doctoral]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023. |



Doctorado en Enfermería, Cohorte IV.

Grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud.

Centro de Investigación Facultad de Enfermería (CIFE).



Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: Juan Guillermo Rojas.

Jefe departamento: Sandra Catalina Ochoa Marín.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A Dios, por la vida y haberme dado la fortaleza y fuerza para seguir adelante en este proceso y hoy poder culminar.

A mis padres que, aunque lejos, siempre estuvieron conmigo brindándome su apoyo y ayuda constante.

A mis hijas, fuentes de inspiración y quienes me daban fuerza cada vez que me despedía para emprender el largo viaje.

A mi esposo, por su paciencia y sus palabras motivadoras en todo momento.

A mi suegra, por estar cuando la necesitaba. Su apoyo con mis hijas y conmigo fue fundamental.

A todas las mujeres que fueron partícipes en este trabajo, por su colaboración; a las líderes de los movimientos sociales que me abrieron las puertas y me dieron la oportunidad de ingresar a sus colectivos.

A todas las mujeres ecuatorianas que han abortado, a las que no pudieron y a las que algún día decidirán sobre sus cuerpos, porque anhelo sean acompañadas con empatía y sororidad.

Agradecimientos

A la Doctora Beatriz Elena Arias López, por sus conocimientos, apoyo incondicional y acompañamiento tan valioso durante todo este proceso, mi respeto, admiración y estima para ella, quien ha creado en mí una forma de ver más humana.

A mi amiga: Margoth, por sus palabras de aliento y apoyo incondicional.

A mis amigas y colegas del doctorado Rosita y Yasmin, por el apoyo mutuo, los largos viajes y las experiencias que compartimos en este andar.

A mis compañeras de la Carrera de Enfermería por sus buenos deseos, sus vibras generaron entusiasmo en mí.

A la Universidad Estatal del Sur de Manabí, a sus autoridades que confiaron en mí y me brindaron su apoyo siempre.

A la Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería por haberme dado la oportunidad de crecer como investigadora y descubrir lo desconocido.

A las profesoras del Doctorado en Enfermería, quienes nos recibieron muy bien desde el primer día y estuvieron atentas en cada paso de este proceso.

A todas, ¡gracias!

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Lista de tablas | 8 |
| Lista de figuras | 9 |
| Siglas, acrónimos y abreviaturas | 10 |
| Resumen | 11 |
| Abstract | 12 |
| 1. Introducción | 13 |
| 2. Presupuestos de la investigación | 21 |
| 2.1. Aspectos epistemológicos | 21 |
| 2.2. Conceptos problematizadores | 27 |
| 2.3. El Sistema Conceptual Teórico Empírico (SCTE) | 30 |
| 2.4. Memoria metodológica | 32 |
| 3. Resultados | 39 |
| 3.1. Contexto socio biográfico de las mujeres que deciden abortar | 39 |
| 3.1.1. Vivir en medio de la violencia patriarcal y la misoginia | 39 |
| 3.1.1.1. Relatos 1 | 42 |
| 3.1.1.2. Relatos 2 | 44 |
| 3.1.1.3. Relatos 3 | 46 |
| 3.1.1.4. Relatos 4 | 48 |
| 3.1.2. Las mujeres y sus formas de vivir la maternidad | 49 |
| 3.1.2.1. Relatos 1 | 50 |
| 3.1.2.2. Relatos 2 | 52 |
| 3.1.2.3. Relatos 3 | 53 |
| 3.1.2.4. Relatos 4 | 56 |
| 3.1.3. Las mujeres y su opción por el aborto | 57 |
| 3.1.4. La experiencia de abortar | 63 |
| 3.2. Decisiones en salud sexual y reproductiva. Carga moral y responsabilización de las mujeres | 67 |
| 3.2.1. El control de la sexualidad femenina y su encapsulamiento religioso | 69 |

| | |
|--|-----|
| 3.2.2. Inexistencia e ineficacia e una educación sexual | 73 |
| 3.2.3. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva | 74 |
| 3.2.4. El cuidado y la crianza son responsabilidad de la mujer | 77 |
| 3.2.5. Puntos de inflexión biográfica | 79 |
| 3.3. Trayectorias y búsqueda de cuidados. El Estado no me cuida, me cuido yo sola... y algunas mujeres | 85 |
| 3.3.1. La ruta familiar y de pareja: desprotección | 86 |
| 3.3.2. La ruta institucional y profesional: des-cuidos y violencias | 89 |
| 3.3.3. La ruta personal: soledad y culpa | 96 |
| 3.3.4. La ruta cuidadora: las redes digitales y las organizaciones de mujeres | 98 |
| 3.3.5. La ruta conciliadora: la religiosidad como juicio y como ritual sanador | 101 |
| 3.4. Las metáforas que nombran la SSR | 103 |
| 4. Discusión | 106 |
| 4.1. Desde la voz y el cuerpo de las mujeres: transitar el laberinto de las violencias | 106 |
| 4.2. Maternidades plurales | 120 |
| 4.3. Maternidades postergadas: tensiones, contradicciones, responsabilidades y agencias | 126 |
| 4.4. La religiosidad: matriz de control y sus fisuras | 131 |
| 5. Conclusiones | 136 |
| 5.1. El pensamiento feminista en enfermería | 137 |
| 5.2. Cuidar en el laberinto: cuidado sororo de la SSR. Una propuesta de cuidado basada en las narrativas de las mujeres | 140 |
| 5.3. El entramado conceptual del Cuidado Sororo de la SSR | 144 |
| 5.3.1. Violencias | 145 |
| 5.3.2. Sexualidad de las mujeres | 145 |
| 5.3.3. Maternidades | 146 |
| 5.3.4. Aborto | 147 |
| 5.3.5. Cuidados | 147 |
| 5.3.6. Sororidad | 149 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 5.4. Colofón | 150 |
| 6. Limitaciones y recomendaciones | 153 |
| 7. Referencias | 155 |
| 8. Anexos | 168 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Perfil de la muestra del estudio | 40 |
|---|----|

Lista de figuras

| | |
|---|-------------------------------------|
| Figura 1: Soporte epistemológico del estudio | 30 |
| Figura 2: Conceptos problematizadores del estudio | 31 |
| Figura 3: SCTE de partida..... | Error! Bookmark not defined. |
| Figura 4: SCTE de llegada..... | Error! Bookmark not defined. |
| Figura 5: Entramado conceptual emergente del Cuidado Sororo de la SSR | 152 |

Siglas, acrónimos y abreviaturas

| | |
|--------------|---|
| COIP | Código Orgánico Integral Penal |
| IVE | Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| INEC | Instituto Nacional de Estadística y Censos |
| OMS | Organización Mundial de la salud |
| MM | Muertes maternas |
| SSR | Salud sexual y reproductiva |
| SCTE | Sistema Conceptual Teórico Empírico |
| CESCR | Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales |
| CEDAW | Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer |
| DSR | Derechos sexuales y reproductivos |

Resumen

El acercamiento a las experiencias de mujeres que decidieron abortar en Ecuador, a partir de sus relatos biográficos, nos permitió comprender las trayectorias de cuidado por las que debieron transitar. Se desarrolló una metodología cualitativa, con enfoque biográfico narrativo, con la participación de 19 mujeres mayores de edad, residentes en diferentes provincias del Ecuador, un territorio con medidas restrictivas sancionatorias legales y morales alrededor del aborto.

Encontramos que los contextos socio biográficos de las participantes se caracterizaron por la presencia de múltiples formas de violencia; sus decisiones en salud sexual y reproductiva constituyen una carga moral que las responsabiliza y les impone una serie de mandatos sociales en medio de grandes limitaciones y restricciones; sus trayectorias y búsqueda de cuidados se caracterizan por un Estado ausente como garante, lo que las lleva resguardarse en sí mismas o en algunas mujeres que construyen redes de soporte por fuera de la institucionalidad formal de protección, transitando rutas diversas donde el descuido y las violencia vuelven a ser predominantes. Estos hallazgos derivan en una serie de discusiones en torno a la vida de las participantes, como el tránsito por un laberinto donde las violencias que experimentan crean encrucijadas y rodeos difíciles de evadir y superar; por otra parte, la maternidad se presenta como una propuesta que enfrenta a las mujeres a tensiones permanentes, donde la decisión de abortar es una postergación de aquella más que su negación, tensiones como las mutaciones de la religiosidad, que no solo dan soporte del ideal femenino y de su rol básico de la maternidad, sino también un elemento de soporte para la decisión. Se concluye con la propuesta del Cuidado Sororo de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), inspirada en las teorías feministas y en los aportes de las organizaciones sociales que defienden los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Dicha propuesta se deriva de las narrativas de las mujeres y se centra en su autonomía para reivindicar la importancia del cuidado desde una perspectiva más humanizada, respetuosa, solidaria y empática.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, aborto, solicitantes de aborto, enfermería.

Abstract

The approach to the experiences of women who decided to have an abortion in Ecuador allowed us to understand the care trajectories they had to go through, based on their biographical accounts. A qualitative methodology was used with a biographical narrative approach and the participation of 19 women of legal age, residents of different provinces of Ecuador, a territory with restrictive legal and moral sanctioning measures around abortion.

We found that the socio-biographical contexts of the participants were characterized by the presence of multiple forms of violence; their sexual and reproductive health decisions constitute a moral burden that makes them responsible and impose a series of social mandates in the midst of great limitations and restrictions; their trajectories and search for care are characterized by an absent State as guarantor, which leads them to take refuge in themselves or in some women who build support networks outside the formal institutionality of protection, going through diverse routes where neglect and violence are once again predominant. These findings lead to a series of discussions about the life of the participants as the transit through a labyrinth, where the violence they experience creates crossroads and detours difficult to avoid and overcome; motherhood as a proposal that confronts women with permanent tensions, where the decision to abort is a postponement of it, rather than its denial and the mutations of religiosity that not only support the feminine ideal and its basic role of motherhood, but also an element of support for the decision. It concludes with the proposal of Sororo Care of Sexual and Reproductive Care (SRH), inspired by feminist theories and the contributions of social organizations that defend women's sexual and reproductive rights. This proposal is derived from women's narratives and focuses on their autonomy, to vindicate the importance of care from a more humanized, respectful, supportive and empathetic perspective.

Keywords: Nursing care, abortion, abortion seekers, nursing.

1. Introducción

El problema de investigación que se aborda en este informe surgió de mi práctica profesional en la atención de mujeres que abortan. Como profesional de enfermería de cuidado directo que trabajaba en un área hospitalaria, solía encontrar en las dinámicas cotidianas que la relación del equipo de salud con las mujeres que llegaban con abortos en curso, frecuentemente se limitaba a la realización de procedimientos protocolizados, sin un acercamiento empático que permitiera identificar las necesidades y singularidades de aquellas.

Las actividades de cuidado y atención suelen realizarse de manera rutinaria en los centros obstétricos, donde son habituales los ingresos por abortos en curso, incompletos y/o sépticos, especialmente en mujeres jóvenes; Era común ver llegar a las mujeres solas, eventualmente en compañía de amigas, algún familiar o pareja, con manifestaciones emocionales que fluctuaban entre tristeza, miedo o culpa, y ocasionalmente de tranquilidad frente al proceso.

Estas manifestaciones, corrientes en la cotidianidad de los servicios de atención, llamaron mi atención, dado que ocurrían sin una mirada atenta y comprometida por parte de los miembros del equipo de salud, y en particular del personal de enfermería, para responder a las necesidades de afecto, comprensión y apoyo emocional que requieren las mujeres en el cuidado de su SSR. Las mujeres eran sometidas a los procedimientos estandarizados, y luego de una corta recuperación enviadas con alta médica al hogar, con indicaciones limitadas al tratamiento farmacológico. Hasta allí llegaba el contacto del equipo de salud con ellas, sin ningún seguimiento en cuanto a las potenciales afectaciones individuales, ni a la vida de pareja, familiar y/o social.

Las actividades de atención y cuidado en el contexto ecuatoriano se limitan al cumplimiento normatizado de las Guías de Prácticas Clínicas GPC tituladas *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*, cuyas estrategias buscan ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral, evitando maniobras inseguras y garantizando su salud sexual y reproductiva actual y futura. Este instrumento está orientando por el Ministerio de Salud MSP, principalmente direccionado al personal médico para la

toma de decisiones diagnósticas y de tratamiento, y sin aproximaciones disciplinares particulares para la enfermería. Sin embargo, las enfermeras y enfermeros lo han tomado como referente en su quehacer práctico, dirigiendo el cuidado desde una mirada biomédica que les despoja y aparta de su propio cuerpo de conocimiento disciplinar, perdiendo autonomía en su accionar.

Estas limitaciones de las GPC para la atención y cuidado de mujeres que abortan en el Ecuador, se suman a la escasez de los estudios relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo desde una mirada disciplinar, situación que se pudo corroborar al realizar una revisión de la literatura denominada “*¿Qué se preguntan las enfermeras/os sobre el aborto? Una revisión panorámica* (Alonso y Arias, 2023), la misma que muestra el interés de las enfermeras de otros países en temas relacionados a los cuidados de enfermería, especialmente en el caso de abortos inducidos; las experiencias emocionales; las necesidades y los dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería, así como la propia experiencia personal y sus prácticas, además de sus preguntas en relación con la salud pública, la salud colectiva y los derechos.

Fue en esa experiencia profesional donde surgieron algunas interrogantes: ¿Qué sienten las mujeres que abortan?, ¿qué pasa en especial con las mujeres que tienen abortos inducidos?, ¿qué hacen después de esta experiencia?, ¿qué piensan las mujeres de lo sucedido?, ¿reciben ayuda y, en este caso, de quién?, ¿cómo se afecta su vida familiar y social por esta experiencia?, ¿qué podríamos hacer las enfermeras para cualificar el cuidado de estas mujeres?

En varios países de Latinoamérica, incluido el Ecuador, se ha tratado en la agenda pública y política el tema del aborto para debatir proyectos de ley que tienen como prioridad la salud sexual y reproductiva de las mujeres, temas puestos en la mesa de discusión tanto por grupos feministas que defienden el derecho a la vida y a la dignidad humana por encima de preceptos morales y religiosos, como por grupos conservadores que aluden a argumentos de la ciencia, la bioética y el derecho para fundamentar sus posiciones religiosas en el espacio público (Brown, 2015, p. 81).

El 10 de febrero del 2014 el Código Orgánico Integral Penal (COIP), aprobado por la Asamblea Nacional del Ecuador en el periodo presidencial de Rafael Correa,

tipificó el aborto como delito. Desde el 2013, algunos grupos de mujeres se enfrentaron a los assembleístas, alegando el derecho a elegir sobre su cuerpo, a su libertad sexual y reproductiva. Solo hasta abril del 2022 entró en vigencia la Ley Orgánica que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para niñas, adolescentes y mujeres, para casos excepcionales de violación o de riesgo para la vida o la salud de la mujer, manteniendo un perfil restrictivo en comparación con otros países de América Latina.

Los colectivos feministas se fundamentan en consignas que afirman el cuerpo como un espacio de dominio propio y pertenencia, representa un territorio personal, donde el útero es parte de dicho espacio. Según Zaragocin et al. (2018), el dato de mujeres criminalizadas ascendió con la aplicación del COIP, lo que llevó a que, para el año 2017, se encontraran 62 juicios de este tipo. Las mujeres criminalizadas pertenecían a diferentes provincias del Ecuador, especialmente de Guayas, Los Ríos, El Oro, Manabí, Esmeraldas y Santa Elena. Desde 2014 hasta julio de 2021 se registraron 503 personas procesadas por el delito de aborto consentido (Surkuna, 2021), reflejo de la ausencia en el Ecuador de políticas progresistas y garantistas de derechos (Artega y Cuvi, 2020) especialmente desde el año 2014 hasta hoy, donde los grupos conservadores provida han mantenido un nexo cercano con los gobiernos, que ocupan así puestos importantes de decisión política al respecto de estos temas. De acuerdo con las representantes de Surkuna y el Frente por los Derechos Sexuales, los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) con relación al aborto se triplican, dado que se desconocen los casos de mujeres que abortan y no sufren complicaciones, pues las estadísticas hospitalarias solo recogen los casos de afectaciones graves a la salud por IVE (Zaragocin et al., 2018).

Como menciona Varea (2018), los debates alrededor del aborto están territorializados en el Ecuador, lo que se manifiesta en algunas regiones del país, siendo Guayaquil y sus provincias aledañas, como Manabí, regiones donde la iglesia y el Estado han ejercido un dominio conservador sobre la ciudadanía; en contraste con Quito, y otras regiones de la Sierra, donde no han logrado tener tan fuerte injerencia sobre las mujeres y su autonomía reproductiva. Desde el gobierno de Correa, pasando por Moreno y ahora con Lasso, se mantienen medidas que van en contra de los logros alcanzados por las mujeres, así como las gestiones que garantizaban la salud con enfoque de género (Artega y Cuvi, 2020). Luego de largos

debates, y aunque se haya aprobado la ley mencionada en 2022, la discusión está lejos de cesar, porque el gobierno conservador de Guillermo Lasso vetó la Ley y modificó varios artículos. Esta modificación incluye una serie de requisitos que generan una revictimización y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que han sufrido una violación.

En términos generales, estas tensiones se derivan de dos posturas irreconciliables sobre el aborto. Por un lado, las que se soportan en el valor de la vida del feto desde la concepción (Brown, 2015) y, por el otro, las que reclaman el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo y plan de vida y a la defensa de los derechos sexuales y de reproducción (Lariget, 2010; Varsallo, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mostrado cómo en los países desarrollados, donde el aborto ha sido despenalizado, el índice y las complicaciones han disminuido, a diferencia de los países en donde está restringido. En países del primer mundo la educación en salud sexual y reproductiva, así como la lucha por el derecho a elegir sobre el cuerpo, han sido las estrategias para disminuir la mortalidad materna y sus complicaciones (OMS, 2012). Esto pone de manifiesto los problemas que trae consigo la ilegalidad y los contextos restrictivos.

En cuanto a problemas de la salud mental, algunos autores mencionan que las mujeres que abortan no presentan trastornos psicológicos, ni síndrome post aborto que afecten la salud; por el contrario, después de algún tiempo estas mujeres manifestaron continuar con su vida, sin perturbar su vida sexual y reproductiva, encontrando situaciones de malestar, derivadas en mayor medida de los contextos restrictivos que del aborto en sí mismo (López et al., 2015; Aznar y Cerda, 2014; Santarelli, 2019; López y Carril, 2010). Esto se relaciona con el entorno de la atención, caracterizados por el estigma social, la violación a la confidencialidad y la posibilidad de potenciales denuncias, criminalización y judicialización. Esto se suma a los dilemas éticos, morales y sociales a los que deben enfrentarse las mujeres que deciden abortar.

En ese sentido, la clandestinidad del aborto, al ser un ámbito poco transparente, no solo aumenta el riesgo de maltrato, humillación y abuso sufrido por las mujeres, sino que también coloca a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad física, social y subjetiva, e incluso las expone a posibles actos de violencia normativa

perpetrados por instituciones de salud (Álvarez, 2019), contribuyendo a la persistencia del estigma asociado con la interrupción del embarazo. En este entorno oscuro, el maltrato ocurre por miembros de la justicia, y profesionales de la salud se ve exacerbado, generando un clima de desconfianza y miedo para las mujeres que buscan acceder a servicios de aborto. Además, la opacidad del proceso facilita la estigmatización social, ya que las mujeres que recurren a abortos clandestinos se enfrentan a un mayor riesgo de juicios negativos por parte de la sociedad (Casas, et al., 2013; Rutenberg, 2016).

En el contexto de la clandestinidad, los aspectos psicosociales juegan un papel significativo al abordar el tema del aborto. La falta de transparencia y el secretismo en torno a la interrupción del embarazo pueden generar una carga emocional significativa para las mujeres, contribuyendo a la ansiedad, el miedo, desesperación, frustración, y la estigmatización personal. La ausencia de un entorno de apoyo adecuado y el temor a la posible reprobación social pueden afectar negativamente la salud mental y emocional de las mujeres que se enfrentan a la decisión de abortar en condiciones clandestinas. Además, la falta de acceso a servicios de calidad y la posible exposición a prácticas abusivas pueden tener repercusiones psicosociales a largo plazo. Es esencial considerar estos aspectos para comprender el impacto de la clandestinidad en la salud mental y emocional de las mujeres que experimentan un aborto en condiciones no seguras (Zamberlin, 2015; Szulik y Zamberlin N, 2020).

Los últimos datos del Instituto Guttmacher muestran un estimado de 121 millones de embarazos no deseados entre 2015 y 2019 a nivel mundial, lo que corresponde a una tasa anual global de 64 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años. De estos embarazos no deseados, el 61% terminó en aborto, lo que se traduce en 73 millones de abortos por año. Para la región de América del Sur, de 2015 a 2019, se presentaron un total de 11.900.000 embarazos anuales en promedio, aproximadamente 8 millones no planeados, de los cuales cerca de la mitad terminaron en aborto (Guttmacher, 2022).

Concretamente para el Ecuador, según las estadísticas que maneja el sistema de salud pública, en el 2015 los abortos complicados generaron un costo de 2,3 millones de dólares (Rosero, 2020). Surkuna realizó en el año 2021 un Informe sobre

el acceso al aborto en el país, concluyendo que, a pesar de la Ley Orgánica del 2022, las mujeres no logran acceder a la atención médica por una insuficiente apropiación operativa por parte del sistema de salud. El informe señala que en el 2020 se registraron 10 Muertes Maternas (MM) relacionadas con aborto. (Surkuna, 2021).

Para la construcción del problema de investigación que se desarrolla en esta tesis, se pasó del aborto, como tema general, al aborto inducido como un tipo particular; se focalizó en el cuidado de enfermería y se privilegió la búsqueda sobre aspectos relacionados con la salud mental y la salud pública. La documentación se realizó desde las bases de datos BVS, LILACS, PUBMED y REDALYC, en idiomas inglés, portugués y español, con una ventana de 2008 hasta 2021. De 552.110 artículos se seleccionaron 35 estudios relacionados con la experiencia desde la voz de las mujeres que abortan; la práctica de cuidado de enfermería y otras prácticas profesionales, y las respuestas institucionales y sociales al aborto representadas en políticas, servicios y regulaciones. Ya que solo uno de estos artículos fue publicado en Ecuador, se realizó una segunda exploración en repositorios universitarios del país. En esta segunda búsqueda fueron centrales asuntos relacionados con la despenalización y la legalidad del aborto, la restricción social sobre la libertad sexual y reproductiva, la influencia de la iglesia y los grupos conservadores en las decisiones del Estado sobre el derecho a la autonomía del cuerpo de las mujeres. En esta exploración se encontraron cuatro textos relevantes para la investigación: uno producido en México, uno en Uruguay y dos en Ecuador; el primero, de Joaquina Erviti en 2005, el segundo de Susana Rostagnol en 2016, y los textos ecuatorianos de María Soledad Varea Viteri de 2018, y de Cristina Rosero Quelal y María Rosa Cevallos de 2020. Estos textos hacen aportes claves alrededor de la construcción de redes de soporte, el compromiso político social respecto a las mujeres que deciden abortar en la clandestinidad, las emociones y ensamblajes territoriales y las experiencias diferenciales en función de la militancia feminista de las mujeres; y, además, convergen en señalar los derechos sexuales y reproductivos como un asunto primordial (Erviti, 2005; Rostagnol, 2016; Varea, 2018; Rosero, 2020; Cevallos, 2020). Esto derivó en una segunda búsqueda en las bases de datos, con los mismos criterios de temporalidad e idioma. Se seleccionaron 92 artículos, centrados en el personal y los programas de salud, los aspectos legislativos y los movimientos sociales alrededor

del aborto, que, sumados a los 35 artículos de la primera fase, constituyeron un corpus de 127 documentos (ver Anexo 1. Construcción del estado del Arte).

Se privilegiaron los trabajos referentes a la experiencia de la mujer que aborta, el significado que le da al fenómeno, algunos factores que afectan la salud emocional y las situaciones que conllevan a tomar la decisión de abortar, la importancia del apoyo emocional, la consejería y las redes de soporte, los debates alrededor de la autonomía sobre sus decisiones y su cuerpo, además del asunto del estigma social. Igualmente, se privilegiaron los que se enfocaron en el personal y los programas de salud para mostrar el papel que cumplen estos en la experiencia de las mujeres que abortan, destacando la capacitación y sensibilidad de los profesionales, como un factor que afecta la experiencia, teniendo en cuenta que ellos y ellas también producen y ponen en circulación dilemas morales y sociales. Todos estos aspectos tienen cercanía con las preguntas iniciales que motivaron la investigación y fueron realizados en mayor número y en orden descendente en Brasil, México, Argentina, Uruguay, Chile, Colombia, Perú y Costa Rica, y en menor medida en Ecuador. Aquí el tema, dadas sus implicaciones legales y sociales, tiene un abordaje restringido, especialmente desde el campo de la investigación en enfermería.

A partir de la literatura seleccionada, se reforzaron las intuiciones iniciales, buscando focalizar la experiencia de las mujeres que tienen un aborto inducido en el Ecuador. El aborto es considerado un problema de salud pública y social que afecta el bienestar de las mujeres, dada la complejidad de lo que deben transitar y experimentar, para tener acceso a este procedimiento en un contexto como el ecuatoriano. Las primeras preguntas fueron reformuladas, lo que dio lugar a preguntas derivadas de los vacíos, las insuficiencias en la literatura y el interés disciplinar por explorar un tema que no ha sido ampliamente estudiado desde la enfermería ecuatoriana, siendo las siguientes preguntas de investigación las que orientaron esta investigación:

¿Cuáles son las trayectorias de cuidado por las que transitan las mujeres que deciden abortar? [OBJ]

¿Cómo construyen las mujeres dichas trayectorias de cuidado?

¿Cuáles son las redes de cuidado que aparecen en dichas trayectorias?

¿Quiénes hacen parte de dichas redes de cuidado?

¿Cuáles son los aportes de las redes al cuidado de las mujeres que abortan?

¿Qué aspecto de la experiencia de abortar se torna más significativo en la trayectoria de cuidado de estas mujeres?

Estos interrogantes derivaron en el objetivo general y los objetivos específicos. El primero se dirigió a comprender en forma general las trayectorias de cuidado por las que transitan mujeres que deciden abortar en Ecuador, a partir de sus relatos biográficos. Para su consecución se establecieron como objetivos específicos:

- Reconocer el contexto (histórico, sociocultural y político) en el que transcurre la vida de las mujeres que deciden abortar.
- Identificar los elementos (dimensiones) que configuran la decisión de abortar para dichas mujeres.
- Describir cómo y con quien (es) gestionan las mujeres la decisión de abortar.
- Describir cómo se transforma la vida de las mujeres y sus decisiones en SSR después del aborto.

Como ya se indicó, la pertinencia académica y social del estudio se soportó en la ausencia de estudios relacionados con la experiencia de la mujer que aborta en el Ecuador desde las disciplinas de la salud y, muy especialmente, desde la enfermería, en conexión con las condiciones particulares restrictivas y de criminalización ya señaladas. La investigación se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo, con fundamento en la narrativa de las mujeres que decidieron abortar.

El informe de tesis doctoral que se presenta a continuación está compuesto por cuatro apartados. El primero corresponde a los Presupuestos de partida del estudio, donde se hace una declaratoria de los supuestos epistemológicos y los conceptos que orientaron el estudio; allí mismo se incluye la memoria metodológica, donde se detalla el recorrido de la investigación y sus desarrollos estratégicos.

El segundo apartado corresponde a los Hallazgos, presentados a lo largo de cuatro capítulos que privilegian las narrativas de las mujeres para conocer sus contextos socio biográficos, caracterizados por la presencia de múltiples formas de

violencia ; sus decisiones en salud sexual y reproductiva, las cuales constituyen una carga moral que las responsabiliza y les impone una serie de mandatos sociales en medio de grandes limitaciones y restricciones; sus trayectorias y búsqueda de cuidados, donde el Estado está ausente como garante y por tanto deben resguardarse en sí mismas o en algunas mujeres que construyen redes de soporte por fuera de la institucionalidad formal de protección, transitando rutas diversas donde el descuido y las violencia vuelven a ser predominantes; se finaliza con un capítulo dedicado a presentar las metáforas con las cuales las mujeres nombran su SSR, y que son la expresión simbólica y mimética de la dificultad y el desafío de ser mujer en una sociedad patriarcal y conservadora.

En el tercer apartado se presenta la Discusión, a través de cuatro nodos interconectados. El primero interpreta la vida de las participantes como el tránsito por un laberinto, donde las violencias que experimentan crean encrucijadas y rodeos difíciles de evadir y superar; el segundo, Maternidades plurales, explora la vivencia de la maternidad como una propuesta de pluralidad que enfrenta a las mujeres a tensiones permanentes entre la idea de la maternidad positiva, satisfactoria, llena de ternura, con la maternidad como carga y de despojo de sí mismas, caras de la misma moneda del mandato idealizado del maternar; el tercero plantea la opción del aborto como una asunto de Maternidades postergadas que, paradójicamente, permite a las mujeres responder con mayor eficacia a aquel mandato, con todas sus vicisitudes y complejidades. Se cierra la discusión con un elemento significativo para la comprensión de la trayectoria de estas mujeres, y tiene que ver con la religiosidad como una matriz de control que también presenta fisuras y acomodaciones. Las ideas religiosas, soporte del ideal femenino y de su rol básico del maternar, sirven para dar sentido a la narrativa de la experiencia en un espectro que va desde la culpa hasta la condescendencia divina.

En el apartado final se plantean las Conclusiones de la investigación. Allí se presenta una propuesta de cuidados derivados de la narrativa de las mujeres para aportar al conocimiento de la disciplina enfermera. Comprender a las mujeres que deciden abortar como sujetas que buscan autonomía y despliegan su agencia para decidir interrumpir el embarazo, pese a que en el proceso deban enfrentar sus miedos, temores, culpas y estigmatización, es una fuente promisoría para plantear lo que hemos denominado Cuidado Sororo de la SSR. Para ello, en estas conclusiones

se presentan las reflexiones en articulación con las teorías feministas en enfermería y la propuesta de un entramado de conceptos que sustentan el aporte de esta tesis a la disciplina de enfermería.

2. Presupuestos de la investigación

2.1. Aspectos epistemológicos

La presente investigación está soportada primordialmente en el feminismo, definido como perspectiva global que valora a las mujeres en la sociedad y se enfrenta a las desigualdades sistémicas relacionadas con el género (MacPherson, 1983). De allí que se lo considere como un movimiento social y político que busca la autonomía de las mujeres o de otros sujetos feminizados de la opresión sostenida por el patriarcado (Sau, 2000); este enfoque filosófico busca impulsar un cambio significativo en el mundo a través de juicios críticos y reflexivos sobre lo personal y la reivindicación de la igualdad de oportunidades de las mujeres en el ámbito público y laboral (Noguerias, 2018).

Estos planteamientos tienen eco, no solo en el problema de investigación ya presentado, sino además en el campo disciplinar en el que se inscriben. En este caso, las teorías críticas feministas permitirán entender los mecanismos de poder que existen en una sociedad patriarcal, en las relaciones entre hombres y mujeres, para interpelar al sexismo, la discriminación, la exclusión y la opresión de las mujeres (Ortíz, 2014) y los mecanismos de control de sus cuerpos y su sexualidad, cuya expresión es, precisamente, la decisión del aborto, entendido como autodeterminación y un derecho.

Las teorías feministas dan cuenta de la transgresión a la salud de muchas mujeres que no pueden ejercer el derecho a decidir sobre su cuerpo, su salud sexual y reproductiva y sobre su vida. Además, hacen un análisis crítico a cualquier relación discriminatoria, de injusticia e inequidad, y responsabilizan a los estados por permitir que las mujeres recurran a abortos inseguros en condiciones de clandestinidad, sin atender a la decisión de cuándo y cuántos hijos tener o no tenerlos como autodeterminación (Zuñiga, 2013). El feminismo, mediante sus luchas y sus voces, hace visible las injusticias en el contexto de los derechos reproductivos, especialmente el derecho al aborto seguro.

Desde el punto de vista disciplinar, las teorías feministas proveen un lente reflexivo y crítico sobre la salud de las mujeres, además que permiten a las enfermeras revisar críticamente la opresión patriarcal de sus entornos laborales, caracterizado por la subordinación de la profesión al modelo biomédico, con la consecuente jerarquización entre cuidado y curación (Chinn y Wheeler, 1985). Aplicar criterios feministas de análisis aportará al desarrollo del conocimiento y de la práctica de enfermería por fuera de la lógica sistémica patriarcal, lo que llevará a cambios sociales importantes (Chinn, 1995). Si la enfermería desarrollara un pensamiento crítico con un enfoque feminista, sería capaz de integrarse y resolver problemas originados en la realidad social y política que afectan el bienestar físico, mental y social, especialmente de los grupos más vulnerables (George, 2005), para lo cual requiere posicionarse reflexiva y políticamente frente a los sujetos de cuidado y la relación de cuidado misma, en este caso con las mujeres que han decidido abortar.

Desde las teorías feministas cabe señalar los aportes de Gilligan, quien propone una ética del cuidado como un enfoque alternativo a las teorías éticas tradicionales, que a menudo se basan en principios de justicia y derechos. La autora destaca la importancia de las relaciones interpersonales, la empatía y la responsabilidad hacia los demás, abogando por una comprensión profunda y respetuosa de las experiencias humanas, promoviendo el diálogo y la empatía como fundamentos para construir una sociedad basada en los derechos humanos (Gilligan, 2013)., destacando la importancia de las relaciones afectivas y del cuidado entre los sujetos (Medina, 2016).

Las éticas feministas del cuidado han proporcionado análisis fundamentales al ubicar el cuidado en diversos contextos sociales, políticos y económicos, superando la dicotomía entre cuidado y justicia, además de rechazar una ética de género basada en estereotipos femeninos del cuidado. Estas éticas han insistido en integrar el cuidado en contextos que abordan relaciones de poder institucionalizadas, incluyendo el género, y han resaltado la necesidad de cuestionar las injusticias inherentes a estas relaciones. De manera enfática, han rechazado la división binaria entre la ética de la justicia y la ética del cuidado, así como cualquier suposición esencialista y de género sobre cómo mujeres y hombres practican el cuidado.

El feminismo en enfermería a menudo se asocia con un compromiso con la justicia social. Esto implica trabajar hacia una profesión de enfermería que sea equitativa e inclusiva, considerando las intersecciones de género con otras formas de opresión. Es decir, dicho compromiso requiere de un esfuerzo continuo hacia una profesión más sensible a las diversas experiencias de las personas en el ámbito de la salud, buscando abordar las desigualdades de manera holística y comprensiva.

Estas ideas son resonantes con esta investigación, en tanto orienta a la enfermería a respetar y valorar la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y salud reproductiva. Esto implica reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y proporcionar un entorno de apoyo donde se respete su capacidad de tomar decisiones informadas, ofreciendo un cuidado sin juzgamientos y libre de estigma a las mujeres que eligen abortar. Esto implica garantizar que las mujeres tengan acceso a información precisa y comprensiva sobre el aborto y sus opciones, de manera que se provea apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso, desde la toma de decisiones hasta el post aborto.

Desde el corpus disciplinar se apropian herramientas ontológicas y epistemológicas desde las visiones de enfermería para la investigación. En su planteamiento inicial, el problema se proyectó en dialogo con la denominada visión *unitaria transformativa*, la cual plantea que el individuo es visto como un ser irreductible (Fawcett, 2001; Meleis, 2012), es decir, único (Newman, 2001) e indivisible en su naturaleza; esta idea de unicidad e indivisibilidad (Alligood, 2017) en la naturaleza del individuo enfatiza la importancia de abordar y comprender a las personas en su totalidad, teniendo en cuenta la interrelación de sus aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales (Ramírez, 2016). En un inicio se consideró esta perspectiva dado que el interés de la visión unitaria transformativa se centra en el conocimiento de la experiencia humana y la comprensión de sus significados, así como la subjetividad de las personas y las vivencias que ocurren en el proceso de cuidado (Bueno, 2011).

Desde esta visión, la enfermería presta atención a la importancia de comprender y atender a la persona en su totalidad, proporcionando un cuidado personalizado y único, teniendo en cuenta las experiencias y aspiraciones individuales; como perspectiva de cuidado y práctica, reconoce la interconexión y la

integralidad de los seres humanos, así como su capacidad intrínseca de transformación y crecimiento (Neuman, 2002; Butts y Rich, 2021); en relación con esto, muestra la diversidad y la complejidad de la condición humana, y subraya la necesidad de abrazar y respetar la individualidad de cada ser humano, reconociendo la riqueza de su experiencia, promoviendo la igualdad, la inclusión y el respeto hacia todas las personas.

No obstante, a pesar de la riqueza que proporciona la mirada unitario-transformativa en enfermería, durante el proceso investigativo emergieron las narrativas de las mujeres con un especial acento en sus contextos sociales y culturales. En ese sentido, si bien nos centramos en las experiencias individuales y personales de las mujeres que decidieron abortar, el tema relacional tomó fuerza, llevándonos a un replanteamiento de la visión, mucho más coherente con la denominada *interactiva integrativa*. Esta visión considera igualmente al ser humano desde una perspectiva holística, que actúa de manera recíproca entre personas y contextos (Bueno, 2011; Zaccagnini y White, 2011) como una entidad integrada, organizada, y que no se puede reducir a partes discretas (Fawcett, 2006). Dicho de otra manera, el ser humano se concibe como un ser completo en todas sus dimensiones y que no se puede fragmentar. El punto diferencial con la anterior perspectiva, muy pertinente y coherente con las narrativas de las mujeres de este estudio, se relaciona con la relevancia que se otorga al contexto e historicidad, a los valores, las creencias e intereses de los individuos (Bueno, 2011, p. 39). Esto implica darle un lugar al sujeto, reconocerlo como un agente que ocupa un lugar en el espacio, que tiene un valor en el mundo y que interactúa constantemente con el contexto y con otros agentes sociales para construir su subjetividad.

La visión interactiva integrativa lleva a la enfermería a brindar una atención integral a las personas, reconociendo que no se limita únicamente al cuidado de un cuerpo enfermo, si no que se valora el abordaje e identificación de otros aspectos que pueden afectar el bienestar psicológico, social y espiritual (Bueno, 2011; Zaccagnini y White 2011). Desde esta perspectiva, se procura utilizar enfoques terapéuticos que estimulen los procesos de autoregeneración y autocuración (Zaccagnini y White, 2011), que siempre se producen de manera relacional. En ese sentido, es fundamental que las enfermeras, a partir de las voces y las experiencias de los sujetos de cuidado, aprendan a escuchar y dar resonancia de los significados, con el fin de

promover una enfermería centrada en las personas y sus contextos, priorizando las experiencias, entendiendo e incorporando sus historias, sus condiciones de vida, sentimientos, creencias y experiencias para interpretar el contexto investigado (Palucci, 2006). Esta visión es sugerente, ya que estos son aspectos que suelen ser relegados desde el interés de enfermería (Valverde, 2007), como se muestra en esta investigación. En relación con esto, el accionar de enfermería desde la visión interactiva integrativa permite abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, reconociendo interconexión en todos estos aspectos.

En definitiva, la visión interactiva integrativa se articula con el fenómeno de estudio, dado que las narrativas de las mujeres permitieron tener una mirada amplia, dado que aquellas consideraron y reconocieron las interacciones y relaciones sociales como asuntos decisivos en sus trayectorias biográficas, con efectos definitivos sobre su decisión de abortar y su vivencia de la sexualidad.

Esta propuesta se articula, igualmente, con los patrones de conocimiento de enfermería (Carper, 1978), específicamente con el patrón de conocimiento sociopolítico desarrollado por White, por el foco que pone sobre el contexto sociopolítico de las personas y las enfermeras (White, 1995) y su impacto sobre la salud y el cuidado (Osorio, 2016). La visibilización de los problemas que tiene la práctica de enfermería a partir del conocimiento del contexto permite concebir una enfermería renovada, donde la política es una fortaleza para la disciplina y un medio que conduce al bienestar de los sujetos de cuidado, cuestionando lo aprendido y normalizado que sostiene inequidades en la práctica. Las enfermeras deben apropiarse de la situación social y política de su propio entorno y ser la voz que influya en las decisiones de programas y servicios de salud. Desde una postura sociopolítica, las enfermeras son capaces de poner en tela de juicio al sistema, sus leyes y políticas con sentido de justicia y equidad, abogando por la integridad, la salud física, mental y social de las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad y estigma social. Ante un Estado que criminaliza y juzga a quienes deciden sobre sus cuerpos y su salud sexual y reproductiva, es necesario un juicio crítico donde el cuidado sea garantía para quienes buscan atención en un contexto adverso.

Esta aspiración se conecta directamente con la intención emancipadora en beneficio de las mujeres y las enfermeras, aspiración que desafía las estructuras

patriarcales dominantes. Chinn (1995), basándose en argumentos de la literatura feminista, menciona que la emancipación es fundamental y que enfermería debe adoptar estas actitudes tanto de liberación como de poder y de autoridad sobre sí misma y aplicarlas a sus prácticas de cuidado para dar cuenta de las injusticias en el orden social e identificar los cambios requeridos (Chinn y Kramer, 1999).

Como muestran Urra y Jana (2010), la enfermería está arraigada a conceptos obsoletos, por lo que es necesario producir conocimientos y abarcar otros contextos como la política y la justicia social desde una perspectiva de género; es decir, la enfermería debe responder a los problemas sociales que existen en la actualidad, adoptando una aspiración emancipatoria para transformar la disciplina y superar la visión instrumental y procedimental del cuidado.

Finalmente, la investigación se vincula con los cuidados relacionados con las narrativas, propuesta que busca avanzar en una perspectiva interpretativa en la cual el protagonista es el sujeto con su experiencia, y donde los significados que estos atribuyen a sus vivencias, expresadas a través de los relatos, toman un lugar central (Buitrago y Arias, 2018). Las narrativas permiten crear y recrear un espacio propio donde los personajes, las acciones y las situaciones pueden ser llevadas a cabo a voluntad e integradas en diversas actividades (García, 2019, p 5). A partir de las narrativas, el sujeto va construyendo e imaginando acontecimientos propios, así como de otros, dando a estas un lugar y un significado, y configurando una historia.

El enfoque biográfico narrativo, desde su postura epistemológica constructivista, tiene una característica que lo hace particular, y es que, en lugar de explicar causal o estructuralmente las prácticas sociales, se acerca a la comprensión del papel del sujeto y la intersubjetividad para la construcción de la realidad social (Buitrago y Arias, 2018), su interés radica en el entorno que habita y los significados subjetivos que se generan a través de la interacción con otros. De acuerdo con Delory (2014), la narración del otro actúa como vehículo y facilitador de la comunicación y representa uno de los espacios donde exploramos nuestra propia construcción de experiencias. Aquí las experiencias se desplazan, se transforman, y amplían su alcance, percibiéndonos a nosotros mismos como sujetos que experimentan y se expresan a través de la interacción mediada por los demás.

La narración es una parte intrínseca de nuestra existencia y contribuye a la construcción de la realidad en la que nos desenvolvemos (García, 2019), es decir, a partir de lo que vivimos y cómo lo vivimos se cuentan relatos e historias que ponen, desde lo subjetivo y en el relato, la interpretación de situaciones de la vida cotidiana y el sentir humano. El relato es un conector importante para escuchar a otros y reconocerlos. Por esta razón es importante, como menciona Valverde (2007) siguiendo las premisas de Levinas, que la enfermería asuma la responsabilidad ética de brindar apoyo al individuo que sufre en soledad, teniendo en cuenta que la escucha atenta y el acompañamiento son elementos radicales que, articuladas a las narrativas, proporcionan satisfacción a quienes participan del intercambio que propone el cuidado. Desde la enfermería hacer énfasis a los elementos de la subjetividad, esto particularmente da cuenta de que el sujeto es un ser que tiene una historia o algo por contar y que, al ser relatado, dará a las y los profesionales de la salud una herramienta para abordar el cuidado de manera dinámica y fuera de lo convencional, donde la experiencia tiene valor y es a través de ella que se construyen nuevas perspectivas de cuidado.

A partir de los resultados de este estudio con mujeres que decidieron interrumpir el embarazo, se resaltan las narrativas como fuente de conocimiento, en tanto que permitirá a las enfermeras comprender mejor las perspectivas subjetivas de cada mujer y adaptar su atención de manera sensible y personalizada promoviendo un entorno de cuidado empático, respetuoso y sororo.

En la **Figura 1** se sintetizan los aspectos epistemológicos articulados:



Figura 1: Soporte epistemológico del estudio. Fuente: Elaboración propia.

2.2. Conceptos problematizadores

Esta investigación se abordó a partir de la noción de género como perspectiva orientadora de otros conceptos, tales como la de derechos sexuales y reproductivos; mientras tanto, en forma paralela se articularon las nociones de trayectorias y prácticas de cuidado en su relación con las transiciones biográficas de las mujeres y las redes de cuidado que las sostienen. Este entramado se detalla en la **Figura 2**:

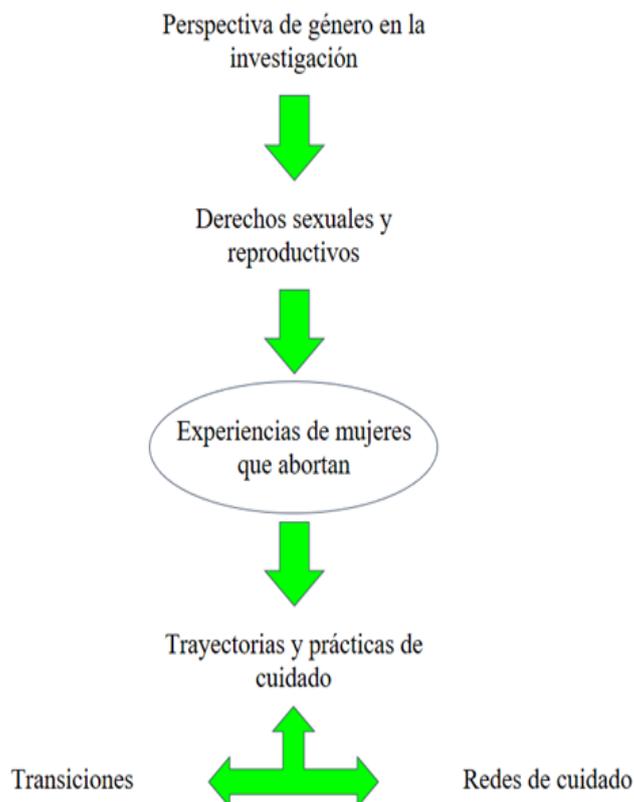


Figura 2: Conceptos problematizadores del estudio. Fuente: Elaboración propia.

Con relación al género, Scott (1996) señala que esta es una noción crucial para las feministas contemporáneas que reclaman espacio y equidad dentro de la sociedad, en la medida en que permite comprender las complejas conexiones entre distintas formas de interacción humana desde la construcción social de sentido de las especificidades de los cuerpos femeninos y masculinos (De Barbieri, 1996), produciendo clases, estratos y relaciones sociales (Viveros, 2016). El género permite una autodefinición subjetiva relacionada con roles, comportamientos, sentimientos y actitudes asociados a la cultura y a las relaciones entre los individuos, insertándose en la objetividad de las estructuras sociales a la vez que en la subjetividad de las estructuras psíquicas de las personas (Asakura, 2004). Incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud permite acercarse a fenómenos y experiencias marcadas por inequidad entre hombres y mujeres, garantizando una mejor comprensión de los problemas de justicia social.

El género es un eje de discusión para el planteamiento de los derechos sexuales y reproductivos. En el año 1994, la Conferencia del Cairo sobre población, centró el debate en el desarrollo de los grupos sociales y de los sujetos, realzando el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, conjuntamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategias importantes para la reducción de la pobreza, la mejora de la salud y la calidad de vida (Galdos, 2013). Muchos debates, particularmente en relación con las mujeres, muestran las posturas de los entes gubernamentales y religiosos, como los que más han cuestionado y usurpado decisiones sobre su cuerpo. Sin embargo, la situación ha cambiado, pues los grupos que indagan sobre género y feminismos han logrado transformar estas concepciones, y las mujeres han empezado a reclamar respeto a su derecho de decisión, a la autonomía reproductiva y, por ende, la despenalización del aborto. Dador (2007) plantea que asegurar los derechos sexuales y reproductivos y el acceso universal a la salud integral, que incluye la salud sexual y reproductiva, son condiciones indispensables para garantizar la participación de las mujeres en la vida política y en el trabajo remunerado y por tanto en espacios de toma de decisión.

El cuerpo femenino se define como una anatomía política (Mizrahi, 2011) sobre la que actúan la sociedad civil, la iglesia y el patriarcado, interfiriendo sobre su autonomía, especialmente cuando se trata de su reproducción: controlan decisiones, se adueñan de los derechos de reproducción y utilizan estrategias para que se juzgue y señale a quienes proponen la salud sexual y reproductiva como un derecho. Como resultado, hacen a las mujeres invisibles, las minimizan, las hacen frágiles, sin identidad, las obligan a perder el poder que tienen sobre el cuerpo, las manipulan, crean concepciones de vivir para servir a la familia, a los hijos, a la pareja, son forzadas a ser madres, con leyes en su contra. El cuerpo de la mujer se torna así en un territorio en disputa, obligada a la maternidad, en un claro contraste, al hombre, a quien, aunque también aporta en la fecundación no se le exige responsabilidad en su reproducción, no se lo obliga, no se lo juzga, ni se le criminaliza. Mizrahi sostiene:

El cuerpo femenino [...] es un cuerpo atravesado por leyes restrictivas, mandatos patriarcales autoritarios, políticas religiosas dogmáticas y políticas sociales injustas, por leyes patriarcales de expropiación, por modas arbitrarias y caprichosas, por la propia cosificación como un objeto sexual, estético, doméstico y funcional. (Mizrahi, 2011, p.89)

Esta situación, de carácter histórico, amerita una necesaria transformación (Mizrahi, 2011) para que las mujeres logremos independencia y autonomía. En el caso concreto de la decisión sobre la IVE, es necesario revisar las versiones circulantes que nos ponen como seres inferiores, valorizadas como cuerpos fértiles y reproductivos, pero carentes de derechos. Mizrahi afirma que la criminalización y penalización del aborto no son hechos ingenuos o provida, sino formas de dominio y control de las mujeres.

De allí la importancia de considerar las trayectorias y prácticas de cuidado de las mujeres que deciden abortar para obtener información biográfica, contextualizar las experiencias y articularlas con las estructuras globales e históricas (Lera, 2021) y con sus diversas relaciones de poder (Muñoz, 2016). Bajo esta perspectiva, una trayectoria es un camino recorrido, una construcción de experiencias de un sujeto y su grupo a lo largo de una etapa, un ciclo o una vida. En ese tránsito las personas van tomando decisiones, adquiriendo experiencias y acumulando conocimientos (Leyton y Valenzuela, 2017); se trata de un vínculo entre las posiciones de las personas en los diferentes espacios social, político, económico y cultural y las distintas relaciones que establece con esos espacios y con otros y otras (Muñoz, 2016).

De acuerdo con Lera (2021), las trayectorias posibilitan pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales, proponiendo formas de comprender y reflexionar sobre las trayectorias individuales y colectivas de las personas, superando enfoques estáticos, para considerar el proceso dinámico de desarrollo y cambio en la vida de los individuos y comunidades. Las trayectorias constituyen un medio para comprender una situación, identificar alteraciones que afectan la salud, así como identificar rutas y medios de cuidado a través de la narración que hacen los propios sujetos sobre un acontecimiento.

En las trayectorias de cuidado es posible identificar los procesos por los que una persona logra conseguir transformar realidades, así como las estrategias, las personas involucradas y las circunstancias en que se desarrollan los sucesos. En ellas pueden aparecer modos alternativos de proceder y prácticas marginales, a la vez que otros más convencionales, legitimados o institucionalizados. El estudio de las trayectorias implica reconocer las experiencias pasadas, las decisiones de salud y el

contexto social que ha influido en la salud y cuidado de las mujeres, su historia personal y social y las consecuencias de sus decisiones en el curso de sus vidas. Las trayectorias resaltan las decisiones y acciones de las mujeres en el proceso de aborto, desde la concepción hasta la recuperación postaborto, capturando la complejidad de las experiencias.

Según refiere Roberti (2017), el concepto de trayectorias, en el contexto de las investigaciones biográficas, se fundamenta en la comprensión de fenómenos sociales a lo largo del tiempo. La dimensión temporal es crucial para entender los procesos de cambio y adaptación de los individuos en entornos sociales cambiantes. Desde esta perspectiva teórico-metodológica, se destaca la importancia de romper con enfoques estáticos y otorgar centralidad al aspecto temporal para seguir una variedad de procesos a lo largo del tiempo que permitan comprender las conexiones entre los cambios sociohistóricos y las transformaciones en las subjetividades personales y sociales.

En estas temporalidades y trayectorias se da un lugar especial a las redes de cuidado que surgen de las redes sociales, con sus intercambios y apoyos. De acuerdo con Erviti (2005), a través de las redes sociales las personas no solo enfrentan y comparten con otros y otras los problemas de la vida cotidiana, sino que también logran un proceso de aprendizaje e interpretación de los fenómenos que afectan su vida. Constituye igualmente un sistema de apoyo e instancia mediadora integrada para dar y recibir servicios, ayuda material e información (Huenchuan et al., 2013). La red social se vuelve central cuando las personas experimentan sucesos que alteran o tocan una parte de su vida (Juárez, 2005), tal que frecuentemente es la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana (Bronfman, 2000). Ante problemas de diversa índole, las redes sociales representan un medio de apoyo para sobrellevar situaciones que interrumpen la tranquilidad y el bienestar.

Las redes de cuidado surgen en las redes sociales de cada persona para contribuir al reconocimiento de sí y de los otros, al mantenimiento de la identidad subjetiva y social y al acceso a apoyos, servicios e información (Bedoya, 2013). Las redes de cuidado permiten identificar necesidades, así como también reconocer el

apoyo social y emocional proveniente de familiares, vecinos, amigos e instituciones. Mediante el reconocimiento de carencias afectivas y sociales el ser humano construye su propia red de apoyo con personas de su entorno, de tal manera que adquiere conocimientos para afrontar situaciones que alteran el bienestar y por ende contribuyen a su propio cuidado (Bedoya, 2013).

2.3. El Sistema Conceptual Teórico Empírico (SCTE)

Fawcett (2001) afirma que a través del SCTE se provee un proceso sistemático para la reflexión crítica sobre la generación de conocimientos en la enfermería, con importantes efectos sobre la práctica, la investigación y la educación del cuidado. Afirma que la aplicación de un modelo o una teoría en el quehacer enfermero ocurre cuando se articulan los modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos, dando lugar al SCTE y, por tanto, soportando a la disciplina. El SCTE es una estructura que parte de un modelo conceptual que deriva la teoría, la misma que será identificada con indicadores empíricos tomando en cuenta la congruencia lógica entre ellos en la búsqueda del desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo (Fawcett, 2001). Si bien esta idea propone una lógica deductiva en la producción de conocimientos, en este proyecto se elaboró y adaptó la propuesta en coherencia con la postura epistemológica presentada y la lógica inductiva que privilegia lo narrativo. En la **Figura 3** se presenta el SCTE de inicio y en la **Figura 4** se presenta el SCTE emergente del proceso investigativo.

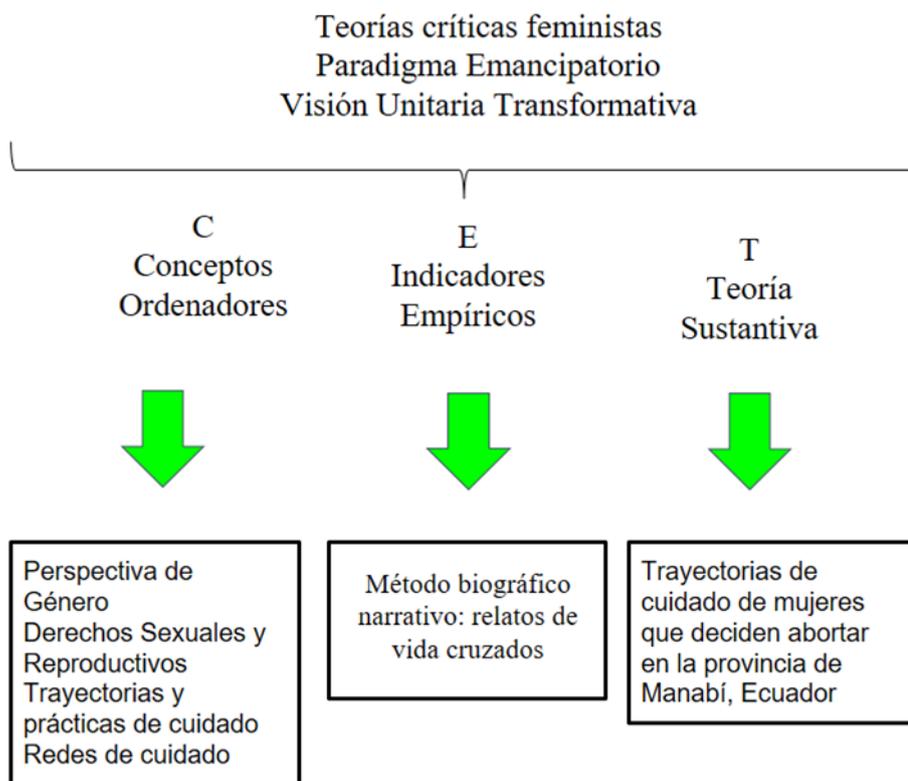


Figura 3: SCTE de partida. Fuente: Elaboración propia adaptada de Fawcett (2001).

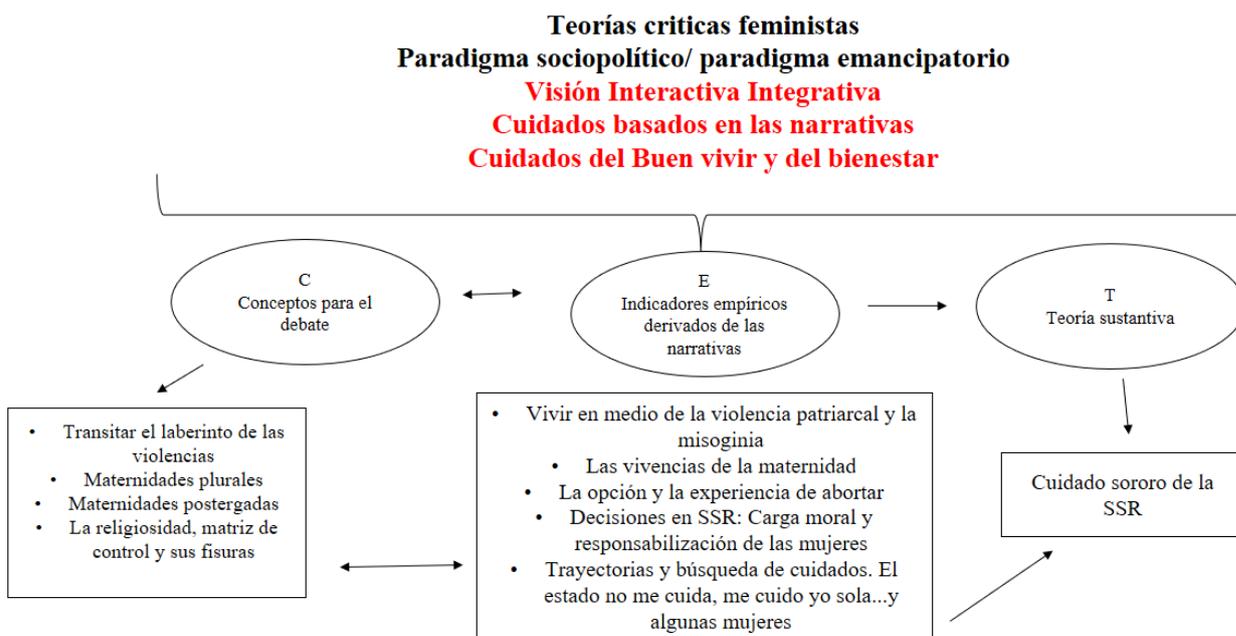


Figura 4: SCTE de llegada. Fuente: Elaboración propia adaptado de Fawcett (2001).

2.4. Memoria metodológica

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, pertinente para conocer la experiencia de las mujeres que deciden abortar (Cuesta, 2000) y producir conocimiento desde la narrativa ellas mismas (Vidanovic y Osorio, 2018). El método utilizado fue el biográfico narrativo, mediante el cual se accedió a relatos de vida cruzados (Bolívar, 2006) con fundamento en una perspectiva construccionista para la producción de conocimiento (Buitrago y Arias, 2018). Las participantes fueron el centro del proceso, sus relatos permitieron abordar los aspectos significativos de la experiencia desde sus contextos, logrando además autocomprensión frente al fenómeno. En las narraciones, las personas dan un significado particular a los acontecimientos que de una u otra manera tocan la subjetividad (Pfeiffer, 2014), tomando en cuenta la temporalidad, el entorno, y la interacción con los demás (Clandini y Connelly, 2000). Para el diseño se tuvo en cuenta la propuesta que parte de la construcción de una "estructura polifónica" (Bolívar y Domingo, 2006; Herrera, 2016); es decir, se realizó el cruce de distintos testimonios mediante "relatos de vida cruzados", que permitieron escuchar varias voces alrededor de un mismo fenómeno.

Para el estudio exploratorio se estableció contacto con los expertos Dr. Joaquín Gómez, ginecoobstetra y PhD en salud pública, quien desarrolló su tesis doctoral sobre la IVE en Colombia; y con la Dra. María Soledad Varea, antropóloga, PhD en ciencias sociales, por su experiencia en el tema del aborto en Ecuador. Simultáneamente se mantuvieron conversaciones con líderes de las organizaciones sociales Surkuna, la Fundación Desafío, Las comadres, Tejedoras Manabitas, Sororas Manta, Feministas Ec, La Comunidad del Sapo Azul y Zorras Subversivas. Esta etapa, que se desarrolló entre octubre 2020 y enero 2021. El acercamiento a las expertas y lideresas condujo a conocer el contexto del fenómeno a investigar a través de la experiencia en el abordaje del tema, así como la literatura sugerente que contribuyó en el desarrollo de los aspectos epistemológicos y metodológicos. Además, permitió interrogar el posicionamiento de la investigadora y examinar la sensibilidad para el acercamiento a las potenciales participantes.

Para el acceso a las participantes se tuvieron previstas varias estrategias y porteros. Un primer acercamiento se realizó a través de las organizaciones sociales

que participaron en el exploratorio. El acceso al campo, previsto por vía institucional, gubernamental y no gubernamental, se formalizó a través de una carta de solicitud de autorización para su participación y apoyo en el estudio (ver Anexo 2, Solicitud de autorización institucional).

Dadas las condiciones del contexto, se tuvo en cuenta una segunda estrategia llamada *bola de nieve*; esta técnica de muestreo se intentó aplicar en primera instancia a las mujeres que llegaban a hospitales locales, mediante una carta donde se explicaba el objetivo del estudio y se incluía datos de la investigadora para ser contactada por las interesadas. Esto se lo hizo a través de las enfermeras que trabajaban en el área de emergencia, ginecología y sala de partos, quienes actuaron como porteras. Esta estrategia no generó resultados positivos. La tercera estrategia continuó con *bola de nieve*, pero esta vez la búsqueda se extendió a los contactos sociales de la investigadora, aprovechando su cercanía con el contexto de salud pública y social en el país y por su experiencia en el cuidado directo de enfermería, lo que hizo posible el acceso al campo en la investigación.

Para todas estas formas de acceso se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Bertaux (2005), dirigidas a saber interactuar y establecer una relación de confianza, presentando argumentos contundentes sobre la relevancia y el aporte de la participación. Según Bertaux (2005), para el acceso a la muestra es necesario recorrer de la forma más exhaustiva, según las posibilidades del investigador, la variedad de testimonios posibles. Atendiendo a esto, se buscaron rigurosamente las participantes, todas ellas mayores de edad con experiencia de aborto voluntario en cualquier momento de su vida y con disposición a relatar su experiencia y se excluyeron mujeres con algún tipo de discapacidad mental que dificultase la comunicación, dada la importancia del dialogo entre la participante y la investigadora, requerido en el método biográfico narrativo. El cierre de la muestra se lo hizo a través de la saturación de datos, a partir de la participante N°19 empezaron aparecer repetidas confirmaciones relacionadas el fenómeno de investigación.

Siguiendo los planteamientos metodológicos de Bertaux (2005), se prepararon los primeros acercamientos para la presentación del estudio y la realización de las entrevistas; esto se llevó a cabo mediante una actitud empática y comprometida con las mujeres, se les describieron los objetivos del estudio en un lenguaje claro y

accesible, y cuando se generó un vínculo de confianza se procedió a realizar las conversaciones biográficas. Este proceso fue coordinado poniendo especial interés en ajustar los tiempos y lugares según la disponibilidad de las mujeres.

Así, se incluyeron finalmente a 19 mujeres residentes en distintas provincias del Ecuador, la mayoría mestizas, consolidando una muestra intencionada homogénea, como puede verse en la **Tabla 1**. El nombre que aparece en la tabla y posteriormente en el informe corresponde a un seudónimo escogido por cada participante; el 47% son estudiantes universitarias, el 37% profesionales empleadas y el 16 % amas de casa, con edades que oscilan entre los 18 y los 62 años y la mitad de ellas con independencia económica. Casi la totalidad de las participantes de la muestra tienen estudios universitarios en proceso o terminados, excepto una mujer con estudios de secundaria completos. Todas profesan la religión católica, con excepción de una mujer evangélica, pero no todas son practicantes activas de sus rituales, la mitad de ellas son feministas. El 58% de las participantes no tienen convivencia activa en pareja al momento del estudio. En general se obtuvo una muestra homogénea de mínima variación.

El acceso a las mujeres se logró a través de colectivos feministas en un 68%, por contactos sociales de la investigadora en un 26% y el 6% por la estrategia de bola de nieve. De las 19 mujeres, el 95% tuvo un solo aborto voluntario, y el 5% tuvo dos abortos.

| N° | Pseudónimo | Edad | Ocupación | Formación Universitaria | Religión | Formas de Acceso | Estado civil | Pertenencia étnica | Independencia económica | Área de vivienda | Grupo conviviente | Métodos anticonceptivos | Número de hijos | Número de Aborto | Participa en algún colectivo |
|----|------------|------|-------------------------|--|------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------|------------------|------------------------|--|-----------------|------------------|------------------------------|
| 1 | Jennifer | 29 | Estudios universitarios | Profesionales en Ciencias de la salud | Católica | Contacto social | Soltera | Montubia | No | Urbana | Ensamblada | Orales e inyección | 1 | Dos | NO |
| 2 | Laura | 23 | Estudios universitarios | Profesional en Ciencias Administrativas | Católica | Colectivos feministas | Soltera | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Implante | Ninguno | Uno | Si, es simpatizante |
| 3 | Monica | 23 | Estudios universitarios | Profesional en ciencias de la salud | Católica | Colectivos feministas | Soltera | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Pildora | Ninguno | Uno | Si, es simpatizante |
| 4 | Mariana | 22 | Estudios universitarios | Profesional en ciencias de la salud | Católica | Contacto social | Soltera | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Pildora | Ninguno | Uno | No |
| 5 | Noelia | 23 | Estudios universitarios | Profesional en Ciencias Administrativas | Católica | Colectivo feminista | Soltera | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Inyecciones | Ninguno | Uno | Si, es simpatizante |
| 6 | Crisley | 23 | Estudios universitarios | Profesional en ciencias de la salud | Católica | Bola de nieve | Soltera | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Pildora e inyecciones | Ninguno | Uno | |
| 7 | Viviana | 22 | Estudios universitarios | Profesional en ciencias de la salud | Católica | Colectivos feministas | Casada | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Implante | 1 | Uno | Si, es simpatizante |
| 8 | Soledad | 51 | Ama de casa | Secundaria | Católica | Contacto social | Soltera | Mestiza | Si | Urbana | Nuclear | Inyecciones | 3 | Uno | No |
| 9 | Constanza | 18 | Estudios universitarios | Profesional en Ciencias Administrativas | Católica | Colectivos feministas | Soltera | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Pildoras e inyecciones | 0 | Uno | No |
| 10 | Azucena | 34 | Profesional empleada | Profesional en ciencias de la salud | Católica | Colectivos feministas | Casada | Mestiza | Si | Urbana | Nuclear | Implante | 1 | Uno | Si, es simpatizante |
| 11 | Simona | 39 | Profesional empleada | Profesional en ciencias de la salud | Católica | Contacto social | Casada | Montubia | Si | Urbana | Nuclear | Inyecciones, preservativo | 2 | Uno | Si, es simpatizante |
| 12 | Eduviges | 35 | Profesional empleada | Profesional en ciencias de la salud | Católica | Contacto social | Casada | Mestiza | Si | Urbana | Nuclear | Inyecciones | 2 | Uno | No |
| 13 | Carolina | 23 | Estudios universitarios | Profesional Ciencias sociales y humanas | Católica | Colectivo feminista | Soltera | Mestiza | Si | Urbana | Nuclear | Pildora | Ninguno | Uno | No |
| 14 | Maria | 39 | Ama de casa | Profesional en Ciencias sociales y humanas | Católica | Colectivo feminista | Casada | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | Pildoras inyecciones y ligadura de trompas | 2 | Uno | No |
| 15 | Adelita | 41 | Ama de casa | Profesional en Ciencias Administrativas | Católica | Colectivo feminista | divorciada | Mestiza | No | Urbana | Nuclear | T de cobre, inyecciones, pastillas y preservativos | 2 | Uno | Si, es simpatizante |
| 16 | Yajuana | 62 | Profesional empleada | Profesional en Ciencias sociales y humanas | Católica | Colectivo feminista | Casada | Mestiza | Si | Urbana | Extensa o consanguinea | Dispositivos, inyección , pastillas | 2 | Uno | Si, es simpatizante |
| 17 | Maya | 31 | Profesional empleada | Profesional en Ciencias de la salud | Católica | Colectivo feminista | Soltera | Mestiza | Si | Urbana | Nuclear | Todos los metodos | Ninguno | Uno | Si, es simpatizante |
| 18 | Andrea | 28 | Profesional empleada | Profesional en Ciencias Tecnicas | Evangelica | Colectivo feminista | Soltera | Mestiza | Si | Urbana | Sin vinculo | Todos los metodos | Ninguno | Uno | Si, es simpatizante |
| 19 | Lila | 56 | Profesional empleada | Profesional en Ciencias de la comunicación | Católica | Colectivo feminista | Divorciada | Mestiza | Si | Urbana | Monoparental | Pildora, ritmo | 1 | Uno | Si, es simpatizante |

Tabla 1: Perfil de la muestra del estudio. Fuente: Construcción propia

La principal fuente de datos fue la entrevista abierta y en profundidad de tipo biográfica (Vidanovi y Osorio, 2018), que se orientó hacia la comprensión de las experiencias y expectativas de vida que tienen las participantes después de un aborto inducido, relatando tal como la vivieron, en sus propias palabras, gestos y figuras. La entrevista biográfica buscó la narración de la vida, mediante una reconstrucción retrospectiva (Bolívar, 2012), narración que incluyó sus trayectorias de cuidado para conseguir un aborto inducido. En el proceso del relato, en la entrevista biográfica, surgieron episodios de reconstrucción de la experiencia que hicieron revivir el hecho a través de los recuerdos, asunto crucial que se tuvo en cuenta a fin de no revictimizar a las mujeres, evitando generar algún tipo de daño, a través de una escucha sensible y una actitud empática. Ninguna de las participantes requirió apoyos especializados para sus malestares emocionales y, al contrario, manifestaron un efecto terapéutico colateral a partir de los encuentros y la puesta en relato de la experiencia. Para Costa y Gualda (2010), las narrativas de las experiencias dan apertura para que tanto las participantes como la investigadora desarrollen nuevos modelos de relatos y por ende otras formas de comprender el fenómeno. En la producción de datos “la entrevista de investigación biográfica busca aprehender y comprender los hechos, situaciones, significados, e interpretaciones que cada uno da a su propia existencia” (Delory, 2012, p. 524).

El trabajo de campo se condujo entre octubre del año 2020 y octubre del 2022, periodo durante el cual se realizaron 24 entrevistas biográfico-narrativas en profundidad, con una duración entre 40 a 60 minutos. La grabadora fue un apoyo que se utilizó una vez que se tuvo el consentimiento de las mujeres (Bertaux, 2005), quienes aceptaron de forma voluntaria su participación, tanto en las entrevistas presenciales y en aquellas que se realizaron por medio de videoconferencias, esto debido al contexto de pandemia por Covid-19. Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora. La información que se obtuvo a través de las grabaciones fue respaldada en un dispositivo seguro para su posterior análisis; para la toma de notas se tuvo a mano un cuaderno de campo, en donde se anotaron todas las actividades, observaciones y también reflexiones y conversaciones informales, además del respectivo diario de campo. Una vez realizadas las entrevistas, se realizó su transcripción (Bertaux, 2005) y análisis (Creswell, 2007; Vidanovi y Osorio, 2018) lo

más pronto posible, para no olvidar ningún dato importante, apropiarse del relato y visualizar falencias o vacíos para orientar la siguiente entrevista con cada participante.

El análisis, en términos generales, consistió en leer y releer la transcripción del relato, identificar nodos temáticos (Desmarais, 2010) y categorías orientadas por los objetivos o de carácter emergente. El proceso posterior de reconstrucción buscó reagrupar y hacer comparación intertextual para encontrar recurrencias y lógicas de acción parecidas en los relatos cruzados (Bertaux, 2005). Las recurrencias detectadas en los relatos biográficos dieron lugar a tendencias y patrones que permitieron dar cuenta de los hallazgos presentados en este informe.

El primer acercamiento al análisis de los datos fue de tipo descriptivo, buscando responder a las preguntas del por qué y cómo está sucediendo la experiencia (Amezcuza y Gálvez, 2002). En este sentido, primero se describieron de forma amplia las trayectorias de cuidado por las que transitaban las participantes, cómo construyeron dichas trayectorias, quiénes conformaron las redes de cuidado y de qué manera aparecen y aportaron al fenómeno. Posteriormente se procedió a un análisis más comprensivo sobre el sentido de las experiencias, focalizando la mirada *emic* de las mujeres y la *etic* de la investigadora. Este proceso analítico se realizó a través de matrices, representadores gráficos, mapas temáticos y memorandos. Identificar las temporalidades subjetivas, las metáforas y las epifanías fueron claves en el proceso. Un punto importante fue mantener la integridad del relato, evitando la excesiva fragmentación del mismo para impedir perder el sentido narrativo.

Para dar credibilidad al estudio, así como soporte y rigurosidad a la investigación, se llevó a cabo la estrategia de triangulación de datos, complementando información sociodemográfica (ver Anexo 3. Ficha de datos sociodemográficos) con la producida en las entrevistas semiestructuradas con las participantes, lo que permitió mayor comprensión sobre la vida de las mujeres. En cuanto a triangulación de fuentes se contó con la participación de líderes y acompañantes de organizaciones de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Fundación Desafío, Surkuna, Feministas Ec, Tejedoras Manabitas, Sororas Manta, Zorras Subversivas). Dichas participantes se eligieron bajo el criterio de inclusión de llevar más de un año de vinculación con la organización

al momento de realizar la entrevista (ver anexo 4. Guía de entrevista a líderes e informantes clave).

Complementariamente se mantuvo la estrategia de triangulación de analistas con las asesoras, como fue la tutora de tesis, Dra. Beatriz Elena Arias López, y la Dra. María Soledad Varea Viteri, acompañante del proceso de pasantía académica, en el cual se incorporaron diversas perspectivas para la comprensión del fenómeno. Otros elementos de rigor se derivan de una estancia prolongada en el campo y la adecuación referencial garantizada por la devolución de todas las transcripciones a las participantes, además de procesos de devolución parcial de resultados. De igual forma, se realizaron procesos de valoración del protocolo antes del inicio de trabajo de campo por parte de dos académicas expertas (Dra. Angela María Maya y Dra. Lilia Andrea Buitrago, ambas PhD en Enfermería).

Con relación a la garantía ética del proceso investigativo se logró la evaluación independiente y aval tanto del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia como garante del proceso formativo posgradual, como del Comité de Ética de Investigación de la Universidad San Francisco de Quito USFQ del Ecuador. Con este último se realizaron informes semestrales hasta la finalización del proyecto.

Se dispuso de un modelo de consentimiento informado tanto para las participantes (Ver anexo 5. Consentimiento informado para mujeres participantes), como para líderes (Ver anexo 6. Consentimiento informado para líderes e informantes clave), elaborados con base en el Registro Oficial Función ejecutiva del Ecuador-MSP (4889) 2014.

3. Resultados

3.1. Vivir en medio de la violencia patriarcal y la misoginia

Este apartado responde al objetivo específico uno: Reconocer el contexto socio biográfico de las mujeres que deciden abortar, el cual da cuenta de las diferentes formas de violencia que han transitado las mujeres participantes.

Como se señaló en la memoria metodológica, en el estudio participaron 19 mujeres de distintas provincias del Ecuador. Las edades al momento del estudio oscilaron de los 18 hasta los 62 años, donde la mayoría tiene algún grado de educación universitaria. Para darle rostros a sus voces y contextualizarlas, a continuación, se presenta una breve descripción socio biográfica de cada una, utilizando para ello un seudónimo escogido por ellas mismas:

Jennifer es estudiante universitaria de Ciencias de la Salud; tiene 29 años, es soltera y reside en Jipijapa con su madre y su hijo. De etnia montubia, señala no ser practicante religiosa activa, pero sí creyente; depende económicamente de su familia.

Laura tiene 23 años, también es estudiante, actualmente egresada de la carrera de Ingeniería Comercial; reside en la localidad de Latacunga, es soltera y vive con su familia nuclear, señala no ser practicante religiosa activa.

Mónica es estudiante, con 23 años y reside en la ciudad de Quito junto a su familia nuclear; de religión católica, es simpatizante de organizaciones que reivindican los derechos de las mujeres.

Mariana es una estudiante de 22 años; reside en la localidad de Calderón, Portoviejo, junto con su familia nuclear; su religión es la católica y no participa en organizaciones feministas.

Crisley es igualmente estudiante de 23 años, residente en Portoviejo; es soltera, de religión católica y vive con su familia nuclear; se encuentra en situación de dependencia económica.

Viviana, por su parte, es una estudiante de 22 años; reside actualmente en Portoviejo, donde vive con su familia nuclear (unión libre) y su hijo; es activista en organizaciones feministas y su religión es católica.

Soledad tiene 51 años y reside en Guayaquil; no practica ninguna religión en particular, no tiene formación universitaria y su escolaridad va hasta bachillerato; es soltera y reside junto a su familia nuclear con sus tres hijos, se dedica a trabajos domésticos pagados, de modo que es independiente económicamente.

Constanza es estudiante universitaria y reside en la ciudad de Quito; tiene 18 años y su religión es católica. No participa en organizaciones feministas o similares y tampoco tiene hijos.

Azucena, por su parte, es profesional de 34 años; reside en la ciudad de Atuntaqui con su familia nuclear (tiene un hijo), en la provincia de Imbabura y es casada. Se considera económicamente independiente y es simpatizante de organizaciones que abogan por derechos de las mujeres.

Simona es una profesional de 39 años residente de Jipijapa y de religión católica. Es casada y vive con su familia nuclear junto a sus dos hijos, además de ser simpatizante también del movimiento feminista y mantener independencia económica.

Eduviges tiene 35 años, y es profesional, residente en Jipijapa. De religión católica, es casada y vive junto a su familia nuclear con sus dos hijos. No pertenece a ningún colectivo u organización feminista o similar y es independiente económicamente.

Carolina tiene 23 años, es estudiante universitaria y no practica ninguna religión en particular; reside en la ciudad de Quito y mantiene independencia económica; no tiene hijos ni es activista o simpatizante de organizaciones feministas en particular.

María es una profesional de 39 años y reside en la ciudad de Quito. Actualmente es ama de casa, tiene dos hijos y no se considera independiente en términos económicos. Su religión es católica y no milita ni participa activamente de ninguna organización feminista o similar.

Adelita tiene 41 años y reside igualmente en la ciudad de Quito. Es profesional y en la actualidad es ama de casa. De religión católica, esta divorciada y tiene dos hijos, con quienes reside en su familia nuclear. Es simpatizante del movimiento feminista.

Yajuana es una profesional de 62 años que no profesa ninguna religión en particular; vive junto a su familia extensa en situación de unión libre e independencia económica, junto con sus dos hijos. Es en la actualidad activista de una organización feminista.

Maya es profesional con 31 años, residente en la ciudad de Guayaquil. Es soltera, y vive junto a su familia nuclear en condición de independencia económica sin hijos, además de ser activista de organizaciones de carácter feminista. No tiene ninguna religión en particular.

Andrea es profesional, de 28 años residente de la ciudad de Quito. Actualmente es soltera, no tiene hijos y vive sola, de modo que mantiene su independencia económica; su religión es evangélica y es participante activa del movimiento feminista.

Por último, Lila es profesional de 56 años residente también de la ciudad de Quito. Es divorciada y mantiene su independencia económica; vive solamente con su hijo y no tiene ninguna religión en particular. También es participante activa del movimiento feminista.

Las participantes provienen de contextos diversos, aunque en su mayoría se caracterizan por la presencia de violencia originada en el propio entorno familiar, de padres o madres, quienes no posibilitaron protección y/o contención; esta situación suele extenderse a los vínculos sexo afectivos posteriormente elegidos. Por otro lado, también está presente la violencia que ejerce el sistema sanitario patriarcal, el cual - en los mejores casos- ha ignorado las necesidades en SSR de las mujeres, o bien las ha desatendido con violencia y juicio, aun cuando su acción debería estar encaminada a brindar servicios de salud sin prejuicios. Esto produce un mosaico donde convergen violencias sexual, psicológica, familiar, simbólica y física, entre otras, lo que devela una sociedad que maltrata y juzga a las mujeres y alimenta los prejuicios y representaciones que se hacen de ellas a través de la sistematicidad de la violencia basada en el género.

3.1.1.1. *Relatos 1*

Eduviges es una profesional de la salud que vive actualmente con su esposo e hijos/as. Su infancia, adolescencia e incluso su etapa adulta estuvo marcada por la violencia dentro de su entorno familiar. Su padre, un hombre de carácter fuerte, machista, maltratador, “moldeó” a su esposa a su imagen y semejanza. Eduviges cuenta que en su niñez le tocó ayudar en el trabajo de su padre, el mismo que quedaba en su propia casa, espacio de constante violencia física y psicológica.

Este tipo de maltrato significó para ella una añoranza triste, una decisión de no repetir la historia de su madre, no permitir la subordinación hacia un hombre que la atacaba física y verbalmente. Este panorama de violencia en su vida familiar marcó a Eduviges, a tal punto que la decisión de su maternidad fue la posibilidad de liberación del yugo patriarcal en el cual creció. Eduviges utilizó el embarazo como puerta de escape para formar su propia familia.

Yo lo podía haber afrontado, pero era el miedo a mi padre, porque yo sé que podía sacar al niño, podía sacarlo, pero el miedo [era] a mi padre. Mi padre, si se hubiera enterado me hubiera matado a golpes porque de verdad mi papi es súper fregado, como usted no tiene idea. Si yo le hago eso me mataba, me quitaba mis estudios y la verdad que mi meta era ser profesional. O sea, mis padres me hubieran matado, mi papá tiene un genio de perro, creo que no fuera el hecho de que yo no haya podido sustentar al niño, es el hecho de que mi padre sí es una cosa impresionante. Como para decirle que yo tuve que casarme por mi papá, como [para] liberarme, en serio tuve que casarme para liberarme porque era una cosa asfixiante. Yo a veces le digo a mi mamá: yo me casé fue por usted, porque si no mi papi le pegaba. Yo quedé embarazada también para zafarme con mi esposo, yo me casé embarazada y mi papi no sabía que yo estaba embarazada, todos a mi alrededor sabían que yo estaba embarazada, pero él no porque yo ya me imagino, el hombre me mataba.

Mi papá la golpeaba mucho [a la mamá], mi papi la puso a su forma de ser, mi mami es muy callada, muy tímida, que cualquier cosa

ella no sale. No sé si usted conozca a mi mami, pero ella no sale de la casa, es prácticamente una mujer sumisa, ama mucho a mi papá y creo que por eso lo aguanta, pero es una relación de golpes, una relación de que la golpeaba, le salía mal algo, la golpeaba, la volvía a matar.

Pero ella dolida porque toda su vida le había entregado a él para que le pegara. Imagínese si le contáramos de los otros amoríos que había tenido, igual lo sé y yo no le he dicho nada. Igual después entendí que todos los golpes y maltratos que le daba era porque no la quería y bueno a la final somos 4 hermanos, como vivía con él, ella quedaba embarazada y todo eso, pero con mis otros hermanos fue distinto, en cambio conmigo sufría, le pegaba a mi mamá y me pegaba a mí, como que se desquitaba, me ponía a trabajar a los 4-5 años, él es tapizador, pero a los 4-5 años me ponía a trabajar con él en el taller. Si le salían mal las cosas me golpeaba con lo que tenía en la mano, con desarmadores, con tapas de las gomas me daba en la cabeza, me decía que era una bruta, que era una tonta, que no iba a ser nadie en la vida y siempre me decía muchas cosas. Entonces por eso yo le decía, yo no puedo, yo tengo que salir adelante, yo tengo que estudiar, yo no puedo darle lata a él, yo no quiero vivir con mi papá. Nunca me violó, no, nunca no, nunca, nunca, es el genio, es la mala racha que tenía todos los días, amargado, todos los días enojado con mi mamá, como que, si apestaba, a mi mamá la trataba mal, pero mis otros hermanos no vieron eso que yo vi. Eduviges, 35 años.

Este contexto se repite en el relato de Jennifer, quien, además de ser víctima de violencia sexual, también vivió violencia familiar con agresiones por parte del esposo de su madre. Igualmente, Constanza rememora cómo su padre maltrataba a su madre y cómo esta violencia también apareció con su pareja sentimental, sobre todo después de haber interrumpido el embarazo. Para Carolina y Adelita, sus madres eran inferiorizadas en el contexto familiar, el recuerdo de su infancia está teñido de tristeza y soledad, la sumisión y las violencias hacen parte de sus biografías femeninas y se actualizan muchas veces en sus relaciones sentimentales.

El silenciamiento y la normalización hacen parte de estas trayectorias, lo que hace que las violencias no se reconozcan con facilidad y que los actos agresivos estén camuflados bajo los discursos romantizados del amor y las relaciones afectivas. Bajo esta condición, las mujeres que las identifican y toman una postura activa de “liberación”, lo hacen bajo los riesgos que presupone contraponerse a lo culturalmente establecido.

3.1.1.2. *Relatos 2*

Creo que sí le dije lo de mi tío, él fue el que abuso de mí y él vive en la casa, eso yo no le he contado a ella [a la mamá], pero ahora último yo tengo mi cuarto y ahí a veces hay un filito de la puerta que se entremedio ve y yo dos o tres ocasiones yo le dije, bueno no le dije directamente a ella, pero al principio yo le reclame a él, yo le dije que era un morbosos, ¿qué? ¿qué te pasa? O sea, me reaccionó de una manera enojada, entonces ella en vez de coger y retarlo es como que lo dejó pasar y ya fueron tres veces, yo le dije: háblale porque yo no respondo, ... porque ya ha llegado un punto en que yo trato de hablar, pero cuando no, o sea, yo ya ahí exploto porque no me parece bien, entonces yo me di cuenta de esa parte de que ella no, no es como una parte de, a ver, yo te protejo; o, a ver, es mi hija, me la respetas; o como que me pone en prioridad a mí como su hija, ella me ama, ella me lo demuestra de otras maneras pero eso... esa parte no la he tenido. Jennifer, 29 años.

Me hizo mucho mal la verdad, me hizo cosas muy muy feas para cualquier mujer, como le digo esto, es que el me violó una vez, decía que si tenía otro hijo todo iba a cambiar, esa noche ni dormí, pasé llora y llora y él como si nada, todo normal, jamás le dije a nadie, ahora recién lo estoy diciendo, me dio miedo. Esas cosas te marcan, la verdad, aunque trato de no pensar eso, como si no me ocurrió, me hago la idea que nunca me pasó para no tener otro problema en mi cabeza en que pensar. Pienso mejor en otra cosa. Trato de no pensar en eso porque en realidad fueron cosas muy feas, cuando me golpeó, también cuando me llamaba

por teléfono, hasta me perseguía en mi trabajo, tantas cosas, me sentía vigilada y me decía cosas feas delante de otras personas, me hacía quedar mal, como que si era una tonta, me insultaba, me amenazaba que me iba a matar, siempre lo decía, luego se arrepentía, se arrodillaba, lloraba, me pedía perdón, que me quería y que no se quería ir de la casa, que no nos quería perder a mi hija y a mí. Simona, 39 años

Para las mujeres, entrar a contar sus experiencias de vida implica encontrarse con los recuerdos del pasado donde sobresale la violencia sexual que les sucedió dentro del círculo familiar, cuyos agresores por lo general están o estuvieron junto a ellas o, en otros casos, son sus propias parejas sentimentales.

En el caso de Jennifer, una joven estudiante universitaria de una carrera de salud relata que la agresión sexual ocurrió años atrás por parte de su tío, quien habita en la misma casa, donde también viven su madre e hijo. Aunque la convivencia con su agresor ha hecho que adquiera coraje, también ha amplificado el sufrimiento al que ha estado expuesta. Olvidar o superar la experiencia es casi imposible, porque le ha tocado seguir enfrentando las agresiones verbales y el acoso, sin contar con apoyo, ni mucho menos respaldo, sobre todo de su madre. Ante el peligro frecuente en el que se encuentra Jennifer, no existe una red que ayude a resolver la intimidación a la que se encuentra sometida día a día en su propia casa.

Simona, por su parte, una mujer de 39 años de edad, profesional en educación, relata cómo esta violencia también hace parte de las relaciones con su pareja afectiva. Ella recuerda cómo su relación se iba tornando crítica por los constantes ataques de agresión y amenazas, que transitaron de la persuasión hasta actos de intimidación, violencia física y sexual, sumados a estrategias para mantenerla bajo subordinación. Para Simona la experiencia se configuró inicialmente en miedo y temor y posteriormente en evitación y negación. Simona actualmente asume una posición *“de olvido” “de algo que no ocurrió”*, como una forma de escape que aminora la carga emocional y le permite avizorar un futuro con nuevas relaciones.

Estas historias se repiten, con sus particularidades, en el relato de Mariana, una joven soltera que vive con su madre y hermanos, estudiante universitaria y también en el de Maya, profesional de la salud, soltera, que habita con sus padres y hermanos. En todos los casos los contextos están marcados por formas de relación

violenta hacia las mujeres, por experiencias de violencia sexual. Maya refiere que estas formas de relación con su pareja las asumía de forma naturalizada, asumiéndose objeto de propiedad y desconociendo que se trataba de una violación. La falta de educación sexual y el desconocimiento sobre la autonomía en las decisiones sobre su cuerpo son elementos que contribuyeron a esta naturalización; Maya normalizó el abuso sexual por el hecho de que quien la agredía era su pareja.

Es así como la violencia contra las mujeres aparece como un continuo y permanente modo de relación en sus contextos familiares, educativos y sentimentales, sus cuerpos han sido objeto de manipulación y despojo lo que las ha llevado a vivir en zozobra, incertidumbre, culpa y miedo, afectando la salud física, mental y social.

3.1.1.3. *Relatos 3*

(...) me diagnosticaron a mis 17 años, desde mis 17-19 años siento que me desconecté completamente, pero haciendo memoria mis deseos de morir venían desde mis 14 años que tomaba pastillas que encontraba por ahí, que por cierto mi mamá es una consumidora de analgésicos también, como de poseer medicamentos para los nervios, entonces me desconectaba. Luego a los 18 años no salía, no comía, no, nada y pues lamentablemente durante este matrimonio si fue complicado, al momento de hoy tengo un diagnóstico de depresión, pero sé que voy a salir, tengo todos los deseos de salir y lo voy a hacer.

Lamentablemente después del procedimiento tuve que regresar a casa con él, se dio cuenta y ahí si comenzaron los problemas, como te digo yo, para mi haber estado embarazada y en dar a luz hubiera sido una negligencia para mi hijo, porque si ya lo coloqué en una situación de peligro y agregar una situación más complicada, más estresante y económicamente, mentalmente, psicológicamente hubiera sido peor. Entonces ahí comenzó el problema y ahí si comenzaron los reclamos, las recriminaciones, la culpabilización y la vergüenza constante y eso fue

un día a día constante. Querer sacarme el nombre del médico, yo no sé si mi amiga se alejó por esto, yo no sé si la persiguió, era la única amiga que me quedaba, fue mi única amiga hasta el día de hoy, o sea no sé si es que la persiguió, para ser sincera no lo sé, nunca más se me volvió a acercar, este era un tema que yo lo creía, que yo quería que se mantuviera como que, en silencio entre él y yo, pero no. Me imagino que mi hijo escuchó el tema y con el pasar de los años escuchar a él decir, bueno no directamente a mí, pero si como que yo soy una inmoral porque no le doy valor a la vida, o sea es lo que entiendo, no me lo ha dicho a mí, muy por encima le he explicado el tema. Adelita, 41 años.

Adelita, divorciada y profesional universitaria. Para ella, el tipo de violencia empieza después de haber decidido interrumpir un embarazo, esto como una manera de castigo que proporciona su pareja como consecuencia de la no obediencia al mandato social de la maternidad. Como producto de la violencia psicológica ejercida por su pareja es despojada de sus redes de apoyo a través de la intimidación e incluso de la amenaza, haciendo de su entorno un ambiente hostil. Lo mismo le sucede a María, quien también es violentada por su pareja sentimental cuando interrumpe el embarazo, ocasionando una culpa con la que carga por años, pese a terminar la relación sentimental y continuar con sus proyectos de vida.

En Maya esto se expresa en una tendencia al abandono de sí misma, vulnerabilidad que la lleva al consumo de alcohol, medicamentos y drogas. Las experiencias diversas de cada mujer se relacionan con la crianza, la familia o el apoyo que reciben, aunque paradójicamente no dependen de su formación y conocimientos, sino de experiencias emocionales profundas que van más allá de argumentos cognitivos o racionales, que trastocan y desestabilizan el contexto existencial.

En ese sentido también se presenta el caso de Andrea, de 28 años de edad, profesional universitaria, quien expresa que no solo las mujeres son violentadas ante su deseo de interrumpir un embarazo, sino también cuando manifiestan el deseo de ser madres. Esto le ocurrió como mujer trabajadora: su decisión fue sancionada por la afectación en la producción y el trabajo que representa en el mercado, creando un ambiente de tensión. En general, pareciera que la sanción es sobre la autonomía de

decisión de las mujeres, frente a la que siempre hay segundos y terceros que toman el control.

3.1.1.4. *Relatos 4*

Cuando ya tenía 28 años- 29 años me casé con una persona extremadamente violenta, al inicio de la relación existió mucho abuso físico. Lamentablemente me casé con esta persona para poder salir de mi casa y sentí que, a pesar de tan violento, era como mi castigo por haberme alejado de mi familia. Para esta época, por la presión de esta persona no me dejaba utilizar métodos anticonceptivos... Yo creo que en ese tiempo sabía que la situación no iba a mejorar (...) yo creo que fue un poco antes que casi me lanza del tercer piso y sabía que no iba a resultar bien, que no iba a ir bien. Adelita, 41 años.

Yo ya estaba en pareja, yo ya tenía mi pareja, ya estaba unida, él me había pedido la mano y todo. Pero esa situación se terminó también porque después de que se vino el bebé, él cambió. Un día me golpeó, empezó a usar sustancias. Esa vida ya no concordaba y ahí era que peleábamos porque yo ya no quería ver esas cosas en mi casa y él se refugiaba en eso. Cuando se fue el bebe, un día se le acabó su dinero, quiso tomar mi dinero, le dije que no y me golpeó, entonces decidí que se iba de mi vida porque yo ya ahora soy otra persona que entiende, que comprende y sabe mis derechos y todo. Maya, 31 años.

Por todas las luchas, por todas las cosas, uno ve la lucha en el esfuerzo que ha hecho la madre de uno, la madre trata de sacar adelante a sus hijos a toda costa. He visto incluso muchas amigas, compañeras, colegas que han sido violentadas, eso da rabia. Muchas te responden: es que yo lo quiero al tipo, yo vivo económicamente, dependo, entonces a veces es una impotencia, no poder ayudar más de lo que uno puede. Yo creo que tratar de ser independiente, valerte, saber que puedes valerte por ti misma eso ayuda muchísimo y no depender, no depender

y no dejarte ganar del golpe. Siempre he dicho: las que se dejen pegar están fregadas, en el primer golpe es donde tienen que reaccionar y cortar de raíz y corten porque si se dejaron de una y te perdono, una segunda oportunidad no, se acabó ahí, porque ahí lo que impera es el miedo. Entonces eso es lo que les impide a la mayor parte de mujeres reaccionar y liberarse de ese miedo, yo creo que no dejé que eso nunca pasara conmigo, siempre he tenido que ganarla, siempre he pensado que es algo que hay que afrontar. Lila, 56 años.

Las historias de Adelita y Maya son las de muchas mujeres cuyas relaciones de pareja están marcadas por el maltrato físico, con prolongación en el tiempo. Paradójicamente para Adelita esta relación fue una alternativa para liberarse del contexto de violencia familiar, pero además agrega a su vida una fuerte carga de culpabilidad por haber dejado a los suyos. La recriminación, el auto juzgamiento y el merecimiento se conjugan en la manera como se van asumiendo estas experiencias. En las relaciones de pareja aparece la violencia física en grados extremos. Quizás allí, para algunas aparece una alerta que les advierte que este no es el lugar ni forma de continuar sus días de vida. Desde esa perspectiva, tanto Maya como Lila reconocen que tienen derecho a una vida libre de violencia y no a sobrevivir en medio de ella. Este reconocimiento se ancla en las vivencias de sus ancestas y de otras mujeres que por muchos años han tenido que lidiar con el miedo y la zozobra. En ese sentido, nace una postura de independencia, de sororidad hacia otras mujeres, tal como lo narra Lila, para no continuar en la línea de violencia y subordinación.

3.1.2. Las mujeres y sus formas de vivir la maternidad

Este apartado responde al objetivo específico dos dirigido a identificar los elementos (dimensiones) que configuran la decisión de abortar para dichas mujeres. La maternidad como representación aparece en los relatos como una idea en constante tensión con la realidad más concreta de su ejercicio. Al tiempo que es idealizada como un fenómeno hermoso y pleno -aun cuando se tenga presente la premisa de la maternidad *deseada*-, se vive como sacrificio, como imposición, como abnegación, que dista de forma importante de su idealización. La maternidad se

afirma como una experiencia propia de las mujeres, aunque no así la vivencia de la sexualidad: fieles al ideal mariano, las mujeres serán madres, pero no tienen permitido el goce o disfrute de su sexualidad.

Las múltiples formas de vivir la maternidad, por tanto, contrastan con las múltiples ideas y prejuicios que se tienen de ella. Cuando se la considera un don divino, lleva aparejada la sacrificialidad, algo que es a la vez una virtud recibida por acción divina y una carga que, por eso mismo, debe aceptarse gustosamente. En otros casos, la maternidad en consciencia de su necesidad de ser “deseada” es algo hermoso y bello, pero lleva consigo el despojo de la vida propia para la abnegación por un otro que será *el* sujeto.

3.1.2.1. *Relatos 1*

Ahorita lo pienso porque ya sé la experiencia que es tener un hijo, todo lo que engloba eso, los estudios, la comida, la medicina, o sea son muchas cosas, muchas cosas que me ponen a pensar y decir: han pasado muchos momentos en que yo no he podido darle lo que él ha querido, pero yo veo algo bueno de eso que él ha aprendido a no tener todo, porque si hubiese tenido un trabajo así de largo, él hubiese tenido todo y hubiese sido un niño que no es el mismo pensar que tiene ahorita. Entonces, es mucha responsabilidad ahorita que lo pienso, veo a mi hijo [ríe] y digo no, con él me quedo. Jennifer, 29 años.

Uno de los fenómenos que emergen con mayor fuerza en los relatos de las mujeres es la maternidad vivida y representada como un sacrificio, el cuidado de los hijos se centra en la madre como única responsable de asumir este rol. Esta competencia materna implica darlo todo sin esperar algún tipo de crédito por la atención, el tiempo y la dedicación proporcionada a otros. En ese sentido, la maternidad se ve influenciada por una herencia cultural y familiar determinista que enfatiza el sacrificio, agravado por relaciones emocionales difíciles, situaciones económicas precarias y la falta de participación de las parejas en la crianza de los hijos.

Maternar lleva aparejado dejar de cumplir con lo que se tiene previsto para dar prioridad al cuidado de otros y otras, experiencias que se caracterizan porque son vividas de manera diferentes según sea la cultura, creencias, estrato económico y contexto social en que se desenvuelve. Esta versión sacrificial de la maternidad recorre sus biografías, punto de inflexión del cual deriva un trabajo arduo, un deber y unas culpas latentes de no lograr hacer lo correcto en la crianza, los cuidados y la educación. La maternidad sacrificial lleva a las mujeres a cumplir con su destino, con un camino trazado histórica y culturalmente.

Viviana, una mujer de 22 años oriunda de una parroquia urbana de Portoviejo, y actualmente estudiante universitaria, vive con su marido y sus hijas en un pequeño departamento en donde comparten con otros familiares dentro del mismo predio. Proveniente de una familia muy religiosa, en la cual hablar de sexualidad era imposible, tuvo su primera hija a los 18 años y, luego viene un segundo embarazo a los 19, el cual decide interrumpir. Para Viviana, tener a su hija implicaba dejar sus proyectos académicos para dedicarse por completo al cuidado, sin embargo, tuvo que asumir la doble función que consistía en responder a las necesidades de su hija y estudiar, meta que se propuso alcanzar, aun con limitaciones. Por tal razón, para ella, otro embarazo era una situación compleja que no estaba en sus planes, era una responsabilidad que no estaba en condiciones de afrontar. En ese sentido, la maternidad es percibida como una atadura, que obstaculiza la libertad para emprender nuevas rutas en su vida.

Para las mujeres, el cuidado de los hijos significa dejar a un lado sus aspiraciones individuales para emprender un rol de cuidadoras y ser objetos de dependencia de otros sujetos. Lo que es en realidad una construcción social emerge en la realidad con la apariencia de lo natural e innato: la maternidad es un peso que es inherente a la condición de mujer, y en ellas recae la crianza y el cuidado.

Soledad es una mujer de 51 años de edad que no ha logrado acceder a una educación profesional; abortó después de haber vivido la maternidad a la edad de 23 años. Parte de su vida la hizo en su pueblo con su madre de crianza, pero decidió ir a otra ciudad para buscar medios de subsistencia cuando sus hijos pasaron a etapa escolar; es madre de tres hijos adultos y ya es abuela. Como ella relata, la maternidad en primera instancia es algo positivo; destaca que, pese a sus vivencias dolorosas

marcadas por la violencia, sus hijos han crecido adecuadamente, aun cuando el padre no estuvo presente de ninguna forma para ellos. Para sobrellevar su maternidad, Soledad buscó ayuda en sus redes de apoyo, que fue brindada tanto por sus padres como por su pareja de aquel entonces (no el padre de los hijos); sin embargo, la maternidad es responsabilidad última de ella, quien adecuó todo su recorrido vital para atender la crianza.

Simona cuenta que ejercer su maternidad sin el apoyo y el soporte de su pareja genera mayor responsabilidad y trabajo de cuidado, que debe cargar sobre su cuerpo. Viviana, quien sí cuenta con una red de apoyo, también reconoce el sacrificio de ser madre, en el sentido que esto es y ha sido cuestión que le compete solo a las mujeres, como un orden cultural y tradicional que deben cumplir, en tanto es mal visto ante la sociedad no hacerlo.

3.1.2.2. *Relatos 2*

Entre los discursos de las maternidades expuestas por las mujeres en este estudio, surge la maternidad omnipotente como consecuencia del sacrificio, pese a no sentirse aptas para asumir la maternidad, condición que cambia una vez que nace el hijo/a. La responsabilidad constituye un ejemplo a seguir de otras mujeres madres que, naturalmente, han aceptado vivir la experiencia, priorizando un ser que depende exclusivamente de sus cuidados.

Decidir mantener una gestación o interrumpirla está atravesada por el mandato cultural del “superpoder”, es decir que, aunque no se tenga experiencia, se debe ser capaz de cumplir con el trabajo que demanda la maternidad, que muchas prefieren aplazar, más que cuestionar. La incertidumbre de poder lograrlo es lo que influye en la decisión, en lugar de una postura desafiante o controvertida respecto al mandato. En este sentido, la maternidad implica ser omnisciente, omnipresente y omnipotente, con un vínculo indiscutible.

Esto es visible en los relatos de Jennifer; ella no predica ninguna religión y está en una relación con una pareja y con proyectos futuros de constituir una familia. La

maternidad reviste una responsabilidad enorme, realizada con abnegación, pero además implica dar todo por un otro:

Es muy linda la maternidad, saber que tienes a un ser que nació de ti, que tienes que centrarte más, pensar en él, ponerlo como prioridad a él, es algo hermoso, mucho, mucho; de decirme que él me extraña, de palabras sinceras, de llegar a casa y que él me abrace de la nada, me bese es muy lindo, hermoso, que me diga mami te extraño, aunque me ande molestando para hacerme reír. ¿Qué hubiese pasado si hubiera tenido a mi otro bebé? digo que hice bien, aunque suene cruel creo yo hice bien porque en la situación que ahorita estoy, no estoy para tener un bebé, entonces por algo pasan las cosas. Jennifer, 29 años.

En ese mismo sentido coinciden el relato de Laura y Carolina, quienes son solteras, católicas, no tienen hijos, son participantes activas de un colectivo feminista y son estudiantes universitarias: ambas mencionan que para proceder y decidir ser madres deben contar con ciertas características, requisitos o aprendizajes para cumplir con este rol. Esto tiene su origen en los patrones culturales y en la tradición familiar que normalmente se concibe respecto a las mujeres y, por ende, estas actitudes y prácticas han ido consolidándose de generación en generación.

3.1.2.3. *Relatos 3*

Es una responsabilidad, pero son cargas que uno tiene que estar ahí por toda la vida, no es no, más hasta cierta edad que llegan y uno se desprende. Lo que le decía el madurar, el saber, el pensar más en tener un hijo, aunque tú tengas el apoyo de las personas, tienes que pensar bien porque tú eres la que vas a estar siempre como mamá, ni papá, ni abuela, ni abuelo, ni nadie, tú eres la que siempre vas a estar como mamá. Entonces para mí es como que es pensar más que la otra persona, porque el padre se va... eh, la responsabilidad es para la mamá, aunque el padre sea responsable va a estar allá ausente; solo en ciertos momentos, los abuelos, por lo consiguiente ellos tienen sus años, a los

abuelos no... es no más eso de consentirlos y de apapacharlos y darles otro nieto. Jennifer, 29 años.

Para Jennifer la maternidad representa un arduo trabajo que nunca termina, independientemente si el hijo o hija se independiza. La responsabilidad particularmente recae sobre la mujer-madre, pese a tener redes de apoyo, que brinden el soporte familiar. Es decir que, aunque existan miembros del núcleo familiar que cumplan con actividades de cuidado, no es reemplazable, ni tampoco atribuible a otro.

La maternidad puede llevar a la omnipotencia, pero también puede convertirse en una carga. En el primer escenario, se convierte en una forma de compensación valorada, mientras que en el segundo implica un aumento del sufrimiento, especialmente para aquellas mujeres que enfrentan la crianza y el cuidado sin redes de apoyo, o para aquellas que cuestionan el funcionamiento social basado en la asignación de género a estas responsabilidades de reproducción social. Más que compensación, las decisiones de las mujeres aparecen desde este lugar de enunciación como desacato al mandato.

De acuerdo con los relatos de Mariana, Viviana y Crisley, pese a considerar que la maternidad es “algo hermoso”, valoran positivamente la decisión de abortar, lo que pone en cuestión que a pesar de identificar el rol de ser madre como un *don* que da fuerza para realizar acciones impensables por amor a su hijo/a, no todas las mujeres desean vivenciar esta experiencia que durará para toda la vida.

La maternidad será deseada o no será, entonces la maternidad es algo hermoso, hermoso y en ese poquito tiempo lo sentí muy arraigado, yo siento que tomé la decisión correcta, porque no creo que haya sido fácil llegar con un pequeño a mi lado y yo sola desamparada. Entonces no hubiera sido fácil. Deseo la maternidad después de unos añitos, como a los 26 me gustaría ser madre. Mariana, 22 años.

Los relatos permiten reflexionar acerca de la decisión de abortar, vista como una opción de liberación cuando no es el momento adecuado y a su vez es canalizada como agradable y alcanzable cuando se cuenta con otras condiciones de vida para el futuro que permitan formas de crianza y de cuidado aceptables. Además, las circunstancias económicas condicionan a las mujeres para decidir ser madres, de tal

manera que vuelven inviable la posibilidad de serlo, así como sus proyectos personales.

La maternidad como carga es una responsabilidad que implica criar y cuidar, como se dijo en otro apartado, pero además incluye formar hijos/as para la sociedad, darles amor incondicional, luchar para proporcionar lo que requieren, enseñarles valores y velar por que tengan una vida digna. La maternidad consiste en estar para ellos en todo momento, cuidarse para ellos, más que por sí misma, por cuanto dependen de la mujer-madre.

La responsabilidad se delega más en las mujeres como madres que en los padres; esta vivencia de la maternidad como responsabilidad de las mujeres varía dependiendo de las formas y condiciones de vida. Si se tiene el apoyo de la pareja, la carga es menor, a diferencia de las mujeres que llevan el peso que implica criar a un hijo/a en soledad. Derivado de lo mencionado, las maternidades pueden ser positivas o negativas, permeadas de sentimientos y emociones de las mujeres determinadas por sus propias experiencias. Estas vivencias reflejan lo que para ellas significa la maternidad como una carga.

Viviana, si bien cuenta con redes de apoyo en su entorno, es enfática en señalar la responsabilidad que debe asumir y que le corresponde a ella como madre y que además trae consigo un sentimiento de culpabilidad que se reconoce en su debilidad y cansancio. A la de ella se suma la voz de Adelita, cuya apreciación es que la maternidad implica un nivel de agotamiento considerable, lo cual resulta en restricciones en términos de descanso y autocuidado. Estos relatos ponen en evidencia cómo la maternidad ha sido idealizada; se constata que no siempre es positiva, y que depende en gran parte de la experiencia misma de las mujeres; el discurso inmediato de la maternidad como grandeza o como poder contrasta con las emociones negativas o problemáticas que emergen al mismo tiempo con ella.

Lila, por su parte, es consciente que la postergación de la maternidad hasta la edad de 43 años le permitió precisamente soltar una carga en la juventud. Es decir, vivir una etapa de su vida de manera plena, que una carga no le habría permitido experimentar. Estas formas de ver la maternidad aparecen en mujeres que consideran vivir a su debido momento la experiencia, dándose valor a sí mismas, priorizando sus proyectos de vida para posteriormente asumir el rol de

responsabilidad, pero con la satisfacción de haber cumplido con una etapa de su vida sin una carga.

3.1.2.4. *Relatos 4*

El cuerpo de las mujeres se prepara fisiológicamente para la maternidad, a partir de allí se debe pensar en el futuro hijo/a, despojándose de deseos y derechos de su propio cuerpo. En consecuencia, es aceptable para la sociedad ser madres perfectas, impecables, virtuosas, correctas e incapaces de cometer errores. En oposición al imaginario social de la buena madre, aparece la mala madre, esta es marcada como desnaturalizada, porque no cumple con lo establecido por las normas creadas por la sociedad, es decir, piensa en sí misma, en sus deseos, en sus placeres; es un acto de rebeldía que merece castigo, juzgamiento y culpa.

El no cumplir con la norma de buena madre impuesta por la sociedad provoca decepción, desesperación y ansiedad; no todas las mujeres pueden cumplir con las expectativas que se tienen de la madre, y en caso de cumplirlas no siempre resulta ser un camino de autosatisfacción.

Dentro de los relatos se destacó el mandato de las maternidades idealizadas, aunque también emergió la idea de imperfección; esto es, madres que dan su máximo esfuerzo, pero también cometen errores, paradójicamente, al aspirar a cumplir con los estándares sociales de la maternidad perfecta, lo cual es una aspiración comprensible desde un punto de vista personal. Los resultados negativos en el desarrollo del niño/a, los desórdenes psicológicos individuales y los males sociales son debido a las malas prácticas maternas, a no llevar una maternidad eficiente.

En el límite del espectro aparece entonces la mala madre, aquella que por decisión o por omisión transgrede el mandato de maternidad idealizada, incumpliendo el sacrificio y replanteando críticamente la idea de omnipotencia y carga resignada. Estas formas de maternar generan disidencias en las formas de asumir este lugar social y son objeto de estigmatización y señalamiento.

Jennifer y Azucena, quienes son madres y partidarias de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, manifiestan que la maternidad no es nada de lo que se supone cuentan sus madres, abuelas u otras mujeres de su contexto:

La maternidad [...] no es como nos la pintan. Yo mi primer bebé lo tuve a los 30 años, ya profesional, con trabajo, con una pareja estable, independencia económica [...] fueron viniendo problemas y la situación maternal a veces no es como la creemos o nos la hacen creer. Azucena, 34 años.

3.1.3. Las mujeres y su opción por el aborto

Este resultado responde al objetivo tres orientado a describir cómo y con quien(es) gestionan las mujeres la decisión de abortar.

Con mayor o menor conciencia las mujeres deciden abortar, no en una abstracta situación de libertad, sino en condiciones de fuerte presión. El contexto en el que las mujeres han tomado la decisión está determinado por la violencia patriarcal que viven desde que nacen mujeres, que se expresa en violencia sexual, psicológica, familiar y/o física. Por otra parte, la responsabilidad de la maternidad y la carga moral que esta conlleva recae en las mujeres durante toda la vida. Al mismo tiempo, la institucionalidad de salud no solo observa dicha disparidad con indiferencia, sino que la reproduce y perpetúa en los tratos deshumanizantes, violentos y recriminatorios. Estas circunstancias se conjugan en las experiencias de las mujeres para dar lugar a la decisión de abortar, incluso poniendo en riesgo su vida.

La inseguridad para la salud y para la vida social que implica la realización de un aborto en contextos en los que es ilegal es -sin duda- el que permea todas las experiencias, sin excepción. Ya sea que realicen el aborto con medicamentos o bien con intervenciones como el legrado, el acto mismo de abortar está realizado en contextos de inseguridad y de una falta de cuidado evidente. A esto se suma la soledad en que se realiza el aborto, factor muy presente en estas experiencias, de manera que, además de la incertidumbre a la que se enfrentan con respecto a la integridad propia, las mujeres deben cargar usualmente solas con sus temores.

Los relatos sacan a la luz diversas situaciones que originan la decisión de interrumpir un embarazo. Las condiciones económicas en que las mujeres se encuentran suelen estar a la base, realidad que no es exclusiva de ellas, pero que impacta con mayor violencia en su vida, pues la maternidad en última instancia se instaura como su responsabilidad material y emocional.

A esto se suma el temor al cuestionamiento y juzgamiento familiar, que se presenta en contextos muy religiosos y conservadores, incluso por encima de la situación económica. El temor por el juicio y la recriminación familiar, sobre todo asociado a la violencia, supera el potencial temor que conlleva hacer efectivo un aborto. En todos los casos, la decisión de llevar un embarazo a término reviste consecuencias ineludibles para las mujeres; la maternidad es una carga o una bendición (según sea la posición que evoque) que durará toda la vida, sin excepción, de modo que el aborto constituye la única salida, incluso aunque ponga en riesgo la propia vida, situación que en todo caso no fue la que experimentaron las participantes de este estudio, quienes pudieron acceder a procedimientos relativamente seguros desde el punto de vista técnico. Cuando Jennifer le contó a su novio acerca de su condición de embarazo, su primera reacción fue poner en duda su paternidad, lo que desde la perspectiva de ella sería probablemente un abandono. Ante esta situación, Jennifer pone como argumento de su decisión la proyección de unas circunstancias adversas por el hecho de “querer tenerlo” sola.

En este sentido, la responsabilidad ineludible que para las mujeres conlleva es un disuasor suficiente para mantener el embarazo, sobre todo en vista de la situación económica que constituye un condicionante primario para decidir tener o no tener un hijo. Al mismo tiempo, en el relato de Jennifer se observa cómo su novio también decide no ser padre, y es evidente que esa decisión del varón es tomada mucho antes que la de ella misma:

Yo por eso accedí también, ah... bueno, en la primera fue por miedo, pero en las dos últimas que le digo fue con mi novio, fue porque vimos ese punto de cómo es traerlo, estamos en plena pandemia, yo decía *cómo se va a hacer*. Él también tiene trabajo... él tiene su trabajo estable pero también se ayuda en otras partes, pero esa parte también se le complicaba y yo le decía que tampoco quería ponerle una carga más a

él, porque él también está pagando su carro, tiene sus cosas. Entonces me decía: *no, porque yo también me voy a estresar contigo, vamos a tener problemas económicos, vamos a discutir y vamos a terminar mal, mejor es no*. Bueno, que es una decisión muy difícil tomar porque está en riesgo la salud de uno, pero también uno tiene que pensar en el punto que... por qué uno va a traer un bebé, es una responsabilidad muy grande. Tengo muchas metas, entonces yo no me voy a poner a tener porque son cargas en realidad, es una responsabilidad, pero son cargas que uno tiene que estar ahí por toda la vida, no es no, más hasta cierta edad que llegan y uno se desprende. Entonces yo y mi novio decidimos que íbamos a optar por el aborto, también volví a tomar las *cytotec*. Jennifer, 29 años.

Esta situación fue similar para Constanza y para Crisley, quienes plantean que su decisión se fundamentó en no estar preparadas, ni psicológica ni económicamente.

Yo recuerdo que en el momento que yo decidí, o sea... en el momento que se confirmó, él me dijo que era mi decisión y que la decisión que yo tome era para él, iba a estar ahí, si decidía tenerlo, si no decidía. Yo sentía que no estaba ni psicológica ni económicamente preparada para llevar a cabo otra responsabilidad mucho más grande que me iba a llevar toda mi vida, entonces creo que si una persona o un niño va a venir en ese camino me parece que es mejor no tenerlo porque es muy difícil, además la situación económica de este país [ríe], que va de mal en peor, eso me ayudó a tomar la decisión de no tener. Creo que una adolescente no está en las capacidades de hacerse cargo de una persona, de otra persona, o sea, es una responsabilidad muy fuerte, entonces simplemente siento que no estaba lista y creo que ninguna chica de la edad que tenía en ese entonces lo va a estar. Constanza, 18 años.

Las decisiones en torno al aborto se imbrican con lo inevitable y permanente de las consecuencias que un embarazo a término conlleva. En todos los casos la maternidad significa un cambio de rumbo vital radical, que dificulta o pone fin a las expectativas personales, o bien, se presenta como una carga permanente a futuro, que no se vive como plausible en el momento actual. Lila lo expresa con elocuencia:

Era una decisión que tomábamos, una decisión de vida, eso no estaba ni planificado, no estaba en mi mente llevarlo a cabo, o sea, jamás, jamás pensé que... no lo pensé dos veces ni lo dudé, tomé una decisión y no me arrepiento de eso. Lila, 56 años.

En general, las participantes expresaron las demandas psicológicas, emocionales y materiales que implica la maternidad, y plantearon que a corto plazo impactaría negativamente en su vida futura y en la vida de sus hijos. Esto también se observa en el relato de Simona y en el de Adelita, quien suma la violencia de pareja que vivió durante su experiencia de aborto:

Me hicieron exámenes y ahí me enteré, y pues para mí fue un no rotundo porque para esa época yo tenía un hijo de 5 años, ya casi 6 años, y estábamos en una situación, era muy abusivo para mis hijos, hubiera sido una negligencia de mi parte para mi hijo y lo tomé como eso, lo tomé como una decisión porque para mí es el tema de mi cuerpo, mi decisión; así que, a pesar de vivir en esta situación de violencia y manipulación psicológica que tenía con esta persona, pues aun así pensé en el bienestar de mi hijo. Adelita, 41 años.

Por otra parte, como ya se mencionó, la decisión de abortar puede estar fuertemente determinada por la influencia del contexto familiar. Eduviges relata cómo su decisión de terminar el embarazo fue tomada fundamentalmente por temor a la reacción de su padre:

Yo lo podía haber afrontado, pero era el miedo a mi padre porque yo sé que podía sacar al niño, podía sacarlo, pero el miedo a mi padre, mi padre si se hubiera enterado me hubiera matado a golpes porque de verdad mi papi es súper fregado como usted no tiene idea y yo le haga eso me mataba, me quitaba mis estudios y la verdad que mi meta era ser profesional. Eduviges, 35 años.

La determinación que supone el contexto familiar es inequívoca, y sucede también en otros casos, tan claros como el de María, quien interrumpió su primer embarazo a los 21 años por imposición de su familia; o el de Viviana, cuya decisión fue tomada a costa de su familia. El sufrimiento que deviene de tomar la decisión de interrumpir el embarazo en el caso de Mariana está fuertemente asociado a las

representaciones sociales en torno a la maternidad idealizada y a la concepción de la gestación desde una perspectiva que romantiza la capacidad biológica de gestar. Contar su experiencia desencadena todavía una emoción dolorosa, pues mientras justifica su decisión también llora y plantea que, en realidad, sí quiere tener un hijo al terminar su carrera. Es claro cómo el mandato de la maternidad cala en la subjetividad de las mujeres y las determina aun cuando deciden en completa contradicción con sus emociones y creencias.

Estas situaciones son procesadas de distintas maneras por las mujeres. Algunas, como Jennifer, logran procesar la experiencia hasta interiorizar la convicción de que la decisión les corresponde a las mujeres; o, como el caso de Viviana, que aún inmersa en contextos sumamente conservadores y religiosos, considera que fue una decisión correcta; esto está en consonancia con lo expresado por Eduvigis, quien es consciente de la contradicción que existe entre las creencias religiosas y el derecho a decidir sobre el cuerpo propio. Cuando la religión, por ejemplo, prevalece sobre estas consideraciones, decidir abortar genera un sentimiento de culpa permanente en las mujeres, que luchan consigo mismas ante su auto recriminación. Simona comenta precisamente que los primeros sentimientos que tuvo al decidir abortar fueron la culpa y el arrepentimiento, aunque con el tiempo pudo procesarlos para finalmente entender que la decisión solo le competía a ella:

Fui a hacerme mi primera ecografía, me llevó mi mejor amiga, fue... algo muy duro, porque escuché su corazón latir, fue algo demasiado fuerte porque no es algo que "chuta" se me haya antojado, ay que sí, porque muy al fondo era algo que está dentro de mí, estaba en mi vientre, estaba con mi sangre, [se escucha llorar] era algo que yo sí quiero tener, algún día sí quisiera tener un hijo cuando yo termine mi carrera. No estaba en mis planes, literal. Mariana, 22 años.

Sí me dolió, sí me dolió porque me arrepentí de lo que yo había hecho, entonces ¿por qué lo hice? ... pero igual. Sí que tenía mis dos niñas pequeñas y era cesárea lo que... o sea, lo que mis partos eran cesáreas y por eso me dio mucho miedo, esa es la verdad, me dio mucho miedo porque yo vi que rápido era uno tras otro y me podía pasar algo, también lo hice por mi salud, por mi vida y mis niñas pequeñas que estaban, le

digo que sí hubo miedo porque yo sé que ya es un feto y ya es una vida porque soy creyente mucho en Dios y sé que eso está mal, ante los ojos de él está mal. Soledad, 51 años.

En contraste, Andrea relata:

Bueno por el tema de mi religión que durante mucho tiempo y hasta la actualidad se podría decir me he autoflagelado con este tema, o sea, lo que hice se considera en mi religión un asesinato y eso es algo que, o sea, yo he intentado tratar de no pensarlo de esa forma. Cuando pasó esto no solo fui yo, sino también parte de responsabilidad de mi pareja y hasta cierta forma tuve mucho enojo cuando sucedió porque dije: si él se hubiese cuidado en la forma en la que yo estaba intentando cuidarme no hubiera pasado eso. Andrea, 28 años.

En un contexto de criminalización y juicio social, las participantes relatan su experiencia del aborto como aprendizaje, como carga o como ocultamiento, manifestando sentimientos que van desde la ambivalencia a la tranquilidad al tomar dicha decisión:

Yo pienso muchas cosas, primero ahorita quiero acabar mi carrera, ya me falta poquito gracias a Dios, quiero que mi mensaje llegue a otras mujeres y que realmente si lo quieren hacer, o sea... si yo conociera si alguien que lo quiere hacer, yo apoyaría porque es una decisión muy fuerte y quien lo quisiera hacer es una mujer muy fuerte. Quiero terminar mi carrera, trabajar, por ahorita estoy soltera, pero si quisiera encontrar alguien que me quisiera, o sea me quiero yo, tengo amor propio, pero no está de más alguien que comparta conmigo esos logros, esas metas, esos sueños. Mariana, 22 años.

Eduviges, Carolina, Maya, Andrea, Crisley y Laura coinciden en que el aborto es una opción que les permitió considerar y garantizar perspectivas futuras relacionadas con metas profesionales y su bienestar familiar. Estas percepciones dan cuenta del pensar en sí mismas, en sus cuerpos, y en lo que representa para ellas la maternidad, sea por las experiencias que han vivido o por las experiencias que han conocido desde otras mujeres dentro de su entorno social:

Me sentí... me siento bien porque no era una mocosa que no sabía que era lo que quería, o sea, ya tenía 23 años, ya estaba por culminar mi carrera, entonces... y más que nada me parece que es un poco de responsabilidad con ese bebé porque ¿qué les puedes ofrecer? ¿qué le podía ofrecer a esa nena? Es que estoy segura que era una nena ¿qué podía ofrecerle a ella? Un papá irresponsable y un papá ausente... no era el momento preciso ni tenía las condiciones afectivas ni económicas para mantenerla, pues yo me sentí en paz. María, 39 años.

La decisión de las mujeres de interrumpir voluntariamente un embarazo es una opción para poder desarrollarse como sujetos libres y capaces de ejercer poder sobre su cuerpo; la decisión constituye un proyecto de vida y felicidad, vivir bien, sin estigmas, sin culpas, sabiendo que el derecho al aborto seguro es concebido como un derecho de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y una cuestión que se debe tratar como problema de salud pública y de justicia social. No obstante, también se vive en medio de tensiones, de culpas y de soledad, como se verá más adelante.

3.1.4. La experiencia de abortar

Al igual que el anterior, este apartado responde al objetivo tres orientado a describir cómo y con quien(es) gestionan las mujeres la decisión de abortar.

La experiencia de abortar es distinta para todas las mujeres pues está influida por el contexto en el que se lleva a cabo. En este sentido, cómo viven la experiencia está determinado, en primer lugar, por las condiciones materiales inmediatas en las que están inmersas: abortar en un contexto de ilegalidad implica tener que hacerlo con proveedores de salud o medicamentos no regulados y, por tanto, deben pagar los precios que estos arbitrariamente imponen. Por esta razón, la seguridad está asociada directamente al nivel de ingresos de las mujeres.

Seguidamente, dado el contexto jurídico de punibilidad, se mantiene latente el riesgo de denuncia, con lo cual no es posible tener una experiencia debidamente controlada y, por tanto, las mujeres se someten a procedimientos o a efectos de medicamentos sobre los que tienen grandes incertidumbres y que ponen en riesgo su vida, sin tener un margen de posibilidad para exigir suficiente asesoría:

Entré donde el doctor, que estaba con una señora, era la ayudante; entré en un cuarto pequeño, me pusieron un suero y me dormí con el anestésico. Recuerdo que sentía un poco de dolor, pero era como una sensación inconsciente, o sea, sentía, pero estaba dormida, ¿sí me entiende? Luego desperté enseguida y el doctor me dijo que tome unos medicamentos y recuerdo que me fui con mi amiga hasta el centro y de ahí yo sola a mi casa, sola. Llegué a mi casa y no dije nada. Simona, 39 años.

A partir de estas condiciones objetivas, lo cierto es que las mujeres viven esta experiencia de aborto en su mayoría con gran temor a la muerte, a la criminalización, a las consecuencias físicas a largo plazo, al juicio de su familia y amigos, etc.; la falta de información o bien la enorme cantidad de información falsa, sumada a las descalificaciones de distintos proveedores de salud y los juicios morales y religiosos de sus entornos, hacen que la experiencia en muchos casos sea un evento traumático.

En su gran mayoría, las mujeres participantes en este estudio lograron acceder a procedimientos tipo legrado a través de redes de amigas con información sobre personal de salud que ofrecía este procedimiento de forma clandestina pero segura. No obstante, la seguridad clínica no fue garantía de cuidado empático y seguridad emocional. Yajwana comenta que el trato recibido fue completamente impersonal y despojado de calidez. Jennifer, para realizar el aborto, debió recurrir a un legrado debido a que las pastillas no habían tenido efecto en ella. A este respecto, comenta respecto a su primer aborto:

Fue feo, porque una él desconfió de mí [su pareja], otra yo me sentía sola porque ya ahí no se lo podía decir a mi mami, no... es como la confianza que ahorita tiene con mi novio, mi mami, que ella ya sabe es otra cosa, yo no se lo podía decir a ella, no sabía a quién acudir, solo fue mi mejor amiga, que fue ella quien me ayudo, estuvo conmigo viendo alguna cosa si me pasaba y todo, preguntándole a algún medico alguna reacción y esas cosas. Eh, es la única persona que estuvo ahí, pero en esa parte yo me sentía mal porque le digo... la desconfianza de que dijera que no era suyo, eso y se me vino el mundo porque yo decía: *y ahora*

qué hago, yo no quiero tenerlo, pero donde acudo, qué hago, porque yo no sabía ese método de la cytotec, eh... y bueno, y si lo sabía me daba miedo porque he escuchado que dan hemorragias a veces. Jennifer, 29 años.

La falta de educación sobre la interrupción del embarazo y la enorme cantidad de mitos que se reproducían en su entorno llevaron a Jennifer a intentar: *tomar café cargado, moler concha de langosta, saltar o golpearse las nalgas*. Lógicamente, su interés era interrumpir el embarazo con métodos (falsos) más inocuos que administrarse pastillas o realizarse un legrado. Aunque este último procedimiento le generaba temor de un potencial daño uterino, terminó acudiendo a él, aun en condiciones deficitarias, como en la mayoría de los casos cuando se realiza este tipo de intervenciones clandestinas. Si bien Jennifer plantea que le ofrecieron “cierta seguridad”, decidió reprimir sus reparos ante las condiciones deficientes.

Mariana, quien también se realizó un legrado, vivió la experiencia con mucho dolor, tanto físico como emocional; vivió el proceso con un profundo miedo, pues era consciente que estaba en riesgo su vida y realizarlo en completa soledad acrecentaba su vulnerabilidad. Mariana relata un proceso doloroso asociado a la decisión y a la experiencia, amplificado por la recriminación del personal de salud.

María se realizó dos abortos. En la primera ocasión se realizó un legrado, lo que, relata, fue una experiencia terrible, pues a pesar de que no sintió directamente el dolor, la conciencia de sentirse intervenida le ha causado un dolor emocional permanente. Así, dentro de las consecuencias para ella del legrado estuvieron las sensaciones de malestar generalizado, tanto físico como psíquico, que en la actualidad aun “la estremecen”.

Adelita, para poder acceder a un legrado, buscó un médico a través del dato de una amiga. Es relevante constatar la dificultad con la que se encuentran las mujeres, no solamente para pagar por la intervención, sino para encontrar a un prestador de salud que esté dispuesto a realizar el procedimiento aún con el riesgo de ser denunciados y procesados legalmente.

En el caso de las mujeres que accedieron al aborto mediante el uso de medicamentos, refieren que esto las expuso a la autogestión de un procedimiento sin contar con suficiente y adecuada información. En términos generales, la

administración de medicamentos para interrumpir los embarazos es relativamente sencilla y tiene efectos conocidos, pero es preciso disponer de supervisión médica y cuidar cualquier posible complicación al respecto: Laura comenta que presentó un sangrado abundante, suceso calificado como atemorizante.

Crisley también utilizó medicamentos para interrumpir su embarazo y, en principio, una amiga le entregó la medicación, aunque incompleta, primera gran incertidumbre que vivió durante su experiencia de aborto; cuando pudo conseguir la totalidad de medicamentos requeridos realizó la toma, pero no sabía qué esperar o qué efectos eran normales y cuáles no, lo que desencadenó en ella preocupación y ansiedad. A pesar de que el medicamento sí interrumpió el embarazo, lo cierto es que los síntomas que presentó fueron relativamente distintos de los que esperaba, y las dudas con respecto a su estado de embarazo fueron permanentes y se transformaron en la actualidad en temores constantes que le provocan una ansiedad inusitada:

Actualmente me siento preocupada, porque aún no me baja la menstruación y no me siento tranquila hasta que no me baje. O sea, actualmente me siento como *psicosiada*, a veces no puedo dormir, pienso que aún estoy embarazada, siento que estoy... estoy mal psicológicamente, porque a veces me despierto en la madrugada y pienso que aún sigo y no sé, y estoy tan... tan *psicosiada*, me veo en el espejo y siento como si me fuera creciendo la barriga. Crisley, 23 años.

Las condiciones de vulnerabilidad se atenúan cuando se cuenta con información adecuada y suficiente, además de una red de apoyo que provea un soporte de seguridad. Este es el caso de Constanza quien, si bien vivió la experiencia del aborto con gran dolor físico como consecuencia de los efectos secundarios de los medicamentos, contó con la guía de un colectivo de mujeres que daban apoyo informativo en estos casos, lo que la ayudó a sobrellevar la experiencia. Desafortunadamente, para la mayoría de las participantes la experiencia estuvo marcada por una sensación de abandono, como se mostrará más adelante.

La soledad afectiva impacta la experiencia e incrementa el temor y el sentimiento de vulnerabilidad; conlleva, además, a un incremento de responsabilidad y culpa que las disuade de pedir ayuda y acompañamiento.

A mí me tocó estar sola las dos veces, y la primera vez no fue tan fuerte como la segunda vez, porque en la segunda vez siento que perdí demasiada sangre y estaba mal, o sea, básicamente pasé 15 días mal y no podía pedirles ayuda a mis familiares, no podía pedirle ayuda a mi mamá, no podía pedirle ayuda a nadie porque decía: *si hablo, si algo malo me pasa, es mi culpa*. Y sí, sentía que era mi culpa, entonces decía: *si yo me muero es por mi culpa, porque yo produje eso*, pero cuando fue la segunda vez yo tenía muchísimo miedo porque estaba tomando anticonceptivos. Andrea, 28 años.

En términos generales, la decisión y experiencia del aborto para las participantes conlleva sentimientos de culpa o de una “huella” que les es difícil borrar. Esto no solo ocurre por la criminalización del hecho, por el juicio moral, por la violencia institucional o profesional, o por el control patriarcal del cuerpo y la sexualidad de las mujeres, sino además porque hace emerger relaciones y vínculos violentos con los que suelen lidiar en sus relaciones sexoafectivas, instaladas en su trayectoria biográfica y en sus memorias familiares. Carolina, Viviana, Mónica y otras de las mujeres que han contado sus historias han vivido la experiencia del aborto con temor por su integridad física y emocional, pero también con el dolor de ver expuestos los problemas con sus parejas, la soledad, el juzgamiento, los conflictos y violencias al interior de las familias y la violencia generalizada contra la mujer, que se expresa en un laberinto intrincado del que cuesta encontrar la salida.

3.2. Decisiones en salud sexual y reproductiva. Carga moral y responsabilización de las mujeres

Este resultado complementa el objetivo tres orientado a describir cómo y con quien(es) gestionan las mujeres la decisión de abortar.

Los derechos sexuales y reproductivos son un conjunto de premisas normativas que buscan garantizar el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana (Perez, 2014). En este sentido, se encuentran en el marco general del derecho a la salud, y tienen relación directa con otros de carácter fundamental; sin embargo, no existe un cuerpo normativo único en que se establezcan. Estos se encuentran asociados a otros derechos, como la salud, la prohibición de la

discriminación contra la mujer, el derecho a la intimidad, entre otros, como lo promulga el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), entidades que han establecido algunos de los derechos en SSR o han realizado recomendaciones al respecto.

El artículo 16 del CEDAW establece que las mujeres tienen la libertad para decidir si tienen o no hijos y la cantidad y el momento para ello; al mismo tiempo, deberán contar con todos los medios e información necesarios para garantizar el ejercicio de esta libertad. El derecho a la educación necesaria y a contar con asesorías en torno a la planificación familiar se encuentran establecidos en el artículo 10. Por otra parte, el CESCR ha indicado que la prevención de los embarazos no deseados es una prioridad que requiere servicios que apoyen la planificación familiar y la educación sexual, además de indicar que los Estados tienen la obligación de ofrecer servicios de salud materna y derogar toda norma que implique una negación al acceso a servicios de SSR (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008).

En los relatos de las mujeres se evidencia una realidad en la que estos derechos son claramente vulnerados. El aborto tipificado legalmente como un delito es la expresión objetiva de un contexto cultural-religioso, patriarcal, en que toda decisión que respecta a la SSR de las mujeres vulnera sus derechos humanos, tanto desde la perspectiva de la planificación familiar como desde el disfrute de la sexualidad.

En los relatos, aun considerando todas sus particularidades, la decisión de continuar o interrumpir una gestación es una experiencia que trastoca la vida de las mujeres y que se impone casi exclusivamente sobre ellas; algunas pocas han podido decidir soberanamente, mientras que la mayoría de las participantes han sido objeto, en distintos casos, de decisiones ajenas. En todas las experiencias, el aborto ha sido una decisión inequívoca para lograr y mantener un mínimo de control sobre sus vidas.

En el presente capítulo se abordan las decisiones en SSR de las mujeres desde la perspectiva de su contexto, el acceso que disponen a servicios de SSR y los puntos de inflexión biográfica que estas decisiones producen.

3.2.1. El control de la sexualidad femenina y su encapsulamiento religioso

Este apartado responde al objetivo 2 que buscaba identificar los elementos (dimensiones) que configuran la decisión de abortar para dichas mujeres.

Para las participantes, el control sobre la sexualidad y la reproducción excepcionalmente es una decisión propia, autónoma y soberana. El pensamiento religioso marca de modo importante cómo las mujeres viven su sexualidad y deciden o no sobre ella. En el caso de Jennifer, la decisión de abortar fue tomada en tensión con el mandato divino de la maternidad, ya que “*si te mandan un bebé, tú tienes que aceptarlo*”, idea arraigada a la que se asocian sentimientos de culpabilidad e incapacidad del logro de una maternidad responsable. Soledad expresa que la maternidad es un regalo de Dios, más que el resultado de actos volitivos propios, de allí la importancia moral de cumplir el designio. Para ella, el aborto es una decisión que viola dichos designios; en ese sentido, es asumido como una experiencia de asesinato que vivió bajo la connotación de incumplimiento moral y pecaminosidad. Los relatos de Eduviges y Mariana son contundentes al respecto:

Cómo me duele eso, me acordaba de mi mamá. Mi mamá hace 21 años quedó embarazada y quería abortar al niño, ella quería, no quería quedar embarazada y siempre mi familia le decía: *no vayas hacer cualquier loquería, mira que eso ante Dios es maldito, que te puedes ir al infierno porque estás matando a tu hijo (...)*. Mi mami no lo quería tener, incluso se administró la medicación para que... y siguió, Dios hizo que tuviera a mi hermano, el menor, entonces mi familia le decía: *no hagas esto, incluso yo lloraba*. Si creo que tenía 14, 15 años y yo lloraba, [le decía] mami no hagas esto, mami no hagas esto, mami, yo quiero que estés conmigo, que Dios te perdone, que no te pase nada. Eduviges, 35 años.

Oh, Dios santo, yo tenía alguien cercano que sabía que era muy religiosa y me decía: *no, qué vas a hacer, te vas a ir al infierno, qué vas a hacer quemada que ni sé cuánto*, eso es lo difícil. Yo no soy de ninguna religión, pero sí tengo algo presente y es Dios, solo existe Dios para mí. Dios es amor, no religión. Mariana, 22 años.

El embarazo no deseado es materia de juicio, tanto si se decide llevar a término como si se interrumpe; pero sobre todo este enjuiciamiento tiene que ver con la soberanía de las mujeres sobre la vivencia de su sexualidad. La falta de abordaje de una educación sexual a nivel familiar; el tabú sobre la sexualidad femenina y el silenciamiento repercuten en las formas de asumir y abordar dicha sexualidad, lo que incluye sus controles y aprendizajes:

Es un problema realmente con los anticonceptivos, (...) cuando yo inicié mi actividad sexual yo le dije a mi mamá: *quiero ponerme los implantes*, y mi mamá [me dijo] *no te pongas eso, qué van a decir aquí en la familia, mira a tu abuelito*. O sea, las creencias religiosas no me dejaban sentir segura con mi propia sexualidad y siempre había ese como el qué dirán, el qué dirán, el qué dirán. [...] Cuando llegó la adolescencia comenzamos a hablar de ciertos temas respecto a los noviecitos, casi nada de eso se tocaba con mi mamá, es una persona muy muy creyente, aquí mi familia son católicos, muy religiosos, entonces hablarle tema de novio a los 13, 14 años, no, o sea, nada que ver. Decidí por el aborto a costa de mi familia, claro que naturalmente primero me hice una ecografía, tomé unas patillas porque dudaba también en hacerlo y no hacerlo, más que nada por el hecho de que a uno le han inculcado que si uno hace el acto de cometer el aborto es lo peor del mundo, eres atroz. Viviana, 22 años.

Laura comenta que su madre, enfermera, no está de acuerdo con que las mujeres tengan la opción de abortar; por el contrario, considera que el embarazo debe llevarse a término en cualquier situación. En este sentido, se establece que las relaciones sexuales para las mujeres tienen como fin la procreación, no el placer. Para las mujeres, el inicio de la vida sexual es un tabú que en muchos casos se traduce en una actividad pecaminosa y juzgable; siendo el embarazo una suerte de castigo al incumplimiento de los códigos morales. En contextos tan conservadores como los del Ecuador, ser madre joven o soltera sin entrar en los circuitos de lo moralmente aceptado es un agravio, pero lo es aún más la decisión de abortar. Las mujeres que abortan son duramente juzgadas por varias razones: por vivir su sexualidad, por querer hacerse cargo de ella y por pretender soberanía sobre sus cuerpos y decisiones:

Me sentía... o sea, me sentía... [silencio], me sentía como la peor cosa, porque no es algo normal de que un día de pronto ya todos te miran como bicho raro, solo por tener alguien en tu vientre. Eso es lo peor, eso es lo que nos juzgan por ser mujer, (...) por eso desde ese momento me involucré en lo feminista y trato a veces... muchas veces, con lo que yo comparto en redes sociales o lo que yo digo cuando estamos en una reunión, estamos hablando del tema, trato de que se acabe ese tabú que hay, o sea que la miras feo porque salió embarazada y porque es mujer y porque las mujeres no salen embarazadas hasta que tengan una familia y se casen y todo eso. Ser mal vista es horrible. Siempre fue así [con] los doctores, ellos siempre me decían por ser mala madre te voy a cobrar más, te va a doler más, o sea me metían mucho miedo y esa es la realidad, esa es la realidad. Cuando le conté al papá, al chico con el que yo había estado, él rotundamente me dijo que yo era una cualquiera, que seguro yo había estado con otros tipos y eso no era cierto. En ese instante me sentí desprotegida, totalmente desprotegida, sola, (...) me dio \$20, me los tiró y me dice: *tú veras qué haces, si abortas o no con \$20*. Mariana, 22 años.

Haber tenido mi embarazo y mi hijo tan jovencita también fue una causa de juzgamiento a pesar de que tuve la acogida sobre todo de mi padre, nunca me juzgó, pero el resto de la familia si lo veía como tema vergonzante, entonces siempre hubo una relación, así como que chocaba, siempre fui señalada por mi maternidad tan temprana, por mi maternidad de niña, el resto de la familia siempre me estuvo juzgando y viendo como el animal raro. Yajuana, 62 años.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres está profundamente normada por las representaciones sociales de lo que debería ser una mujer. En este sentido, la falta de educación sexual integral y el permanente juicio a la autonomía femenina dificultan que las mujeres puedan tomar sus decisiones de forma autónoma y autodeterminada, de tal forma que quedan excluidas del manejo soberano de su propia sexualidad y de sus decisiones reproductivas:

Mi pareja sí estaba feliz por el embarazo, pero yo no. Luego le dije a él que aborté, que me caí de la escalera, aunque él no me creyó. Me fui con él porque no me quedó otra opción, de ahí salí de nuevo embarazada después de algunos meses, claro que me cuidé, pero él insistía y ya pues me embaracé, pero no era lo que yo quería. Simona, 39 años.

Eduviges buscó un embarazo con su pareja para poder salir de la casa de sus padres; en particular para alejarse de su padre, un hombre que ejercía, además, violencia física en contra de su madre. Sin embargo, en la experiencia con su pareja, repite las violencias. Ella relata que en un viaje con su novio deciden mantener relaciones sexuales un día contraindicado, pero con la condición de interrumpir el coito antes de la eyaculación. Sin embargo, su pareja no cumple este acuerdo y se lo oculta durante semanas. Ella observa su nerviosismo al preguntarle constantemente por su menstruación:

Yo me preocupé, ahí es que le digo: ¿terminaste ese día?, yo te dije que no se podía hacer. Y me dice sí, no aguanté. Entonces le digo me hubieras dicho, porque para eso había la píldora del día después, no me hubieras dejado a estas alturas de la vida, que tú me vengas a decir eso.

Eduviges, 35 años

Maya relata que, aun cuando ella no quería tener relaciones sexuales, su pareja se lo imponía debido a que ella era su novia. Maya sentía que era su deber cumplir con las expectativas de su pareja; su novio era prácticamente su dueño. Esta forma de relacionamiento era la misma que ella había aprendido con sus padres.

Estas imposiciones masculinas se repiten incluso ante la decisión de abortar. En el caso de María, su primer embarazo a temprana edad fue interrumpido por decisión de su hermano mayor. Ella había considerado que era una mujer independiente con sus propias proyecciones y expectativas; no obstante, el embarazo constituyó para su familia una gran falla, que se interrumpió para guardar apariencias. Se infiere en el relato de María que esta falta de control sobre su propio cuerpo y sexualidad modificó la imagen que tenía de sí misma.

En estos casos, las decisiones no pertenecen nunca del todo a las mujeres. En contextos conservadores y controlados religiosa y culturalmente, la falta de información es una constante que impide que se tenga el pleno conocimiento del

cuerpo y la sexualidad y con ello la pérdida de soberanía para ellas. La sexualidad, cuando es ejercida y controlada por las propias mujeres, es indeseable o un asunto que debe silenciarse. Incluso las mujeres que viven con mayor autonomía enfrentan la presión de la sociedad que busca, en todo caso, normar sus conductas:

Siento como mujer que existe mucha presión, que tengo 28 y empieza a existir la presión del querer casarse, tienes que crecer profesionalmente, tienes que ser buena hija, tienes que ser buena novia, pero nunca se nos preguntó si en realidad estamos sintiendo una presión, y hay muy pocas mujeres que se animan a decir *no, yo quiero hacer estas cosas, dame mi tiempo*. Andrea, 28 años.

Cuando yo estaba bien pequeña, como a la edad de mi hija, ya sabía lo que era tener relaciones sexuales consumadas, ya sabía lo que era una violación, porque mi madre sí me explicó esa situación, a pesar de que en la familia fueran católicos. Pero llegó el momento de la adolescencia (...), era enfrentarse a que ya iba a empezar mi etapa sexual; entonces como que se aterrorizó mi mamá: *en esta casa no hables de novio, tú tienes que dedicarte a estudiar*. Viviana, 22 años

3.2.2. Inexistencia e ineficacia de una educación sexual integral

Este apartado complementa el objetivo 1 que permitió reconocer el contexto (histórico, sociocultural y político) en el que transcurre la vida de las mujeres que deciden abortar.

Socialmente está establecido que prevenir los embarazos requiere de una serie de acciones y conocimientos que son responsabilidad de la mujer. Dado que el embarazo, en tanto condición biológica es llevado a cabo por ellas, se les ha asignado exclusivamente las acciones para prevenirlo; sin embargo, es preciso que todas las personas se responsabilicen por sus conductas sexuales, lo que requiere de un gran esfuerzo a nivel educativo, además de la ruptura con la injerencia de algunos pensamientos conservadores ligados a la religión que norman desde la moral lo que debe conducirse bajo la lógica de derechos.

Viviana comenta que no recibió la información oportuna sobre temas de planificación familiar por parte de su mamá, quien prefería evitar el tema; se observa en su relato cómo, a pesar de existir más miembros en su núcleo familiar, Viviana considera que a priori era su madre quien debía instruirla en cuanto a la SSR. El conocimiento en torno a la sexualidad que ella tenía provenía de otras mujeres y amigas que solían ser mayores que ella, y se esperaba desde su familia que, simplemente, no llegara con su “domingo 7”¹. La educación sexual estuvo cargada de comentarios con fuertes matices morales tales como: “nada de andar abriendo las piernas”. Simona plantea que su primer embarazo fue producto de relaciones sexuales sin prevención de ningún tipo, pues no tenía conocimiento de esta necesidad. Para Maya todo lo que respecta a su sexualidad es un tabú, aún hoy a sus 31 años.

Los relatos muestran que ni el escenario familiar, ni el escolar fueron espacios para ampliar la comprensión de su sexualidad de manera integral, pues en su gran mayoría estos asuntos estuvieron ausentes, silenciados o moralizados:

Yo el tema de la sexualidad lo aprendí siendo adulta, nunca tuve una charla, bueno... las típicas que te dan en el colegio, que más te asustan que otra cosa, pero de ahí de sexualidad... De hecho, también remonto mis años de universidad, y mi primer año de universidad yo me topé con gente que ya era experimentada y cuando teníamos algún momento libre hablaban de esas cosas y yo me sentía súper mal. Recuerdo que un par de veces lloré porque me sentía mal, me sentía incómoda; mi vida sexual empezó a los 19 años, yo no tenía el conocimiento que una mujer cuando tiene su primera relación sexual sangra, yo no sabía, la persona con la que tuve relaciones sexuales la primera vez me explicó porque yo me asusté, de verdad pensé que me llegó el periodo. María, 39 años.

3.2.3. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Este apartado responde al objetivo cuatro que nos permitió describir cómo se transforma la vida de las mujeres y sus decisiones en SSR después del aborto.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres incluye una amplia gama de aspectos que van más allá de la prevención del embarazo. Algunos de estos aspectos

incluyen la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de otro tipo, como el cáncer de cuello uterino; también constituye una atención de todos los problemas ginecológicos que pueden experimentar, junto con la planificación familiar que, además de los métodos anticonceptivos, incluye la toma de decisiones informadas sobre el número de hijos que una mujer desea tener y el espacio entre ellos.

Al mismo tiempo, estos servicios deberían contemplar el placer sexual femenino como parte importante de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, ya que este contribuye al bienestar físico y emocional y es importante para el disfrute pleno de las relaciones sexoafectivas. En este sentido, se constituye en un derecho fundamental de todas las personas, y es relevante que las mujeres tengan acceso a la información y los recursos necesarios para explorar y expresar su sexualidad de manera segura y saludable.

En este contexto es fundamental que las mujeres tengan acceso a la atención integral y los recursos necesarios para abordar cualquier problema de SSR que puedan tener, incluyendo problemas relacionados con el placer sexual y la vivencia de las relaciones sexoafectivas. Es esencial que se promueva una cultura de respeto y consentimiento en el contexto de la sexualidad; el acceso a servicios integrales de SSR puede ayudar a reducir los embarazos no deseados, prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual y reducir las tasas de mortalidad materna e infantil, pero idealmente deberían incluir en sus metas la abolición de cualquier forma de violencia relacionada con la vivencia de la sexualidad, en todos los ámbitos de la vida social.

Las mujeres están permanentemente sometidas a una violencia institucionalizada en la que no se reconoce integralmente su SSR. Desde el punto de vista reproductivo, en muchos casos viven la desinformación con respecto a métodos de planificación familiar, no pueden acceder a consultas médicas y no reciben educación alguna, ni siquiera por parte de sus familias. En este sentido, se observa una grave vulneración de derechos, pues al tiempo que el aborto es ilegal, no se ofrecen garantías para su prevención. Lo que encontramos en los relatos de las participantes es que incluso desde el enfoque biológico reproductivo los servicios de SSR son deficientes, pero, además, la preocupación integral por la sexualidad de la mujer es inexistente.

En el Ecuador, el Estado no ha sido capaz de impulsar políticas adecuadas que contribuyan a cumplir con sus propios mandatos constitucionales desde un enfoque de derechos. En los relatos se observa la discriminación de género por parte del personal médico e institucional, que suele desplegarse en medio de prejuicios conservadores y religiosos. Azucena, que es prestadora de servicios de SSR, describe la situación de esta manera:

Pobres de nosotras las mujeres, tener que cargar con esa responsabilidad directa de cuidarnos, de no quedar embarazadas, porque es lo único que nos ofrecen, que solo nosotras podemos optar por un método. Estoy igual rebelde [ríe] porque no me gustó mucho la experiencia con el implante, entonces ahora estoy súper pendiente de mis días y con condón cuando sé que estoy en riesgo, pero sí, realmente es complicado. Imagínate, yo también soy proveedora de métodos de planificación familiar y también sé el peso que eso conlleva. Entonces todo es difícil, ser mujer es difícil [ríe]. Azucena, 34 años.

La prestación de servicios de SSR está en entredicho; las mujeres que relataron sus experiencias de aborto, en general, manifiestan que esta es deficiente o bien que escapa a sus posibilidades materiales. En este sentido, el Estado está eludiendo gravemente una obligación constitucional, situación que se agrava si se considera que las consecuencias de no brindar adecuadamente estos servicios, en conjunto con una educación sexual integral, puede tener resultados de salud letales para las mujeres que deben practicarse abortos sin condiciones de seguridad:

Me quise poner la T de Cobre, pero en el hospital me decían que la prioridad eran las mujeres que habían dado a luz o los anticonceptivos de implante, ellas eran las primeras en la lista. Yo le dije que necesitaba un turno, pero me dieron como que para diciembre y en esa época era junio, entonces faltaba bastante, averigüé los costos y los costos eran altos, y entonces no pude hacerlo. Después de eso decidí cuidarme, pero no podía tener relaciones sexuales, igual sentía mucho dolor solo al caminar, entonces me imaginaba que al tener relaciones sexuales iba a ser mucho peor. Bueno, después de todo lo que pasó cogí una cita, me acuerdo, en el centro de salud, que tampoco nunca llegó. Fui a

preguntarle al ginecólogo y él me dijo que habían bastantes métodos y que por ejemplo la T de cobre era la más costosa; no estaba... cómo decir, en mi presupuesto; de ahí me dijo que el implante del brazo, pero igual estaba en 150 y algo, 120, 100 dólares, algo así, la de tres años y la de cinco años, entonces en ese momento ni siquiera tenía dinero, entonces esperé a que me llegara la cita del centro de salud y cuando ya me tocó me dijeron que no, porque la prioridad es de las mujeres que habían dado a luz. Laura, 23 años.

El acceso a métodos anticonceptivos para las participantes muestra situaciones de deficiencia y limitación; el acceso depende de la capacidad adquisitiva de las mujeres para proveerse las consultas médicas y los propios métodos. La respuesta del sistema de salud pública es inoportuna, volviendo prácticamente ineficaz el servicio. Para muchas de estas mujeres solo fue posible acceder a los métodos y herramientas mencionadas después de vivir la experiencia del aborto, con lo cual el carácter promocional y preventivo queda en entredicho.

La experiencia de abortar obligó a las mujeres a estar más atentas respecto a sus necesidades en torno a la SSR. Algunas lo hacen focalizando sus perspectivas reproductivas, como lo refiere Adelita: tras su primer hijo, ella buscó opciones anticonceptivas, y consideró la ligadura de trompas; sin embargo, fue su prestadora de salud quien la disuadió de dicha intervención debido a la posibilidad de “arrepentirse” en un futuro; si ella se hubiese sometido a una ligadura de trompas, no hubiese recurrido a un aborto, como relata.

Desafortunadamente, como comenta Azucena, existe una fuerte discriminación institucionalizada hacia las mujeres: “*el Estado como que no nos ayuda, este mismo país no nos ayuda mucho*”; para Adelita, las visitas a controles ginecológicos implicaban más un enjuiciamiento que un acto de cuidado.

3.2.4. El cuidado y la crianza son responsabilidad de la mujer

Este apartado complementa el objetivo uno dirigido a reconocer el contexto (histórico, sociocultural y político) en el que transcurre la vida de las mujeres que deciden abortar.

La decisión de abortar o de llevar a término un embarazo para las mujeres está permeada por la proyección del cuidado permanente a futuro. Muchas de las mujeres que abortan son conscientes que esta responsabilidad será de ellas, y en menor medida pueden compartirla si el padre o la pareja las apoya en el ejercicio de ese rol.

Las parejas de las participantes han asumido distintas posturas frente a la decisión del aborto que ellas tomaron. La pareja de Viviana lo experimentó como una situación trágica, debido a que él deseaba ser padre, pasó por una etapa de luto que expresó mediante un distanciamiento emocional de corto tiempo, hasta que terminó por aceptar dicha circunstancia y continuar apoyando sus decisiones. Pese a todo, Viviana es enfática en mencionar que la responsabilidad en torno al cuidado de los hijos es de las mujeres, más allá del apoyo que reciba de su pareja. Este es un aprendizaje social que viene de sus contextos familiares y se actualiza en sus experiencias afectivas:

Los hombres solo desaparecen, eso ha sido mi experiencia personal y si bien, pues, en mi experiencia familiar mi papá nunca desapareció económicamente, él no estaba presente de manera emocional como un padre comprensivo, ¿me entiendes? Adelita, 41 años.

La responsabilidad femenina frente el cuidado de los/las hijos/as les exige a las mujeres una suerte de madurez diferencial para hacerse cargo. Jennifer afirma que, a pesar de tener el apoyo del padre o madre o de otras personas, está convencida que es la madre quien debe estar disponible permanentemente; no los abuelos, no los padres, es la madre la responsable directa del cuidado de los hijos. En este sentido, llama la atención su planteamiento en torno al embarazo, su pensamiento religioso y la autonomía como mujer:

Bueno, quizás Dios nos manda a un ser para que nosotros lo tengamos, pero esa es la contradicción. A veces tú decides no tenerlo, no por la intervención divina sino por lo que hay aquí, por lo que se está viviendo. Jennifer, 29 años.

Viviana tiene el apoyo de su pareja, que no es el padre de su hija; sin embargo, plantea que en todo caso es su responsabilidad, y que su pareja la acompaña ayudándola, pero no asumiendo ese compromiso como tal. Para Soledad las circunstancias materiales fueron más complejas aún, pues el padre de sus hijos

estuvo ausente. Ella tuvo que cumplir rol de madre y de padre, y para ello solo tuvo apoyo de su madre.

Simona explica sobre el deber de la responsabilidad entre el nacimiento y la gestación:

Yo quiero mucho a mis hijas, las amo porque así debe ser, soy mamá y las parí. Nacen de uno, uno las lleva 9 meses, les da de lactar, las cuida. Pero a veces uno se siente cansada y hay que cumplir con las obligaciones de madre, aunque uno este agotada de trabajar y llegar a ver los hijos. Cambias de actitud, estás molesta. Y los niños se siente que no compartes con ellos y tú pareja también. Pero no entienden que uno quisiera llegar a descansar y no a seguir agobiándose con tantas cosas. Claro que mi esposo me ayuda, pero no como quisiera, y sí que me ayuda de verdad, nos cocina, nos cuida. Pero no como uno quiere. No es lo mismo la responsabilidad de ser mamá y ser papá. La madre es la que está ahí siempre al cuidado de los hijos, así ha sido siempre. Simona, 39 años.

3.2.5. Puntos de inflexión biográfica

El acercamiento a las inflexiones biográficas contribuyó al objetivo cuatro relacionado con describir cómo se transforma la vida de las mujeres y sus decisiones en SSR después del aborto.

El embarazo no deseado puede tener una variedad de consecuencias físicas, emocionales y sociales para las mujeres, según sus circunstancias individuales y el contexto en el que ocurre. Algunas de las posibles consecuencias incluyen efectos físicos amplificados debido a la turbación de las mujeres; puede volver a las mujeres más propensas a participar en comportamientos poco saludables dependiendo de sus contextos. Por otra parte, también se presentan efectos emocionales derivados de la imposición de la crianza y el cambio radical de vida permanente que constituye la maternidad. Las mujeres que no quieren quedar embarazadas se sienten abrumadas, ansiosas y/o deprimidas, como se manifiesta en sus relatos, y luchan en gran medida con sentimientos de culpa o vergüenza, además del estigma social o discriminación.

Destaca también en los relatos el conjunto de consecuencias sociales a las que se enfrentan cuando quedan embarazadas sin quererlo; los desafíos financieros o bien psicoemocionales relacionados con la crianza de los hijos, la dificultad de acceder a un trabajo o mantenerlo y la habitual suspensión de estudios y relaciones sociales.

Con todo, el impacto de los embarazos no deseados en la vida de las mujeres depende de varios factores, incluidas sus circunstancias personales, los sistemas de apoyo social y los recursos y las redes disponibles para ellas. En las experiencias de las mujeres que han abortado se observan muy distintas circunstancias; no obstante, en todas ellas el embarazo no deseado implicó una irrupción vital que altera el curso de vida.

Este punto de inflexión vital que puede significar el embarazo no deseado conlleva la necesaria decisión de llevarlo a término o bien interrumpirlo. Uno de los argumentos habituales que se esgrimen para no garantizar el aborto seguro para las mujeres desde sectores conservadores es el impacto de este en la salud psíquica de las mujeres, como si existiese en ellas una esencia a priori que las predispone a la maternidad y al cuidado permanente asociado a la capacidad fisiológica de gestar. En este sentido, toda consecuencia psíquica que se deriva de la decisión de interrumpir un embarazo está determinada por el contexto sociocultural y jurídico en el que se encuentren las mujeres, el que a su vez determina las particularidades por las que estas pasan en la intimidad de su decisión.

Así, el aborto tiene diversas consecuencias físicas, emocionales y sociales según circunstancias individuales y el contexto en el que se lleva a cabo. Además de los efectos físicos (como sangrado, calambres o infección), las mujeres también pueden experimentar reacciones emocionales después de un aborto en función del contexto en el que se encuentran. Algunas mujeres pueden sentir que tomaron la decisión correcta por sí mismas, mientras que otras pueden sentir culpa, como se expresó en algunos relatos, lo que puede significar un punto de inflexión biográfica para algunas.

Las consecuencias sociales del aborto también pueden ser significativas. Algunas mujeres enfrentan el estigma o la discriminación como resultado de su decisión de abortar, lo que puede tener efectos negativos en sus relaciones y

sistemas de apoyo social. El impacto de un aborto en la vida de una mujer puede ser complejo o bien puede ser considerado como una experiencia vital más de la que aprender.

Para Jennifer, el embarazo no deseado la hizo reflexionar en torno a la responsabilidad de la maternidad, considerando con ello que su primer hijo fue, precisamente, un cambio radical de vida; repetir esta circunstancia haría imposible seguir realizando sus actividades actuales.

Entonces en ese punto yo quede embarazada, eran gemelos, y justo estaba en la parte de la pandemia; estaba recién iniciando... yo estoy por terminar mi internado. Eh... me pesó mucho, porque lo primero que pensé que... aunque sea nuevo esto, pensé en mis estudios, porque yo decía *estoy terminando de estudiar, quiero ayudar a mi mami, tengo muchos sueños, tengo muchas metas, entonces yo no me voy a poner a tener [hijos] porque son cargas en realidad, es una responsabilidad, pero son cargas que uno tiene que estar ahí por toda la vida, no es nomás hasta cierta edad que llegan y uno se desprende. Entonces yo y mi novio decidimos que íbamos a optar por el aborto...*

No pensé, pero me hizo madurar de ver mejor las cosas, de la responsabilidad que es tener un hijo, que si tenía un hijo, pero ya de llenarse de hijos es otra cosa, eh... yo pensé en eso, yo también tengo que tener una pareja estable para poder tener un hijo, tener como que una estabilidad, también en una casa, algo para poderle dar y estar tranquila, eso me hizo madurar mucho esa parte, de pensar bien bien esas cosas. Jennifer, 29 años

Viviana comenta una circunstancia similar, en la que en realidad el punto de inflexión se encuentra precisamente en el embarazo no deseado. Así, una vez interrumpido, la sensación de liberación o de alivio le permitió evitar justamente dicho cambio de rumbo vital. Constanza y Simona también conciben al embarazo no deseado como un punto de inflexión en sus vidas, inevitable en caso de llevarlo a término:

Actualmente por decidir sobre el aborto, yo no me siento culpable ni nada, o sea, yo siento que tal vez fue una decisión que iba a cambiar

radicalmente mi vida, entonces... y no creo que haya sido para bien, la verdad no me sentía preparada y tampoco me siento preparada actualmente y no me arrepiento de la decisión que tomé, creo que tome la decisión correcta en ese momento. Constanza, 18 años.

Se observa que en algunas experiencias el embarazo no deseado es un evento prácticamente catastrófico que se presenta sin salidas o soluciones, como es el caso de Simona, quien describe así la situación que vivió:

Es que primero no aceptaba el embarazo, o sea, no quería creer que estaba embarazada, pero nada que me bajaba, hasta que un día estaba cerca de un laboratorio, entré y me hice la prueba y salió positivo, fue una noticia devastadora, se me nubló todo, era como un camino sin salida, una sensación que nunca había sentido, esos días eran terribles, desesperantes, como que no sabes a dónde ir, a quién contarle, es una situación muy fea. Desde ahí mi vida cambio. Simona, 39 años.

Esto, habitualmente, está relacionado directamente con las familias y la imposibilidad de recurrir a ellas en esta circunstancia; se observa que para Crisley todos los problemas familiares desde su infancia han tenido profundos impactos a futuro, y esto puede leerse también en la profundidad de su temor a volver a *sufrir* un embarazo. Para Yajuana, el embarazo a muy corta edad fue un cambio altamente limitante que la puso en confrontación con gran parte de su núcleo familiar:

Yo fui madre a los 14 años, me embaracé a los 13 y fui madre a los 14 años. Bueno, eso en mi vida significó muchas limitaciones, conflictos emocionales, personales, etc. Yajuana, 62 años.

En el caso de Azucena, decidir abortar y llevar a cabo su decisión implicó un sentimiento de liberación y alivio. Como comenta, liberarse de una maternidad no deseada la empoderó y la impulsó a ayudar a otras mujeres en situaciones similares. La experiencia de tener un hijo la posicionó en un escenario realista y no basado en la idealización de la maternidad como algo sacro y virtuoso, sino como lo que efectivamente es, una realidad particular que se vive en función de las condiciones y herramientas disponibles:

Cuando ya vi que no había embarazo realmente me sentí muy tranquila, sentí un alivio, gran alivio la verdad, entonces a partir de eso yo sí dije: me empoderé del tema, y ahora es que viene una paciente o alguien me busca por eso, yo trato de ayudarle con todos mis conocimientos. Azucena, 34 años.

Por otra parte, el aborto también ha sido un impacto físico y emocional que ha modificado en algunos casos las trayectorias de vida de las mujeres. Laura comenta que fueron sus amigas quienes la apoyaron en dicho proceso emocionalmente duro para ella; durante muchos días estuvo sumida en una depresión profunda que no la dejaba levantarse de la cama, y fueron sus amigas quienes la impulsaron a continuar con mayor normalidad. Actualmente, Laura reconoce que se encuentra bien, y que la experiencia del embarazo y el aborto le permitió aprender y mejorar en otros aspectos de su vida; se encuentra dispuesta a buscar su independencia y a apoyar a otras mujeres que pasan por procesos similares. De igual manera, para Mónica el embarazo y el consiguiente aborto también constituyó una experiencia de vida aleccionadora; como plantea, le ayudó a comprender con mayor madurez las consecuencias de sus acciones y decisiones, además de ayudarla a fortalecer su conocimiento en torno a la SSR.

O sea, demasiadas, porque es como que... bueno, ya pasó, pero no puede volver a pasar, es como tomar responsabilidad sobre lo que ya pasó, o sea, ya pasó, ya... [risa], no sé, seguir adelante pero no puede volver a pasar. Antes era como que sí me dolía, pero ahora ya no, ya lo superé. No malo, pero sí, como que había un poco de arrepentimiento. Yo tengo una gran ventaja frente a otras personas, yo debería tratar de ayudar a personas que en realidad no lo tienen, y eso es a lo que me he enfocado últimamente. Mónica, 23 años.

Para Mariana, la experiencia ha estado imbricada con otras de su contexto vital; el malestar de su familia y el físico propio la hicieron vivir el aborto con un dolor amplificado; con todo, ella es consciente de que todas sus experiencias han sido sobrellevadas por su propia fortaleza y resiliencia ante dichas adversidades. Así, reconoce mayor madurez y confianza tras la experiencia del aborto, y comenta que

ha podido resurgir y “brillar” en un momento posterior, además de mantener relaciones positivas con su madre.

Además de la depresión que conlleva después, porque después de que lo haces es una depresión horrible, yo fui diagnosticada después con depresión y estrés que me llegó a dar hasta un este... como se llama... herpes zoster, por mucho estrés, y la depresión me llevó al herpes zoster, o sea es que es difícil, yo hasta ahorita lo estoy superando, han sido años... desde el año 2018 hasta este año aún me sigue golpeando eso, pero con medicamentos, con el apoyo de mi mamá, lo he sabido sobrellevar y de mi familia más que todo, de mis hermanos. Bueno, sí ha dado un giro, o sea estoy aprendiendo. No, estoy cambiando, estoy aprendiendo, estoy mejorando, porque sí era alguien súper inmaduro antes de todo eso, antes alguien que no tomaba en serio las cosas, solo soy yo yendo con mi novio a pasear y disfrutar y todo eso, o soy yo sin tomarle importancia a la vida, pero ahora soy mucho más segura de mí, tengo mucha más confianza, estoy aprendiendo a amarme, estoy aprendiendo a salir adelante, aprendiendo a tratar de conocer a nuevas personas porque uno nunca termina de conocer a las personas, y mejorando. Sí he cambiado. Mariana, 22 años.

Para Eduviges, el aborto y las complejas circunstancias en las que lo transitó dan cuenta del aprendizaje que revistió para ella; así, refiere que el cambio radical en su vida la impulsó a tener un acercamiento más empático con sus hijos, a quienes, de seguro, comenta, acompañará en caso de que pasen por una circunstancia similar a la que ella vivió.

María vivió la interrupción de su primer embarazo de una manera que modificó el curso posterior de su vida. El aborto al que fue sometida no fue una decisión propia, sino de su familia, quienes no solo la obligaron a abortar, sino que la obligaron a separarse de su pareja de entonces. Para ella, esta situación vivida a los 21, 22 años significó un cambio rotundo en la percepción de sí misma, tanto el embarazo como la pérdida de autonomía y gestión de su propio cuerpo significó un cambio radical de su curso vital. Tal como ella refiere, una vez vivida esta imposición tuvo un cambio actitudinal hacia la promiscuidad y hacia el descuido por sí misma.

Yo siempre me consideré una mujer independiente, con muchos proyectos por delante, pero no, o sea, a partir de ello fue una situación de haber fallado, de haberles fallado y me obligaron a hacer eso. María, 39 años.

Es particularmente esclarecedor el relato de María a este respecto, pues algunos años más adelante ella decide abortar tras un embarazo no deseado, y la percepción que tiene de este es absolutamente distinta, y representa para ella un ejercicio de autonomía y soberanía sobre su cuerpo:

Lo que quisiera volver a vivir es la época del colegio, eso sí me trae como nostalgia. Lo que no quiera volver a vivir en la vida es el aborto, yo creo que es una experiencia que te marca y eso... no, capaz que en otras circunstancias, capaz que si se daba también, pero por mi propia decisión. O sea que es por eso que te decía que hay dos hechos en mi vida muy complicados, pero el primer caso, cuando fue obligación, cuando fue una cuestión de que me obligaron contra mi voluntad, eso es feo. María, 39 años.

La experiencia del aborto puede ser tanto un punto de inflexión como una experiencia más de la que aprender. En este sentido, la vivencia de esta experiencia como un proceso doloroso y traumático está más determinada por el contexto en el que se lleva a cabo que por la decisión y acción misma, de modo que mejorando esas condiciones del entorno las mujeres podrían acceder al aborto sin sufrir otros impactos psicológicos nocivos, sumado a condiciones de inseguridad.

3.3. Trayectorias y búsqueda de cuidados. El Estado no me cuida, me cuido yo sola... y algunas mujeres²

Este apartado condensa los diversos hallazgos y por ello permite el acercamiento al objetivo general para comprender las trayectorias de cuidado por las que transitan mujeres que deciden abortar.

Una trayectoria corresponde a un camino o recorrido por el que se atraviesa. En el caso de las experiencias vitales, estas pueden ser comprendidas como trayectorias porque no son solo momentos de inflexión o circunstancias aisladas:

forman parte del recorrido vital de las personas y tienen significados particulares que son determinados por las condiciones en que se producen; tienen puntos de partida y de llegada, que son a su vez puntos de fin y de inicio de nuevas experiencias. En este sentido, las trayectorias son procesos que conllevan decisiones, aprendizajes y cambios circunstanciales que de igual manera determinarán las rutas de futuras experiencias.

El cuidado de la salud constituye un conjunto de trayectorias y caminos que van dando forma al estar de las personas en el mundo, ya sea desde el bienestar, el malestar o cualquier punto dentro de ese espectro. Así, las experiencias y las maneras en que se transita en el cuidado van configurando aprendizajes, percepciones, padecimientos, malestares, fortalezas, comodidades, amenidades, y otros, que las personas viven y perciben sobre sí y su salud, desde su modo de gestionar su cuidado y protección (Leyton y Valenzuela, 2017).

En este sentido, las trayectorias de cuidado constituyen los procesos mediante los cuales las experiencias vitales son sostenidas, acompañadas y asimiladas; ante vivencias que tienen potencialmente un gran impacto en las vidas, las trayectorias que atraviesan los cuidados de las personas determinan en buena parte cómo será procesada dicha experiencia. Cabe, por tanto, preguntarse de quién es la responsabilidad de ese cuidado, de qué manera debe llevarse a cabo, qué rol tienen las instituciones, entre otros muchos cuestionamientos que surgen al constatar realidades como las del aborto en un contexto de criminalización y carga social como el ecuatoriano.

Hasta aquí se ha observado que la experiencia es heterogénea en la medida en la que las circunstancias personales y del entorno de las mujeres es distinta. Las percepciones sobre su rol como mujeres y madres en potencia, la presión familiar y la violencia sistémica en la que transitan sus experiencias de aborto son determinantes en cómo estas se transforman, en algunos casos en puntos de inflexión vitales donde todo cambia, o, por el contrario, son cursos de acción que coadyuvan a evitar la alteración permanente de la maternidad y su obligatoriedad para las mujeres.

En este capítulo, por tanto, se pondrán en relieve las distintas rutas de cuidado que se observan en los relatos de las mujeres que abortaron, en los que aparecen puntos en común y divergencias, todos permeados por la sistematicidad de la

violencia patriarcal expresada en el control moral e institucional de la corporalidad y sexualidad de las mujeres.

3.3.1. La ruta familiar y de pareja: desprotección

Las familias son el entorno primario en el que se despliega la vida y las experiencias de los sujetos; por ello, puede esperarse que sean el soporte primario en caso de experiencias vitales que tienen altos impactos o que pueden poner en riesgo la integridad de las personas en determinados momentos de la vida. Sin embargo, esto constituye una mera abstracción, puesto que las familias se encuentran insertas y determinadas por las relaciones sociales de su tiempo, de modo que son una de las instancias que coadyuvan a reproducir dichas relaciones sociales; cuando estas son de carácter patriarcal, en la familia pueden reproducirse dichas conductas y modos de relacionamiento entre sus miembros, con especial atención a los roles de género.

Esto se aprecia de manera muy explícita en los relatos. Las rutas de cuidado que siguen las mujeres que abortan parten del núcleo familiar más inmediato (y usualmente desde la figura de la madre), pero no necesariamente se transita por un cuidado efectivo y afectivo: mientras la constitución de la familia tiene una mayor impronta religiosa, más enjuiciamiento y culpa se encuentra en el recorrido de las mujeres. En este sentido, en la mayoría de los relatos de las participantes ni la familia ni la pareja las apoyaron, ni cuidaron de ellas en esta situación, permeada principalmente por el desprecio y el abandono:

Cuando mi padre se enteró que estaba embarazada me despreció, me juzgó, no me hablaba, y mi mami que nunca decía nada no me defendía, ella ha sido así siempre, callada, sumisa. Fue una cosa triste porque ya mi padre no me quería ni ver y decidí irme con mi pareja, aunque no quería irme realmente, pero tuve que hacerlo porque me sentía rechazada, era como que había cometido algo malo al haber salido embarazada, porque nadie me apoyó. Simona, 39 años.

Mariana encontró en su pareja una respuesta de enorme violencia psicológica, generando en ella sentimientos de inseguridad y desprotección. En este sentido, la moral religiosa y conservadora que marca el ejercicio de la sexualidad femenina, en particular por los hombres, que son el vínculo sexoafectivo según se apuntó en el capítulo anterior, transforma el rol del cuidado de la pareja en cuestionamiento y denigración: es decir, en su antítesis. La situación del embarazo por lo general no es asumida por la pareja, a lo que se suman cuestionamientos y difamaciones. En su caso, que es excepcional en su relato, recibió apoyo de su madre, quien la acompañó durante todo el proceso de embarazo e interrupción, inclusive en el momento en que le planteó esta situación a su pareja y esta se desvinculó del proceso. Para Mariana, este apoyo fue importante no solo para vivir de una forma menos dura el proceso del aborto, sino también para empatizar respecto de las distintas circunstancias que vivieron las mujeres de su familia en situaciones similares. El rechazo de la pareja se repite en los relatos de Maya y Andrea:

Me fui hacer unos exámenes o análisis de sangre, el cual salió positivo, yo lo llamé, él estaba en el internado, yo lo llamé y me contestó: *Ah, ya más tarde te llevo las pastillas*, nada más, yo no tuve elección, no nos sentamos a conversar, obviamente no deseaba yo tampoco ese embarazo, pero fue un poco incómodo que solamente me respondiera eso. Lo que más recuerdo es a él sentado en una esquina chateando con gente, riéndose mientras tanto yo ardía en fiebre, tenía muchos mareos, vómitos, diarrea, dolía mucho, dolía mucho, pero yo lo hacía por el bien de la relación, porque yo tenía que seguir con él y eso es lo que él quería supuestamente, no teníamos una buena comunicación. Maya, 31 años.

[...] De estas dos parejas que tuve ellos se deslindan de la responsabilidad, total después de que te administran las pastillas es como que te dicen: *ya hoy te puedo cuidar, mañana ya no puedo por alguna x, y razón, y a ti te toca estar sola en eso*, a mí me tocó estar sola las dos veces y la primera vez no fue tan fuerte como la segunda vez, porque en la segunda vez siento que perdí demasiada sangre y estaba mal, o sea, básicamente pasé 15 días mal y no podía pedirle ayuda a mis familiares, no podía pedirle ayuda a mi mamá, no podía pedirle

ayuda a nadie porque decía: *si hablo, si algo malo me pasa es mi culpa*. Sentía que era mi culpa, entonces decía: *yo me muero es por mi culpa, porque yo produje eso*, pero cuando fue la segunda vez yo tenía muchísimo miedo, porque estaba tomando anticonceptivos, aparte de eso como mi trabajo es muy fuerte había hecho demasiada fuerza entonces había incluso un poco de hemorragia dentro del tema del útero, entonces era un embarazo demasiado riesgoso como para seguir. Mi doctor quería que lo tuviera, pero yo tenía miedo por toda la actividad que había tenido, porque no lo planifiqué e iba a salir mal y qué iba a hacer teniendo un bebé. Y para colmo de males, la pareja con la que estaba, yo siento ahora que me veía como una incubadora humana, de eso no pasó. Andrea, 28 años.

3.3.2. La ruta institucional y profesional: des-cuidos y violencias

La trayectoria de búsqueda y cuidado en caso de aborto en la voz de las mujeres se encuentra permeada en gran medida por el abandono total del sistema de salud; la institucionalidad sostenida en los pilares de una sociedad patriarcal se encuentra imposibilitada para brindar cuidado desde la función del Estado como garante del acceso a la salud y la educación sexual integral. En este sentido, se somete a las mujeres a un abandono sistémico y sistemático que las despoja de los cuidados fundamentales en el contexto de la práctica de un aborto, y se las expone a la violencia que se deriva de este abandono.

Esta violencia se expresa concretamente en cada una de las experiencias, tal como las relatan las mujeres que han abortado. En el proceso de búsqueda de cuidado, se enfrentan a la negación sistemática de sus derechos con la ausencia de educación en SSR, pero paradójicamente también con la obligatoriedad de la gestación y la maternidad, con el cierre de puertas de la atención y la posible criminalización a la que pueden ser sometidas y con un cuidado despojado de humanidad y atención a todas las dimensiones que se ven afectadas en el contexto del aborto.

Por otra parte, esto también se expresa en una escala personal con el ejercicio de los profesionales de la salud que tienen como rol el cuidado de la SSR; el actuar del personal de salud queda supeditado a la voluntad individual de los sujetos que, lógicamente, se encuentra comúnmente estructurada en los mismos pilares de la sociedad en su conjunto: el patriarcado. Esto lo expresa Carolina: *[la doctora] me dijo: sabes que yo en eso no te puedo ayudar, lamentablemente yo soy una doctora.*

Por ello, se aprecia en los relatos la prevalencia de los enjuiciamientos morales devenidos de la subordinación de las mujeres en muchos sentidos ante el personal de salud: el desconocimiento, la falta de educación, la vulnerabilidad en la que se encuentra y el propio hecho de ser mujer son condiciones que permiten al personal de salud hablar desde un poder efectivo sobre las mujeres y ejercer violencia. En el mejor de los casos, el personal sanitario al que acuden responde con indiferencia ante una situación potencialmente mortal, mientras que en otros la violencia, revictimización y falta de empatía suele ser la manera en la que reaccionan médicos, médicas, enfermeros y enfermeras ante el aborto.

Con todo, en muchos casos las mujeres acceden a un servicio de salud y/o consulta médica para constatar su estado o para eventualmente valorar los métodos más adecuados para la IVE como, por ejemplo, plantean Carolina, Adelita y Lila:

Antes de... digamos de actuar, digamos, en esto del aborto, yo acudí a un médico como para ver si estaba bien. Si es que... bueno, obviamente ellos no te dicen si es que lo puedes hacer o no, pero fue como... digamos, un ritual anterior para ver que todo esté bien. Carolina, 23 años.

Siempre pensé en el legrado porque me parecía el método más seguro. Primero porque tenía referencias de otras personas que lo habían hecho y segundo porque sabía que estaba en manos de un profesional, era un médico, un médico conocidísimo, famoso en Quito, entonces pues pensaba así, estaba en manos de un médico y eso es lo más seguro. Adelita, 41 años.

En este sentido, a pesar del contexto de criminalización del aborto en el Ecuador, las mujeres consideraron en primera instancia la consulta con el personal médico para el resguardo de su salud; no obstante, este personal no siempre responde a dicha confianza de la manera en que sería esperable de un sistema de

salud robusto. Prácticamente ninguna de las mujeres que relataron sus historias considera que haya existido confianza entre ellas y el personal médico, y en varios casos sufrieron tratos estigmatizantes o enjuiciamientos de carácter moral.

Las mujeres que relataron sus experiencias en este estudio coincidieron en que la manera en la que accedieron al aborto fue principalmente a través de sus círculos sociales más cercanos, quienes las refirieron a métodos y/o personal de salud disponibles. Cualquiera de esas dos vías significó para todas las mujeres un riesgo que les ocasionó temor y ansiedad, sentimientos que usualmente se viven en soledad. Mariana solicitó dos veces ayuda de personal médico, y el primero de ellos le señaló un precio demasiado alto para ella, superior a los mil dólares. Sobre esa experiencia, comenta:

Y entonces yo llegué con el médico que me cobraba carísimo, me decía: *es que tú ya tienes como dos meses y tú por ser mala madre te voy a cobrar eso.* Mariana, 22 años.

En estas afirmaciones se observan una serie de expresiones de violencia por parte del profesional que carecen de toda justificación, y la falta de ética y de coherencia, ya que el médico juzga violentamente la decisión tomada por Mariana, atribuyéndole un rol de madre “mala”, pero a la vez lo excusa bajo una transacción económica.

Siguiendo el relato, Mariana comenta que en su segunda consulta, habiendo escogido al personal médico con el que se realizaría el aborto, este insistió en juzgar la decisión tomada incluso en el momento de realizar la intervención; para Mariana, el embarazo no deseado, sumado al trato vejatorio de su pareja y a la respuesta discriminatoria del personal de salud, constituye una respuesta de violencia sistemática:

Recuerdo que el doctor también me decía: segura que quieres hacerlo, porque este bebé puede ser un futbolista, puede ser una futura reina, puede ser un doctor [se ríe], el doctor como que me daba más en la herida. Mariana, 22 años.

En estos contextos, las mujeres se sienten temerosas de sus decisiones, son juzgadas y viven su proceso como algo que debe ser negado; comenta que fue una

amiga quien le dio el contacto de una médica que le comentó que solo podía realizarse un aborto con un certificado médico. El miedo y la vergüenza que sintió se asocia al juicio recibido por parte del personal médico:

Esa vez fui a un médico para ver si me ayudaba y me dijeron que no, que era por un certificado médico que uno podía interrumpir el aborto, eh... el embarazo. Pero de ahí, fui a esa... esa licenciada, porque mi amiga no estaba aquí, tuve que ir yo sola, iba con miedo, con vergüenza, con vergüenza porque es algo, no es algo como que digas me vengo hacer un aborto y ya, es algo delicado. No sabes la reacción de ese otro médico, o la mirada más que todo, porque en la mirada a veces como que te miran así, te juzgan, porque te dicen... te dicen *por qué te lo vas a hacer, no, es que si tu decidiste quedar embarazada o no te cuidaste, que es tu responsabilidad, ahora tienes que hacerte cargo, y tal cosa, y no es así, no es así.*

A veces se tiene que respetar la decisión de la mujer, de decir: *a ver, yo me quiero interrumpir este embarazo*, yo sé que fue una responsabilidad quizás porque no estuve cuidándome como debía, como le dije, las dos veces que yo quedé embarazada, pero fue por motivo, eh... pero ellos no entienden que a veces uno lo quiere hacer por pensar en uno y pensar en otro, en ese otro ser, entonces te juzgan ... esa parte es muy notoria... y él me dijo que no me podía ayudar, y yo le dije que por favor me ayudara, que cuánto me cobraba, que fuera... o sea, que nadie lo supiera. Me dijo que no, porque ponía en riesgo su ética como profesional y él no iba hacer eso. Jennifer, 29 años.

En el caso de Jennifer, fue imposible llevar a cabo el aborto asesorado por el personal médico debido a que no accedieron a realizarlo por razones éticas. Como Jennifer plantea en su relato, muchas veces se considera inmediatamente que las razones del aborto son la irresponsabilidad, o bien la falta de conciencia; sin embargo, los prestadores de salud tienen formación y son conscientes de las implicaciones que los abortos clandestinos o autoinducidos mediante medicación tienen a nivel de salud, lo que da cuenta de la priorización de sus argumentos y posibles convicciones religiosas para dar la espalda a las mujeres que corren riesgos durante el proceso.

En este sentido, es claro cómo Jennifer justifica la decisión tomada arguyendo causas de fuerza mayor, pero al mismo tiempo el juicio de terceros ante el aborto es cuestionado.

Para Laura la situación fue similar, pero, además, recibió un duro juicio de carácter moral y violento por parte de la mayoría del personal médico; cuando accedió a una consulta con un médico en una localidad de la sierra norte del país, este cuestionó la decisión desde una perspectiva legalista, y la impresión de Laura fue que, inclusive, podría ser denunciada por aquello y fue igualmente cuestionada por irresponsabilidad, como Jennifer. Por esta razón, el aborto fue inducido con un medicamento que le causó una hemorragia severa que debió tratar en un hospital. Allí la situación fue similar, pues el personal de enfermería indagaba en torno a la intencionalidad del aborto:

Acudí a un doctor en Pujilí, el doctor me dijo como que en pocas... que me iba a denunciar porque había tomado la decisión de abortar (...) Me las tomé [las pastillas] y luego empecé a tener un sangrado muy muy feo, o sea, demasiado feo y me dio una hemorragia que me llevó al hospital. Cuando yo estuve ahí en el hospital general me dijeron que estaba sufriendo un aborto espontáneo, entonces yo estaba asustada porque dije que capaz me hacen alguna prueba y sale la pastilla, estaba ahí y me dijeron: *estás sufriendo un aborto espontaneo*, y me asusté, y dije: *cómo que estaba embarazada*, y me sorprendí. La enfermera me dijo que estaba embarazada y me dijo: *¿estaba haciendo un esfuerzo?* y le dije *no, estaba cambiando los muebles de mi cuarto y no sé qué pasó [...]* Aparte en la clínica no es como que me hayan apoyado mucho, porque algunas enfermeras sí me preguntaban si yo sabía si estaba embarazada e intentaba abortar, yo les dije que no y me dijo: *entonces es un aborto espontáneo*. Entonces por ese lado me quedé un poco más tranquila. Y ahí fue como que me dijo: *qué irresponsabilidad no saber que está embarazada*. Entonces de ahí le dije que no sabía y dijo: *sí, porque ni siquiera tiene edad para estar embarazada*, así fue, muy petulante ese médico y yo le dije: *sí, pero ya no estoy*, le dije y me dijo: *sí, porque... porque abortó*, y de allí yo le dije: *no fue un aborto, la*

señorita me dijo que fue un espontáneo, ya le dije, yo ni siquiera sabía que estaba embarazada. Laura, 23 años.

El cuestionamiento médico no se limita a la decisión del aborto; como se lee en el relato de Laura, el médico cuestiona a la vez la “irresponsabilidad” del desconocimiento del embarazo y no tener aún edad para este, lo que constituye una serie de cuestionamientos valorativos desde el profesional. Es decir, no solamente se cuestiona la decisión del aborto, sino que se cuestionan también las conductas y actitudes sexuales de las mujeres, ya sea porque conozcan o no su situación orgánica, o bien porque son sexualmente activas a una edad que no cumple con los parámetros morales particulares del médico.

A nivel sistémico, las condiciones sanitarias deficientes son igualmente habituales. Como relata María, su segunda experiencia de interrupción de embarazo se llevó a cabo en condiciones sanitarias deplorables, y no tuvo las garantías de cualificación del personal que la atendió para llevar a cabo la intervención médica de forma segura. La experiencia vivida resuena como de gran vulnerabilidad, inseguridad y temor por la integridad propia:

*¿Cómo se llama? Me hicieron entrar a un cuarto que había una camilla y un poco de utensilios ahí, totalmente diferente mi primera experiencia en la cual sí me pusieron medicación, si me pusieron intravenosa, si me iban diciendo lo que estaban haciendo, o sea, diferente. Pero esta vez no, estas chicas... esta doctora, no sé quién era, simplemente me dijo: *respira profundo*, me puso... no sé, supongo que una anestesia, no sé, y yo cerré los ojos, la verdad, cerré los ojos y pretendí pensar en otras cosas, me hicieron esa tontera, te juro que fue tan feo, me mandaron unas pastillas y esa fue la última vez que yo las vi a ellas.* María, 39 años.

La violencia y el mal trato también son habituales; Adelita comenta que, si bien ella no sufrió directamente un mal trato, sí se enfrentó a la indiferencia del personal médico en todo el proceso, aun cuando optó por realizarse un aborto con un reconocido médico de la capital del país. El personal médico le dio toda la información con respecto al procedimiento, pero le brindó un trato frío e indiferente, incluyendo a las enfermeras que realizaron los preparativos para la intervención.

No había calidez, pero tampoco había mal trato, o sea, súper parco diría yo. Si llegaban al lugar una enfermera te registraba, mandaba a cambiar de ropa, pero sin ningún trato afectivo, sin ninguna información de cómo va a hacer, qué va a hacer, excepto lo más... así como puntual: toma la bata, cámbiate, vístete, vamos a proceder con... era sin anestesia el legrado, y vamos a proceder, va a durar tanto tiempo, y punto final. Una vez terminado el procedimiento reposa un momento... no sé, en dos horas puedes irte a tu casa. Adelita, 41 años.

Esta situación se potencia debido a la forma en que se lleva el aborto en la clandestinidad. Para Lila, la situación fue similar, puesto que accedió al apoyo de una partera y un médico en circunstancias precarias y sin la garantía de la capacitación adecuada para realizar el procedimiento. Además, menciona que no existe apoyo emocional alguno, ni referencias a cómo será el proceso.

Lo feo es que tenga que hacérselo en forma... ¿cómo le llaman? a escondidas, en lugares no apropiados, antihigiénicos, incluso me fui sola, creo que fue la experiencia más fea sola, doloroso, fue terrible, horrible, lo peor que pude haber experimentado. [...] Esto de la clandestinidad es lo feo, eso es lo que tratan de evitar porque es una cosa que la partera... qué se yo, la persona dedicada a este tema... lo realiza solo dos personas que intervienen, es la doctora, o lo que sea, y la paciente, en este caso, pero no hay ningún tipo de preparación, así como le digo, psicológica: esto te va a doler, no te va a doler o todo, así, darle vida. Lila, 56 años.

Por otra parte, en muchos casos la necesidad de realizarse un aborto constituye una oportunidad para los vendedores de medicamentos ilegales, quienes son conscientes de la desesperación y el grado de necesidad por parte de algunas mujeres, cobrando precios abusivos y aprovechando esta situación.

Busqué cientos y cientos de personas, traté de ir a farmacias, conseguir estas pastillas, las misoprostol. Entonces en las farmacias que no me las iban a vender, porque su venta debe de estar prohibida, que solamente es para las personas con problemas gastrointestinales, y bueno, de tanto y tanto las conseguí por un precio super super caro, porque estamos

hablando que las pastillas que creo cuestan cinco centavos o algo así, y me vendieron las ocho pastillas en sesenta dólares, se aprovecharon de mi momento de desesperación para cobrarme un costo demasiado alto por esas pastillas. Viviana, 22 años.

Los relatos de las mujeres participantes muestran cómo los derechos sexuales y reproductivos son vulnerados sistemáticamente, lo que es provocado no solo por la ilegalidad del aborto y su potencial criminalización, sino por el patrón de violencia sistemática y sus múltiples expresiones desde las que el personal de salud se relaciona con las mujeres. En muchos casos médicos y médicas realizan estos procedimientos considerados ilegales en medio de prácticas y discursos que violentan a las mujeres respecto a sus decisiones, a sus conductas sexuales y a su decisión de maternar o no.

Las experiencias de las mujeres que deciden abortar pasan por trayectorias marcadas por la falta de cuidado y la violencia que la institucionalidad y el personal de salud reproducen contra ellas constantemente. Al tiempo que el Estado deliberadamente niega la garantía de los derechos en SSR, los sujetos que conforman las instituciones despliegan desde una posición de poder la coacción y la recriminación, que devienen de las conciencias que gesta la sociedad patriarcal y, ante esto, las trayectorias de descuido son las más frecuentes.

En la medida en que la religiosidad y la coacción familiar alineada a esta se encuentra más arraigada en la propia conciencia de las mujeres, la experiencia del aborto se vive como un tránsito más doloroso y culposo. En casos importantes se ha constatado que es perfectamente posible interrumpir embarazos sin secuelas y de forma sana, en consonancia con la autonomía de la decisión tomada; sin embargo, la institucionalidad familiar y de prestadores de servicios de salud empuja a vivir esta experiencia con culpa y como una herida que difícilmente se cierra.

3.3.3. La ruta personal: soledad y culpa

La soledad es una constante que puede ser impuesta, o bien escogida por las mujeres, pero suele estar presente en todas las experiencias de aborto. La culpa, por

su parte, no es un sentimiento transversal, pero sí es recurrente; se encuentra asociada a la idea religiosa del pecado y a la representación social que se tiene de la mujer, de la maternidad y de la supuesta naturalidad de su vínculo y afectuosidad.

Abortar ha implicado para las mujeres recorrer un camino de incertidumbre y soledad, en la que no solo se teme por la salud personal, sino que se teme también al juicio familiar y social. Jennifer, que decidió autónomamente realizarse tres abortos, vivió estas experiencias con temor y rechazo de la pareja y sin apoyo de su familia. Para Lila, por su parte, abortar es una decisión marcada por la autonomía y la autodeterminación, pero también por la posible sanción:

Era una decisión mía, era solo mía, entonces decidí hacerlo yo, o sea, no involucrar a nadie más, porque si no eso generaría muchas preguntas: ¿por qué el hombre? ¿cómo?, y cosas por el estilo, entonces decidí sola. Lila, 56 años.

La sanción familiar o las propias percepciones religiosas de las mujeres sobre sí mismas y sobre la maternidad obligan a encarar la decisión y el proceso en soledad, aspecto reiterado en los relatos. El aborto puede constituir una liberación que se solapa con culpa desde el punto de vista de sus modos de concebir el mundo y su situación particular:

Entonces dije: *no, voy a ver cómo hago yo*, no le dije a mi mamá, no le dije a mi pareja, ya no le consulté a nadie, tomé la decisión por mí misma porque yo me encontraba en un momento de desesperación, yo ya no quería tener otro niño. Voy a ser sincera, yo no quería otro niño, yo no quería cargar con más responsabilidades, me sentía aturdida, fatigada, cansada y dije no. Mi proceso fue doloroso, fue silencioso, pero bajo mi condición también fue como liberador, no quiero hacerlo sonar mal o grosero, sino por cómo estaba mi situación de ese momento. Viviana, 22 años.

Para Azucena, la decisión del aborto fue también tomada y vivida en solitario, aunque presenta interesantes particularidades que hacen de su experiencia una excepción; se observa, a diferencia de las otras historias, que llevarlo a cabo en soledad no ha representado al día de hoy una experiencia tan profundamente dolorosa. Ella optó por practicarse sola el aborto debido a que es profesional obstetra

y, como tal, pudo manejar el procedimiento con menos temor y ansiedad. Se observa, por tanto, que el tener a disposición recursos cognitivos e información permite sopesar de manera más sana la experiencia personal; para Azucena, observar constantemente la experiencia de otras mujeres en casos de aborto y poder darles ella misma un cuidado adecuado le permitió decidir sin culpa y con autonomía. Para Azucena la soledad fue una expresión auténtica de autonomía y empoderamiento, lo cual intenta transmitir a sus pacientes:

Decidí yo sola, porque mi esposo incluso no sabe que tomé la decisión de abortar sino que yo... que yo ya me enteré que estuve embarazada, le conté a él, pero él supo que fue un aborto espontáneo por la T de cobre, él sabe eso, yo nunca le comenté que yo lo decidí hacer, y obviamente, bueno... [ríe] yo soy profesional obstetra, y bueno, en ese aspecto yo sabía todo el proceso, qué utilizar, cómo utilizarlo, y todas las situaciones, entonces yo lo hice sola por mi lado y es algo que no lo he contado realmente a nadie, a nadie, solamente lo menciono cuando vienen a mi consulta por este tema mismo y para darles un poco de apoyo, pues yo también como profesional les dije que también me tocó pasar por un proceso así y que estoy para ayudarlas, pero realmente esa es mi situación. No, no, no la he contado a nadie de mi alrededor.
Azucena, 34 años.

Desde que las mujeres son conscientes de su situación de embarazo hasta que pasan por el proceso de un aborto, las vivencias suelen estar permeadas por la soledad. En algunos casos, estas soledades son decisiones personales asociadas a la autonomía con la que se toman, en otros son directamente indiferencia u abandono; pero en todas las experiencias el cuidado está ausente o es deficiente, y se percibe en muchos casos una gran vulnerabilidad y dolor.

3.3.4. La ruta cuidadora: las redes digitales y las organizaciones de mujeres

Ante la desprotección, la soledad y la culpa durante el proceso de interrupción del embarazo, y ante el peso de las violencias institucionalizadas de los servicios y

los profesionales de salud, muchas mujeres recurren a otras búsquedas. En algunos casos acudieron a personas reconocidas en la comunidad por fuera del sistema institucional (parteras o médicos), y en otros casos el acceso a internet fue la herramienta principal para informarse y determinar el mecanismo más adecuado para realizarse el aborto.

Cuando las experiencias se vivieron en soledad y abandono, las redes sociales en internet constituyeron una herramienta fundamental para decidir, informarse y actuar. Así, para las mujeres más jóvenes dicha herramienta permitió el conocimiento y acceso a medicamentos; contrastando con quienes vivieron la experiencia hace más tiempo sin contar con este recurso, cuya incertidumbre era muchísimo mayor. Para ellas, las rutas clandestinas y los resultados eran dejados en manos de dios y/o de la suerte.

Así, en las experiencias más recientes, el internet fue una ruta clave para generar redes o lazos de información, provisión de medicamentos, asesoría en salud y/o apoyo de colectivos feministas:

Acudí a internet y en internet no todo es cierto [...], entonces busqué en Facebook y fue como que el primero que me salió y decidí acudir a él. Laura, 23 años.

Yo me puse a leer e investigar mucho más, investigué... y leía foros, que hay otras mujeres que decían que ellas presentaban sangrado al otro día, otras a los 3 días, incluso en una página encontré que se presentaba el sangrado a las 72 horas de la última toma y así fue, ese fue mi caso, a las 72 horas vine a presentar sangrado. Crisley, 23 años.

El internet lo fue todo, estaba suscrita a varias páginas pro-choice de Estados Unidos entonces ahí no había gran tabú [...] Adelita, 41 años.

Las redes digitales no solo permiten la búsqueda de información, medicamentos y ayuda en salud, también se evidencia que las redes sociales permitieron forjar lazos que exceden la experiencia del aborto y constituyen un acompañamiento permanente y generalizado asociado a las distintas vulneraciones como mujeres. Laura comenta que ha avanzado en su conocimiento del feminismo a

través del uso de internet y del contacto con organizaciones de mujeres que proveen esta ayuda y soporte en línea.

Para Mónica, acceder a la información a través de redes le permitió decidir sin necesidad de obtener ayuda directa de familiares o amigos para evitar el enjuiciamiento moral; es decir, le permitió tomar su decisión y autogestionar su aborto, fortaleciendo su propia agencia con el apoyo de grupos. Estas alternativas van configurando redes de apoyo y de cuidado que llevan a disminuir el malestar de la experiencia y un mejor manejo de los sentimientos de inseguridad y temor.

En los casos de las participantes más jóvenes, algunas se encontraban asociadas a redes feministas, las cuales disponen de información para la realización de abortos seguros y ofrecen acompañamiento y apoyo. En estas organizaciones se suele obtener información con respecto a los fármacos y otros métodos, a lo que se debe esperar en estos procesos y en algunos casos se ofrece soporte psicológico o contacto con otras mujeres:

Estaba entrando en este mundo del feminismo y pues tenía el conocimiento de que había una asociación, podríamos llamarlo así, en el país, que brinda servicios de aborto. Mi expareja se contacta con ellas y pues les pasa mi número, ellas me marcan, hablé con ellas, me contaron como iba a ser el proceso. Constanza, 18 años.

Para Mónica, el cuidado y acompañamiento de las organizaciones de mujeres constituyen un verdadero pilar para llevar a cabo el proceso de interrupción del embarazo, pues permite reconocer una experiencia compartida por otras, con un efecto positivo sobre el sentimiento de soledad que suele experimentarse.

Para Crisley y Soledad las redes de apoyo con las que contaron previo al embarazo y a su interrupción son también un factor relevante para asumir con menor culpabilidad la decisión, además de llevar a cabo el procedimiento en condiciones de seguridad y acompañamiento.

La agrupación en la que me ayudaron, la agrupación donde me atendieron... estuve acompañada y eso se sintió bien, en parte, no me dejaron sola y también pues en ese momento entendí [...], tener una red de apoyo, saber que existen más mujeres que también estaban en esa

situación ayuda bastante porque... no, esa sensación de soledad ya no está tan presente. Mónica, 23 años.

Las redes de apoyo en las situaciones de aborto son un referente para las mujeres que obtienen de ellas el acompañamiento que es negado tanto por el sistema de salud como por sus familias; para Mariana, esto la ha impulsado a ofrecer ayuda a otras mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, contribuyendo al fortalecimiento de dichos recursos de cuidado, reciprocidad y más precisamente sororidad. Una situación similar plantea Azucena, quien en su calidad de obstetra ha asumido un compromiso en el acompañamiento a mujeres que viven situaciones similares a la que ella experimentó. Se evidencia así un papel central de la empatía y de la referencia en otras mujeres al momento de apoyar y generar redes de cuidado:

Siempre les digo: yo cuando lo hice y supe que fue exitoso sentí un gran alivio, no hay otra palabra, sentí un gran alivio. Todo eso que pasó me da empoderamiento de ayudar a otras mujeres que lo necesitan porque realmente es necesario a veces interrumpir un embarazo. Azucena, 34 años.

3.3.5. La ruta conciliadora: la religiosidad como juicio y como ritual sanador

La religiosidad suele estar presente en los relatos de las participantes. En la mayoría de los casos, la culpa está directamente asociada a la fuerza con la que se plantean los argumentos religiosos; en otros casos, aparecen contradicciones y tensiones que ponen en evidencia la dificultad que existe para conciliar la fe religiosa con la autonomía de la mujer y su autodeterminación. Con todo, la vivencia del juicio desde los pensamientos religiosos se expresa en dos sentidos: el juicio de la sociedad religiosa que juzga a las mujeres que abortan, y el juicio propio que las mujeres religiosas hacen de sí mismas.

Para Jennifer, la interrupción de su embarazo se relacionó directamente con su diálogo con Dios, a quien le pedía perdón, basada en la firme convicción que debía ser perdonada pues en su condición la única opción adecuada era realizar el aborto:

Y yo le decía ahí: *que nos perdone Dios*, pero también tenemos que pensar en esto... pienso que Dios no nos puede juzgar porque no queremos traer a sufrir a un bebé, a veces son cosas que pasan, no es porque uno sea irresponsable sino por motivos, yo tenía un problema de salud, un problema económico en la plena pandemia en la que estábamos; traer un bebé ahorita con la situación que no tienen esa vacuna para los niños. Imagínese la preocupación y el estrés que tendría, aparte de los problemas que ya tengo. Jennifer, 29 años.

En una perspectiva parecida, para Mariana la religiosidad constituyó uno de los argumentos de enjuiciamiento social que le provocó más culpabilidad. No obstante, su concepción de Dios asociada al amor en un sentido más benefactor que castigador le permitió compatibilizar su decisión de abortar y su religiosidad. Esta mirada conciliadora y a la vez contradictoria entre creencias y autodeterminación también se deja oír desde la voz de Soledad:

Sí, a veces me pregunto y pido que Dios me perdone porque igual yo sé que ya era una vida, que ya uno no pudo, le interrumpió su vida ¿no? pero igual, hay un vacío, a veces hay muchas preguntas que uno no logra entender. [...] Le digo que sí hubo miedo porque yo sé que ya es un feto y ya es una vida, porque soy creyente mucho en Dios y sé que eso está mal, ante los ojos de él está mal que uno haga esos abortos. Una vez escuché a un pastor que dijo: *está matando una vida*. Fue algo que me dolió porque ya pues era una vida y era otra hija, era mi otra hija, yo sé que era hija y ahora yo me pregunto a veces cómo sería, igual a sus hermanas, o a veces digo: *bueno, mejor que esté allá en el cielo donde la tenga Dios*. Soledad, 51 años.

Esta posible resignación y comprensión de Soledad contrasta con el relato de Eduviges, para quien la religiosidad es el eje de su vida; vive su experiencia de aborto como un pecado con el que tiene que cargar, siendo la religiosidad una práctica potente para resolver y sanar su conflicto:

Todos los meses para el mes de septiembre, como para el 28, 29, le hacemos una misa a él o la persona que haya sido de acción de gracias. A veces estamos comiendo, o a veces él [su pareja] está con los amigos

tomando y dice: *yo tuviera un hijo de 14-15 años, dice, no sé qué hubiera sido*, él llora y dice que el tiempo no era, él dice: *el tiempo no era, a mí me duele*, dice él. Hace 2 años no le hemos hecho misa y usted sabe, por el motivo de la pandemia, pero siempre nos acordamos de lo que hicimos. Esa es la cosa que a mí no me deja en paz: he pedido ayuda espiritual, psicológica, tuve que confesarle al padre lo que había hecho para yo sentirme mentalmente bien. Incluso así me haya perdonado el sacerdote, no sé qué vaya a pasar después que me muera, si Diosito me va a aceptar por lo que yo hice, y eso es algo doloroso porque nadie sabe después de la muerte, nadie sabe, es algo incierto y la verdad es que a mí me preocupa muchísimo, muchísimo, que yo me vaya a morir y que no vaya a aceptarme Diosito en el cielo, de verdad que es algo terrible. Yo fui criada así, que si tú haces un legrado, Dios te va a castigar porque a la final es una muerte y esa es la otra parte que a mí no me deja en paz, Eduviges, 35 años.

Algo similar ocurre con María, quien llevó a cabo un proceso catártico en el que realizó una misa y nombró a la vida que, según ella, terminó. Estaba segura de que fue niño y la confesión sacramental le ha permitido sobrellevar sus propios sentimientos de culpa.

Yo hice un proceso religioso de encenderle una vela, de hacerle una misa, de ponerle un nombre, y le pedí perdón, perdón por lo que hice, en el fondo de mi corazón sabía que era niño, sabes, y por eso le nombré como su papá, le di el mismo nombre y ya, le encendí una vela, le dediqué una misa, obviamente. Yo pasé por todo un proceso de culpa, de remordimiento, le confesé al padre, él me ayudó y lo pude hacer. María, 39 años.

3.4. Las metáforas que nombran la SSR

Las metáforas constituyen modos de nombrar y aprehender las vivencias, procesarlas y darles un significado que haga comprensible para las mujeres y sus entornos sociales y culturales los cambios de dirección, rumbos, pausas y continuidades relacionadas con sus trayectorias en la búsqueda de cuidados frente a

su decisión de abortar. Así, al momento de expresar la manera en que se transita por decisiones y actos, las metáforas dan cuenta de simbolismos que se construyen sobre las experiencias. Las metáforas identificadas en los relatos giran en torno a tres cuestiones fundamentales: la salud sexual reproductiva; el cuidado; y el aborto en sí mismo; estas metáforas reflejan la dificultad y el desafío de ser mujer en una sociedad patriarcal y conservadora.

Se asocian principalmente a las diferentes formas en que la religión influye en la percepción de la sexualidad de las mujeres y su relación con mitos culturales que las culpabilizan. También enfatizan en la cosificación y deshumanización en contextos machistas y patriarcales y, en contraposición, el control sobre las decisiones del cuerpo como resistencia y resurgimiento. Se observa también en las metáforas las vivencias de manipulación de las parejas y la desaparición de los hombres en relación con el cuidado y crianza de los hijos, además de la carga de dolor, asociada a las múltiples experiencias de violencia. Se observa cómo estas metáforas nombran la soledad y el temor de las mujeres, y cómo la presencia de mitos y creencias populares sobre métodos abortivos puede empeorar la situación.

El relato religioso para quienes son profundamente creyentes, o bien quienes crecieron en familias que lo eran, se constituye en fuente del lenguaje simbólico asociado al *castigo que es ser mujer*. No vivir la sexualidad, vivirla solo cuando es indicado para procrear, con una única pareja y atendiendo a las necesidades de esta: todos estos mandatos religiosos que se imponen con la fuerza de las expresiones, tales como *te irás al infierno, que dios te perdone o cuando llegue el momento, dios me juzgará*.

En algunos relatos llama la atención la expresión *domingo 7* referida como la única forma de educación sexual recibida en el contexto familiar. Como se mencionó en la nota en apartados anteriores, esta expresión, ampliamente usada en Ecuador y asociada a una narrativa bíblica, refiere a aquellos eventos inesperados y negativos asociados a la mala suerte, en cuyo origen se encuentran antiguos mitos que culpan a la mujer o a entrometidos. Así, la expresión *domingo 7* se usa para referirse directamente a los embarazos de niñas, adolescentes o mujeres antes del matrimonio, que viven su sexualidad precozmente y de forma moralmente cuestionable.

En otros casos, la representación procede de contextos machistas que las cosifican; Andrea comenta sobre su pareja: “me veía como una *incubadora humana*”, aludiendo a la perspectiva que valora socialmente a las mujeres por su función reproductiva, y otras metáforas como la de *animal raro* para aquellas que subvierten el orden.

En contraposición, las mujeres empiezan a metaforizar sus decisiones y experiencias con enunciados afirmativos tales como la frase de Maya: “*Yo creía que era una guerrera*” o la de Adelita quien afirma que es necesario “*romper esas cadenas*”. Las cadenas a las que se refiere son las manipulaciones y extorsiones de su pareja quien, como parte del maltrato psicológico constante al que la sometía, la amenazaba con contarle a sus padres y familiares que ella había “*asesinado a una persona*” y que “*no era tan buena*” como ellos pensaban. Por otra parte, con respecto al deslinde de responsabilidad sobre el cuidado y la crianza de los hijos, Adelita habla de la “*desaparición de los hombres*”, como también refieren muchas de las mujeres de los relatos. Con respecto a la SSR Azucena es particularmente elocuente en su expresión “*ser mujer es difícil*”.

Frente a las violencias y el descuido sistemático y sistémico, las mujeres refieren una serie de metáforas que aluden a malestares emocionales diversos que van desde afirmaciones como: “esto hace que *duele el alma*”, o “*se me vino el mundo*” como una manera de representar las sensaciones con las que debieron lidiar, dando cuenta de las cargas emocionales de abortar en un contexto con escasos cuidados. Laura menciona que el personal de salud le realizó “*un interrogatorio fatal*”, que lejos de tratar de comprender su situación se enfocaron en cuestionarla constantemente, juzgando su decisión de no continuar con su embarazo.

Adelita representa estas formas de relación con la metáfora “*ojos juzgadores*”, a la que Maya agrega una alegoría de sentir la sanción social como si quisieran “*quemarla viva*”, en alusión directa al episodio histórico de la inquisición donde las mujeres fueron literalmente quemadas en la hoguera por sus comportamientos y saberes disruptivos para los órdenes de dicha época y que mantienen sus lógicas hasta el presente. Se entiende que en este contexto las mujeres acudan a abortar solas o con un acompañamiento mínimo, poniendo en riesgo su bienestar, incluso ocultando su malestar físico y emocional. La soledad que emerge en los relatos de

las mujeres no solamente de vive como tal; en muchos casos, es fuente inusitada de temores y hasta puede volver la experiencia “*una tortura*”.

4. Discusión

4.1. Desde la voz y el cuerpo de las mujeres: transitar el laberinto de las violencias

La sociedad es responsable de la construcción de diferentes formas o expresiones de violencia a través de la justificación, transmisión de valores y normas dentro de la familia, las instituciones y en medios de comunicación. En efecto, las mujeres se han sometido de manera gradual a reglas patriarcales, ocasionando que la violencia se normalice, siendo el amor romántico uno de sus instrumentos para mantener actos de agresión disfrazados de romanticismo. A esto se suma la satanización de la sexualidad femenina y la misoginia que excluye a las mujeres por catalogarlas como débiles y poco valiosas, situación que se prolonga a los servicios de salud. La vida de las mujeres, desde la voz de las participantes, es un tránsito sin salida por el laberinto de las violencias, cuyas encrucijadas y rodeos componen un entramado del cual es difícil salir una vez adentro. De esto se trata este capítulo, cada uno de los apartados que lo componen es uno de esos rodeos que terminan configurando ese lugar de fácil entrada, pero de enmarañada salida.

El patriarcado se define como una organización social que subordina al género femenino y delega autoridad o superioridad a los hombres, emergiendo desde la desigualdad en las prácticas culturales y materiales de los sexos. En el patriarcado, las mujeres son forzadas a permanecer en casa para cuidar a los hijos y a su hogar, para brindar placer al hombre y realizar trabajo doméstico sin tener la oportunidad de recibir un sueldo (Hendel, 2017), constituyendo un sistema de estrategias de dominio y subordinación masculino para las mujeres y sus cuerpos. Como lo expresaron las participantes en sus biografías, son los hombres quienes ejercen una jerarquía de mandato sobre las formas de pensar, sentir, vivir y relacionarse en sociedad, normando en los diferentes espacios sociales (Canevari, 2018, p. 20). Este sistema tiene orígenes remotos, desde la creación de la familia como estructura importante

para la sociedad capitalista, donde empieza el adoctrinamiento y el poder social que recae sobre las mujeres, asignándole el trabajo doméstico, el cuidado de la casa y los hijos, tarea única y exclusiva destinada para ellas, trabajo no remunerado y explotado. Las mujeres pierden independencia, así como el espacio en diferentes ámbitos de la sociedad y la libertad para elegir desde su propio territorio, desde su propio cuerpo.

La domesticación en la que se ve atrapada la mujer hace que sea significada como un ser inferior, sensible, débil, incapaz de tener autonomía para decidir. Ha sido sometida por un jefe-esposo, y las acciones y emociones dirigidas en actos de rebeldía son castigadas, lo que resulta en que sean discriminadas y desaparecidas por el poder patriarcal (Canevari, 2018). El patriarcado se mantiene como una matriz política, social y cultural ubicua que aparece inmersa en todas las instituciones y relaciones, asegurando la reproducción y perpetuación de las distintas formas de dominación masculina (Canevari, 2018, p. 23). Dicha dominación se materializa en la violencia sistemática y sistémica, como la que recorre las trayectorias biográficas de las participantes, soportada en mecanismos sociales y culturales diversos (Canevari, 2018 p. 20).

Uno de estos mecanismos que toma centralidad en el contexto ecuatoriano, al igual que en muchos otros, son los discursos, representaciones y prácticas de carácter religioso que acentúan la violencia simbólica en la distribución de roles desde el sistema sexo/género, ubicando la sexualidad femenina como pecado y como objeto de una extendida moralidad religiosa, como se expresó de forma recurrente en los relatos de las participantes. Estos mecanismos no solo perpetúan las relaciones de dominación, sino que además naturalizan y justifican la violencia en los vínculos sexoafectivos, romantizados o no, como respuesta necesaria a la transgresión de los códigos de moralidad señalados para las mujeres (Canevari, 2018 p. 20). Metáforas como la mujer libertina, la pecadora, la incubadora humana y/o la mala madre presentes en los relatos, no son más que la mimetización de dicha situación.

La violencia sexual es naturalizada por las propias mujeres, quienes en muchas ocasiones subestiman y minimizan estas expresiones de violencia, aun cuando los efectos en sus vidas son evidentes e inmediatos. En algunos casos, la soberanía sobre el cuerpo no existe, son los hombres quienes deciden cuándo las mujeres gestan o dejan de hacerlo. Inclusive, las familias y los miembros varones se

reservan el derecho a administrar las vidas y cuerpos, decidiendo por las mujeres si abortan o no. A nivel de pareja, muchas mujeres están obligadas a mantener sus decisiones y el control de su sexualidad en secreto: esconden o mienten sobre determinadas circunstancias a sus parejas para que estas no ejerzan su coacción.

Para el ejercicio de esta coacción, es preciso que se erijan representaciones sociales potentes que las justifiquen. El argumento religioso es un punto de partida que sostiene el mandato de la mujer casta y su salto a la mujer madre, como si dicho salto no estuviese mediado por la sexualidad, por la que además se censura y castiga. Al tiempo que se privatiza a la mujer y se la excluye de la participación en la construcción simbólica y material del mundo (la Historia), su sexualidad se hace objeto de derecho público, en el que otros controlan e incluso deciden sobre cómo será vivida. En algunos relatos, las mujeres coinciden en que los familiares y la pareja constituyen figuras de autoridad que deciden, gestionan la gestación y el ejercicio de la sexualidad, ejercen superioridad y dominio sobre la decisión de tener hijos. En la mayoría de los casos en que esto sucede, las mujeres son conscientes de la coacción que esto implica, y resisten a esta situación a través de distintas estrategias como las redes de apoyo, la educación o “arriesgarse” a expresar sus deseos y opiniones. En otros casos, las mujeres naturalizan las violencias y viven en consonancia con ello, lo que se observa particularmente en relatos de mujeres mayores, o bien en las narraciones de las experiencias de madres o abuelas de las participantes.

En cualquier caso, todos estos simbolismos actúan de la misma manera: para poder coaccionar a la mitad de la humanidad es preciso que esta, en su totalidad, legitime dicha dominación. Las mujeres, por tanto, deben también portar los prejuicios y representaciones sociales que dan forma a su dominación. La fragosidad de la conciencia y escasa voluntad limitan a la mujer a actuar de otra manera, lo que las vuelve dependientes y consintientes tanto de la coerción como de la adhesión (Bourdieu, 1998).

Se tiene, entonces, que la producción y reproducción social mediada por la violencia hacia la mujer se perpetúa en el tiempo, tanto en el tiempo vital subjetivo de cada mujer como en el tiempo histórico. Esta realidad, vista en términos sistémicos, permite observar que tanto el amor romántico como la noción de la madre legitiman la violencia del varón tanto en su rol de pareja como en su rol de patriarca: la madre,

de quien se espera la paciencia y sacrificio irrestricto para perdonar y tolerar, es la justificación de la violencia en las familias primarias, mientras que el amor romántico da sentido a la formación de la propia familia en un entorno de violencia disfrazada de emancipación. Lógicamente, esto sucede no unidireccionalmente ni de forma unívoca; los simbolismos se entrecruzan y se dan sustento.

El discurso religioso permite cohesionar las ideas que refuerzan el control y sometimiento de la mujer y además se encuentra vinculado fuertemente con el quehacer político del Estado, por más que todavía se crea que este tiene un carácter laico (Miyares, 2011). La realidad es que los hacedores de política se encuentran fuertemente permeados por las argumentaciones morales que provienen de los discursos de fe: no existe argumentación posible en contra del derecho a decidir sobre el aborto más que las que devienen de dichas aseveraciones. Así, la religión se imbrica en los distintos niveles en los que se coacciona y se controla a la mujer, desde el control más elemental de su cuerpo, convertirlas en mujeres dóciles para limitar los actos sexuales a la reproducción, hasta los cuerpos jurídicos que las rigen en tanto colectivo humano.

En varios de los relatos de las mujeres que abortaron se entrevistó el argumento religioso en contra de la decisión de la mujer respecto al aborto o cualquier otro aspecto de su sexualidad y vida misma: el dogma que identifica la voluntad divina con la vida y el cuerpo de la mujer como un mero medio para su realización, que se sostiene en la consideración metafísica de la existencia de un “alma” previa al cuerpo y, por tanto, se la atribuye inclusive al cigoto, con independencia del grado de maduración biológica o cualquier otra realidad material (Lamas, 2005, p. 58).

Tanto en su origen como en su desarrollo y proyecciones a futuro, la vida de las mujeres se encuentra, en mayor o menor medida, fuera de su control. Nacer mujer, como se observa en los relatos, las predispone a enfrentarse a situaciones sociales que están determinadas por los designios patriarcales, restringiendo la autonomía a pequeños marcos de acción que los avances derivados de lucha y de saltos de conciencia permiten. En este sentido, ser mujer constituye inequívocamente una tendencia al padecimiento de violencia sistémica, tanto a nivel privado e íntimo como institucional. Esto es un fenómeno que ya se ha puesto en la palestra a nivel de organizaciones internacionales desde hace décadas, con un origen tan lejano como

el de las primeras pensadoras feministas (Varela, 2008). La violencia de género devenida de la condición de ser mujer es un fenómeno naturalizado y, por tanto, invisibilizado; esto se expresa en cada relato, en donde se reconoce incluso en algunos casos la violencia contra las mujeres de otras generaciones, como sus madres y abuelas.

El patriarcado como sistema social se reproduce a través de distintos mecanismos; uno de ellos es la socialización de niños y niñas en el seno de las familias, proceso que es particularmente violento para las mujeres, quienes desde temprana edad se exponen a la violencia vivida por otras mujeres de la familia, o bien a otras violencias habituales en contra de la infancia. Para que este modo de relacionamiento se produzca y se reproduzca sistemáticamente como un sistema social general, es preciso que no solo sean las relaciones familiares las que lo reproduzcan, es necesario que todos los dispositivos se articulen de manera que se justifique y legitime. La religión, los medios de comunicación de masas y otras expresiones ideológicas, contribuyen en buena medida al sostén del patriarcado, la violencia contra la mujer y su legitimación (Hendel, 2017).

En este contexto, la violencia es un modo habitual de interacción social que media entre hombres y mujeres en tanto construcciones de género. Como se reiteró en los relatos de las participantes, en el seno familiar las mujeres se socializaron con la forma patriarcal de familia nuclear, en la que las relaciones se viven de forma asimétrica debido a la condición genérica de hombre o mujer. Así, la "otredad", como lo plantea Varela (2008), no constituye un proceso de diferenciación recíproca en entender dicha diferencia como un rasgo propio de lo igual; por el contrario, las relaciones entre género masculino y femenino están determinadas por su unidireccionalidad: es el varón la medida de juicio y control sobre la otra, la mujer, sin posibilidad de una inversión en esta orientación.

Esto se expresa en las más diversas situaciones que han vivido las mujeres que han decidido narrar sus experiencias con el aborto voluntario. En muchos casos, las primeras expresiones de violencia provienen directamente de sus familiares, fundamentalmente hombres (padres, padrastros, hermanos), quienes se relacionan con las mujeres (esposas, madres, hijas) usualmente de forma violenta, tanto física

como psicológicamente. Las relaciones padre-madre de las mujeres que han decidido abortar suelen ser problemáticas, caracterizadas por prácticas de sometimiento-sumisión, incluso premaritales, perpetuadas en la relación con los y las hijas, quienes tienden a reproducirlas sistemáticamente.

El miedo al padre o bien a la familia en general da cuenta del impacto de dicho modo de relacionamiento a nivel personal en las mujeres; algunas de ellas, como relataron, decidieron establecer nuevas relaciones de sometimiento para salir de la violencia en el hogar, decisión que en algunos casos conlleva sentimientos de culpa. Cualquiera sea el caso, lo cierto es que las mujeres que viven violencia en sus hogares desde la infancia temen a las respuestas de su familia ante cualquier paso en falso, terminan por reproducir y sufrir modos de violencia similares en sus relaciones sexoafectivas. El afecto, el amor o la contención constituyen valores mediados por el relacionamiento violento patriarcal, y esto es reproducido por las mujeres que no han experimentado formas distintas de relacionarse, lo que recrea las vivencias concretas signadas como amor y otros afectos. El aborto ha representado para estas mujeres una manera de intentar tomar el control de su vida y de su sexualidad, incluso cuando esto significa que deban enfrentarse a cuestionamientos y señalamientos que tratan de invalidarlas. Representa una forma de evitar que se continúe reproduciendo la violencia sistemática en la vida de sus hijas/os ya nacidos, y en ellas mismas. Se traduce para estas mujeres en la falta de algo más que ofrecer a sus hijos que la violencia, en particular en la intuición de la gestación de niñas, expresada en el acto positivo de la violencia masculina del potencial padre, o, bien, en su ausencia y abandono. Esto no tendría tal trascendencia si el cuidado de los hijos/hijas fuera compartida. Sin embargo, el pensamiento masculino hegemónico sigue presente en las formas de concebir ser hombre, naturalizando ser macho como sinónimo de fuerza, poder y don de mando.

Por el contrario, la construcción de las nuevas masculinidades trae consigo la adopción de cambios en las formas de convivir con la familia como padre, hermano, esposo, intercambiando roles, aceptando responsabilidades, especialmente en la paternidad, dejando de lado actitudes de dependencia, para desplegar capacidades de autocuidado y provisión de cuidado a otros/as, como naturalmente lo han venido realizando las mujeres (Canevari, 2019). Además, el inicio a la conformación de nuevas masculinidades conduce a otras miradas en las que el aborto no es visto

únicamente como una cuestión de las mujeres, lo que genera una responsabilidad compartida por la pareja.

El lugar de la mujer en la familia nuclear patriarcal destaca con fuerza en los relatos. Ya sea desde la perspectiva de la resistencia o bien desde la resignación, las mujeres reconocen esta “historicidad” del maltrato y la denigración en las historias de sus madres, abuelas o hermanas mayores, perpetuadas en el tiempo (Lerner, 1986). El sometimiento y la consecuente sumisión de las mujeres suele acompañarse de silencios cómplices o incluso estratégicos frente a distintas formas de abuso. La cercanía de los agresores hace posible la impunidad y resignación; las violaciones se diluyen como formas de relacionamiento afectivo, y pierden así todo carácter violento para transformarse en la obligación de las mujeres con sus parejas, pues esto es lo que constituye ser una buena mujer (novia o esposa).

Todos los fenómenos descritos hasta aquí tienen como rasgo distintivo la misoginia, es decir, reproducen culturalmente la desvalorización, discriminación y opresión hacia la mujer por el hecho de serlo. Por ello, a pesar de las discusiones públicas en torno al tema y los cambios normativos que se han suscitado, la violencia por razones misóginas y/o machistas terminan relegadas al ámbito de lo privado para ser siempre considerada como violencia doméstica; es decir, aquella violencia que debe ser materia de las familias en su intimidad, y que, como nos enseñan las participantes, termina como una responsabilidad individual que muchas veces se torna en culpa. Tal como plantea Hendel (2017), dentro del imaginario colectivo se concibe a este tipo de violencia estructural como un asunto de resolución entre los propios miembros del núcleo familiar, y se legitima así de la misma manera.

Las historias de las hermanas, las madres, las abuelas y otras personas relevantes se entranan en un macrorelato de violencias que se reproducen permanentemente; en los relatos, estas mujeres suelen justificar los malos tratos y las coacciones que provienen de los miembros varones de la familia; en algunos casos, se presenta una férrea defensa de la autoridad del patriarca, o se legitima mediante la abstención, incluso en aquellos casos en que esta violencia proviene de padrastros y/o tiene un carácter sexual: algunas madres evitan el conflicto legitimando en silencio la violencia en el seno familiar, aun cuando esta sea criticada o exista conciencia de su negatividad. En otros casos, las madres, hermanas o abuelas son

percibidas por las participantes como víctimas que sufren la violencia física y psicológica más directa, y sencillamente no tienen la oportunidad de cuestionarla debido al miedo. Se observó en los relatos una agudización de la violencia en relación con la vulnerabilidad material en términos de acceso a recursos propios, con la imposibilidad de las mujeres de optar o de tener un margen de acción para modificar las circunstancias; en este sentido, las relaciones sociales de producción y reproducción tienen como resultado esta violencia que permite mantener el *statu quo*, legitimándolo ya sea a través del miedo o de la naturalización de estos comportamientos. De allí que Hendel (2017) plantea como victoria del patriarcado la conversión de las mujeres como sus defensoras y reproductoras, a pesar de ser la parte oprimida en estas relaciones.

La violencia a la que están sometidas las mujeres desde temprana edad en sus familias nucleares no es, por supuesto, un fenómeno unidireccional: al tiempo que sufren esta violencia, siempre existe una respuesta a ella, con mayor o menor resistencia. En la mayoría de las experiencias, esta respuesta adquiere forma de sumisión, en la que los silencios y evasiones constituyen las maneras más comunes de apaciguamiento y contribuyen a su perpetuación. Sin embargo, la realidad parece poner en evidencia que, ante más sumisión y capacidad de perdón pasiva por parte de las mujeres, más poder se le otorga al agresor y, con ello, más violencia ejerce (Hendel, 2017). En otros casos, la respuesta de las mujeres se sostiene en la búsqueda no confrontadora de cambiar de realidad, es decir, de huir de ella; por esto, como lo relataron las participantes, buscaron la emancipación del seno familiar a cambio de la opresión en la formación de sus propias familias. Esto se acrecienta cuando se escuchan las experiencias de las mujeres con más edad, para quienes las historias de violencia extrema, humillaciones, amenazas de muerte y sometimiento económico y psicológico son el telón de fondo de toda la experiencia vital, tanto por parte de su familia primaria como de la familia conformada.

Así, la violencia adquiere un carácter cíclico a modo de sistema que se perpetúa de forma histórica, y la familia es el primer espacio en el que esta va dando forma a la vida de las mujeres. Desde el rol de hijas o hijastras, las mujeres viven directamente la realidad, no solo como observadoras pasivas de la violencia que

sufren las mayores de su entorno, sino viviendo también en dichas estructuras. En algunos casos, el control violento de la sexualidad y el abuso, los golpes o el maltrato se dirige también hacia ellas; en otros, observan las humillaciones y la violencia directa de la que son objeto las madres, hermanas o abuelas, e interpretan esta realidad desde sus propias vivencias con conciencia del abuso, pero también con la impotencia de observadoras que no pueden modificar dicha situación.

La respuesta de las mujeres cuando son más jóvenes adquiere un cariz distinto al de las mayores, puesto que las primeras se encuentran más cercanas a las incrementales luchas sociales por los derechos de las mujeres. Con mayor o menor reflexión en torno a estos avances, las mujeres jóvenes tienen una disposición mayor a la problematización del patriarcado y sus violencias conexas, lo que puede transformar su respuesta en resistencia. Adicionalmente, pueden presentarse referentes a partir de modificaciones del entorno familiar o bien en otros en el que tienen a su disposición la educación y la formación para el desarrollo del pensamiento crítico. En algunos casos, las mujeres se hacen conscientes que los golpes que reciben serán luego la realidad de sus hijas, y se convierten en madres que en algún punto logran modificar las relaciones de sometimiento. Así lo reflejan algunos relatos de las mujeres de este estudio, de forma que las madres son figuras clave de apoyo para sus hijas al momento de optar por el aborto (Hendel, 2017).

En cada generación las formas de la violencia hacia la mujer varían en sus niveles de concreción y en sus mecanismos de legitimación. Por ello, pareciera leerse en los relatos que mientras más atrás en el tiempo, más arraigada la naturalización de las violencias contra las mujeres: es preciso permanecer con el marido porque no es posible ningún tipo de emancipación por parte de la mujer en soledad, es decir, que esa dependencia no es solamente en lo económico, sino en lo emocional y social. En cambio, las mujeres más jóvenes dejan entrever en sus experiencias otras formas más simbólicas en las que viven la violencia: el juicio moral del entorno inmediato y mediato, las insistencias religiosas con respecto a la sexualidad y a lo que se espera de ellas. Llama la atención en las mujeres jóvenes cómo convive, por una parte, el empoderamiento sobre las decisiones propias, en particular en torno al aborto, pero, al mismo tiempo, atribuyen a la maternidad un halo de bondad que le es inherente, como si se tratase de una experiencia vital mística y no un hecho social. Esto es consecuente con el planteamiento de Canevari (2018, p. 24) quien afirma que el

patriarcado se sostiene como matriz, aunque tenga mutaciones en el tiempo, que más que hacerlo desaparecer, lo transmuta en su expresión cultural y social.

Si bien con el tiempo se han logrado cambios en la sociedad en cuanto a creencias y valores, hay situaciones específicas que tienden a permanecer inmóviles. Una de estas expresiones es la naturalización de las violencias que se expanden en las nuevas generaciones, llevando consigo esta cultura androcéntrica y patriarcal que justifica las violencias por jerarquía de géneros (Hendel, 2017).

Una de las maneras en las que se naturaliza la violencia es, por ejemplo, con la llamada *trampa del amor romántico*, que todo lo justifica. Esto se ve en algunos de los relatos, de manera específica en el proceso de enamoramiento: la relación se mantiene estable, pero con el pasar del tiempo, el embarazo no deseado, el nacimiento de los hijos y la convivencia familiar, se convierte en un escenario donde permean las diversas formas de violencias que aparecen como invisibles y ocultas.

El amor romántico en este entramado cumple un papel conservador y reproductor de las violencias; se observó en los relatos que lo vivido desde la infancia en el núcleo familiar se proyecta en una nueva constitución familiar muchas veces idealizada. Escapar de la violencia sufrida por los padres mediante el salto a los vínculos sexoafectivos violentos implica, al menos, pensar que la situación por venir será menos violenta o que al menos lleva consigo una liberación que no es tal. En este sentido, el amor romántico es vivido no solo como la idealización del vínculo amoroso sostenido en los estereotipos y roles de género comunes, sino que también es representado como un vínculo “superpoderoso” (Hendel, 2017 p. 124), que puede resolver y justificarlo todo.

En este sentido, a pesar de que esto no se encuentra explícitamente en los relatos, estos dejan entrever en muchos casos la idea de que las mujeres necesitan de otros vínculos salvadores, en este caso el de una pareja, para la liberación frente al vínculo familiar opresivo. En las experiencias narradas, muchas mujeres recurrieron a estos nuevos vínculos para salir de la violencia previa, pero esto no es vivido de forma concreta por ellas como la idealización estereotípica del amor romántico; por el contrario, existe la certeza de que la violencia será replicada en el nuevo seno familiar. De esta manera, la idealización de la mujer débil que debe ser protegida se vive de

forma concreta y más cruda: la autonomía de la mujer se pierde siempre en un contexto de vinculación sexo afectiva, creando una dependencia hacia el hombre.

Hendel (2017) considera que el amor romántico se caracteriza por una idealización del ser amado, en la que se le atribuyen cualidades y virtudes que muchas veces no corresponden con la realidad. Esta idealización puede llevar a la decepción y a la frustración cuando la otra persona no cumple con las expectativas que se han depositado en ella. En contraste, los relatos dan cuenta de que, a pesar de que las mujeres en muchos casos pueden liberarse de vínculos de violencia psicológica, física y sexual, la realidad es que van con pocas o nulas expectativas sobre estos e incluso vuelven a otra relación de esa misma naturaleza.

Por ello, la dependencia emocional en la pareja que busca su validación y aceptación como fuente de felicidad y realización personal no se observa tan claramente en las experiencias de las mujeres que abortaron; la dependencia es mucho más concreta y material, de modo que la renuncia a los propios intereses y necesidades es condición previa al establecimiento de estos vínculos. En este sentido, cuando las mujeres se encuentran en entornos violentos, como es el caso de algunas de las participantes, la realidad es que no hay simbolismos en torno al amor que permitan disfrazar lo concreto de la violencia que experimentan; por el contrario, pareciera que se reafirma la ideación popular sobre el marido que, *aunque pegue o mate, marido es*³.

El ejercicio de la sexualidad para las mujeres está determinado por su lugar en la sociedad patriarcal. Las expectativas sociales de la feminidad tienen un impacto significativo en la forma en que las mujeres manejan su salud sexual y reproductiva. La falta de una educación sexual completa y la crítica constante a la independencia de las mujeres hacen que les resulte difícil tomar decisiones autónomas y controlar su propia sexualidad y elecciones reproductivas.

En los relatos se observa transversalmente cómo las mujeres son objeto permanente de estas acciones de control. Esto se lleva a cabo, bajo los valores y creencias religiosas, que permean las representaciones sobre cómo deben vivir o dejar de vivir las mujeres su sexualidad. La religión constituye uno de los

encapsulamientos que más determinan la sexualidad en los distintos recorridos vitales de las participantes.

Los simbolismos religiosos son una construcción ideológica que permite mantener y justificar el control de la sexualidad de las mujeres. Bajo la ideación religiosa, las mujeres deben ser exclusivamente castas o madres, sin que estas condiciones estén mediadas por la sexualidad y su disfrute. Vivir la sexualidad en secreto, vivirla en rebeldía y bajo la mirada de rechazo de los otros o elegir prácticamente no vivirla, son las opciones de las mujeres ante los juzgamientos morales y religiosos del contexto conservador en el que se encuentran. El patriarcado controla la sexualidad de las mujeres mediante su satanización, lo que se sostiene en el intrincado entramado moral, religioso e ideológico que moldea cómo las mujeres viven su sexualidad.

Si bien patriarcado, machismo y misoginia no son fenómenos idénticos, la realidad es que en la cotidianidad de las mujeres todos ellos se expresan como el patriarcado en su conjunto. Para que esto sea así, es preciso reforzar todos estos comportamientos y creencias con la aversión hacia la mujer; la gesta de estas actitudes y prejuicios dan lugar a la coerción sistémica de la mujer como sujeto histórico, según lo planteado por Lerner (1986).

Las experiencias narradas por las mujeres dan cuenta de la misoginia, sobre todo en los vínculos familiares, normalmente más explícita por parte del varón, pero también reflejada en la recriminación y juzgamiento proveniente de otras mujeres. Esto se vive tanto a nivel familiar como a nivel más extendido; los pares, amigas y vínculos sexo afectivos expresan en muchos casos una aversión a la agencia de las mujeres, que cuestionan precisamente cuando esta se vuelve sujeto de sus trayectorias, pero no de cualquiera de ellas, sino de la trayectoria sexual que recorren. En este sentido, como observa Lagarde (2005), lo esencial a las mujeres es que su vida social se ancla en la sexualidad y feminidad. Así, las mujeres deben ser excluidas de la construcción de la historia mediante los más diversos mecanismos de coerción y control sexual, y es la misoginia uno de los que actúa con fuerza para no solo excluir a las mujeres, sino además supeditarlas a los designios del patriarcado y de los hombres (Lerner, 1986). La misoginia, por tanto, funciona como un pilar más que

sostiene al patriarcado. La mujer ligada a la sexualidad y, por tanto, a “lo natural”, se supedita a lo masculino y racional, de modo que se establece así una interacción asimétrica que deriva en lo cotidiano en una aversión a la mujer y el ejercicio de su voluntad, en particular en el ámbito sexual. Por ello, son las mujeres las que pecan, las libertinas, las que son cosificadas o pensadas como “incubadoras humanas”. Son las mujeres quienes desatan una vivencia problemática de la sexualidad y son quienes exponen a las familias a las vergüenzas sociales.

Igualmente, la violencia aparece a nivel institucional en las experiencias de aborto de las mujeres. Como se observa, el carácter sistemático de las circunstancias vitales de cada una de ellas es muestra de la vulneración de sus derechos en SSR, tanto por la reproducción de las relaciones patriarcales en el espacio de lo privado, como por el propio ejercicio institucional de violencia que viven las mujeres en otros escenarios como los de educación o incluso en las instituciones de prestación de servicios de salud (Herrera, 2000). Estas experiencias expresan con claridad que el patriarcado es el puente que vincula la realidad privada en el contexto familiar de las mujeres con la violencia sistémica que viven en un nivel más amplio (Fries, 2000).

Así, la violencia se vive tanto a nivel micro, en las relaciones cotidianas, como a nivel institucional, en el que es la propia institución la que vulnera el derecho a la SSR. Desde la institucionalidad, los relatos de las mujeres exponen una realidad dual, en la que, por una parte, el personal médico pone en práctica actitudes violentas y discriminatorias que forman parte de su subjetividad, instrumentalizando para ello su rol como representantes del sistema de salud; por otra parte, el propio entramado institucional vulnera con sus mecanismos y políticas (o ausencia de ellas) el derecho de las mujeres a la SSR. Así, las experiencias de las mujeres que abortaron están marcadas por la discriminación y maltrato por parte del personal de salud o bien por su indiferencia.

El ensamble entre lo privado y lo público que da cuenta de la violencia sistémica contra la mujer se expresa, justamente, en el abandono institucional de todo cuidado en SSR. Las participantes, en su mayor parte, dan cuenta de la inexistencia de cuidado, conocimientos y atención por parte de la institucionalidad para el cuidado de su sexualidad la cual se limita a programas de planificación familiar, cuya oferta se

caracteriza por su precariedad y desatención a las particularidades de cada mujer. Para las mujeres, su sexualidad, además de ser un tabú social, es una experiencia paradójica que les exige que debe ser asumida como parte de lo que el rol de pareja les encomienda, a la vez escondido porque es moralmente reprobable, implica estar en una tensión permanente en el que pierden, finalmente, el control soberano de su propio cuerpo.

Los relatos de las mujeres muestran la reticencia institucional para garantizar de forma efectiva los derechos sexuales y reproductivos (Miyares, 2011). Reconocer estos derechos implica una confrontación directa con el entramado de la dominación y control de las mujeres, y queda patente la vulneración que hace el Estado con sus distintos mecanismos de coerción en tanto representante institucional del patriarcado. Esta violencia institucional, por tanto, solo podría acabarse en la medida en que se reestructuren en profundidad los cimientos del ejercicio estatal. Por esto, como Miyares (2011) plantea, se evidencia una gran resistencia al reconocimiento efectivo de estos derechos, y cada demanda en pro del reconocimiento de las mujeres como sujetas de derecho, es combatida por varios grupos reaccionarios.

Si bien la violencia institucional se vive en términos sistémicos, la asociación conceptual y simbólica más elemental de mujer-sexualidad-naturaleza (Lagarde, 2005) hace que sean los sistemas de salud los lugares donde más concretamente se coacciona la sexualidad de la mujer y, con ello, el resto de su recorrido vital. En las experiencias de las mujeres que abortaron emerge con fuerza el abandono institucional en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; desde la educación más elemental en torno a la sexualidad hasta la violencia directa del personal de salud, la institucionalidad que debería velar por dichos derechos los vulnera de forma permanente. La negación del acceso al aborto universal es en sí mismo un acto sistémico violento que condena a las mujeres a poner en riesgo su vida o a sacrificarla para siempre con la maternidad mandatada socialmente para ellas. Esta realidad comienza en la negación de la educación sexual integral, en la imbricación con los tabúes y con la moral religiosa y en la manifiesta falta de recursos para educación en una sexualidad basada en la autodeterminación. Las mujeres, en muchos casos, narran con crudeza las respuestas del personal de salud ante la búsqueda de cuidado, configurando una institucionalidad indiferente.

4.2. Maternidades plurales

A partir de los relatos de las participantes, se lograron identificar distintos modelos maternos, donde el ser y el deber ser como madres enfrenta a las mujeres a tensiones permanentes entre la idea de la maternidad positiva, satisfactoria, llena de ternura, con la maternidad como carga y como el despojo de sí mismas. Destaca en términos generales la idea religiosa de la maternidad como posibilidad de recompensa posterior, un bálsamo que permite sostener el sacrificio, pero así mismo la evitación de la culpa ante la decisión de abortar. Entre las representaciones de la maternidad de las participantes, se observó la maternidad sacrificial, la maternidad omnipotente, la maternidad como carga, la maternidad perfecta/imperfecta y la mala maternidad como tendencias presentes en las biografías, que no necesariamente se excluyen, sino que se solapan en distintos momentos de sus trayectorias.

La noción de maternidad responde a un imaginario mandatado para las mujeres, un rol determinado por lógicas patriarcales que comprometen y restringen su autonomía (Fries, 2000). En muchos casos, la idealización tiene un profundo origen religioso; la maternidad es resultado de un don divino que se otorga a la mujer en una metáfora en la que a la vez se la escinde de la sexualidad: la virginidad, corporizada en la imagen de La Virgen, constituye la representación más fiel de lo que se espera de las mujeres; la maternidad, obviando, velando o suprimiendo toda sexualidad, constituye parte del orden simbólico que mediatiza el patriarcado (Bourdieu, 1998).

En este contexto, la maternidad se considera una experiencia enriquecedora y desafiante. Se espera que las madres tengan habilidades de liderazgo, organización y gestión del tiempo para poder conciliar su rol de madres con otros aspectos de su vida, como el trabajo o el cuidado de sí mismas, que también son fenómenos que surgen y se reivindican con las luchas de las mujeres para participar de forma igualitaria en otros ámbitos de la vida.

El modelo de maternidad idealizada da cuenta de un mandato férreamente instalado y hegemónicamente aceptado, que no necesariamente opera como un modelo monolítico inamovible. Dialogar con mujeres que han decidido abortar voluntariamente en algún momento de su vida en un contexto con importantes sanciones sociales y legales como el ecuatoriano ha permitido comprender cómo

dicha decisión interactúa con las formas de incorporar los mandatos alrededor de la maternidad, pero también cómo estos son reformulados o resignificados en función de sus trayectorias biográficas.

Hendel (2017) propone que la construcción patriarcal de la noción de madre impone la percepción de perfección en dicho rol; felices y a gusto, pero además relega la mujer al ámbito privado, y el cuidado de los hijos como un asunto generizado que es tarea de las mujeres. La certeza de que el ejercicio de la maternidad será solo de ellas y para toda la vida las empuja a postergar, en el mejor de los casos, el abandono de sí mismas; a veces y solo a veces se tiene apoyo de la pareja (padre o padrastro) y otros familiares. La mujer que posterga la maternidad tiene chance de trastocar su relego a lo privado para participar en determinada medida en lo público (Lagarde, 2005), tiene la oportunidad de incidir en las brechas y contradicciones propias de la sociedad patriarcal para comenzar a escribir también la historia.

El sacrificio marca la maternidad como parte de un legado cultural y familiar determinista, exacerbado por relaciones afectivas problemáticas, contextos económicos precarios y/o parejas ausentes en la labor de crianza. Maternar lleva aparejado dar prioridad al cuidado de otros y otras, experiencia al parecer indiferenciada en mujeres de edades y posiciones distintas cuya versión sacrificial constituye un punto de inflexión del cual deriva un trabajo arduo, un deber y unas culpas latentes de no lograr hacer lo correcto en la crianza, los cuidados y la educación. La maternidad sacrificial lleva a las mujeres a cumplir con su destino, con un camino trazado histórica y culturalmente.

Así, la maternidad es percibida como un *sacrificio hermoso, como una carga hermosa, como una responsabilidad hermosa*, pero en muchos casos no es voluntaria, ni efectivamente hermosa. Si bien esta idealización de la maternidad en la práctica resulta más árida y menos satisfactoria no es razón para limitar la autocensura al pensar en la maternidad como algo potencial o efectivamente negativo, desagradable, no querido, lo cual es reprimido y transmutado en algo a postergar (en la medida de lo posible).

Ser madres implica para las mujeres el despojo de sí mismas, la alienación de la subjetividad por un otro, que es el que se transforma en el sujeto de dicha relación. Los hijos lo son todo, y lo son para siempre, y lo son solo para las mujeres, pues en

estas relaciones predominantemente patriarcales, el deber no es recíproco ni puede terminarse: la mujer es responsable incluso de los resultados de los y las hijas en su adultez. Esto expresa lo que ya mencionara Lerner (1986), las mujeres en tanto son la mitad (y más de la mitad) de la humanidad, escriben su historia tras bambalinas, asumiendo, sin embargo, la responsabilidad cuando las consecuencias son socialmente consideradas como negativas.

Como consecuencia del sacrificio, aparece la compensación de la omnipotencia, como prueba del valor de sí como madre. Aun cuando muchas de las participantes manifestaron no sentirse preparadas para el cuidado y la crianza, esto cambia inmediatamente se experimenta la maternidad. Decidir mantener una gestación o interrumpirla está atravesada por este mandato cultural de *superpoder*, que muchas prefieren aplazar, más que cuestionar. Es la incertidumbre de poder cumplirlo lo que modula la decisión, más que una postura disruptiva o controversial del mandato. En este sentido, la maternidad supone un ser omnisciente, omnipresente, omnipotente, cuyo vínculo es incuestionable. Las mujeres pueden, por naturaleza y/o designio divino, hacer frente a todos los desafíos y sacrificios que conlleva la maternidad, aun cuando no estén preparadas, sean menores de edad, no dispongan de medios económicos, no tengan garantías para ofrecer una mínima estabilidad emocional, etc. Los embarazos interrumpidos ponen en evidencia esta representación, puesto que prácticamente todos ellos tuvieron como fundamento la incapacidad asumida de las mujeres para responder a ese mandato social de la omnipotencia. Así, la maternidad se posterga para el momento en el que existan las condiciones para ser, efectivamente, omnipotentes. Se sigue de esto que las mujeres, en tanto madres, no tienen permitido asumir que “no pueden” y actuar en consecuencia.

El sacrificio de la maternidad puede convertirse en omnipotencia, pero también puede virar hacia la carga. En el primer caso constituye una compensación valorativa, mientras en el otro otra presupone la exacerbación de una situación de sufrimiento, especialmente para aquellas mujeres que experimentan la crianza y el cuidado sin redes de apoyo, o para otras que ponen en cuestión el funcionamiento social generizado sobre estas labores de reproducción social. Más que compensación, las decisiones de las mujeres aparecen desde este lugar de enunciación como desacato al mandato.

Dentro de los relatos de desacato del mandato de las maternidades idealizadas, emerge también la idea de imperfección, esto es, madres que dan lo mejor de sí, pero que también se equivocan en la aspiración de alcanzar esos estándares sociales del maternar perfecto, lo que en términos personales constituye una aspiración plausible. Finalmente, en el límite del espectro aparece la mala madre, aquella que por decisión o por omisión transgrede el mandato de maternidad idealizada, incumpliendo el sacrificio y replanteando críticamente la idea de omnipotencia y carga resignada. Estas formas de maternar generan disidencias en las formas de asumir este lugar social y son objeto de estigmatización y señalamiento.

Las maternidades plurales anteriormente señaladas plantean a las mujeres una serie de tensiones por las que transitan y que tienen efecto en sus decisiones sobre la vivencia de su sexualidad y sus posibilidades reproductivas, que a la vez permean las prácticas de atención y cuidado, así como el respeto y/o la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, asuntos que tensionan las trayectorias de cuidado de las participantes y su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, en un contexto sancionatorio y con regulaciones aún conservadoras como el ecuatoriano. Una primera tensión que aparece en el mandato cultural es el despojo de sí. Para Hubert y Mauss (2019) y Swigart (1990), la dedicación del sujeto hacia un otro sagrado implica un ajuste o cambio moral, que, en el caso de las mujeres en su maternar, se expresa en consagrar a sus hijos e hijas, tornándolos sujetos de veneración, culto y privilegio. La madre cede su lugar, se convierte en instrumento, y la maternidad se torna en ejercicio sacrificial, pero también en sufrimiento culposo. El sacrificio constituye una bendición divina, dotado del valor moral más elevado e incluso la perfecta expresión de la propia bondad (Rich, 2019), en tensión permanente con la incertidumbre y la culpa por la inminencia del error o el desvío en la tarea.

Siguiendo a Lagarde (2005), esta situación se amplifica si se tiene en cuenta que las actividades de reproducción social de la *madresposa* no son reconocidas y no dispone de remuneración económica salarial, aunque su trabajo sea el de mantener y preservar la vida de los otros. Las maternidades se complejizan, porque muchas veces la maternidad se vive sin redes de apoyo suficientes o que, estando presentes, no hacen parte de la labor, en contextos donde la crianza y el cuidado son asuntos fuertemente generizados y la presencia de la madre es irrenunciable al cuidado de los hijos.

En muchos relatos de las participantes, la madre no es sujeto de la maternidad sino objeto de la misma; es decir, la mujer madre es un instrumento, un medio de vida y cuidado para otro ser, que es despojada y se despoja de sí misma. Lonzi (1972) refiere que a las mujeres se las ha formado para el cuidado del cuerpo como del espíritu del hijo o de la hija, en procesos de socialización en los que se encarna la obligación y el amor incondicional como identidad unívoca de la maternidad. Desde esta perspectiva, la maternidad es difícilmente compatible con las aspiraciones propias; el sacrificio de sí mismas es necesario para preservar la vida de un otro, regalo divino que debe ser aceptado con resignación (Verdenelli, 2022).

Una segunda tensión tiene que ver con la yuxtaposición entre despojo y omnipotencia. Molina (2006) menciona la existencia de los criterios de "buena" y "mala" madre, generando de ahí la ideología de la madre omnipotente (Molina, 2006). Este modelo de madre es la más preponderante, idealizada y perfecta, cuyos cuidados dirigidos al hijo y familia son únicos e inequívocos. Las mujeres hacen de su deseo de materner un referente histórico, en el que encuentran su meta y sentido de vida. Es decir, la razón de dar todo por Otro pareciera ser esencial en la relación madre-hijo, llegando a satisfacer los deseos más íntimos como el de amamantar, acariciar y otorgar un cuidado excepcional y privilegiado.

Por consiguiente, la maternidad, al tiempo que implica un sacrificio y un despojo de sí, se transforma en una pretensión de omnipotencia. La abnegación y consagración vuelve a las mujeres poderosas en dicho rol, pero solo en dicho rol (Knibiehler, 2001; Santa et al., 2017), por ello cuando las mujeres se expresan indiferentes ante el hecho de tener o no hijos, esto conlleva al señalamiento de incapacidad para llevar a cabo la tarea, y no a la libertad de decisión. Incluso las participantes que expresan su filiación ideológica y militante con el feminismo manifiestan su aplazamiento de la maternidad por no sentirse preparadas para tan engrandecida responsabilidad, en la que no solo entran en juego condiciones económicas, sino otras que tocan con lo emocional y lo moral. En la totalidad de los relatos de las participantes encontramos que la decisión de abortar, más que sustentarse en una negación de la maternidad, responde a su aplazamiento. En este sentido se produce una doble carga, porque no solo se experimenta la sanción social frente a la decisión del aborto, sino que además se experimenta una auto sanción por no lograr aún las competencias maternas esperadas.

La idea de la mala madre, aquella cuyo rol impacta negativamente en los hijos. La madre, que tiene todo el poder para determinar la vida de los hijos, puede ejercer un rol deficiente, no ajustado a la expectativa, cuyo resultado es el desajuste en la vida de los hijos/as, al menos hasta que logran valerse por sí mismos (Molina, 2006). La madre desnaturalizada o mala madre es aquella que no sabe criar, no es amorosa y dedicada a sus hijos. Es objeto de sanción social no sentir afecto por los hijos, manifestar aturdimiento por la maternidad o referir arrepentimiento por su elección (Quiroz, 2020). Para Ordóñez (2022), las malas madres son quienes no cumplen con los ideales de la maternidad socialmente construidos, son mujeres ausentes, desnaturalizadas y desapegadas. Ellas violan y atentan contra la construcción social compartida de la buena madre.

Las madres, al tiempo que son consideradas como omnipotentes, sacrificadas y abnegadas, son sometidas a un control estricto en torno al deber ser, a lo que se espera de ellas. La etiqueta de “madre desnaturalizada” usada para nombrar aquellas madres que no encajan en el modelo esperado (Sau, 2004), refuerzan la idea de una esencialización del maternar, del que no se admiten fugas, grietas, ni interrupciones, agregando nuevas cargas de sufrimiento. Frente al mito de la mujer-madre, en las “malas madres” convergen aquellas que asesinan a sus hijos, las que maltratan y abandonan, pero también las que abortan o las que deciden no ser madres.

La idealización del sacrificio divino y el acto puro de amor generan un contraste con la experiencia de gestar, parir y cuidar cuando, sobre todo, se llevan a cabo en soledad y con recriminación, generando sentimientos de ansiedad, ira o angustia que contrastan y distorsionan la expectativa en torno a lo que se reconoce como el ideal de la maternidad (Rich, 2019), independientemente del nivel de libertad y autonomía que se haya tenido en torno a la gestación y la decisión de ser madre. Esto indica que la naturalización del maternar es un artificio que oculta la experiencia singular de las mujeres y su agencia en la construcción de su maternidad (Knibiehler, 2001), sostenido en la idea de la maternidad asociada al sacrificio que ha predominado a lo largo de la historia.

4.3. Maternidades postergadas: tensiones, contradicciones, responsabilidades y agencias

Como se señaló, la maternidad es un hecho profundamente arraigado en la sociedad, para las mujeres es una experiencia cargada de significados y su idealización puede hacer que el aborto sea considerado como algo moralmente incorrecto y mal visto que va en contra de la humanidad. Sin embargo, frente a una maternidad no deseada la decisión del aborto en un momento determinado representa una opción que aplaza su cumplimiento temporalmente, más que de forma permanente. La postergación de la maternidad fue la opción que eligieron la mayoría de las participantes, más que la negación de la misma, lo cual, paradójicamente, no las exime de la carga social y moral de su decisión.

La presión social enraizada y la naturalización de la maternidad hace que las mujeres sean consideradas instrumentos de reproducción, y por lo tanto deben convertirse en madres, capaces de despojarse de sus intereses personales y profesionales para enfocarse en un otro que depende de sus cuidados. Así se lee en Canevari e Isac (2019, p. 94), quienes señalan el *destino* de la maternidad como un dispositivo de control del cuerpo de las mujeres. En este sentido, la maternidad implica un camino predeterminado tan claro y rotundo que contradice cualquier otra posible proyección vital que hayan tenido de antemano. Esta obligatoriedad conlleva a un problema de naturaleza jurídica, salud pública, social, cultural y moral que hasta ahora se sigue debatiendo en diferentes escenarios, sin lograr aún consensuar criterios definitivos que beneficien de manera integral a las mujeres.

Es por ello que, en lo jurídico, social y moral, abortar significa perder la libertad, ser sancionadas por su accionar y castigadas por *el ser supremo* y la sociedad en general. Así mismo, pueden enfrentar conflictos internos relacionados con sus propias creencias morales y valores personales, experimentando sentimientos de culpa, remordimiento o conflictos éticos. En relación con la salud, el impacto depende de las circunstancias y las redes de apoyo con que cuenten antes, durante y después del procedimiento. Las restricciones legales aumentan el riesgo para la salud y el bienestar de las mujeres, por prácticas inseguras y clandestinas. Si bien el aborto en la sociedad ecuatoriana es visto como un problema de salud pública, las ofertas del

sistema sanitario son limitadas en su respuesta, con políticas públicas que no garantizan la seguridad y salud de las mujeres. El acceso a la información es restringido, limitando la decisión libre y la autonomía, mientras el acceso a los servicios seguros en casos de violación está permeado por criterios patriarcales que estigmatizan a quien sufrió la violencia. El impacto del aborto puede variar según la sociedad, las normas culturales y las creencias predominantes en cada contexto, esto se debe a que el tema es altamente controversial y está sujeto a una amplia gama de opiniones y valores en diferentes culturas. En estos casos, lo predominante y que puede afectar culturalmente es el estigma social, la presión familiar y las creencias religiosas.

En el Ecuador existen 503 casos de mujeres judicializadas por abortar entre los años 2014 a 2021 (Surkuna, 2021). Las cifras permiten deducir que en el país las mujeres abortan y seguirán abortando en cantidades significativas, sobre todo las niñas menores de 15 años, aunque en procesos diferenciales marcados por la clase y la etnia. Como ya se ha mencionado, la carga moral, la culpa y el miedo son productos culturales asociados a contextos conservadores, exacerbados por decisiones jurídicas restrictivas que generan impactos negativos en la salud y los derechos. El sistema penal ecuatoriano se enfocó en criminalizar a las mujeres que por diversas razones han decidido interrumpir el embarazo, y únicamente hasta febrero de 2022 se legalizó en dos casos: embarazo por violación y cuando se encuentra en riesgo la vida y la salud de la mujer (COIP, 2014). Pese a estas disposiciones dentro de la normativa, continúa existiendo en la sociedad un estigma sobre las mujeres que abortan.

En este contexto, el aborto confluye en una experiencia de violencia y coacción. Cuando todas las condiciones iniciales liman el camino para la maternidad como destino obligado de las mujeres, el aborto corresponde al margen de agencia que, en tanto sujeto, la mujer tiene para sí. Lamas (2005, p. 59) plantea esta tensión como *el aborto a cualquier precio*, puesto que en estos casos siempre el de la maternidad es el de mayor costo.

En este camino que las mujeres transitan desde que quedan embarazadas sin desearlo, hasta que abortan y experimentan las consecuencias, las condiciones materiales de cada una de ellas determina el riesgo al cual se encuentran expuestas

y qué tan vulnerables son en el recorrido. La educación y el acceso a servicios de salud clandestinos de mayor calidad liman las asperezas que se presentan en las trayectorias vitales: las creencias religiosas son resignificadas; el temor a perder la vida y el riesgo clínico esperable de los procedimientos pierden su gravedad porque existen recursos para gestionar el cuidado; la conciencia del sometimiento y sus fundamentos es más amplia, y con ello, las herramientas que tienen para poner fin a la violencia de los agresores. Muchos de estos procesos son agenciados por colectivas de mujeres que defienden el aborto bajo la perspectiva de derechos humanos, proporcionando información sobre los métodos anticonceptivos, acceso a abortos seguros y gratuitos, apoyo y acompañamiento a mujeres que deciden interrumpir el embarazo, además de promover la disminución del estigma social creando conciencia por una sociedad más justa y equitativa para las mujeres (Guerra, 2019). Como señala Hooks (2017), conforme las mujeres han logrado organizarse y tener acceso a mayores recursos tanto educativos, sociales y económicos configuran redes de apoyo que les permiten tener mayor autonomía sobre sí mismas y sus decisiones (Hooks, 2017).

Esta mixtura en la opresión de las mujeres y la opresión más patente aún de las mujeres pobres pone en relieve el carácter público-privado de la maternidad y la reproducción y las tensiones que se presentan en esta dualidad: la reproducción social de la vida, que implica tanto la reproducción biológica de los sujetos como la reproducción de las condiciones en las que se da su vida, es social; esto parece en sí mismo un pleonasma, pero la realidad es que todo el discurso institucional se vale de la escisión del carácter público de la reproducción para trasladarlo al ámbito de lo privado que recae en las mujeres, y, paradójicamente, este ámbito privado es normado públicamente para que continúe siendo de esta manera. La obligatoriedad jurídica de la maternidad para las mujeres es la definición legal que desde lo público permite al Estado relegar al colectivo humano “mujeres” al ámbito de lo privado, y la criminalización del aborto es el mecanismo mediante el cual esa coerción se hace efectiva.

En el Ecuador la política pública no actúa conforme a las necesidades de las mujeres, razón por la cual cada año se incrementa el número de abortos que realizan por fuera de los que dicta el sistema legal. Por ello, resulta evidente que el disciplinamiento de la agencia y margen de acción hacia la mujer está dado por su

criminalización jurídica y, por tanto, punición concreta (Canevari, 2018). El Estado obliga a la mujer a ser madre y relega su ejercicio al ámbito privado, pero dicha privatización es paradójicamente no-libre, puesto que se las somete a la obligación sin posibilidad de renunciar libremente a ella (Lamas, 2005, p. 60).

Debido a este abandono estatal en la formulación de políticas públicas que garanticen la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Ecuador, las salas de emergencia en el sistema a nivel nacional atienden casos con complicaciones por la realización de abortos clandestinos, lo cual implica un alto costo para el sistema de salud (Rosero, 2020). Esta situación podría evitarse con el reconocimiento del derecho de las mujeres a abortar y a decidir sobre sí mismas; sin embargo, como señala Varea (2018), persiste la necesidad estatal de mantener el control sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por lo tanto, el sistema legislativo y jurídico ecuatoriano se ha enfrascado en reproducir políticas conservadoras, las cuales atentan contra el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, creando normativas que lejos de protegerlas, las criminalizan y las juzgan, dejando de lado los problemas de fondo existentes alrededor de la necesidad de abortar (Herrera, et al., 2020).

En los relatos de las mujeres que participaron en este estudio, la experiencia del aborto es como la caracteriza Lamas (2005, p. 59): *a cualquier costo*. La mayoría decidió interrumpir el embarazo, conscientes del cambio rotundo de vida de llevarlo a término, y asumieron los riesgos latentes en un contexto de ilegalidad como el ecuatoriano. Para las mujeres que abortaron y que relataron sus vivencias en este estudio, sus experiencias están voluntaria u obligadamente vividas en soledad; cargan sobre sus espaldas el precio del temor a perder la vida o a las posibles consecuencias de una intervención médica sin supervisión (con independencia del método mediante el cual aborten) y luchan en muchos casos con sus propias conjeturas al respecto, sobre todo en el caso de quienes procesan la experiencia desde los pensamientos religiosos.

¿Qué vida es la que las mujeres ponen en la mesa para valorar llevar a cabo un aborto? Las experiencias que narraron las mujeres que abortaron permiten una comprensión de sus subjetividades. En algunos casos, la sola imaginación en torno al embarazo y la maternidad es generadora de gran sufrimiento, se presenta un

profundo miedo a la reacción de la familia y del entorno inmediato; es decir, al juicio moral de los otros. En estos casos, el peso del entramado simbólico que teje la religión y los prejuicios de género que se asientan sobre ella es tal, que las mujeres ponen en riesgo su vida y libertad (en un sentido legal) para no someterse a los castigos o enjuiciamientos que devienen de la constatación de la vivencia de la sexualidad expresada en el embarazo.

Desde otro lugar, algunas experiencias de aborto son el camino asociado “al mal menor” que representa frente a tener hijos en un contexto de violencia, de inseguridad material y de inestabilidad emocional. Muchas mujeres son conscientes que sus circunstancias son problemáticas y vulnerables, y llevar a término un embarazo solo puede empeorar las cosas, tanto para la realidad concreta de las madres como para la vida futura. En muchos casos, optar por el aborto es solo escoger el mal menor y evitar una probable vida en un contexto de violencia o carencias de todo tipo. Así, el aborto constituye para algunas mujeres la única herramienta que tienen disponible para salir del laberinto de las violencias ya señalado.

Las proyecciones y planes vitales son otra de las realidades a las que se opta frente al embarazo. Muchas mujeres han decidido abortar porque llevar a término un embarazo implica el completo abandono de las expectativas de vida que tienen para sí: dejar los estudios, dejar el trabajo, verse obligadas a llevar determinada vida. En este caso, el aborto es la opción que se posiciona como la esperanza frente a una realidad que puede mejorarse a futuro. Las mujeres, sobre todo en el caso de las más jóvenes, buscan abrirse espacios en ámbitos públicos, ya sea el trabajo o la profesión: “*ser alguien*” aparece como una metáfora recurrente en las experiencias de las mujeres que abortan como opción para vivir una vida distinta a la de la maternidad confinada.

Las razones que empujan a las mujeres a abortar son múltiples y complejas; en consecuencia, los efectos que se generan a partir de tomar esta decisión adquieren igual nivel de complejidad. En este sentido, no es posible hablar de las consecuencias del aborto como una realidad generalizable para todas las mujeres. Pese a que esto es claro, el recurso recurrente del “impacto psicológico grave” de los abortos constituye un conjunto de prejuicios y preconceptos arraigados en ideas que

naturalizan los roles de género y, por tanto, la maternidad: así, las mujeres que abortan ven cercenado su destino como madres, de manera que los sentimientos de culpa y depresión que se generan después de un aborto se naturalizan, esencializan y generalizan a todas las mujeres. Sin embargo, las experiencias son disímiles en estos aspectos subjetivos, donde no es posible encontrar un solo patrón. En este estudio se observó que la suficiencia en la información para la toma de decisión genera menos sentimientos de culpa o dificultades psíquicas posteriores, cuya aparición es más conexas con el contexto socio biográfico que con la experiencia del aborto en sí mismo. La patologización del aborto pareciera más una asociación tendenciosa entre el aborto y los padecimientos mentales de las mujeres, de modo que con ello se ponen mayores limitaciones a su acceso, incluso en contextos menos restrictivos desde el punto de vista legal (Lee, 2003).

4.4. La religiosidad: matriz de control y sus fisuras

En la mayoría de los relatos, el pensamiento religioso emerge de una u otra forma para dar sentido a las experiencias, lo que abre un espectro que contempla, por un lado, experiencias de aborto culposas, es decir, mujeres que se consideran pecadoras y asesinas; pero también se encuentran aquellas que han dado sentido a su experiencia desde la mirada de un dios condescendiente que las ha perdonado, y se abocan a la mejora propia para trascender dichas experiencias. No obstante, este espectro de vivencias está marcado por la consideración del pecado y de cómo se corrige la sexualidad y sus consecuencias, ya sea desde el amor divino o bien desde su punición.

La religiosidad de las mujeres modula la experiencia de abortar, marcada en todos los casos por aprendizajes familiares/culturales de dolor y culpa asociados a la religión católica, pero que también pueden ser reinterpretados de manera flexible, permitiéndoles tomar decisiones que difieren de la posición oficial de la institución religiosa en relación con el aborto. De esta forma, ser practicantes religiosas y acceder a información sobre salud sexual y reproductiva dejan de ser dos asuntos excluyentes, a tal punto que no es un impedimento para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su vida, basadas en principios de responsabilidad secular, que no

se consideran violatorias de sus principios religiosos y que toman distancia de los imaginarios en relación con la posición de inferioridad y sumisión de las mujeres desde los discursos religiosos más convencionales, que, como menciona Johnson (2018), han buscado ejercer el control sobre el cuerpo femenino a lo largo de la historia.

Estas fisuras no son menores si se tiene en cuenta que desde un posicionamiento católico, la sexualidad femenina se asume como un asunto en el que la iglesia tiene la potestad para emitir criterios respecto a lo que consideran adecuado o inadecuado para las mujeres (Johnson, 2018), concibiendo el aborto como un pecado y un crimen, como acción sujeta a sanción divina y sanción humana. Para Bosio et al (2018), la injerencia de la religión en la vida de las mujeres generó que asuntos como la sexualidad y la reproducción pasaran de ser privados para convertirse en temas de debate público. Por esta razón, se han convertido en emblemas tanto de la lucha feminista como de movimientos conservadores religiosos, los cuales han influenciado en la construcción cultural de lo que la sociedad piensa sobre a la salud sexual femenina y el aborto. El hecho que la sexualidad y la maternidad sean discutidas en el ámbito público evidencia la existencia de dos visiones contrapuestas: la primera a favor de respetar que ellas decidan sobre sus vidas y su cuerpo; y la segunda, más conservadora que limita, restringe y juzga a quienes deciden abortar o incluso vivir su sexualidad por fuera de los cánones de la moral y lo socialmente aceptado (Swigart, 1990).

Desde la visión más religiosa, la sexualidad femenina se enmarca en un modelo tradicional de familia mirando a las mujeres únicamente como reproductoras, repitiendo de manera cíclica que el único rol llamadas a cumplir es el de ser madres. Las mujeres que no están dispuestas a asumir ese papel y deciden vivir una sexualidad libre, que no necesariamente las convierta en madres, son juzgadas desde la religión más conservadora como *libertinas y perdidas* porque no cumplen con el papel que la sociedad ha impuesto para ellas. La religión, en sus bases más conservadoras, busca eliminar totalmente la autonomía de la mujer y su cuerpo se ha convertido en el principal elemento de controversia (Rich, 2019). Si se continúa repitiendo la idea del rol maternal de las mujeres y que la vivencia de su sexualidad debe ser únicamente con fines reproductivos, abortar evidentemente seguirá siendo un pecado que debe ser juzgado por el conjunto de la sociedad.

Es en la religión donde se fortalece el control patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres (Rich, 2019; López, 2016) y es también la fuente de argumentos que el Estado utiliza para crear políticas que castiguen a quienes abortan. Por lo tanto, la religión se convierte en el soporte que el poder patriarcal tiene para tratar de incidir en la manera en que la mujer debe vivir su sexualidad, limitando el acceso a los recursos que le permiten ejercer su autonomía. Desde la imposibilidad de vivir un aborto respetado y con la atención necesaria, hasta la formulación de políticas y leyes que las castigan, encuentran su principal fundamento en la moral y la religión.

En los relatos de las participantes se observa cómo los designios religiosos son desafiados por la decisión de abortar, y esto aparece de modo transversal en la subjetividad de las mujeres. Este desafío no necesariamente se traduce en una confrontación constante, ya que algunas trayectorias biográficas están tan impregnadas de la religión, que la aceptación y la resolución debe implicar imprescindiblemente la aceptación religiosa. Como se expresó en los relatos, hay una ritualización de la culpa a través de los mismos simbolismos religiosos, que las mujeres (y sus familias) implementan para expiar su pecado.

En este sentido, los relatos de las mujeres que abortaron, aún con sus particularidades, aparecen permeados de una u otra manera por la narrativa religiosa. Un primer aspecto es el referido al control de su sexualidad: la maternidad es un mandato divino y un regalo de dios, de allí la carga de culpabilidad e incapacidad cuando deciden abortar. El aborto es un acto pecaminoso y se asocia con el asesinato de un ser humano.

Derivado de lo anterior, emerge el tabú y el silenciamiento que empuja a las mujeres a la soledad: el tabú en torno a la sexualidad femenina y la falta de educación sexual integral contribuyen a la dificultad para tomar decisiones autónomas. Las creencias religiosas generan temor al qué dirán y perpetúan el estigma en torno a la sexualidad fuera de los límites establecidos. Por ello, las experiencias de las mujeres estuvieron fuertemente mediadas por el sentimiento de soledad, por no poder revelar sus vivencias y decisiones, fuesen o no fuesen creyentes.

De igual manera, el estigma y rechazo social es un temor potencial y, a la vez, una realidad recurrente. Las mujeres que eligen abortar son estigmatizadas y mal vistas. La maternidad joven o fuera de los cánones aceptados moralmente es

considerada un agravio, y el aborto se percibe como una transgresión aún mayor. Esto puede llevar a que las mujeres se sientan desprotegidas, solas, y enfrenten rechazo por parte de su entorno, lo que se observó en muchos casos en este estudio: tanto por parte de familias conservadoras como por parte del personal de atención de salud que expresaron rechazo y juzgamiento debido a los mandatos que el discurso religioso transmite y legitima.

Lógicamente, estas realidades presentan diversos matices desde experiencias profundamente dolorosas, marcadas por un tormento auto percibido; hasta otros casos, en que la misma religiosidad da paso a una resignificación que parece ser un medio de resolución de la situación al considerar que Dios es un ser que redime (Fuentes, 2013). Como plantean Bosio et al. (2018), no todas las mujeres católicas experimentan el mismo sufrimiento. Algunas pueden encontrar liberación personal al tomar la decisión de interrumpir un embarazo, y esto puede estar influenciado por diferentes factores, como la relación con referentes religiosos, la participación en organizaciones católicas que ofrecen apoyo y la resignificación de sus creencias.

En la mayoría de los casos de las mujeres de este estudio, la religión constituyó conscientemente un factor secundario o terciario para tomar su decisión con respecto al aborto, e incluso hubo mujeres practicantes católicas que no sopesaron argumentos religiosos en su decisión de abortar. Hallazgos similares estuvieron presentes en el estudio de Bosio et al. (2018). Es importante resaltar que algunas mujeres católicas respaldan la libertad de las mujeres para tomar decisiones sobre sus cuerpos y logran combinar discursos religiosos y seculares de derechos. Estas mujeres buscan conciliar su experiencia de aborto con su identidad religiosa y desafiar las interpretaciones inflexibles de la doctrina, enfatizando la autonomía y la dignidad de las mujeres (Bosio et al., 2018; Johnson, 2018).

La mayoría de las participantes en este estudio son católicas o creyentes cristianas, y sin embargo las formas de afrontar las circunstancias son profundamente distintas. En este sentido, también es relevante el planteamiento de Fuentes (2013), quien destaca que la tradición católica no es uniforme y presenta una amplia gama de símbolos y recursos que pueden ser interpretados y empleados de diversas maneras para llevar a cabo cambios dentro de la Iglesia. Para algunas mujeres, la religión puede brindar un sentido de trascendencia y consuelo durante situaciones

difíciles como un aborto; pueden encontrar en su fe una fuente de apoyo emocional y espiritual para sobrellevar la experiencia. Las personas religiosas pueden conciliar sus creencias de distintas formas, especialmente en áreas relacionadas con la sexualidad y la reproducción, para transformarlas en experiencias resignificadas y no necesariamente negativas (Johnson, 2018). Estos matices permiten entender que no puede establecerse una sola perspectiva a pesar del peso del discurso religioso como control de la sexualidad de las mujeres y que este mismo no es monolítico, susceptible de reinterpretaciones y transformaciones, sobre todo desde el punto de vista de las participantes más jóvenes.

Estas reinterpretaciones incluso aparecen para relegitimar el discurso religioso de control: para poder vivir con la culpa se relativizan algunas de las normas morales de la iglesia e incluso desestiman su pertenencia a la religión en tanto institución y se posicionan como creyentes en Dios sin normas, arguyendo a la noción de que “Dios es amor”. No obstante, con estas fugas y grietas, coexisten respuestas más ortodoxas. Algunas de las participantes se manifestaron abiertamente en contra del aborto, y tal como se planteó en el estudio de Bosio et al. (2018), se juzgan directamente a sí mismas como pecadoras y viven con el sentimiento de culpabilidad, aun después de varios años de la experiencia.

Aunque ha habido avances en la autonomía y resignificación dentro del discurso religioso, las dinámicas patriarcales persisten incluso para las mujeres que no asumen decididamente una narrativa religiosa, ya que los mundos que habitan están impregnados de su lógica. En el contexto de la maternidad postergada y el aborto, la religión se ha utilizado como una herramienta para ejercer ese control, imponiendo numerosas normas morales que tienen un impacto directo en las normas legales que restringen la autonomía de las mujeres en relación con sus cuerpos y decisiones reproductivas.

En relación a los resultados de la investigación cabe mencionar que la interrupción voluntaria del embarazo se ve influenciada por una compleja interacción de factores emocionales, cognitivos y sociales, tales como: las experiencias previas de violencia de género, ya sea familiar, sexual o psicológica, impactando significativamente en la toma de decisiones relacionadas con la maternidad, generando sentimientos de culpa, miedo y ansiedad. La presencia de la violencia

patriarcal y misoginia en la sociedad limita la autonomía de las mujeres y afecta sus decisiones, generando distintas emociones que no son simples respuestas fisiológicas de reacción, sino constructos sociales que sostienen prácticas y discursos. En el ámbito cognitivo, la evaluación de recursos disponibles, el cambio de paradigmas respecto a roles de género y la proyección a futuro son elementos determinantes, que tensionan los mecanismos de control social. Asimismo, las redes de apoyo social, la presión cultural y religiosa, y el acceso a servicios de salud reproductiva son factores sociales cruciales que influyen en la toma de decisiones. Además, el estigma asociado a la interrupción voluntaria del embarazo, la criminalización y las condiciones ilegales contribuyen al temor y la incertidumbre emocional afectando el bienestar de las mujeres. Los conflictos religiosos, juicio social y presiones familiares inciden en las decisiones, creando un contexto emocionalmente exigente.

En este complejo panorama, la falta de información precisa, la desinformación y la discriminación social añaden capas adicionales a las experiencias individuales de las mujeres, destacando la necesidad de abordar integralmente los aspectos emocionales, cognitivos y sociales en la discusión sobre la interrupción del embarazo. La religiosidad influye en la autoevaluación y el juicio social, llevando a rituales de resignificación y búsqueda de sanación. En este complejo entramado, las mujeres buscan construir significado y superar las adversidades, encontrando en las redes en línea y organizaciones feministas un apoyo crucial para contrarrestar la soledad y la falta de respuestas del sistema de salud.

5. Conclusiones

Reconocer las narrativas de las mujeres que han decidido abortar invita a la disciplina de enfermería a repensar el cuidado desde perspectivas que integren la experiencia y la riqueza de los relatos, para recuperar la subjetividad de las mujeres en su tránsito por estas vivencias. Esto implica legitimar la narrativa como una fuente que permite acceder al mundo expresivo de las personas y a sus experiencias, ofreciendo al profesional una información contextualizada, individual y biográfica sobre datos que suelen silenciarse o desterrarse por las vías del discurso dominante de la evidencia (Valverde, 2007; Juárez et al., 2013).

Este camino es sugestivo para recuperar, reinventar y/o construir prácticas de cuidado centrada en las personas, en sus significados y experiencias, dejadas de lado de manera frecuente. En este apartado se presenta el dialogo con las corrientes de pensamiento feminista en enfermería, que permiten problematizar el cuidado de las mujeres que han decidido abortar, poniendo al centro su autonomía y las decisiones sobre su cuerpo. Se presentarán algunos conceptos, unos enunciados y una propuesta de patrón de *Cuidado sororo de la SSR* desde el posicionamiento de mujeres situadas en el laberinto de las violencias. Para orientar estas construcciones, se recogen algunas orientaciones de los procesos de síntesis para la construcción de conocimiento en enfermería propuestos por Walker y Avant (2014), situados en la propuesta meta paradigmática de enfermería (Fawcett, 2001).

El proceso investigativo nos permitió comprender a las mujeres que deciden abortar como sujetas que buscan autonomía y despliegan su agencia para decidir interrumpir el embarazo, pese a que en el proceso deban enfrentar sus miedos, temores, culpas y estigmatización (Rodríguez, 2022). La experiencia se sitúa en el contexto ecuatoriano, un país con normas restrictivas en relación con la IVE y un contexto político, social, cultural y religioso fuertemente patriarcal. Las enfermeras, en su quehacer practico, y las instituciones de salud en general, orientan el cuidado en una dirección tecnicista, discriminatoria, juzgadora y burocrática, lo que contradice el código de ética de la profesión, dejando de lado un proceder enfermero de reflexión y empatía centrado en las mujeres (Alonso y Arias, 2022). En ese sentido, las enfermeras no constituyen una fuente de acompañamiento y apoyo para las mujeres

que deciden abortar, con un rol fuertemente influenciado por el contexto ya señalado. En el Ecuador, al ser un país con restricciones legales, las enfermeras se mantienen al margen del problema, sin interés por indagar o buscar alternativas para mejorar el cuidado de las mujeres que deciden abortar desde una mirada empática. El resultado es la vivencia de las violencias en múltiples formas para las mujeres, desde lo íntimo y privado hasta lo público, que torna el cuidado de su salud y sus biografías como un laberinto al que se entra fácilmente, pero es difícil salir.

5.1. El pensamiento feminista en enfermería

Las teorías feministas son claves para la disciplina por sus aportes a la problematización del cuidado relacionado con la SSR, dada su orientación a la valoración de las mujeres como sujeto subalternizado y marginalizado, históricamente enfrentado a injusticias sistemáticas basadas en el género (Chinn y Wheeler, 1985). El feminismo permite a la enfermería como disciplina y a sus profesionales tomar conciencia desde el análisis crítico y la acción para desafiar y cambiar las normas, las instituciones y las actitudes que perpetúan la desigualdad de género, la injusticia reproductiva y las múltiples violencias presentes en las relaciones de atención y cuidado de las mujeres, sirviendo de anteojos a las enfermeras, para dar cuenta de las estructuras de poder existentes en los sistemas de salud que reproducen la opresión en los grupos de mayor vulnerabilidad y de manera específica a las mujeres (Dubriwny, 1976; Melchor, 2004). Bajo esas dinámicas de poder que afectan la libertad, equidad y autonomía de las mujeres, la enfermería debe consolidar en su quehacer lo que hacen las agrupaciones, es decir, visibilizar las voces oprimidas (Melchor, 2004), liderando y luchando por los derechos en SSR con miras a proporcionar un cuidado humano integral y holístico (Varela, 2008).

Es fundamental recalcar que el movimiento feminista ha sido un actor clave para que los estados pongan su interés en la formulación de programas, leyes y políticas públicas que velen por garantizar la igualdad de derechos y que respeten, sobre todo, la capacidad y autonomía de las personas para tomar decisiones sobre la SSR (Facio, 2000). Por lo tanto, la lucha política del feminismo exige un proceso de recuperación del cuerpo de las mujeres por medio de un debate que aún no ha sido

superado en la sociedad (Varela, 2008); además, urge una profundización en los ámbitos profesionales del cuidado y la atención. Particularmente, se encuentra que el feminismo y la enfermería aparecen marginalmente conectados; no obstante, al ser históricamente una profesión ejercida por mujeres ha estado sujeta también a la discriminación producto del género en los ámbitos laborales y académicos (Melchor, 2004; Neil y Watts, 1991). Este desafío es el que ha asumido el proyecto de investigación presente, poniendo en el centro la narrativa de las mujeres que han decidido abortar, sus sentimientos, emociones, actitudes y percepciones, para construir conocimientos que renueven los cuidados profesionales. El estudio mostró de forma contundente cómo las organizaciones y colectivas feministas se han constituido en las redes de apoyo más potentes para las mujeres en sus decisiones en SSR, y logran brindar los soportes que la institucionalidad formal no provee.

No obstante, cabe indicar que hacer investigación feminista en enfermería representa grandes desafíos personales (Neil y Watts, 1991; Hedin y Duffy, 1991; Maxwell et al., 1998), por cuanto implica salir de la *zona de confort*, incomodarse interrogando la propia trayectoria biográfica, enfrentar miedos y temores ante situaciones desconocidas reconociendo la responsabilidad social de este ejercicio (Hammarstro, 2004). El desafío de orientar la investigación desde el feminismo no solo lleva a deconstruir y desnaturalizar nuestras propias miradas como investigadoras, sino además hacerlo en un contexto patriarcal, con opiniones y puntos de vistas en contra, más que a favor. Particularmente, en esta investigación las preguntas surgieron de la experiencia personal-laboral y, al transitar por este recorrido, se hizo evidente que es un camino en contracorriente. Como lo muestra la revisión de literatura, el aborto no es un tema priorizado para la investigación en enfermería, menos desde una postura feminista, mucho menos en el contexto latinoamericano y ecuatoriano, y muchísimo menos desde las narrativas de las mujeres que lo experimentan (Alonso y Arias, 2022).

Los cuidados de enfermería que surgen de las narrativas de las mujeres hacen visible su sufrimiento, el dolor que experimentan cuando son víctimas de violencia, la falta de acceso a servicios de salud seguros o redes de apoyo que acompañen, maximizando los riesgos físicos, psicosociales y legales (Rodríguez, 2022; Hammarstro, 2004). En esta perspectiva se tornaron relevantes los patrones de conocimiento sociopolítico y emancipatorio, entendiendo el primero como el

conocimiento del contexto donde se produce el fenómeno de cuidado, de la enfermería y de los sujetos de cuidado (White, 1995), mientras que el segundo se orienta a la capacidad de la enfermera, no solo de notar las injusticias en el orden social, sino de examinar críticamente por qué dichas injusticias no son evidenciadas (Chinn, 2008). Ambos patrones orientaron el proceso investigativo, logrando producir un conocimiento que tiene en cuenta las decisiones sobre el cuerpo y autonomía de las mujeres, abogando como defensoras en un horizonte de actuación política de las enfermeras en sus entornos institucionales y velando por los derechos y una práctica exenta de prejuicios (Chinn et al., 2004; Webb, 2002)

El activismo en enfermería, que promueve el feminismo es un tema muy marginal, especialmente en Ecuador, que requiere de las enfermeras un empoderamiento de su práctica bajo principios de equidad y justicia social (Falk Rafael, 2011) de modo que, a través de la relación entre las enfermeras y las mujeres se cree conciencia de las propias fortalezas, limitaciones y derechos, tomando decisiones a favor de la salud y todo lo que emerge de ella. Es decir, el reto es estar dispuestas a proteger y luchar por los derechos de las mujeres, transmitiendo empoderamiento personal como mecanismo político en las luchas por los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR).

Lo que sucede en la práctica y en el activismo feminista en enfermería es correspondiente con lo que se encuentra en el corpus teórico disciplinar. Son recientes y limitadas las propuestas teóricas desarrolladas desde el feminismo, entre las que destacan la teoría de los cuidados de Swanson (2015), quien propone el cuidado como interacción y confianza absoluta entre la enfermera y las personas, caracterizado por el compromiso y responsabilidad personal, cuyo fin es la protección, la vida digna y la justicia social. En la misma vía se encuentra la teoría de Falk Rafael (2001), quien privilegia el *estar con* y *hacer por*, posibilitando y manteniendo las creencias y perspectivas de las personas.

El núcleo de estas propuestas se relaciona con la consideración de la práctica de enfermería como un acto político (Maxwell, 1998). Es decir, en el proceso de cuidado existe una relación entre dos personas que están constantemente interactuando, negociando intereses y buscando alternativas. En este sentido, el cuidado se asume como una construcción vincular en la que enfermería es

responsable de desarrollar prácticas sociales y políticas que favorezcan a las personas, en nuestro caso a las mujeres, donde sus derechos sean respetados y protegidos (Falk Rafael et al., 2004). El cuidado, desde la visión política, crea nuevos sentidos en la práctica, dando lugar a la comprensión de los problemas desde un contexto amplio.

Si bien estos planteamientos han sido documentados principalmente por la enfermería anglosajona, para los efectos de las conclusiones y aportes de este estudio interesa resaltar el desarrollo llevado a cabo desde América Latina con la propuesta de la Teoría del Cuidado del Buen Vivir y Bienestar (Cárcamo, 2021), cuyos fundamentos descansan en el pensamiento feminista y decolonial y las cosmovisiones andinas. La propuesta se articula al Buen Vivir, o Sumak Kawsayen kichwa, referido también en la constitución del Ecuador (Acosta, 2015). De acuerdo con Pérez, Loray y Cárcamo (2021), el cuidado de enfermería debe ser de sana convivencia, una forma de interacción armoniosa e igualitaria, aceptando a un otro, con sus pensamientos y decisiones, sin discriminación alguna. Este proceso debe ser llevado por enfermería con compromiso social, con miras a un bienestar solidario, respetando la cultura. Desde la óptica de la Teoría del Cuidado del Buen Vivir, las enfermeras deberíamos velar por un sistema sanitario en el que todas las vidas importan sin distinción alguna, esto se logrará únicamente si se supera el pensamiento patriarcal que rige el funcionamiento de la sociedad en todos los ámbitos (Acosta, 2015). La teoría del Buen Vivir y el Bienestar (Luzuriaga y Zunino, 2021) da pautas para un actuar colectivo, donde la subjetividad también sea colectiva de tal manera que permita la cooperación entre sujetos sociales desde el marco de los derechos. Esto es, actuar colectivamente, construyendo prácticas dinámicas que garanticen días mejores y nuevos modos de vida. Si bien el Ecuador reconoce el Buen Vivir (Acosta, 2015) como premisa constitucional, los resultados son negativos, especialmente para las mujeres, lo que se constituye en una cuenta pendiente en cuestión de género y derechos que las invisibiliza y las desaparece.

5.2. Cuidar en el laberinto: cuidado sororo de la SSR. Una propuesta de cuidado basada en las narrativas de las mujeres

La sororidad como principio del feminismo juega un papel importante en el cuidado de enfermería, porque permite que las enfermeras adquieran un carácter político construyéndose como sujetas autónomas y libres que luchan en contra de la violencia patriarcal en diferentes espacios, aunándose con otras mujeres en la creación y fortalecimiento de sus redes sociales de apoyo (Varela, 2008). La conformación de estas alianzas permite el establecimiento de luchas que aportan en la construcción de nuevas maneras de relacionamiento entre seres humanos, en donde las mujeres son respetadas y comprendidas desde su autonomía al tomar acciones sobre su cuerpo, sus pensamientos, sus formas de ser y estar en el mundo (Arenas, 2019).

La sororidad reconoce que todas las mujeres se reúnen alrededor de una visión común, que promueve la lucha por la defensa de sus derechos. Se refiere, por tanto, a comprender que el poder de cada una de las mujeres se sostiene de manera colectiva, en tanto el pacto de las mujeres ha hecho posible que las imposiciones del patriarcado sean cuestionadas y deslegitimadas (Varela, 2008). En definitiva, la propuesta del feminismo ante la opresión e injusticias de género es la sororidad como medio de enlace para fomentar la igualdad y la justicia en contra del sistema patriarcal que discrimina, por el mero hecho de ser mujer. De tal manera, que los retos a los que se enfrentan consisten en eliminar el sometimiento en que se encuentran, creando espacios y condiciones seguras para ejercer su libertad a través de las redes de apoyo.

En ese sentido, la sororidad implica solidaridad hacia otras mujeres, con la convicción de que existen otras posibilidades de vida y bienestar, que solo son posibles cuando se crean lazos colectivos y sociales, cuando se generan vínculos frente a situaciones de violencia y desigualdad (Arias, 2021); en este caso, ante la opresión del sistema que juzga y criminaliza a las mujeres debido a sus decisiones y agencias.

Llevar el principio de sororidad al cuidado de enfermería, implica la comprensión politizada de las experiencias de las mujeres, el reconocimiento histórico de su opresión, el juicio crítico, la solidaridad, la empatía y el establecimiento de

relaciones de confianza y afecto entre enfermeras y mujeres que experimentan situaciones diversas con su SSR, como es el caso de las trayectorias que transitan las mujeres que deciden abortar en contextos patriarcales y enjuiciadores (Cárcamo, 2021).

El cuidado sororo de mujeres que deciden sobre su autonomía reproductiva implica brindar un cuidado empático, libre de estigmas y prejuicios sociales (Rodríguez, 2022; Luzuriaga y Zunino, AÑO; Swanson, 2021). Las enfermeras deberán fortalecer su capacidad de escucha y brindar apoyo emocional, proporcionando un ambiente seguro y confidencial, comprensivo de las experiencias, sentimientos y emociones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo, llevando al centro las necesidades de las mujeres antes que las necesidades profesionales. En consecuencia, el cuidado sororo orientado desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, requerirá la formación crítica de las enfermeras de tal forma que puedan actuar como portavoces y garantes.

Una derivación necesaria de implementar un sistema sororo de cuidados es reconocer lo colectivo como estrategia fundamental de acompañamiento. De allí, las enfermeras tendrán mayor orientación hacia las redes sociales de apoyo, buscando su creación y fortalecimiento. Sinérgicamente se buscará dinamizar espacios afectivos y seguros para hablar y escuchar en base a las experiencias de las mujeres y sus procesos que se extiendan a otros miembros de las instituciones y de los distintos grupos sociales, incluidos tomadores de decisión en materia de políticas públicas y sociales. En ese sentido el cuidado sororo transitará por distintas escalas y escenarios, orientando políticamente dichas acciones y transformaciones. Esto es, desde lo personal, profesional, familiar, vecinal, institucional y público, en alianza estrecha con grupos activistas defensores de estos derechos. Esto implica encuentros sinérgicos, pero además implica la incursión en otras mediaciones como las que permiten las redes digitales donde, como vimos en este estudio, las mujeres acuden en busca de acompañamiento y apoyo, de información y soporte en temas relacionados a la SSR, el género y los derechos.

Ampliar los espacios de cuidado sororo a estas redes o de manera personalizada y presencial son simplemente formatos estratégicos, donde lo que

cuenta es el principio de sororidad ya señalado (Guerra, 2019). Tal como las organizaciones feministas nos lo han enseñado a nivel nacional e internacional, un sistema de cuidado sororo aspira a consolidar un medio de apoyo entre mujeres (o entre sujetos subalternizados y feminizados), que pueda extenderse y responder oportunamente a las necesidades de las mujeres. Esta propuesta se torna urgente si se tienen en cuenta las violencias sistemáticas en el sistema sanitario en contra de las mujeres; es un llamado para que las enfermeras pongamos al centro las mujeres con sus narrativas y necesidades, la vida digna y la justicia y el vínculo colectivo y solidario como garante de dichas aspiraciones. El cuidado sororo dialoga de una manera directa con la propuesta de los cuidados del Buen Vivir de las colegas argentinas, retoma su sentir solidario y el realce del vínculo colectivo.

El cuidado sororo de la SSR es un reto para las enfermeras que ayudan a otras mujeres, esto debido a la influencia que tiene la religiosidad, las creencias y los aprendizajes culturales que impiden reconocer y visibilizar las violencias desde lo personal y lo público. De allí que dicho cuidado también las involucre, las escuche, reconozca sus incomodidades, sus descentramientos; el cuidado sororo no es un cuidado prescriptivo, jerárquico, sino un cuidado entre pares que se reconocen entramadas en el mismo contexto de dominación patriarcal, de cuyos diálogos e intercambios surge la posibilidad del soporte y acompañamiento para buscar caminos conjuntos que lleven a la salida del laberinto de las violencias sistémicas y sistemáticas, que reconozcan nuestros derechos y construir nuevos significados con respecto a cómo vivir la SSR de manera digna y autónoma. Los lazos de sororidad que emergen de estas formas de cuidado se orientan a transformaciones reticulares, afianzando la toma de decisión de las mujeres que se vinculan a dicho tejido. Es decir, frente al laberinto sin salida de las violencias, el cuidado sororo propone una red de soporte. Dicha red constituye una respuesta política ante el sistema opresivo, discriminatorio y juzgador que configura el patriarcado, sobre todo cuando las mujeres deciden abortar. Dicha conciencia ayuda a deconstruir los imaginarios e ideologías sociales sobre el aborto y recomponer los estereotipos del deber ser de la maternidad. En definitiva, la red de soporte que establecen los cuidados sororos para las mujeres puede ofrecer espacios seguros, físicos y simbólicos, en los cuales pueden validar y legitimar las propias opciones, en los que se reconoce y respeta la capacidad de tomar

decisiones y se establece un lugar de autonomía sobre el propio cuerpo (Schanz et al., 2021).

5.3. El entramado conceptual del Cuidado Sororo de la SSR

Para precisar los elementos relacionados con la propuesta de Cuidado sororo de la SSR desde las narrativas de las mujeres que transitan el laberinto de las violencias, se retoman algunas orientaciones de Walker y Avant (2014) para la construcción del conocimiento en enfermería. Específicamente, se consideran pertinentes sus aportes para el proceso de síntesis de conceptos, en este caso derivado de las narrativas de las mujeres en diálogo con los aportes del feminismo, de las ciencias sociales y de las teorías feministas que se han articulado a lo largo de este informe. Según Walker y Avant (2014, pp. 110-120), los conceptos son una estrategia que permite agrupar, ordenar y precisar información sobre un fenómeno, para clarificar su abordaje entre una comunidad de saber y de práctica. En este caso, con fundamento en las narrativas presentadas, se busca redefinir un sistema de conceptos que integre las necesidades de las mujeres que deciden abortar, con miras a precisar lo que se pretende con el planteamiento de un Cuidado Sororo de la SSR. Como mencionan las autoras, la producción de nuevos conceptos no solo enriquece el vocabulario disciplinar, sino que dinamiza nuevas áreas de estudio. En este caso la base empírica son las narrativas de las mujeres que decidieron abortar en algún momento de sus vidas, contribuyendo también a la propuesta de Cuidados basados en narrativas (Valverde, 2007; Juárez et al., 2013). Nociones como la sexualidad de las mujeres, el tránsito por el laberinto de las violencias, las maternidades postergadas, el aborto y los cuidados sororos son aportes claves que emergen de esta investigación.

Siguiendo la ruta propuesta por Walker y Avant (2014, pp. 61-62) se presenta en la **Figura 5** un entramado de conceptos conectados, indicando la dirección de las relaciones entre ellos, cuyos signos + o - representan la valencia de las relaciones. Este entramado se presenta como un producto emergente e inductivo de la investigación narrativa desarrollada.

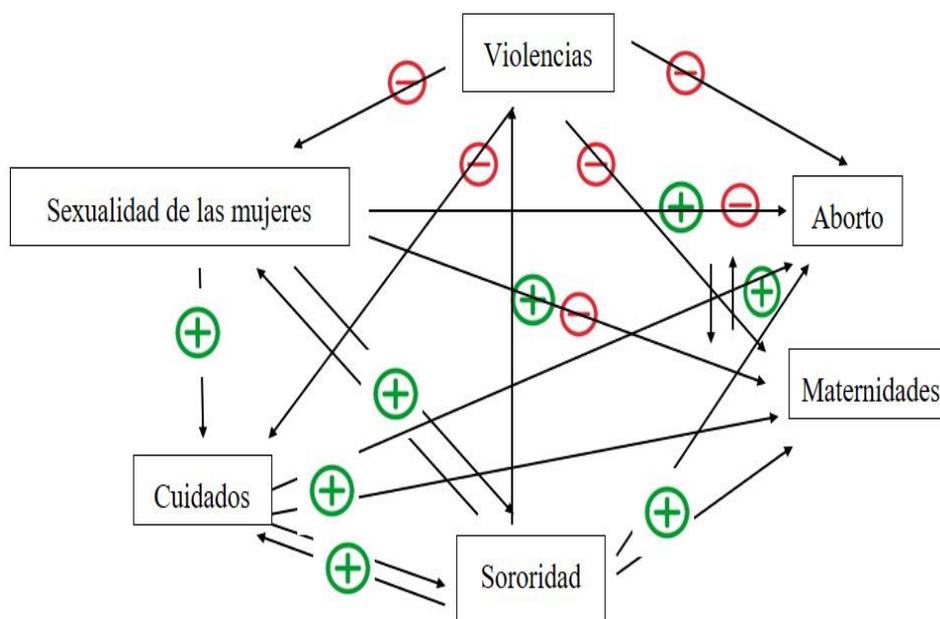


Figura 5: Entramado conceptual emergente del Cuidado Sororo de la SSR. Fuente: Investigación biográfica narrativa *Transitar el laberinto. Trayectorias de cuidado entre mujeres que deciden abortar en el Ecuador*. Adaptado de Walker y Avant (2014, p. 62).

5.3.1. Violencias

Las violencias que viven las mujeres que deciden abortar se definen como múltiples y variadas, dado que proceden de un contexto cuya matriz fundamental es el patriarcado, el cual atraviesa todos los ámbitos y espacios de la vida de las mujeres. Esto hace que muchas violencias se hayan normalizado e invisibilizado, pero además que sean el sostén de diversos mecanismos de control y sumisión para ellas. Este poder de jerarquía y opresión empieza desde el hogar, pasa por la escuela, los medios masivos, las instituciones y llega hasta lo más alto de las leyes del Estado. Un efecto fundamental de las violencias es la generación de miedos sociales diversos. Esto

influye, además, en que estas violencias se valoren de manera negativa en su relación con todos los otros conceptos del entramado, ya que limitan su libre expresión y posibilidad de acción autónoma. La sororidad se valora en negativo hacia las violencias, por cuanto el apoyo y hermandad entre mujeres puede constituirse en un elemento que contrarresta las formas violentas de relación.

5.3.2. Sexualidad de las mujeres

Este concepto articula cómo las mujeres perciben y viven la sexualidad desde su subjetividad y cómo la conciben en sus prácticas sexuales. Esto incluye sus preferencias y decisiones eróticas, reproductivas y afectivas, así como la vivencia de sus procesos biológicos corporales (menstruación, fertilidad, parto, aborto, menopausia). Aquí se incluyen sus posturas y decisiones frente al amor romántico, la dependencia afectiva, la toma de decisión sobre sus cuerpos, sus posibilidades de agencia y la importancia de las redes de apoyo colectivas. Es importante destacar el papel de los patrones culturales, incluidas las creencias y religiosidad, no como asuntos inamovibles, sino como asuntos que pueden ser reflexionados, contextualizados y transformados en aras de justicia y dignidad para las mujeres. Esto implica cuestionar las múltiples violencias que envuelven su sexualidad y que se nombren estas narrativas bajo la metáfora del laberinto, de forma que se pueda valorar negativamente la relación de la sexualidad de las mujeres con las violencias. Como se observa en la Figura 5, la valencia positiva y negativa con la maternidad y el aborto indica la necesidad de una postura abierta en torno a la sexualidad de las mujeres y sus decisiones, cuyas orientaciones positivas con el cuidado y la sororidad se encaminan a la búsqueda de dignidad y solidaridad.

5.3.3. Maternidades

Si bien la maternidad se define como el ideal social que se ha creado en las mujeres por el hecho de serlo, es importante pluralizar el término para dar cuenta de distintas formas de vivencia de la maternidad. Las maternidades se incluyen en este

entramado conceptual, no como proceso reproductivo biológico, sino como hecho social y cultural, que demanda a las mujeres unas formas de relación preestablecidas e idealizadas. En las narrativas aparecen formas sacrificiales, omnipotentes, como carga, perfecta, imperfecta y la mala maternidad, que en muchos casos no son auto excluyentes sino capas que se solapan en las experiencias. Todas estas son expresiones de un férreo mandato cultural mediado por múltiples formas de violencia que también deben ser problematizadas para construir otras opciones de agencia y autonomía para las mujeres que desean materner, sin que ello sea objeto de sanción social. El reconocimiento de la sexualidad como parte de la vida de las mujeres es pilar fundamental para tomar decisiones relacionadas a la maternidad, de ahí el vínculo flexible que existe entre estos conceptos. Es importante reconocer que el aborto para muchas mujeres es una forma de maternidad postergada, de allí que no pueden considerarse antagónicos irreconciliables, sino alternativas de libre agencia de las mujeres. La complejidad del hecho social de las maternidades reclama en coherencia cuidados que superen lo instrumental para fundamentarse en relacionamientos donde prime el respeto, la solidaridad y el apoyo.

5.3.4. Aborto

Este concepto se enmarca alrededor del derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, pese a encontrar múltiples barreras que lo impiden, empezando por la constitución de los estados, el castigo moral y la sanción social. El aborto es una alternativa de autonomía para las mujeres que no desean materner o quieren postergarlo, razón por la cual establece una relación positiva con las maternidades, niega el carácter negativo y culposos, cuyas raíces se funden en los mandatos culturales y sociales, la falta de apoyo y la estigmatización, más que en la experiencia misma. De allí la valencia negativa con las violencias que suelen acompañar las trayectorias biográficas de las mujeres, con las sanciones a la vivencia de su sexualidad en sus múltiples dimensiones y el establecimiento de controles bajo la forma de discursos idealizados como el de la maternidad como destino o el del amor romántico como deber, entre otros. Bajo la perspectiva de derechos que acompaña la decisión de abortar, los cuidados fundamentados en el respeto, la solidaridad y el

apoyo dejan de ser actos de voluntad aislados, para convertirse en garantes y protectores de los derechos de las mujeres.

5.3.5. Cuidados

El cuidado de enfermería en mujeres que deciden abortar, se lo define como un proceso de interacción, cuyas acciones técnicas están encaminadas a atender aspectos biológicos, acompañado de medidas de soporte y confort, cuyas actividades rutinarias de control son consideradas como “cuidado” para las enfermeras en su quehacer práctico. Para las enfermeras, el cuidado consiste en el desarrollo de habilidades que buscan aliviar las dolencias físicas que muy estrictamente cumplen con lo normado dentro de las instituciones de salud, pero que no responden a las necesidades de apoyo y acompañamiento que requieren las mujeres que interrumpen el embarazo, dado que estas son cuestionadas y estigmatizadas por decidir sobre su SSR, afectando en la calidad del cuidado. Esta situación genera desconfianza e inseguridad para las mujeres en el momento de asistir en busca de ayuda a los servicios de salud, exponiendo gravemente la salud y la vida de las mujeres que abortan.

La sexualidad de las mujeres frente al cuidado tiene una escala valorativa positiva, dado que viven su sexualidad y deciden sobre su SSR como una forma de cuidar de ellas, de su salud, de su vida, de sus hijos/as, y de continuar con sus proyectos de vida. En esa medida, la perspectiva de cuidado que tienen las mujeres que viven una experiencia de aborto voluntario, es la razón por la que deciden interrumpir el embarazo y por ende postergan la maternidad, para cuando tengan la capacidad y condiciones de asumir tal rol.

Por consiguiente, el cuidado en paralelo con la sororidad funciona en escala valorativa de manera positiva porque las mujeres que cuidaron y acompañaron a otras mujeres en sus abortos compartieron experiencias, sentimientos y emociones brindando información segura y, sobre todo, apoyo sin juzgamientos ni culpas. Esta relación de interacción, empatía y solidaridad produce efectos emocionales positivos, ya que genera lazos de hermandad y garantiza un cuidado libre de estigmas sociales.

La violencia como aspecto negativo en la vida de las mujeres limita el cuidado, por cuanto vivir en contextos represivos y adversos representa obstáculos para el acceso de cuidados seguros. Las mujeres que permanentemente están bajo la sombra de las violencias tienen dificultades para lograr un aborto por la falta de conocimientos, acompañamiento y el temor a ser juzgadas por sus parejas u otros miembros de su familia. Por lo tanto, las barreras que se presentan en las trayectorias para conseguir medios de cuidado generan impacto en la estabilidad emocional de las mujeres.

5.3.6. Sororidad

La sororidad se refiere a solidaridad y hermandad entre mujeres que luchan por un fin y se acompañan unas a otras bajo el reconocimiento de ser parte de una historia compartida de opresión de género. La sororidad impulsa a las mujeres a trabajar juntas por un cambio estructural en la sociedad, invitando a generar cuidados más empáticos, respetuosos y críticos, basados en las necesidades de las personas, en este caso de las mujeres, pero además incluyendo la propia reflexión de las enfermeras como integrantes de una profesión feminizada y por lo tanto sujeta a diversas formas de subvaloración social, laboral y académica. La sororidad como principio busca orientar el acompañamiento de las mujeres para lograr no solo una mirada solidaria, sino más comprensiva de la complejidad de su sexualidad y sus experiencias de abortar o maternar. Las narrativas de las mujeres realzaron el acompañamiento que recibieron de otras mujeres, especialmente de organizaciones sociales frente al descuido y abandono de profesionales y servicios de salud, mostrando el valor de la sororidad en el establecimiento de relaciones terapéuticas y de cuidado. De esta manera, la sororidad activa parece establecerse como el *hilo de Ariadna*⁴ para que las mujeres logren salir del laberinto de las violencias, de ahí la relación de antagonismo presentada en la Figura 5.

Este entramado conceptual nos permite sintetizar dos enunciados básicos: 1) Las mujeres que deciden abortar narran su experiencia biográfica como el tránsito por un laberinto de fácil entrada, pero de difícil salida; 2) El hilo para lograr superar el laberinto se desprende de cuidados sororos que acompañan y guían a las mujeres.

El primer enunciado sintetiza las narrativas indicando que las trayectorias de las mujeres que deciden abortar están rodeadas por violencias sistemáticas y permanentes, las cuales son parte de la experiencia. No hay experiencias de aborto sin violencia, aunque esta se profundice con mayor intensidad en el proceso de búsqueda de cuidados, porque las violencias están acompañando siempre a las mujeres, mucho antes de que elijan interrumpir el embarazo, mucho antes de experimentar su sexualidad, mucho antes de nacer. Desde que nacen, las mujeres habitan espacios marcados por matrices patriarcales, espacios laberínticos que transitan en medio de violencias generalizadas, silenciadas y/o normalizadas, que son reforzadas y reproducidas a través de las distintas instituciones como la familia, la escuela o los medios de comunicación. Cuando buscan cuidados para postergar su maternidad, aparecen violencias institucionales, derivadas de la misma matriz, amplificadas por violencias simbólicas que estigmatizan a las mujeres que intentan escapar del laberinto.

El segundo enunciado alude a las mujeres, conocidas y desconocidas, que se encontraron transitando el laberinto, que desde distintas posiciones apoyaron solidariamente su búsqueda de cuidados. Estas mujeres inspiran la orientación hacia un *Cuidado sororo*, fundamentado en la solidaridad y la fraternidad que nos hace reconocernos como historia colectiva de sometimiento debido al género y nos impela a establecer cuidados basados en el derecho y las necesidades de las mujeres.

5.4. Colofón

La propuesta emergente de las narrativas de las mujeres que hemos presentado busca aportar al corpus limitado y marginal que se encuentra en la literatura en enfermería en relación con el aborto desde una postura crítica y basada en derechos, no obstante ser considerado un problema importante de salud pública y de derechos humanos.

En la investigación en enfermería las preguntas giran principalmente alrededor de los cuidados de enfermería, especialmente en el caso de abortos inducidos, las experiencias emocionales, las necesidades y los dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería, mostrando cómo la práctica del cuidado está fuertemente

influida por la subjetividad, en la que se decantan creencias, valores, prejuicios; es decir, contextos de socialización y formación (Gallagher, 2010 pp. 50-53), sin que puedan identificarse estándares de actuación disciplinar (McLemore, 2011). También llama la atención cómo para las/os enfermeras/os sigue siendo central su propia experiencia personal y sus prácticas en la mayoría de los estudios, indicando que el fenómeno interpela asuntos personales y profesionales que generan dilemas, e incluso terminan siendo más relevantes que la pregunta por la situación de las mujeres que abortan como sujetos de cuidados. De allí que el aporte principal de esta tesis sea presentar una propuesta de cuidados basados en la narrativa de las mujeres, como una forma de aportar al conocimiento de la disciplina.

Las narrativas de las mujeres son fundamentales para situar sus necesidades que, como vimos, son complejas y no se limitan a un proceso biológico. El sufrimiento cuando deciden abortar, el dolor que experimentan cuando son víctimas de violencia, la dificultad en el acceso a servicios de salud seguros o redes de apoyo, son asuntos desconocidos por las formas instrumentales y tecnicistas del cuidado. Las mujeres participantes en este estudio proceden de diferentes lugares del país, cuyas experiencias ocurrieron en instituciones de salud públicas y privadas: en el hogar, acompañadas, solas, unas informadas del proceso, otras desinformadas, culpabilizadas, juzgadas, y unas cuantas apostando a la suerte de salir con vida del proceso; todas ciudadanas de un país tradicionalmente religioso y patriarcal, donde el cuidado de enfermería es juzgador e insuficiente, porque se desconocen los derechos de las mujeres, negándole un cuidado garante, protector, libre de estigmas y discriminación.

Si bien en la investigación la muestra la conformaron mujeres con acceso a educación y a servicios de aborto clandestinos con suficiencia técnica, esta no es la situación generalizada para las mujeres ecuatorianas. Lo que sí es común, independientemente de la posición social, nivel de formación o ubicación laboral, es la carga moral de señalamiento sobre la sexualidad femenina. Se requerirá tiempo y acciones en distintas escalas para un cambio social y cultural que es urgente. Desde este proyecto de investigación proponemos avanzar en la vía de un *Cuidado Sororo* que se apoya en la siguiente declaratoria:

Las mujeres experimentan su sexualidad como el tránsito por un laberinto de múltiples violencias donde se entra fácilmente, pero difícilmente se logra salir. En este laberinto se requiere de la sororidad para construir relaciones de cuidado empáticas y orientadas por principios de justicia y dignidad, que pongan en el centro a las mujeres y tengan como aspiración encontrar una salida apoderante para ellas. Desde la disciplina enfermera, y con los aportes de las teorías y las movilizaciones feministas, el Cuidado Sororo puede constituirse en una alternativa potente.

Estos resultados deben llevarse a la formación académica de futuras profesionales, para que puedan desarrollar una mayor sensibilización y empatía en el cuidado, pudiendo enfrentar circunstancias difíciles. De igual manera a comprender las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de las mujeres que han pasado por un proceso de aborto, impulsando discusiones éticas y promoviendo la capacidad de los estudiantes para participar en la toma de decisiones informadas para las mujeres que estarán bajo su cuidado. Esto es crucial en situaciones donde los profesionales de enfermería pueden encontrarse frente a dilemas éticos relacionados con la salud reproductiva, donde requieren además desarrollar competencia cultural y entender cómo las creencias y valores culturales influyen en las decisiones de salud. Para ello, es necesario comunicarse de manera sensible y respetuosa con las mujeres que han pasado por la experiencia de un aborto. Esto incluye desarrollar habilidades para abordar el tema de manera no estigmatizante y ofrecer apoyo y acompañamiento adecuado.

El estudio servirá de herramienta para incentivar a los estudiantes a participar en la investigación en salud sexual y reproductiva, y convertirse en defensores de la atención de calidad para las mujeres que deciden abortar. El trabajo en conjunto entre docentes y estudiantes puede contribuir al avance de la profesión a través del desarrollo de conocimientos y al cambio positivo en las políticas y prácticas de salud, desde una perspectiva de derechos.

De manera fundamental los resultados de esta investigación proporcionan información para el desarrollo de protocolos de cuidado específicos al destacar aspectos claves relacionados con el aborto, analizando factores socioeconómicos y culturales, y explorando barreras de acceso a la atención. Por ende, a través de la investigación se puede informar estrategias de prevención, contribuyendo al diseño

de intervenciones educativas y estrategias de apoyo-comunicación que reduzcan la incidencia de abortos no deseados y promuevan una atención más efectiva, compasiva y sorora.

Desde una postura basada en los derechos sexuales y reproductivas, se puede proporcionar información crítica para la toma de decisiones en el ámbito de las políticas de salud reproductiva, respaldando la formulación de políticas que sean sensibles a las necesidades y derechos de las mujeres. En ese sentido, los hallazgos pueden influir en la mejora de las prácticas clínicas y protocolos de atención, asegurando que los servicios de salud ofrezcan el mejor apoyo posible a las mujeres que han pasado por la experiencia de abortar, planteando la implementación de programas educativos y estrategias de prevención que aborden los factores subyacentes y con ello el sufrimiento por el que transitan las mujeres.

6. Limitaciones y recomendaciones

Una de las limitaciones que marcaron este proceso fue el conocimiento con el que ingresé al programa de Doctorado. Esto, sin duda, fue complejo, debido a que normalmente venía trabajando desde un paradigma positivista y con una formación biomédica que complejizaron este tránsito. Además, ingresé con una postura común y una mirada ligera sobre el abordaje del fenómeno del aborto, el feminismo y los derechos sexuales y reproductivos, nudos que tuve que ir desatando a través de la reflexividad para poder entender dónde estaba ubicada y que era lo que quería indagar.

Asimismo, los patrones patriarcales se pusieron en tela de juicio, lo que sabía hasta ese momento y que pensaba era normal fueron cuestionados desde mi subjetividad, al darme cuenta de que los imaginarios sociales que uno lleva son difíciles de deconstruir, lo que se hace manifiesto en el proceso.

Otra de las limitaciones fue el contexto en que se realizó el trabajo de campo, pues el acceso se dificultó dadas las restricciones sancionatorias legales y morales, teniendo que ampliar la búsqueda en distintos lugares del país, a pesar de que en un principio se había planteado el estudio solo en Manabí, provincia conservadora y lugar de residencia de la investigadora. Justo cuando realizaba el trabajo de campo se vivieron momentos de tensión por el COIP, cuyas reformas eran tan restringidas y que aún siguen en disputa, pese a la regulación del 2022.

Desde el punto de vista metodológico, a pesar de la intención inicial de tener una muestra de máxima variación, solo se logró acceder a una muestra homogénea de mujeres con las cuales solo se hicieron de 1 a 2 entrevistas a profundidad. Además del contexto político y legal mencionado, se sumó la aparición repentina de la pandemia por el Covid-19, que afectó a nivel mundial y por ende influyó en el método, en el trabajo de campo, de tal manera que no se realizaron entrevistas personales a las participantes, y se debió por encuentros virtuales, lo que no permitió observar, percibir y describir de cerca aspectos que el medio no posibilita.

No obstante, a pesar de las limitaciones de vivir en un país patriarcal, misógino, sexista, machista, capitalista, este trabajo me dio la oportunidad de deconstruirme

cuestionando los estereotipos y prejuicios sociales ante la decisión de abortar, reconociendo la autonomía y la agencia de otras mujeres, así como de mí misma.

Dentro de las recomendaciones, vale indicar la importancia de ampliar la exploración con otras mujeres, pero además comprender qué ha pasado con las experiencias desde la reforma del 2022, que este estudio no alcanzó a incluir; es importante hacer énfasis en la realización de estudios comparativos entre mujeres jóvenes y adultas tomando como referencia las leyes, así como comparaciones entre mujeres feministas y no feministas que hayan abortado, para entender los efectos de estas militancias en las decisiones y búsqueda de cuidado.

Lo aprendido en este proceso me permite afirmar la necesidad para futuras investigaciones de un abordaje interdisciplinar que amplíe la mirada a los profesionales de enfermería, lo cual debe extenderse a los procesos de formación. En la academia no puede faltar en el enfoque curricular el abarcamiento en los proyectos de investigación y formativos las alianzas con colectivos feministas para tratar asuntos relacionados a la SSR. Una línea fructífera para futuras indagaciones, que este estudio deja como sugerencias, puede orientarse a la toma de decisiones en SSR. Para ello son sugerentes los abordajes sociológicos de fecundidad, que destacan la influencia de factores culturales y fisiológicos en la toma de decisiones reproductivas; los cambios en el emparejamiento y la sexualidad con sus críticas y alternativas al modelo heteronormativo; el reconocimiento de las desigualdades de género especialmente en la distribución del cuidado, además de la conexión entre cuidado, reproducción y desigualdades y finalmente las configuraciones y los sentidos subjetivos que se entrelazan en la formación de la subjetividad individual y social, incidiendo en las decisiones reproductivas. En resumen, la propuesta de cuidado que emerge de estas narrativas y las indagaciones futuras prometen una comprensión integral de las múltiples dimensiones que influyen en las decisiones reproductivas de mujeres que optan por interrumpir un embarazo. Desde la complejidad de las relaciones de pareja hasta las inequidades de género en el cuidado, pasando por la consideración de motivaciones individuales, este enfoque ofrece una perspectiva holística para analizar las trayectorias de cuidado en el contexto del aborto.

Las fortalezas que se origina del desarrollo de esta investigación, es la capacidad de reconocer y valorar las narrativas de las mujeres que han decidido

abortar proporcionando a la enfermería un enfoque centrado en la experiencia y la subjetividad, conllevando a comprender mejor las necesidades individuales y contextuales de las mujeres, contribuyendo a un cuidado más holístico.

Otro aspecto no menos importante, es la integración de teorías feministas en enfermería, la misma que ofrece a los profesionales la oportunidad de abordar y desafiar las normas, instituciones y actitudes que perpetúan la desigualdad de género y las injusticias de orden reproductivo. Esto constituye empoderar a las enfermeras para ser agentes de cambio y defensoras de los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

El estudio reconoce y destaca la autonomía de las mujeres que deciden abortar, permitiendo que la enfermería aborde estas decisiones desde una perspectiva respetuosa, libre de juicios y estigmas, fortaleciendo la relación de confianza entre las enfermeras y las mujeres, facilitando un entorno de cuidado más empático.

Como ya se mencionó, el vínculo con el activismo feminista brinda a las enfermeras la oportunidad de empoderarse y ser defensoras de los derechos sexuales y reproductivos. Esto puede fomentar un enfoque político en la práctica de enfermería, promoviendo la equidad y la justicia social. Es decir, las enfermeras empoderadas de su rol pueden contribuir a la garantía de los derechos de las mujeres como sujetos de cuidado.

La incorporación del principio de sororidad en el cuidado de enfermería destaca la importancia de la solidaridad entre mujeres. Esto fortalecería las alianzas y redes de apoyo, proporcionando un entorno de cuidado que reconoce y aborda las violencias sistemáticas en el sistema de salud. Esta propuesta de cuidado sororo de la salud sexual y reproductiva implica un enfoque empático, libre de estigmas y basado en los derechos humanos. Las enfermeras fortalecerán su capacidad de escucha y apoyo emocional, creando un ambiente seguro y confidencial para las mujeres que toman decisiones sobre su autonomía reproductiva. Al reconocer y promover la solidaridad y hermandad entre mujeres, la enfermería se posiciona como un agente de apoyo y acompañamiento en el proceso de cuidado.

La referencia a teorías innovadoras, como la Teoría del Cuidado del Buen Vivir y Bienestar, proporciona a las enfermeras nuevas perspectivas para abordar el

cuidado desde un enfoque más amplio y culturalmente sensible. Asimismo, la incorporación de la metodología propuesta por Walker y Avant para la construcción del conocimiento en enfermería destaca la aplicación de teorías específicas en el campo. Esto fortalece la base teórica de la enfermería y su capacidad para abordar cuestiones complejas y contextualizadas.

7. Referencias

- Acosta, A. (2015). El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, 52(2), 299-330.
- Alex, L., y Hammarstro, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*, 18(), 160–168.
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing Theorists and their Work-e-book* (8th edition). Elsevier.
- Alonso, G. R., y Arias Lopez, B. E. (2022). ¿Qué se preguntan las enfermeras/os sobre el aborto? Una revisión panorámica. *Revista Ciencia y cuidado*, 19(3), 96-111. <https://doi.org/10.22463/17949831.332>
- Álvarez, A. (2019, enero). *Clandestinidad y aborto en mujeres universitarias: Un abordaje desde el género y los derechos sexuales y reproductivos sobre el derecho a decidir*. X Congreso Chileno de Antropología. Temuco, Chile. <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/52>
- Amezcua, M., y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Arenas, P. (2019). Dejarse interpelar. En Canevari, C. (Ed.), *Los laberintos de la violencia patriarcal* (pp. 9-12). Santiago del Estero: Barco Edita.
- Arias López, B. E. (2021). Retazos, hilos y agujas que tejen salud mental: experiencias de cuidado comunitario. En Cárcamo, S. (Ed.), *Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos*. Buenos Aires: Editorial FEDUN.
- Arteaga Cruz, É., y Cuvi, J. (2020). El complejo médico industrial y el conservadurismo social. El caso ecuatoriano en los gobiernos de Alianza PAIS (2007-2019). En *Debates, balances y desafíos post-progresistas* (pp. 181-208). Buenos Aires: CLACSO.
- Asakura, H. (2004). ¿Ya superamos el "género"? Orden simbólico e identidad femenina. *Estudios Sociológicos*, 719.

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal, COIP*, Ley 0 Registro Oficial Suplemento 180 de 10-feb.-2014 Última modificación: 05-feb.-2018. Recuperado de: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/COIP_feb2018.pdf
- Aznar, J., y Cerdá, G. (2014). Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioethica*, 20(2), 189-195.
- De Barbieri, T. (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. *Guzmán, Laura y Pacheco, Gilda. Estudios Básicos de Derechos Humanos IV. IIDH. Costa Rica.*
- Bedoya, M. H. (2013). Care networks: ethics of shared destiny in community mothers from Antioquia, Colombia/Redes del cuidado: ética del destino compartido en las madres comunitarias Antioqueñas/Redes do cuidado: etica do destino compartilhado nas maes comunitarias do estado de Antioquia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 741+. <https://link.gale.com/apps/doc/A451148480/AONE?u=anon~a32f6fbbysid=googleScholarlyxid=3cbdb98f>
- Berenice, F., y Tronto J. (1990). Hacia una teoría feminista del cuidado. En E. Abel y M. Nels (Eds.) *Círculos de cuidado: trabajo e identidad en la vida de las mujeres*, (pp. 35-62). Prensa SUNY.
- Bertaux, D. (2005). *Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Bolívar, A., y Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. En *Forum: Qualitative social research*, 7(14), 1-43.
- Bolívar, A. (2012). A pesquisa biográfica e narrativa: fundamentos epistemológicos y metodológicos. En M. H. Abrahao (Ed.), *Pesquisa (auto) biográfica: lugares, trajetos e desafios. V Congresso Internacional de Pesquisa (Auto) Biográfica* (pp. 4-17). Porto Alegre: PUCRS.
- Bosio, M. T., Johnson, M. C., y Frenca, M. (2018). Disidencia religiosa y libertad de conciencia. *RevIISE*, 11(), 99-107.
- Bourdieu, P. (1998). *La Distinción: Criterios y Bases Sociales del Gusto*. Madrid: Taurus.
- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias.

- Brown, J. (2015). Actores políticos y aborto: ¿Clericales versus anticlericales? Buscando puntos de fuga en el debate político-ideológico. CLACAI; CEDES; PROMSEX; Population Council. Recuperado de: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/671>
- Bueno, L. S. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y enfermería*, 17(1), 37-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100005>
- Buitrago, L. A., y Arias López, B. E. (2018). Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 62-66. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1132-12962018000100013yIng=esytIng=es.
- Buitrago, L., y Arias López, B. (2018). Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 62-66.
- Butts, J. B., y Rich, K. L. (2001). *Philosophies and Theories for advanced nursing practice*. Burlington: Jones y Bartlett Learning.
- Canevari, C. (2018). Los contextos del feminismo: historia, teoría, derechos. En C. Canevari (Ed.), *Los laberintos de la violencia patriarcal* (pp. 17-50). Barco Edita.
- Canevari, C., y Isac, R. (2019). La cruel expresión de la violencia patriarcal: dieciséis años de femicidios en Santiago del Estero (2002-2017). En C. Canevari (Ed.), *Los laberintos de la violencia patriarcal* (pp. 73-88). Barco Edita.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23. doi: 10.1097/00012272-197810000-00004.
- Casas, L., Vivaldi, L., Silva, M., Bravo, M., Navarro, C., y Sandoval, F. (2013). La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres. En Universidad Diego Portales (Ed.), *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2013* (pp. 69-120). UDP.
- Chinn, P. L. (1995). Feminism and Nursing. *Annual Review of Nursing Research*, 13(1), 267-289.
- Chinn, P. L., y Kramer, M. K. (1999). *Theory and nursing: Integrated knowledge development*. St. Louis: Mosby.

- Chinn, P. L., y Kramer, M. K. (2013). *Integrated theory y knowledge development in nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Chinn, P. L., y Wheeler, C. E. (1986). Feminism and Nursing: Can nursing afford to remain aloof from the women's movement?. [*Kango*] *Japanese Journal of Nursing*, 38(1), 115-124.
- Chinn, P., y Wheeler, C. (1985). Feminism and Nursing: Can nursing afford to remain aloof from the women's movement? *Nursing Outlook*, 33(2), 74-77.
- Clandinin, J., y Connelly, M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Costa, G., y Gualda, D. (2010). Antropología, etnografía y narrativa: caminos que se cruzan en la comprensión del proceso salud enfermedad. *Historia, ciencia, saude*. 925-937.
- Creswell, J., y Poth, C. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.
- Cárcamo, S. N. (2021). *Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos (1a ed)*. Buenos Aires: Editorial FEDUN.
- Dador Tozzini, M. J. (2007). *La salud sexual y reproductiva y la igualdad de género en el marco de los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos*. Lima, Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2008/01/lasalud-sexual-y-rep.pdf>
- De la Cuesta, C. (2000). Investigación Cualitativa y Enfermería. *Index de Enfermería*, (), 7-8. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php
- Delory, C. (2012). Abordagens metodológicas na pesquisa biográfica. *Revista Brasileira de Educação*, 17(51), 523-536.
- Delory, C. (2014). Experiencia y formación: Biografización, biograficidad y heterobiografía. *Revista mexicana de investigación educativa*, 19(62), 695-710. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662014000300003&lng=esytlng=es.
- Desmarais, D. (2010). El enfoque biográfico. Cuestiones Pedagógicas. *Revista De Ciencias De La Educación*, (20), 27-54. Recuperado de

<https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9891>

- Dubriwny, T. N. (2012). *The vulnerable empowered woman: Feminism, postfeminism, and women's health*. Rutgers University Press.
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres*. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Facio, A. (2000). Hacia otra teoría crítica del Derecho. En Herrera, G. (Ed.), *Las fisuras del patriarcado, Reflexiones sobre Feminismo y Derecho* (pp. 15-44). Quito: FLACSO-Ecuador.
- Falk-Rafael, A. R. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in nursing science*, 24(1), 1-16.
- Falk-Rafael, A. R., Chinn, P. L., Anderson, M. A., Laschinger, H., y Rubotzky, A. M. (2004). The effectiveness of feminist pedagogy in empowering a community of learners. *Journal of Nursing Education*, 43(3), 107-115.
- Fawcett, J., y DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Fa Davis.
- Fawcett, J. (2001). Structure and use of nursing knowledge. En J. Fawcett (Ed.), *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed., pp. 3–31). Philadelphia: FA Davis Company.
- Fawcett, J. (2001). Structure and use of nursing knowledge. En J. Fawcett (Ed.), *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed., pp. 3–31). Philadelphia: FA Davis Company.
- Fries, L. (2000). Los derechos humanos de las mujeres: aportes y desafíos. En G. Herrera (2000), *Las fisuras del patriarcado, Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*, (pp. 45-64). Quito: FLACSO.
- Fuentes Belgrave, L. (2013). Afirmar la autonomía reproductiva en la disidencia religiosa. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (45), 59-74.
- Galdos Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 455-460.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014&lng=es&tyng=es

- Gallagher, K., Porock, D., y Edgley, A. (2010). The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 849-857. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05213.x>
- García Hernández, A. M. (2019). Homo narrador. De cómo contamos historias a lo largo de la vida. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(55). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.01>
- Gefael, C. V. (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de salud mental*, 7(28), 8-15. http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE_28_030_8-15.pdf.
- Georges, J. M. (2005). Linking Nursing Theory and Practice: A Critical-Feminist Approach. *ANS Advances in Nursing Science*, 28(1), 50-57.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas.
- Gregorio, P. D. (2014). Derechos sexuales y reproductivos. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(2), 73-77.
- Guerra Gardida, N. H. (2019). El acompañamiento feminista durante el proceso de aborto: la construcción de un manual sororario a partir de las experiencias y voces de las mujeres que acompañan. Tesis de maestría. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica.
- Hedin, B., y Duffy, M. (1991). Researching: Designing research from a feminist perspective. En R. M. Neil y R. Watts (Eds.), *Caring and Nursing: Explorations in Feminist Perspectives* (pp. 227-235). New York: National League for Nursing.
- Hendel, L. (2017). Violencias de género. *Las mentiras del patriarcado (1ra ed.)*. Buenos Aires: Paidós.
- Herrera, D. (2015). Aportaciones metodológicas a la investigación biográfica, relacionadas con el procesamiento y la organización de los datos. *Cuestiones Pedagógicas*, 25, 145-160.
- Herrera, G. (2000). *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Quito: Agora / FLACSO CONAMU.
- Herrera, S. (Ed.). (2020). *Ecuador. Debates, balances y desafíos post-progresistas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Quito: Instituto de Estudios Ecuatorianos - IEE; Centro Internacional de Estudios Superiores en

Comunicación para América Latina - CIESPAL; Abya-Yala. Universidad Politécnica Salesiana.

- Hooks, B. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Hubert, H., y Mauss, M. (2019). *De la naturaleza y de la función del sacrificio*. Barcelona: WALDHUTER.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. M., y Montes de Oca Zavala, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*.
- Instituto Guttmacher. (2022). *Aborto inducido a nivel mundial*. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José, C.R.: IIDH.
- Johnson, M. (2018). “Ni la pareja, ni la familia, ni la Iglesia deciden por mí”: la experiencia del aborto en mujeres Católicas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (28), 51-70.
- Juárez Ramírez, C., Valdez Santiago, R., y Hernández-Rosete, D. (2005). La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. *Salud mental*, 28(4), 66-73.
- Juárez, M., Rodríguez, B., y Conde Caballero, D. (2013). Narrative-based care: redefining the hierarchy of evidence. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 55-59. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>
- Juárez, M., Rodríguez, B., y Conde, D. (2013). Narrative-based care: redefining the hierarchy of evidence. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 55-59. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>
- Knibiehler, Y. (2001). *Historias de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión SAIC.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas (4ta ed.)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (2005). Nuevos horizontes de la interrupción legal del embarazo. *Desacatos*, (17), 57-76.
- Lariguet, G. (2010). La moralidad del aborto. *Diánoia*, 55(64), 235-248. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-24502010000100011&lng=es&tyng=es.

- Lee, E. (2003). *Abortion, motherhood, and mental health: medicalizing reproduction in the United States and Great Britain*. Transaction Publishers.
- Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., y Bolcatto, S. (2021). Trayectorias: Un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Cátedra Paralela*, (4), 33–39. <https://doi.org/10.35305/cp.vi4.170>
- Lerner, G. (1986). *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica.
- Leyton, D., y Valenzuela, A. (2017). Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de Toconao. *Estudios Atacameños*, (55), 251-270.
- Lonzi, C. (1972). *Escupamos sobre Hegel y otros escritos*. Buenos Aires: La Pleyade.
- López, A. (2016). Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva*, (23), 23-39.
- López, A., y Carril, E. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(2) núm. 2, 1-32.
- Luzuriaga, M., y Zunino, M. (2021). De las tramas invisibles del cuidado, al cuidado como acto político. In Cárcamo, S. (Ed.), *Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos* (pp. 149-205). Buenos Aires: Editorial FEDUN.
- López, A (2015). Mujeres y aborto. Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe. Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/668>
- López, A., et al. (2015). Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Silvina Ramos (Comp.). 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES; México, DF: Population Council; Lima: Promsex./Lermen, H. S. (2016).
- MacPherson, K. I. (1983). Feminist methods: a new paradigm for nursing research. *ANS Advances in Nursing Science*, 5(2), 17-25. doi: 10.1097/00012272-198301000-00007.

- Maxwell-Young, L., Olshansky, E., y Steele, R. (1998). Conducting feminist research in nursing: Personal and political challenges. *Health Care for Women International*, 19(6), 505-513.
- McLemore, M., y Levi, A. (2011). Nurses and care of women seeking abortions, 1971 to 2011. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(6), 672-677. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01302.x>
- Medina, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (67), 83-98. <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/199701>
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing. Development y progress (5th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Miyares, A. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*, (9), 281-291.
- Mizrahi, L. (2011). *Mujeres libres y crímenes sociales. La penalización del aborto y la aceptación del abuso*. Buenos Aires: M Ediciones.
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé*, 15(2), 93-103.
- Muñoz Torres, E. (2016). *Políticas de vida y trayectorias de cuidado en personas ancianas y sus familias*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/57251/51814295.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Neil, R. M., y Watts, R. (Eds.). (1991). *Caring and Nursing: Explorations in Feminist Perspectives*. New York: Center for Human Caring, National League for Nursing.
- Neuman, B., y Fawcett, J. (Eds.). (2002). *The Neuman systems model (4th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Newman, M. A. (2001). *Health as Expanding Consciousness*. En M. E. Parker (Ed.) *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F A Davis Co.
- Nogueiras García, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

- Ordóñez, M. (2022). La maternidad disidente en La giganta: la 'mala madre' filicida. *Sincronía*, (81), 145-160.
- Ortiz Millán, G. (2014). Ética feminista, ética femenina y aborto. *Debate Feminista*, 49(), 70-93. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30004-4](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30004-4)
- Osorio Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento sociopolítico en enfermería reflexiones conceptuales. *Cuidarte*, 7(2), 1352-1357. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Palucci Marziale, M. H. (2006). La construcción del conocimiento de la enfermería en el paradigma reflexivo-comprensivo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 469.
- Pfeiffer Castellanos, M. (2014). The narrative in qualitative research in health. *Ciencia y Saude Colectiva*, 19(), 1065-1076. doi: 10.1590/1413-81232014194.12052013
- Pérez, M., Loray, M., y Cárcamo, S. (2021). Aproximaciones de género y diversidad sexual con el buen vivir y el bienestar. En Cárcamo, S. (Ed.), *Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos* (pp. 642-666). Buenos Aires: Editorial FEDUN.
- Quiroz, L. (2020). "Madre solo hay una": la invención de los modelos de la buena/mala madre en el Perú de los siglos XIX y XX. *Investigaciones feministas*, 11(1), 57-66.
- Ramírez Perdomo, C. A. (2016). Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 82-85. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100019&lng=esytlng=es.
- Ramos, S. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 833-860.
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Roberti, E. (2017). Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial. *Sociologías*, 19(45), 300–35. <https://doi.org/10.1590/15174522-019004513>

- Rodríguez, M., y Quijada, L. (2022). El acompañamiento como estrategia contra el estigma social hacia las mujeres que abortan. *Revista de Ciencias Sociales, Nueva Época*, 2(1), 1-21. <https://doi.org/10.48102/if.2022.v2.n1.207>
- Rosero, C. (2020). Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social. En Goetschel, A., Herrera, G., y Prieto, M. *Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes* (pp. 94-120). Quito: Flacso.
- Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Montevideo: Ediciones Universitarias.
- Rutenberg, M. (2016). *Consecuencias en la subjetividad de las mujeres por la clandestinidad del aborto*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.
- Santa, M., Guilamo, R., Jemmott, L., Derouin, A., y Villarruel, A. (2017). Nurses on the Front Lines: Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health Across Health Care Settings. *The American journal of nursing*, 117(1), 42-51.
- Santarelli, N., (2019). Embarazo no deseado/aborto voluntario y salud mental de las mujeres: una problematización de discursos psi patologizantes. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 17(43), 33-53.
- Sau, V. (2000). *Diccionario Ideológico Feminista I*. Madrid: Icaria editorial.
- Sau, V. (2004). *El vacío de la maternidad*. Barcelona: ICARIA.
- Schanz, M., Camanduli, Z., y Sosa, S. (2021). La maternidad, un camino hacia la humanización del proceso reproductivo. En S. Cárcamo (Ed.), *Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos* (pp. 667-688). Buenos Aires: Editorial FEDUN.
- Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Ed.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). PUEG, México.
- Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos. (2021). *Informe al Acceso al aborto en Ecuador*. Recuperado de <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2021/09/FINAL-informe-acceso-al-aborto-2021.pdf>

- Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos. (2021). *Acceso al aborto en Ecuador. Informe 2021*. Recuperado de: <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2021/09/FINAL-informe-acceso-al-aborto-2021.pdf>
- Swanson, K. (2015). Theory of Caring. En M. Smith, y M. Parker (Eds.), *Nursing Theories y Nursing Practice* (pp. 521-532). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Swigart, J. (1990). *Le mythe de la mauvaise mere*. Paris: R. Laffont.
- Urra, E., y Jana, A. (2010). El uso de un paradigma emancipador para la teoría feminista posestructuralista en la investigación de enfermería. Sus implicancias y desafíos. *Ciencia y Enfermería* 14(3), 15-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441853003>
- Szulik, D., y Zamberlin N. (2020). La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (34), 46–67. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a>
- Varea Viteri, M. S. (2018). *El aborto en Ecuador: sentimientos y ensamblajes*. Quito: FLACSO Ecuador.
- Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes (1a ed.)*. Bolsillo Bd, editor. Barcelona: Ediciones B.
- Vasallo, M. (2015). *Peripecias en la lucha por el derecho al aborto. Argentina*. Colección: Religión, Género y Sexualidad. Recuperado de: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/825>
- Vásquez Truissi, M. L. (2001). El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(1), 48-54.
- Verdenelli, J. (2022). Darlo todo: sacrificio, profesión y maternidad de bailarinas de tango y contemporáneo en Buenos Aires. *Revista de investigación en el campo del arte*, 17(31), 98-112.
- Vidanovic, A., y Osorio, L. A. (2018). Epistemología de la historia de vida en la investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 3(5), 167–180. <https://doi.org/10.33890/innova.v3.n5.2018.545>
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52(), 1-17.

- Walker Avant (2014). *Strategies for Theory Construction in Nursing. Fifth Edition*. Pearson New International Edition.
- Webb, C. (2002). Feminism, nursing and education. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 111–113.
- White, J. (1995). *Patterns of knowing: Review, critique, and update*. *ANS Adv Nurs Sci*, 17(4), 73-86.
- World Health Organization. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2nd ed.)*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>
- Zaccagnini, M., y Pechacek, J. M. (2019). *The doctor of nursing practice essentials: A new model for advanced practice nursing*. Jones y Bartlett Learning.
- Zamberlin, N. (2015). El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina. En S. Ramos (Ed.) *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia* (pp. 173-190). Lima: Promsex. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/675>
- Zaragocin, S., Cevallos, M. R., Falanga, G., Arrazola, I., Ruales, G., Vera, V., y Yopez, A. (2018). Mapeando la criminalización del aborto en Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, 43(), 109-125.
- Zúñiga Anazco, Yanira. (2013). Una propuesta de análisis y regulación del aborto en Chile desde el pensamiento feminista. *Ius et Praxis*, 19(1), 255-300. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122013000100008>

8. Anexos

Anexo 1. Construcción del estado del Arte

| | |
|---|--|
| <p>BD: Bvs, Lilacs, Pubmed, Redalyc</p> <p>Desc: aborto y cuidado de enfermería y salud pública; aborto inducido y cuidado de enfermería y salud mental; aborto criminal y salud mental y cuidado de enfermería.</p> <p>Idiomas: Ingles, Español, Portugués</p> <p>Año: 2008-2020</p> | <p>35 Estudios: 3 grupos</p> <p>Primer grupo: Experiencia de las mujeres que abortan (19 estudios)</p> <p>Segundo grupo: Practica de cuidado de enfermeria y otras practicas profesionales dirigidas a mujeres en situación de aborto. (6 estudios)</p> <p>Tercer grupo: respuestas institucionales y sociales al aborto representadas en políticas, servicios y regulaciones institucionales y sociales (10 estudios).</p> |
| <p>PRIMERA FASE DE EXPLORACION</p> | |
| <p>Encontrados: 552110 artículos</p> <p>Seleccionados: 35 estudios</p> <p>Descartados: Estudios de tipo demográfico y epidemiológico, estudios relacionados con evaluación de técnicas quirúrgicas y aquellos dirigidos al estudio de eficacia de medicamentos para abortos tempranos</p> | <p>Picos de ascenso: 2011</p> <p>Países de Suramérica: Brasil, Argentina, México, Uruguay, Perú, Chile y Colombia.</p> <p>Excepto: Ecuador</p> <p>En general: Abordan asuntos relacionados con abortos inducidos/provocados y en menor medida abortos espontáneos, terapéuticos y eugenésicos. En una parte importante de los artículos no se tipifica el tipo de aborto del que trata.</p> |
| <p>Fuentes: Repositorios Universitarios: estudios de pregrado, ausencia de estudios relacionados a las disciplinas de la salud.</p> <p>Tesis : Despenalización y legalidad. Preceptos, dilemas morales y sociales.</p> <p>Aspectos importantes de los estudios en Ecuador : libertad sexual y reproductiva, iglesia, grupos conservadores y política.</p> <p>Estudios analizan: reformas constitucionales, movimientos sociales y discursos en la Asamblea Nacional.</p> <p>Enfoque territorial del aborto, con diferenciaciones en los procesos de criminalización, clandestinidad, prohibición y estigma social en el territorio ecuatoriano.</p> | <p>BD: BVS</p> <p>Desc: Aborto y derechos sexuales y reproductivos, Los criterios de búsqueda, a excepción de los descriptores, fueron los mismos de la primera fase.</p> <p>Encontrados: 333 publicaciones</p> <p>Seleccionados : 92 estudios. 3 grupos</p> <p>Primer grupo: Personal y programas de salud (20 estudios)</p> <p>Segundo grupo : concentra en aspectos legislativos (2 estudios)</p> <p>Tercer grupo: movimientos sociales alrededor del aborto (40 estudios).</p> |
| <p>SEGUNDA FASE DE EXPLORACION</p> | |
| <p>Textos importantes: México, Uruguay y Ecuador</p> <p>Joaquina Erviti. El aborto entre mujeres pobres. "El aborto un problema social y de salud publica que afecta las mujeres mas pobres".</p> <p>Susana Rostagnol. Aborto voluntario y relaciones de genero: políticas del cuerpo y de la reproducción.</p> <p>María Varea. El aborto en Ecuador: sentimientos y ensamblajes</p> <p>Cristina Rosero Quelal y María Rosa Cevallos. Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social, publicado en el texto "Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes</p> | <p>Países de Suramérica: Brasil, seguido de Argentina, México, Uruguay, Perú, Chile, Colombia y Ecuador</p> <p>Año destacan los estudios: 2011-2013</p> |

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Carta de solicitud de autorización para su participación y apoyo en el estudio (ver Solicitud de autorización institucional)

CARTA DE SOLICITUD PARA ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES

Dirigida a organizaciones sociales de defensa de derechos sexuales y reproductivos y centros de rehabilitación social.

Señor (a)

Representante legal

XXX

Ecuador

Como estudiante de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Antioquia-Colombia solicito autorización para que la institución que usted representa pueda brindar apoyo para la realización del trabajo de investigación sobre las “Trayectorias de cuidado de mujeres que deciden abortar en la provincia de Manabí- Ecuador”, cuyo objetivo es comprender las trayectorias de cuidado por las que transitan mujeres que deciden abortar en la provincia de Manabí, Ecuador, a partir de sus relatos biográficos.

Este trabajo se emprende por cuanto se considera que el aborto constituye un problema de gran impacto social, por la ilegalidad, estigma, criminalización y disputa por el derecho sobre el cuerpo que viven las mujeres en el Ecuador. Ante el problema social del aborto que se lleva a efecto en el país, es llamativo que no haya trabajos de investigación sobre la experiencia de abortar desde la disciplina de la enfermería lo que permite hacer interrogantes que serán respondidas en el desarrollo de este trabajo.

Por esto solicito la colaboración a esta institución para que de apertura al desarrollo de la investigación en el acceso a las potenciales participantes, bien sea las líderes de su organización, además de las propias mujeres que participan de sus actividades y que hayan tenido una experiencia relacionada con el objetivo del estudio. La

participación de las mujeres y líderes será de manera libre y voluntaria y para ello se harán reuniones amplias informativas en los lugares que ustedes consideren, para ampliar detalles sobre el proyecto de investigación, de tal forma que puedan tomar una decisión informada para su participación.

El estudio tendrá una duración de dos años y la información será recogida en momento y lugar concertado con las personas, a través de entrevistas cuya duración oscilará entre 1 y 1.5 horas. En caso de necesidad, se hará una estancia institucional para la producción de los datos.

No se compensará monetariamente a la institución, ni a los potenciales participantes, pero tampoco se generarán gastos que afecten económicamente a las mujeres, líderes e institución, por cuanto los gastos serán de responsabilidad de la investigadora.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo, ya que las conversaciones pueden traer a la memoria de las participantes el sufrimiento emocional con el acceso a la condición de ilegalidad de la práctica del aborto, originando una posible afectación emocional que puede surgir si se revictimiza a las mujeres en el relato de su experiencia. Adicionalmente puede presentarse un riesgo de tipo social, debido al estigma y juzgamiento, y un riesgo de tipo jurídico, por la situación de ilegalidad.

Entre las estrategias para reducir el riesgo, solicito contar con los apoyos psicojurídicos de su organización, para los casos que requieran de un apoyo especial. En los casos en que se presenten situaciones de malestar emocional leves, que puedan ser manejadas por la investigadora desde su formación como enfermera, se tendrán en cuenta estrategias como la escucha atenta y la interrupción de la entrevista, cuando se considere necesario.

Para maximizar los beneficios se tiene prevista la devolución de resultados a los grupos de mujeres participantes, a su institución u organización, además de agrupaciones de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que participen o no del proyecto y en espacios académicos de debate del tema.

Los derechos de autoría del estudio son de la investigadora y se concretará el uso de nombres propios de la institución, si así lo consideran. En caso contrario se mantendrá la confidencialidad de la misma.

La investigadora proporcionará información para ser contactada por las mujeres participantes, cuando ellas crean conveniente para tener acceso a las entrevistas. Se firmará el consentimiento informado entre ambas partes, la investigadora y las mujeres participantes otorgándoles a ellas el documento original y la copia para la investigadora.

Cualquier información adicional puede contactarme en el teléfono 0980174036 o al correo electrónico gina.alonsom@udea.edu.co

Cabe resaltar que esta investigación cuenta con el respaldo académico del Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia Medellín Colombia. Adicionalmente cuenta con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y el Comité de Ética de Investigación en seres humanos de la Universidad San Francisco de Quito- Ecuador.

Anexo 3. Ficha de datos sociodemográficos

| FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | |
|---|--|
| Edad: | Tipo de unión conyugal: |
| Pertenencia étnica: | Ocupación: |
| Independencia económica | SI NO |
| Máximo nivel de Escolaridad obtenido: Primaria_____ Secundaria_____ Técnico/Tecnológico Universitario____ Ninguna _____ En caso de técnico o tecnológico universitario, en que área del conocimiento: Ciencias de la salud _____ Ciencias sociales, humanas y artes _____ Ciencias administrativas y económicas _____ Ciencias exactas y naturales _____ | |
| Lugar de residencia (Cantón, barrio, ciudadela) Lugar de procedencia (Provincia, cantón, barrio) | |
| Área de vivienda: Urbana _____ Rural _____ | Características del grupo conviviente: Con esposo, esposa Familia nuclear Familia biparental sin hijos Familia monoparental Familia monoparental Familia extensa o consanguínea Familia ensamblada Familia compuesta o reconstituida Familia adoptiva Familia sin vinculo Padres y/o familia de origen Con solo la pareja |

| | |
|--|--|
| | Con familia nuclear propia Con hijos/hijas Con hijos/hijas/nietos Con grupo no consanguíneo |
| Historia obstétrica Edad de la menarca Edad de inicio de relaciones sexuales Numero embarazos Número Partos Número cesáreas Número abortos Número de hijos vivos Métodos de PF que ha usado: todos los métodos | |
| Religión a la que pertenece: Católica_____ evangélica_____ Mormona_____ Ninguna _____ Otra_____ | |
| Pertenece a algún grupo o asociación relacionada con la defensa de los derechos de las mujeres: SI----- No----- Nombre de la organización Desde hace cuánto (en años): Rol en la organización: Simpatizante ----- Participante activa ----- Líder ----- | |

Anexo 4. Guía de entrevista a líderes e informantes clave

Guía de entrevista semiestructurada para líderes y actores claves

Temas de entrevista

- 1.- El cuerpo de las mujeres en Ecuador: problemas y desafíos
- 2.- Decisiones frente a la maternidad y el aborto de las mujeres en Ecuador
- 3.- Redes de apoyo y estrategias emprendidas por las mujeres
- 4.- Los aportes de las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres en Ecuador y Manabí
- 5.-El papel del Estado y la política pública ecuatoriana
- 6.-Imaginarios sociales sobre el aborto: estigmas, prejuicios y criminalización (lo que se cree, lo que se sostiene, lo que se pone a través de los medios)

Anexo 5. Consentimiento informado para mujeres participantes

Transitar el laberinto: Trayectorias de cuidado entre mujeres que deciden abortar en el Ecuador

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES

El trabajo de investigación sobre las trayectorias de cuidado en mujeres que deciden abortar en Manabí, Ecuador es motivado porque la temática del aborto ha generado discusiones importantes alrededor de los derechos y del cuidado de la salud sexual y reproductiva. Incluso en el Parlamento de Ecuador se rechazó la reforma legislativa cuyo objetivo era permitir el aborto en casos de violación, convirtiéndose este en un problema de gran impacto por el contexto social, de ilegalidad, estigma, criminalización y disputa por el derecho que tienen las mujeres a decidir sobre su cuerpo. Los problemas sociales relacionados, hacen necesario que se emprendan trabajos de investigación sobre la experiencia de abortar desde la propia voz de las mujeres, para que sean reconocidas sus experiencias y vivencias.

Es por ello que la estamos invitando a participar para que nos cuenten a través de conversaciones (entrevistas), cual ha sido su experiencia al respecto.

Esperamos que pueda participar hasta el final de la investigación, si usted así lo decide, teniendo en cuenta que esto no implica ninguna compensación monetaria, pero que tampoco se le afectara económicamente.

La investigación se considera de riesgo mínimo, ya que las conversaciones pueden traer a su memoria alguna situación de molestia emocional, y también estamos conscientes del riesgo de tipo social debido al estigma y juzgamiento, y un riesgo de tipo jurídico, por la situación de ilegalidad que tiene en el Ecuador.

Entre las estrategias para reducir el riesgo, contaremos con los apoyos psicojurídicos de las organizaciones que las respaldan, para los casos que requieran de un apoyo especial. En los casos en que se presenten situaciones de malestar emocional leves, que puedan ser manejadas por la investigadora desde su formación como enfermera, se tendrán en cuenta estrategias como la escucha atenta y la interrupción de la entrevista, cuando se considere necesario.

Para maximizar los beneficios se tiene prevista la devolución de resultados a los grupos de mujeres participantes, a su institución u organización, además de agrupaciones de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que participen o no del proyecto y en espacios académicos de debate del tema.

Las mujeres participantes se beneficiarán porque serán escuchadas, se conocerán los significados de la experiencia de abortar, a través de sus relatos permitirán que otras mujeres conozcan y compartan sus historias desde otra mirada, creándose redes de apoyo con los movimientos sociales de defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Adicionalmente con el trabajo la sociedad ecuatoriana conocerá la realidad del contexto alrededor de la mujer que decide abortar esperando la sensibilización y empatía a través de los resultados que se obtengan. Para la disciplina de enfermería será un aporte al desarrollo de la ciencia conduciendo a nuevas perspectivas para el desenvolvimiento del profesional de enfermería dando lugar a que las mujeres-enfermeras se empoderen y lideren grupos para hacer frente a las injusticias sociales, como una manera dinámica de brindar el cuidado de enfermería desde otra visión.

Las mujeres participantes contarán sus relatos de manera libre y voluntaria sin que la investigadora ejerza presión para obtener información. Pudiendo retirarse en el momento que desee. Se garantizará la confidencialidad manteniendo el anonimato de quienes narren sus trayectorias, se guardará la información bajo reserva y solo tendrán acceso a ella personas autorizadas tales como la investigadora y la tutora de tesis. Si las mujeres participantes solicitan información a la investigadora sobre el proceso de la investigación se dará sin oposición alguna, la cual puede ser obtenida en el teléfono 0980174036 o al correo electrónico gina.alonsom@udea.edu.co.

Si usted acepta participar en esta investigación, por favor firme abajo (no necesita colocar su número de cédula). De igual forma yo también firmaré.

Manabí, _____

Firma Participante

Firma investigador

Firma Testigo

Firma Testigo

Anexo 6. Consentimiento informado para líderes e informantes clave

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS LIDERES

El siguiente trabajo de investigación sobre las trayectorias de cuidado en mujeres que deciden abortar en Ecuador, se lo realiza por ser el aborto un problema de gran impacto por el contexto social, de ilegalidad, estigma, criminalización y disputa por el derecho sobre el cuerpo para la reproducción. Ante el problema social en que se lleva a efecto el aborto es llamativo que no hay trabajos de investigación sobre la experiencia de abortar desde la disciplina de la enfermería lo que permite hacer interrogantes que serán respondidas en el desarrollo de este trabajo.

Se hará una pasantía institucional en la que se realizarán entrevistas a las líderes, las mismas que darán información sobre las posibles participantes, la cooperación de las líderes será libre y voluntaria, bajo ningún concepto se las compensará monetariamente, así mismo no se las afectará económicamente, por cuanto los gastos que se generen serán de responsabilidad de la investigadora.

El riesgo de la investigación para los líderes participantes es considerado mínimo y guarda relación con la ilegalidad en que se desarrolla el contexto del aborto y de carácter social por el juzgamiento y la estigmatización.

Las líderes de movimientos sociales se beneficiarán porque se les proporcionará información de los resultados, los mismos que servirán para dar apoyo y acompañamiento a las mujeres; en ese sentido las relaciones de estas agrupaciones se fortalecerán. La sociedad ecuatoriana conocerá la realidad del contexto alrededor de la mujer que decide abortar esperando la sensibilización y empatía de la gente a través de los resultados que se obtengan. Para la disciplina de enfermería será un aporte al desarrollo de la ciencia conduciendo a nuevas perspectivas para el desenvolvimiento del profesional de enfermería dando lugar a que las mujeres-enfermeras se empoderen y lideren grupos para hacer frente a las injusticias sociales, como una manera dinámica de brindar el cuidado de enfermería desde otra visión.

Se garantizará la información manteniendo el anonimato de quienes den información sobre las trayectorias de las mujeres, se guardará la información bajo reserva y solo tendrán acceso a ella personas autorizadas. La investigadora proporcionará información para ser contactada por las líderes de las organizaciones sociales que consideren necesario ampliar información sobre el proyecto, en el teléfono 0980174036. Al correo electrónico gina.alonsom@udea.edu.co.

Si usted acepta participar en esta investigación, por favor firme abajo (no necesita colocar su número de cédula). De igual forma yo también firmaré.

Ecuador, _____

Firma Lideres

Firma investigador

Firma Testigo

Firma Testigo