

# EL ESTIGMA EN TORNO AL ABORTO EN EL MUNDO:

Síntesis de la literatura cualitativa

**inroads**

Red Internacional por la Reducción  
de la Discriminación y el Estigma  
con relación al Aborto



# El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa



Cita sugerida:

LeTourneau, K. (2016). El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa. Un informe técnico para integrantes de la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto (inroads). Chapel Hill, NC: inroads.

© Ipas 2016

ISBN: 1-933095-93-8



# Índice

Antecedentes.....	01
Métodos.....	05
Resultados.....	06
Síntesis.....	07
Individual.....	08
Comunitario.....	10
Institucional.....	12
Jurídico.....	14
Medios de comunicación y cultura.....	16
El estigma en un nivel puede influir en cómo éste se manifiesta en otros niveles.....	17
Discusión.....	22
Referencias.....	25
Tabla 1: Estudios cualitativos incluidos.....	29

**Agradecimientos:** La autora desea expresar su agradecimiento a todos los integrantes de inroads y a los otros investigadores que han contribuido a la literatura publicada que creó el conjunto de obras para la realización de esta síntesis. También agradece la revisión cuidadosa de Katie Gillum, coorganizadora de inroads, Leila Hessini, integrante del Comité Directivo de inroads (Ipas, organización anfitriona de inroads), y la integrante de inroads Kristen Shellenberg (Ipas). Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de las reseñas literarias contribuidas por las bibliotecarias de Ipas, Allison Long y Alli Buehler, ni sin los análisis iniciales realizados por Alice Drozdiak, pasante de inroads 2015.



# Antecedentes

El estigma desprestigia a las personas, las comunidades y las instituciones y las caracteriza de inferiores. (Goffman, 1963). El estigma es uno de los contribuyentes principales a la marginación social, médica y jurídica del aborto a nivel mundial. En todo el mundo, las mujeres no tienen derecho a tomar esta decisión de importancia crucial que transforma la vida: llevar el embarazo a término o no llevarlo a término. A pesar de que el aborto es una experiencia muy común entre las mujeres durante su vida reproductiva, el estigma persiste y el aborto se sigue viendo como algo malo o anormal. Encontramos que en todos los diferentes contextos geográficos y culturales, las causas fundamentales más comunes de la estigmatización del aborto están vinculadas al género, la sexualidad y la maternidad. El estigma se manifiesta de diferentes maneras entre diferentes personas, según el contexto cultural y el acceso al poder o al privilegio. El aborto sigue siendo constantemente un tema polémico en países y regiones tan diferentes entre sí como Nicaragua, Estados Unidos, Kenia, México y el Caribe. El estigma puede afectar cómo y dónde las mujeres buscan servicios de aborto. Se ha demostrado que contribuye a que los prestadores de servicios de salud no estén dispuestos a prestar los servicios o que influye en cómo y dónde estos se prestan. (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009). En esencia, la estigmatización del aborto y la consiguiente atención deficiente, la pérdida de posición de la mujer, y la discriminación violan los derechos humanos más fundamentales de la mujer, incluido el derecho a no ser objeto de discriminación por razones de género, el derecho a la privacidad y el derecho al más alto nivel posible de salud (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2012).

En respuesta a la constante estigmatización del aborto y su efecto en todos los aspectos de nuestra esfera social, vida política y salud, la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto (inroads) se formó en 2014 con el objeto específico de fomentar la cooperación y la coordinación entre las personas que se dedican a entender, mitigar y, finalmente, dismantelar el estigma y la discriminación en torno al aborto. El presente informe ofrece una base para los conceptos fundamentales del estigma del aborto y de la literatura cualitativa en todo el mundo, que estudia las formas en que se manifiesta el estigma con relación al aborto.

## *Cómo entender el estigma del aborto*

En 2009, Kumar, Hessini y Mitchell proponen la siguiente definición del estigma del aborto:

“Una cualidad negativa atribuida a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo, la cual las categoriza, ya sea interna o externamente, como inferiores al ideal de la femineidad”.

Partiendo de esta definición en 2013, Cockrill, et al., reconocen el papel que desempeña el estigma en los prestadores de servicios de aborto, los sistemas de salud, las comunidades, las leyes y las políticas y los medios de comunicación. Las autoras definen el estigma del aborto de la siguiente manera:

“Un entendimiento acorde de que el aborto es inmoral y/o socialmente inaceptable”.

En los esfuerzos por conceptualizar el estigma en general, Link y Phelan (2001) ofrecen un modelo de cuatro elementos para describir el proceso social del estigma, el cual puede aplicarse al estigma del aborto. Estas etapas pueden describirse más o menos como calificar, crear estereotipos, separación y discriminación. En lo que respecta al aborto, este proceso social no jerárquico y circular incluye (Shellenberg et al., 2011):

- **Calificar (Etiquetar):** El aborto se ve como un acontecimiento anormal. A las mujeres que tienen abortos y a los prestadores que ofrecen los servicios de aborto se les califica de inescrupulosos. Tras estas ideas se encuentra una simplificación excesiva de la interrupción del embarazo. Calificar de anormal al aborto y a las personas asociadas con el mismo oculta cuán frecuente y común éste es.
- **Crear estereotipos:** A las mujeres que se someten al aborto se les asocia con cualidades negativas tales como ser promiscuas, descuidadas, egoístas, o no tener compasión por la vida humana. A los prestadores de servicios de aborto se les asocia con el estereotipo de ser fríos, no tener sentimientos y estar motivados por la codicia o el dinero.
- **Separación:** A las mujeres y a los prestadores de servicios se les pone en una categoría separada, creando una falsa dicotomía entre “nosotros” contra “ellos”.

Esta separación sirve para avergonzar a las personas marcadas por el estigma del aborto. El silencio y el temor a la exclusión perpetúan esta separación y la participación en los estereotipos.

- **Discriminación:** Este proceso social del estigma lleva a la discriminación patente o a la pérdida de estatus de la mujer y de los proveedores.

Partiendo del conocimiento de cómo funciona el estigma en otros campos, tal como con el VIH y SIDA y la salud mental, un grupo de expertos de las esferas jurídica, de atención a la salud, ciencias sociales y organización comunitaria promovieron un modelo ecológico (ver gráfico 1) del estigma del aborto en el que se ilustran los múltiples niveles en que éste se manifiesta. (Hessini, 2014). Este marco reconoce que el estigma se manifiesta de diferentes maneras en los diferentes contextos geográficos y culturales. Es con este modelo que, en este informe, estudiamos la literatura cualitativa en torno al aborto.

**Gráfico 1:** Modelo ecológico del estigma del aborto





El nivel **individual** del estigma es la experiencia (internalizada, percibida y real) del estigma por parte de las personas. Las mujeres que tienen abortos, las personas que apoyan a esas mujeres y las personas que prestan servicios de aborto, todas ellas pueden sentir el nivel individual del estigma.



El estigma a nivel **comunitario** se refiere a las normas sociales y culturales, a las actitudes y comportamientos en torno al aborto (mujeres y prestadores de servicios) que existen en las comunidades.



El estigma a nivel **institucional** se refiere a cómo las políticas y las prácticas de las unidades de salud, las sociedades de profesionales y las instituciones de educación médica pueden ejercer influencia en la marginación del aborto y en quienes prestan servicios de aborto.



El estigma a nivel **jurídico** incluye cómo los obstáculos que impiden el acceso a la salud reproductiva y el aborto se convierten en leyes, y cómo los elaboradores de políticas y las instituciones interpretan esas leyes de manera discriminatoria.



El estigma a nivel **cultural** y de los **medios de comunicación** incluye cómo se representa en los medios de comunicación la atención del aborto, los prestadores de servicios y las mujeres que tienen abortos; cómo se les refiere en el discurso dominante, o cómo se les hace visibles o invisibles en la cultura popular.

# Métodos

**Estrategia de búsqueda.** Desde diciembre de 2014 a junio de 2015 se llevó a cabo una serie de búsquedas electrónicas y manuales para obtener literatura cualitativa y cuantitativa en relación con el estigma del aborto. Las bibliotecarias de Ipas, la organización anfitriona de inroads, realizó una búsqueda de artículos en revistas arbitradas (utilizando PubMed, Global Health, Web of Science, Academic Search Premier, PsychINFO, estudios de mujeres y bases de datos de jurisprudencia) publicados en 2005 y posteriormente con las palabras “aborto” y “estigma” en el título, en el resumen o en el tema del encabezado. El personal de inroads examinó todos los resultados para determinar su importancia.

**Revisión.** El proceso de inclusión pasó por tres etapas de revisión: el título y la revisión del resumen para determinar una inclusión clara, la revisión completa del documento para identificar la aplicabilidad de los objetivos de esta síntesis, y la revisión metodológica para determinar su aplicabilidad a los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión fueron: 1) las metodologías cualitativas utilizadas; 2) que hayan sido publicados en 2005 o posteriormente; 3) las conclusiones temáticas señaladas acerca del estigma del aborto.

**Análisis.** A fin de realizar esta síntesis para los integrantes de inroads, nos centramos en las siguientes características del estudio:

- Ubicación geográfica del estudio
- Niveles del estigma del aborto y cómo éste se manifiesta en los niveles individual, comunitario, institucional, jurídico, o de los medios de comunicación/cultural y a lo largo y ancho de los mismos.
- Formas en que las personas que buscan servicios de aborto, o que apoyan o prestan estos servicios, navegan la experiencia del estigma.

# Resultados

## Identificación, investigación e idoneidad

La búsqueda de literatura produjo 81 artículos. Treinta y ocho de estos se excluyeron de esta síntesis cualitativa debido a que solo señalaban conclusiones cuantitativas o eran comentarios o análisis de políticas. En total, se incluyeron 43 estudios: 38 estudios cualitativos y cinco estudios de metodologías mixtas (ver apéndice para obtener una lista completa de los estudios incluidos). Los métodos cualitativos fueron: entrevistas a profundidad, grupos focales, análisis del discurso, observaciones de campo y análisis narrativo.<sup>1</sup>

## Características del estudio

Las ubicaciones de los artículos incluidos fueron representativas de diversas regiones geográficas; la mayoría de los estudios fueron realizados en África y Norteamérica (Gráfico 2). Varios de los estudios incluyeron análisis llevados a cabo en diversos países, tales como:

- **África:** Burkina Faso (2), Etiopía (2), Ghana (4), Kenia (2), Malawi (1), Nigeria (2), Sudáfrica (3), Uganda (1), Zambia (1)
- **Asia:** Bangladesh (1), China (1), India (1), Irán (1), Nepal (1), Pakistán (1), Filipinas (1)
- **Europa:** El Reino Unido (3)
- **América Latina y el Caribe:** Bolivia (1), México (2), noroeste del Caribe, incluidas Anguilla, Antigua, San Kitts, San Martín y Sint Maarten (1), Perú (2)
- **Norteamérica:** Canadá (1), Estados Unidos (13)

Gráfico 2: Distribución de los estudios



<sup>1</sup> Los investigadores examinaron las transcripciones para los temas con entrevistas a profundidad y grupos focales. Observaron a médicos y trabajadores de salud, tomaron notas de las observaciones y analizaron las mismas. Los análisis del discurso incluyeron análisis de declaraciones y temas acerca del aborto en los medios de comunicación y en las enseñanzas religiosas y folclóricas, etc. El análisis narrativo es un enfoque específico que utiliza el texto (jurídico, artículos, de los medios de comunicación, etc.) como la unidad de análisis para determinar el significado. Ver un análisis más detallado sobre los métodos de medición del estigma del aborto en Cockrill, et al. 2013.

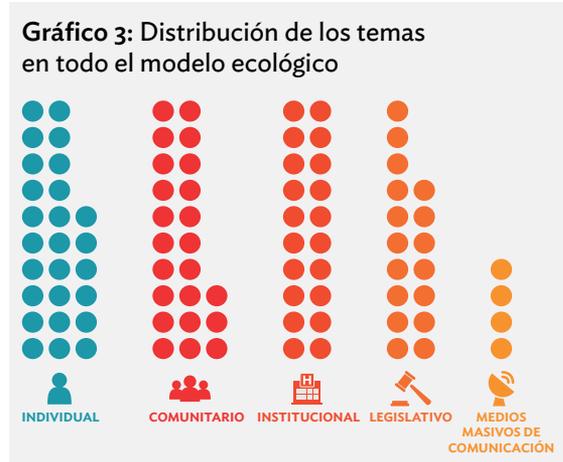
Para asegurarnos de que comprendemos cómo el estigma se manifiesta en los múltiples niveles, los estudios se codificaron según el nivel del modelo ecológico a que correspondían los temas principales.

La mayoría de los estudios identificaron temas que abordaban múltiples niveles. En los estudios incluidos, los niveles individual, institucional, comunitario y jurídico se encontraban representados de manera bastante uniforme. Hubo menos estudios que identificaban temas al nivel de los medios de comunicación (Gráfico 3).

Los estudios incluidos se enfocaban en diversas poblaciones. No solo las mujeres que buscan un aborto son objeto del estigma, sino también las personas y los sistemas de salud que prestan los servicios de aborto.

En general, las poblaciones estudiadas pueden clasificarse en tres grupos principales:

- Las mujeres que han vivido la experiencia de un aborto (que han tenido un aborto, que intentaron pero fueron rechazadas por algún motivo, o que buscaron atención postaborto): 17 estudios
- Profesionales que intervienen en la prestación de servicios de aborto: 12 estudios
- Miembros comunitarios en general: 11 estudios



## Síntesis

A fin de tener la certeza de que se entiende plenamente cómo se manifiesta el aborto en todos los niveles del modelo ecológico, primero presentamos las conclusiones de cada uno de los niveles: individual, comunitario, institucional, jurídico y de los medios de comunicación. Luego analizamos la manera en que el estigma en algunos niveles puede afectar las manifestaciones del estigma en otros niveles y, por último, analizamos las intersecciones del estigma del aborto con otras características estigmatizadas — en específico la condición de VIH y la sexualidad de las mujeres jóvenes.

## Individual

**El secreto y el aislamiento.** Entre las mujeres que habían tenido abortos, las experiencias de vivir con el secreto y el aislamiento era algo común en los diferentes contextos culturales. En diversos países de África, Asia y América Latina (Perú, México, Pakistán, Nigeria, Kenia, Ghana y Etiopía), los investigadores hallaron que las mujeres guardaban deliberadamente en secreto la toma de decisiones y las experiencias vividas con el aborto, sin compartirlo con sus pares, familias o parejas por temor a perjudicar su reputación. El secretismo es una estrategia que usan las mujeres para evadir las consecuencias sociales de que sus pares y la comunidad se enteren de sus abortos. (Izugbara, Otsola y Ezeh, 2009; Kebede, Hilden y Middelfthon, 2012; Tagoe-Darko, 2013)

“Las que lo hacen saben por qué lo hacen, pero las personas que no lo apoyan dirían muchas cosas malas de ellas. Por lo tanto, las mujeres lo hacen en secreto” — Mujer rural de edad avanzada, Kenia

Otros investigadores también hallaron que el estigma del aborto afecta el hecho de que las mujeres de los países desarrollados revelen o no revelen las experiencias vividas con respecto al aborto. En Estados Unidos y el Reino Unido, las mujeres también indicaron guardar en secreto sus experiencias con el aborto por temor a ser juzgadas. (Astbury-Ward, 2015; Cockrill y Nack, 2013; Weitz y Cockrill, 2010) Dicho secretismo y aislamiento social pueden alejar aun más a las mujeres del apoyo social y emocional que necesitan y exacerbar los sentimientos de culpa y vergüenza. Esto también puede coadyuvar a la paradoja de que algo tan común como el aborto se vea como algo tan raro y anormal. (Kumar et al., 2009).

Quienes prestan servicios también cuidan de cómo y cuándo revelar que practican abortos (Freedman, Landy, Darney y Steinauer, 2010; Harris, Martin, Debbink y Hassinger, 2013). En Estados Unidos, por temor a la violencia y a las amenazas a las relaciones profesionales, los médicos ocultan o disminuyen su trabajo como prestadores de servicios de aborto. Harris y sus colegas sostienen que esto crea una “paradoja de legitimidad”:

“El ciclo de la paradoja de legitimidad funciona de la siguiente manera: cuando los médicos prestadores de servicios de aborto no revelan el trabajo que realizan en su práctica diaria, su silencio crea la impresión de que practicar el aborto es inusual, atípico y sin normativas (o que como mínimo,

al no revelarse, permite que las personas creen que nadie que conocen presta servicios de aborto). La práctica del aborto llega a verse como algo anormal y no como el tipo de trabajo que tendría un/a vecino/a, amigo/a o colega. Así se perpetúa el estereotipo social de que un médico corriente y legítimo no practica el aborto. Este estereotipo contribuye a la marginación de quienes prestan servicios de aborto, tanto dentro del campo de la medicina como fuera de éste, y a que los prestadores de servicios de aborto sean objeto de acoso y de legislación restrictiva. Con razón llegan a temer la estigmatización y acoso que coadyuvan a la reticencia de revelar la práctica del aborto; por tanto, el ciclo continúa”.

**Culpa y vergüenza.** Algunos estudios en una gran variedad de regiones y culturas han hallado que las mujeres indican sentir culpa y vergüenza por tener abortos, lo cual generalmente era expresado en el contexto de la religión. (Chiappetta-Swanson, 2005; Gipson, Hirz y Avila, 2011; Hosseini-Chavoshi, Abbasi-Shavazi, Glazebrook y McDonald, 2012; Palomino et al., 2011; Shellenberg et al., 2011; Sorhaindo et al., 2014) En muchos países, las fuerzas religiosas tienen poder político y cultural, y definen el discurso que determina cómo las personas entienden el aborto. En algunos estudios, las participantes que indicaron tener sentimientos de culpa y vergüenza, rara vez vincularon esos sentimientos con un estigma “declarado” o discriminación. En vez, los sentimientos de culpa estaban vinculados con sus convicciones de que el aborto es un pecado (o de que otros las juzgarían por haber pecado en los ojos de Dios). (Palomino et al., 2011; Shellenberg et al., 2011)

Algunas mujeres que han internalizado estereotipos negativos acerca de las mujeres que tienen abortos estigmatizan a otras mujeres evocando imágenes de las otras como irresponsables, inescrupulosas o promiscuas para alejarse de sus sentimientos de culpa o vergüenza. Al juzgar a otras mujeres que tienen abortos, crean distancia para ver su propia experiencia positivamente. (Nickerson, Manski y Dennis, 2014)

“Si estás hablando de la persona que habitualmente usa el aborto como método anticonceptivo, eso es una cosa, pero si te refieres a una persona que en una sola ocasión, como la mía, nunca tuvo un aborto de nuevo” — Estados Unidos, mujer de 33 años de edad

Sin embargo, la culpa y la vergüenza no guardan relación con el arrepentimiento. Si bien algunas mujeres expresan sentir vergüenza, todavía se mantienen firmes en que el aborto fue lo más acertado.

## Comunitario

**El carácter central de la maternidad.** Todas las normas sociales de la comunidad acerca de la maternidad y el papel de la mujer, acerca de la atención centrada en el feto y el valor del mismo, acerca de la sexualidad de la mujer, influyen en el estigma de que son objeto las mujeres que tienen abortos y los prestadores de servicios de aborto. Donde las normativas comunitarias se centran en que el papel de la mujer es, primero que nada, ser madre, es posible que el estigma en torno al aborto tenga origen en la vergüenza que implica desviarse de ese papel. En México, Perú, Burkina Faso, Bangladesh y Nepal, la importancia de la maternidad surgió como un factor influyente que fomenta el estigma. (Hill y Kirkwood, 2009; Payne et al., 2013; Shellenberg et al., 2011; Sorhaindo et al., 2014; Tagoe-Darko, 2013)

**La sexualidad femenina.** Las normas sociales y de la comunidad con respecto a la sexualidad de la mujer ocupan un lugar central en el estigma en torno al aborto. En muchos lugares existe un fuerte estigma que recae en las relaciones sexuales fuera del matrimonio. En estos casos, el temor al embarazo que sirve de prueba de haber participado en actividades sexuales sancionadas podría abrumar los obstáculos y el estigma que se interponen al acceso al aborto: el aborto puede que sea malo, pero un embarazo a destiempo es peor. (Dahlback, Maimbolwa, Kasonka, Bergstrom y Ransjo-Arvidson, 2007; Hill y Kirkwood, 2009; Kebede et al., 2012; Omo-Aghoja et al., 2009; Rossier, 2007; Shellenberg et al., 2011) Sin embargo, en otros lugares, independientemente de cuánto se estigmaticen las relaciones sexuales extramatrimoniales y el embarazo no deseado, el aborto representa una transgresión más seria. (Gipson et al., 2011)

“Aun cuando la gente habla de ti por no tener esposo, como una pinaangkan (quien tiene un hijo/hija sin un esposo), no importa con tal de que no abortes... Aun cuando no tienes esposo, ese ya es un bebé en tu vientre. Si tienes un aborto, ya te han comido los gusanos aunque todavía estés viva” — Filipinas, mujer de 23 años

**Actitudes de la comunidad hacia las mujeres que tienen abortos:** Calificar y crear estereotipos. Debido a las violaciones de las normas en torno al papel de la mujer como madre y en torno a la sexualidad sancionada por la sociedad, se les ponen calificativos y estereotipos a las mujeres que tienen abortos. Las presiones sociales han creado varios calificativos negativos que se aplican a las mujeres que tienen abortos: tal como estar asociadas con el comercio sexual, ser mujeres callejeras

o egoístas y merecedoras de su futura desgracia. (Bhandari, Mo Hom, Rashid y Theobald, 2008; Gipson et al., 2011; Levandowski et al., 2012; Palomino et al., 2011; Shellenberg et al., 2011)

“[La gente piensa que] solamente las mujeres “fáciles” [baraali- yera hideki aaimaai] tienen abortos. Por lo tanto la gente no lo considera bueno” — Nepal, mujer de 30 años

**Consecuencias percibidas del aborto.** En algunos de los estudios, las encuestadas enmarcaron cualquier desgracia subsiguiente como los resultados negativos percibidos que se atribuyen a tener un aborto. En Irán, la desgracia después de un aborto se considera como un castigo por cometer ese pecado, y se atribuye a haber tenido un aborto. (Hosseini-Chavoshi et al., 2012) En México, Pakistán, Malawi y Nepal, el aborto se consideraba una amenaza a la fertilidad futura. (Bhandari et al., 2008; Levandowski et al., 2012; Shellenberg et al., 2011)

“Si una mujer va por un aborto, no verá la cara de [es decir, no dará luz a] un hijo en los próximos siete nacimientos” — Nepal, mujer de 45 años de edad

La vergüenza y el estigma del aborto se consideran contagiosos en Zambia, Pakistán y Malawi. En Malawi, algunas personas creen que los hombres que tienen relaciones sexuales con una mujer que ha tenido un aborto morirán (Levandowski et al., 2012) En Pakistán, algunos creen que una mujer que ha tenido un aborto puede lograr que las personas a su alrededor se enfermen. (Shellenberg et al., 2011).

“Si una mujer decide tener un aborto, la gente trata de evitarla porque creen que está poseída y eso puede afectar a los niños y a otras mujeres, y no visitan la casa de esa mujer por un tiempo; ni siquiera quieren pasar cerca de su casa ya que creen que se debilitarán o enfermarán si hablan acerca de ella” — Pakistán, participante de un grupo focal

**Consecuencias del aborto accionadas por la comunidad.** Las consecuencias percibidas de un aborto pueden estar vinculadas a consecuencias muy reales. En muchos lugares, las mujeres pueden verse rechazadas por buscar o tener un aborto, perpetuándose aún más el secreto y aislamiento de las mujeres. En Ghana a las mujeres jóvenes se les puede echar de su casa. (Tagoe-Darko, 2013) En una pequeña isla caribeña, los prestadores de servicios señalaron que “si su iglesia se

entera que han tenido un aborto, serán expulsadas de la iglesia”. (Gipson et al., 2011). Dos ejemplos de México y los Estados Unidos se asemejan el uno al otro:

“En realidad, perdí a una buena amiga debido a esta situación porque ella está tan en contra del aborto. Sin darse cuenta de la intensidad de su opinión acerca de la situación, me dio la espalda y dijo: “No te tengo respeto por lo que estás tratando de hacer” — Estados Unidos (Cockrill y Nack, 2013)

“Una amiga nuestra ..., se volvió en contra nuestra cuando...ella era nueva en el club cuando esto acababa de suceder, cuando se enteró de que casi todas nosotras lo habíamos hecho [tenido un aborto]. Dijo que éramos malas, zorras, que no valorábamos la vida, que ni siquiera sabíamos lo que estábamos perdiendo y que ella era muy, muy religiosa. Luego dijo que Dios nos castigaría” — México (Sorhaindo et al., 2014)

**Actitudes comunitarias hacia los prestadores de servicios de aborto:** Calificar y crear estereotipos. Tal como hemos visto con las mujeres, a los prestadores de servicios de aborto también se les ponen calificativos y se crean estereotipos. En Ghana y Kenia, algunas personas consideran que los prestadores de servicios de aborto están motivados por el dinero y la codicia. (Izugbara et al., 2009; L. Martin, Debbink, Hassinger y Harris, 2011; Payne et al., 2013)

## Institucional

**Barreras que se interponen a la prestación de servicios de aborto.** Antes de tratar cómo el estigma influye en la manera en que se prestan los servicios de aborto, es importante señalar la multitud de obstáculos que se han instituido para desvincular la atención del aborto de la atención básica a la salud. Por ejemplo, en Estados Unidos existen políticas institucionales y prohibiciones para ofrecer servicios de aborto. Incluso las personas en estos sistemas que son partidarias del acceso al aborto podrían sentirse aliviadas de no tener que prestar estos servicios. “La jefa de mi departamento me dijo, ‘Creo que todos estamos simplemente muy aliviados de no tener que preocuparnos por esto nosotros mismos’ ... y en realidad ella es partidaria del aborto, pero como jefa se sintió aliviada de no tener que lidiar con ... quién iba a tener que realizar los [abortos], quién no lo iba a hacer, y si en el departamento todos tenían que estar de acuerdo con la prestación de los servicios”. (Freedman et al., 2010) En Etiopía, las alumnas obstetricas indican que el estigma

de base religiosa en torno al aborto es una barrera que se interpone incluso para llegar a ser prestadores de servicios de aborto (Holcombe, Berhe y Cherie, 2015) La falta de acceso a la capacitación también representa una verdadera barrera para aquellas personas que desean prestar estos servicios, al igual que para quienes ya prestan servicios de aborto. En Canadá, por ejemplo, la falta de capacitación y procedimientos estandarizados es parte de la carencia de un verdadero apoyo institucional para las enfermeras que practican la interrupción del embarazo a causa de anomalías fetales. (Chiappetta-Swanson, 2005)

**El estigma del aborto y la calidad de la atención.** El estigma del aborto puede vincularse con una calidad de atención deficiente tanto por medio de barreras institucionales tales como la capacitación y las políticas y procedimientos obstruccionistas, como por medio de las actitudes y convicciones estigmatizantes individuales de las y los profesionales de la salud. A continuación se exponen algunos ejemplos:

- “Existía poco apoyo del aborto por parte del personal médico. Las enfermeras le gritaron duramente y le dijeron que ella no era el tipo de persona que asistía a la gente a matar niños inocentes” — Ghana, mujer de 20 años (Chiappetta-Swanson, 2005)
- En Ghana, las opiniones de las enfermeras sobre el aborto son una barrera significativa para poder ofrecer una atención de alta calidad. Algunas enfermeras se niegan a preparar el carrito con el instrumental quirúrgico. (Payne et al., 2013)
- En Malawi, es posible que a las pacientes que buscan atención postaborto “las vean como si hubiesen hecho algo malo y las descuiden”. — Malawi, Enfermera obstetra (Levandowski et al., 2012)
- Los estudios en Sudáfrica encuentran una falta de coherencia en la calidad de atención. Una mujer informó acerca de la sorprendente “falta de atención que encontró inmediatamente después del postaborto, esperando que la lavasen y que se le atendiera el dolor y no que *“la echaran del cuarto porque lo necesitaban para otra gente”*, mientras que otras indicaron la preferencia de continuar con el prestador de servicios de aborto para la planificación familiar debido a la buena experiencia y alta calidad de la atención recibida. (Orner, De Bruyn, Harries y Cooper, 2010)
- En Bangladesh, los juicios emitidos por los prestadores de servicios con respecto

a las características de las usuarias conformó la calidad del servicio prestado. (Bhandari et al., 2008)

- En lugares en que las políticas institucionales son ambiguas, las y los profesionales de la salud pueden actuar como guardianes o porteros de la atención, ya sea estigmatizando y discriminando a las mujeres, o asegurando su acceso en un complicado entorno de políticas. (Gipson et al., 2011; Orner et al., 2011; Payne et al., 2013; Pheterson y Azize, 2005)

## Jurídico

**El aborto legal.** La despenalización del aborto y el acceso legal al mismo es la estrategia principal de los promotores y defensores del acceso al aborto sin estigmatización. Sin embargo, el aborto legal no es suficiente para garantizar la atención sin estigma, y la reforma legislativa puede llevar a un aumento en el activismo y retórica estigmatizantes. (Becker y Diaz-Olavarrieta, 2012) En algunos lugares en que el aborto está penalizado y conlleva un fuerte estigma social, es posible que tanto los prestadores de servicios como los defensores y promotores no apoyen los esfuerzos por despenalizarlo. Considérese el complejo entorno del noroeste del Caribe donde algunas de las islas tienen leyes de aborto más liberales y otras tienen un contexto legislativo más restrictivo. (Pheterson y Azize, 2005):

- En Sint Maarten, el aborto es ilegal pero se tolera: “Todos saben que se hace. Es un sistema de tolerancia institucional. El aborto seguro está disponible, también con ginecólogos en el hospital ... El Departamento de salud aquí está bien enterado de la situación pero no lo admiten. Les gusta mantener la situación ilegal porque entonces te pueden cazar. Si algo no va bien, pueden procesarte... es una situación tabú ... Pero no, no soy partidario de su legalización, eso representaría mayor control, mayores demoras. El sistema funciona bien tal y como es.” (Médico de práctica general)
- En Anguilla, donde la ley había sido liberalizada poco antes de llevarse a cabo esta investigación, el estigma todavía era un factor importante: “La intención tras el cambio en las leyes no fue abrir aquí el acceso al aborto para las mujeres. Se reconoció que existen ciertas circunstancias que podrían ser peligrosas para la madre ... La cultura de Anguilla no permitiría el aborto a petición propia. Es una sociedad cristiana. Las leyes de Gran Bretaña no son nuestras leyes”. (Fiscal General)

- San Martín se rige por las leyes francesas y el aborto está disponible en el hospital. Sin embargo, las mujeres buscan servicios de aborto en las islas vecinas o ilegalmente con médicos particulares para evitar el hospital y correr el riesgo de exponerse al conocimiento del público.

Entretanto, Sudáfrica exhibe una de las leyes más liberales de aborto en todo el mundo. Sin embargo, en la práctica, los investigadores observaron una proliferación de prestadores de servicios sin licencia que practican abiertamente. Además, los médicos del sector público están obligados a prestar los servicios. Muchos médicos invocan opciones de objeción de conciencia para evitar tener que prestar servicios de aborto. (Harries, Gerdtz, Momberg y Greene Foster, 2015) En Estados Unidos, un análisis de dictámenes jurídicos demuestra la existencia de estigma en la promulgación de leyes que separan los servicios de aborto de la corriente general de la medicina. (Abrams, 2013)

**Entornos jurídicos ambiguos.** La prestación de servicios de aborto en entornos donde las leyes y políticas que rigen el aborto no son claras o son ambiguas, pueden constituir una gran fuente de estrés y riesgos. Considérese el caso de Ghana, en que la ley indica primero que el aborto es ilegal, pero luego hace disposiciones para una variedad de excepciones de tal manera que en la práctica, es un marco jurídico liberal. Sin embargo, esta ambigüedad les da preocupación a los médicos en cuanto a multas y encarcelación por prestar servicios de aborto, que podría sostenerse no cumplen con esos criterios. (Payne et al., 2013)

“La ambigüedad de la ley es tanto una manifestación del estigma del aborto como un método por medio del cual se perpetúa dicho estigma. El código jurídico comienza con una prohibición clara; y solo después que esta prohibición se establece claramente se pueden enumerar las “circunstancias extenuantes” bajo las cuales se permite el aborto”. (L. Martin et al., 2011)

**Lugares donde el aborto está restringido.** En lugares donde el aborto está penalizado o restringido, las manifestaciones de estigmatización y discriminación podrían ser conspicuas. Las mujeres solo cuentan con opciones clandestinas a su disposición, y la seguridad que ofrecen esas opciones varía según el contexto y acceso a información y medicamentos de calidad. En algunos lugares, tal como en Burkina Faso, si bien hay proveedores dispuestos a ofrecer servicios, solamente los ofrecen a personas de las que ellos mismos puedan dar fe: “Se´cou no tenía los contactos necesarios, por ejemplo alguien en quien el enfermero confiase, que pudiera garantizar que Se´cou

guardaría silencio después, así que el enfermero no admitió que practicaba abortos”. (Rossier, 2007) En lugares como éste, las mujeres con recursos “van a clínicas particulares y se lo hacen los médicos y uno ni se entera’ mientras que ‘las muchachas y las mujeres que se mueren de abortos mal hechos son las que no tienen dinero ni van a los médicos correspondientes’”. (Izugbara et al., 2009) Liberalizar las leyes simplemente no es suficiente. También es de importancia crucial cambiar el contexto cultural donde se prestan y buscan los servicios de aborto.

## Medios de comunicación y cultura

Encontramos pocos estudios que examinan los temas del estigma del aborto a nivel de los medios de comunicación. Esto posiblemente se deba a las bases de datos consultadas durante la fase de búsqueda. Esperamos que esta sección se continúe actualizando en los años venideros con las contribuciones recientes de finales de 2015 y las próximas investigaciones en marcha. Los cuatro estudios que se identificaron utilizaron los métodos de análisis narrativo y análisis del discurso para examinar los temas del aborto en los medios de comunicación. En Uganda aparecieron dos maneras de plantear el discurso: la santidad de la vida (en un marco religioso) y el derecho del feto a la vida (adoptando un marco de derechos humanos). Los dos discursos sirven para restringir el acceso al aborto y tienen consecuencias para cómo se representa a las mujeres que acceden al aborto. (Larsson et al., 2014)

En Burkina Faso, se analizaron los temas en torno a un marco de salud pública (cómo salvar la vida de las mujeres) y un marco basado en los derechos (los derechos de las mujeres). Las personas que proporcionaron la información concluyeron que los actores institucionales y jurídicos en Burkina Faso se resisten a un marco basado en los derechos humanos, aunque existía desacuerdo: “El asunto de los derechos constituye un obstáculo porque muchos... tan pronto se mencionan los derechos de la mujer, se cierran completamente y no quieren tener nada que ver con eso; pero cuando se presenta en términos de un asunto de salud pública, es mucho más difícil que los funcionarios lo ignoren”. (Storeng y Ouattara, 2014). Estos dos estudios evaluaron la forma en que el aborto se representaba en los medios de comunicación.

En Estados Unidos y el Reino Unido, los investigadores hallaron temas narrativos que hacían hincapié en caracterizar el aborto como riesgoso e inseguro. En el Reino Unido, un análisis de periódicos escoceses y británicos halló que el aborto se enmarcaba constantemente de manera negativa: riesgoso, inseguro e inmoral. Las voces mismas

de las mujeres estaban marginadas, dando lugar a un discurso que marcaba el aborto como algo anormal y el estigma del aborto como algo inevitable. (Purcell, Hilton y McDaid, 2014) En Estados Unidos, los investigadores analizaron todas las representaciones de la toma de decisiones acerca del embarazo y del aborto en el cine y la televisión desde 1916 hasta enero de 2013, y encontraron que el aborto se vinculaba ficcionalmente con la mortalidad en una tasa mucho mayor que en la realidad, contribuyendo a una concepción social de que el aborto es riesgoso y peligroso. (Sisson y Kimport, 2014) La manera en que se describe el aborto en los medios de comunicación, tanto en el mundo del entretenimiento como en los medios de comunicación, puede influir en la manera en que se percibe el aborto.

## El estigma en un nivel puede influir en cómo éste se manifiesta en otros niveles

Hasta ahora, el debate en este informe se ha centrado en cómo se manifiesta el estigma en cada uno de los cinco diferentes niveles del modelo ecológico. Veamos ahora algunos ejemplos de la compleja interacción entre estos niveles.

**El ámbito jurídico y de políticas y los marcos institucionales.** Por ejemplo, en algunas islas del Caribe, los prestadores de servicios ofrecen el aborto fuera de la ley. Tal como vimos en el ejemplo de Sint Maarten, los médicos en realidad temen que nuevas leyes que “legalicen” el aborto restrinjan más su práctica que la situación actual. Al mismo tiempo, independientemente del carácter de las leyes de aborto de un país, la influencia de las actitudes estigmatizantes a nivel de los prestadores de servicios puede ser algo muy poderoso. Los médicos poseen mucho poder y privilegios, y pueden determinar quién puede tener un aborto, cuándo y por qué. “Yo trato de desanimar a las mujeres para que no tengan un aborto a menos que tengan razones de índole social muy importantes. Si una mujer tiene seis o siete u ocho hijos, de acuerdo, pero si tiene solo dos o tres, entonces no efectúo el aborto”. (Pheterson y Azize, 2005) Considérese también Burkina Faso, donde existen pocas indicaciones para el aborto legal: “Debido a los difíciles procedimientos que implica obtener un aborto por razones legales, a menudo los médicos son los árbitros del acceso de las mujeres al aborto “terapéutico”, y con frecuencia sin consultar el sistema jurídico o colegas médicos. Esto lo hacen para evitar que se les acuse de actuar en colusión con las mujeres, quienes son sospechadas de mentir a menudo acerca del asalto sexual para justificar su solicitud de aborto (Storeng y Ouattara, 2014). La ambigüedad jurídica también puede influir en la calidad de la

atención prestada en un ámbito institucional. En Ghana, por ejemplo, algunas de las prácticas médicas particulares no guardan expedientes médicos. (Payne et al., 2013). Por último, el ámbito jurídico y de políticas influye directamente en cómo los médicos caracterizan su trabajo — entre ellos, con los administradores y el público en general. En Bolivia, el discurso de los médicos acerca de la atención médica que estaban prestando estaba muy bien sintonizado con su audiencia, e indicaron estar en conformidad y cumplimiento de las leyes y políticas aun cuando sus prácticas contraponían los reglamentos establecidos. (Rance, 2005). Ámbitos jurídicos y de políticas opacos y ambiguos pueden tener un efecto paralizador tanto en los prestadores de servicios como en los sistemas de salud, ofreciendo al mismo tiempo algunas oportunidades a esos prestadores de servicios que resisten el estigma y crean otras vías de acceso.

**Institucional, comunitario e individual: ¿Qué es un aborto seguro?** Los investigadores observaron la paradoja de que cuando el aborto es legal y se han hecho esfuerzos concertados para aumentar la disponibilidad de los servicios en los sistemas de salud, las mujeres todavía siguen acudiendo en busca de abortos fuera de esas vías legales de atención. Esto puede estar relacionado con la manera en que estos se prestan a nivel institucional, incluidas la calidad de la atención o la ausencia de la misma, o sus percepciones sobre la confidencialidad de los servicios. Cuando el embarazo y la sexualidad se combinan con normas comunitarias estigmatizantes en torno al aborto, surge la pregunta: ¿En realidad qué significa “seguro”? Después de analizarse, al parecer “seguro” puede significar diferentes cosas, según el contexto social y cultural del aborto. En Kenia, se han puesto en marcha grandes esfuerzos para capacitar a los prestadores de servicios y educar a las mujeres acerca de los servicios de aborto accesibles. Sin embargo, el estigma social del aborto sigue extendido. Es posible que un marco de salud pública para la seguridad no se considere ambiguo: métodos comprobados con prestadores de servicios capacitados en una unidad de salud. Por otro lado, a las mujeres les es importante la privacidad, el costo, en algunos casos, la habilidad de mantener el secreto, y en otros casos, los servicios que estén avalados por redes sociales. Esto podría llevar a que las mujeres busquen atención médica en entornos que los prestadores de servicios de salud pública considerarían “inseguros”. (Izugbara, Egesa y Okelo, 2015). Este tema resuena en Estados Unidos, donde las mujeres expresan su preferencia por las clínicas de aborto en vez de su prestador/a de servicios. Nuevamente, a las mujeres les es importante la privacidad, el costo y la habilidad de controlar su imagen en sus evaluaciones de servicios seguros o adecuados. (Weitz y Cockrill, 2010).

Los investigadores en Estados Unidos también hallaron que algunos procesos de las clínicas de aborto pueden reforzar la narrativa comunitaria de que el aborto es inseguro y solitario. Cuando las mujeres pasan por procesos clínicos e interacciones que están dispuestos por las realidades de la hostilidad antiaborto, las mujeres podrían vivir experiencias negativas y podría reforzarse el mito social de que una clínica de aborto es peligrosa. (Kimport, Cockrill y Weitz, 2012; Kimport, Preskill, Cockrill y Weitz, 2012) A medida que los prestadores de servicios, formuladores de políticas y programadores buscan aumentar el acceso de la mujer al aborto seguro, ya sea en un entorno de atención de salud, o ampliando el acceso a medicamentos por medio de otros canales, es de importancia fundamental saber cómo una mujer conceptualiza la seguridad y el peligro y cómo el estigma del aborto influye en esto.

### *Intersecciones: el efecto combinado de múltiples estigmas*

El impacto del estigma puede exacerbarse entre las personas marginadas debido a otras identidades estigmatizadas. Dos temas recurrentes aparecieron en la literatura: las jóvenes y las mujeres VIH positivas.

La juventud y el estigma del aborto. En muchos ámbitos culturales, la actividad sexual entre las mujeres jóvenes solteras es sumamente penalizada. Por ejemplo, en China, la actividad sexual de mujeres menores de 16 años es ilegal independientemente de que exista consentimiento: “Con la amenaza de castigar a los hombres para disuadirlos de la actividad sexual, estas leyes también han aumentado la vulnerabilidad de las jóvenes al aborto inseguro o a tener bebés a temprana edad”. Esta ley explícita y norma cultural lleva a que las muchachas oculten sus embarazos y abortos para proteger a sus parejas. Las leyes que penalizan la actividad sexual entre jóvenes y exigen el consentimiento de los padres, crean silencio, vergüenza y aumentan el acceso a servicios de mala calidad y a menudo caros, en vez de la atención de alta calidad disponible al público en Hong Kong. (Hung, 2010) En India, el estigma social en torno a la sexualidad de la juventud está tan extendido que el temor a revelar un embarazo no planificado lleva a demoras en buscar servicios de aborto. (Sowmini, 2013) Y en Zambia, el “estigma doble” de repudio social fue manifestado en el embarazo y aborto de una mujer soltera joven, quien incluso podría haber sido obligada por sus padres. (Dahlback et al., 2007). El estigma del aborto con origen en las normas comunitarias en torno a la autonomía sexual de las mujeres aumenta para las jóvenes, quienes posiblemente tengan menos recursos a su disposición e incluso más barreras que les impidan acceder a los servicios de aborto.

**El estigma del VIH y el estigma del aborto.** Una serie de estudios en Sudáfrica estudiaron el impacto del estigma entre las mujeres VIH positivas que se encontraban embarazadas y estaban contemplando un aborto. “Las mujeres VIH positivas de este estudio representan una situación de dificultad triple. Son víctimas de reprobación social si quedan embarazadas después de saber su condición de VIH positiva; a menudo sus intentos de evitar el embarazo son obstaculizados por la resistencia opuesta por su pareja o encuentran dificultades utilizando los anticonceptivos; y sienten todavía mayor reprobación social e interna cuando contemplan tener un aborto o cuando lo tienen. (Orner et al., 2010)

Algunas mujeres perciben el aborto como algo mucho más tabú que el VIH. Los participantes del estudio, tanto en Kenia como en Sudáfrica, observaron que hay más mujeres que revelan su condición de VIH que sus experiencias de aborto. “En este país, la gente infectada con VIH habla abiertamente acerca de su condición e incluso atraen solidaridad y apoyo. El aborto es lo peor que puedes hacer como mujer. Si lo admites abiertamente o si alguien se entera, perderás todo el respeto que tienes, y la gente te insultará”. (Izugbara et al., 2015; Orner et al., 2011). Sin embargo, para encontrarle sentido a la experiencia diferencial del estigma, es importante tener en cuenta dos factores: 1) Existe un creciente número de investigaciones e intervenciones para abordar el estigma del VIH en estas regiones, y 2) mucha gente VIH positiva trata su condición de VIH como parte de su identidad continua, mientras que muchas mujeres ven el aborto como una experiencia discreta.

### *Relatos contrarrestantes de aborto: temas sobre resistencia, resiliencia y oportunidad de cambio*

La investigación también señala las formas en que las mujeres y los prestadores de servicios controlan el estigma y las formas en que la resistencia y la adaptabilidad funcionan para mitigar el estigma en varios niveles. También existen oportunidades o palancas para la posibilidad de cambio que son manifiestas en este conjunto de publicaciones.

**El aborto es una experiencia positiva y poderosa.** En Kenia, algunas de las participantes caracterizaron sus experiencias como potenciadoras, calmantes y a menudo aliviadoras. Ma Grace, una mujer mayor de una zona rural de Kenia, compartió que “tal mujer diría, ‘ahora estoy bien’. Puede seguir adelante con sus actividades... se siente mejor y no se preocupará de nuevo”. (Izugbara et al., 2009). En México, algunas de las participantes más jóvenes del estudio expresaron orgullo en su

habilidad de decidir y tener un aborto. “Para estas mujeres, haber podido resolver un grave problema por su cuenta era potenciante. Además, consideraban que decidir no ser madre en estas circunstancias era un ejemplo de dar prioridad a su salud y bienestar” (Sorhaindo et al., 2014).

**Las percepciones acerca del aborto pueden cambiar.** Todas las mujeres entrevistadas en México (Sorhaindo et al., 2014) señalaron que ellas habían cambiado su percepción del aborto una vez que vivieron una experiencia propia con el embarazo no deseado. Mientras que antes de tener un aborto, muchas de las participantes creían que el aborto solo debería permitirse en determinadas circunstancias y que las mujeres que tienen abortos son irresponsables. Después de haber tenido un aborto, consideran que esta perspectiva es perjudicial para las mujeres. Trabajar con mujeres que han tenido abortos para tratar de cambiar sus percepciones es una posible palanca para cambiar normas estigmatizantes.

**La resistencia de los prestadores de servicios al estigma.** Las enfermeras que trabajan en hospitales ofreciendo abortos para anomalías genéticas encontraron la libertad para crear sus propios sistemas y estrategias. Establecieron rutinas formales e informales para llevar con más facilidad la carga de su trabajo y mitigar el estigma asociado con sus funciones. (Chiappetta-Swanson, 2005). Las enfermeras también centraron su energía y encontraron dignidad y satisfacción ayudando a sus pacientes, utilizando un marco de trabajo atento como estrategia de adaptación para mitigar el estigma y encontrar poder y dignidad en su trabajo. Los prestadores de servicios de aborto en Estados Unidos reiteraron esto: al enfocarse en una fuerte convicción de la “bondad” de su trabajo y al formar una cultura de trabajo alentadora y en grupo, a los prestadores de servicio se les hizo posible resistir el estigma (O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011).

**Respuestas positivas a la revelación de experiencias.** En el Reino Unido, algunas de las participantes recibieron respuestas positivas al revelar sus experiencias acerca de la interrupción del embarazo a causa de una anomalía fetal (France, Hunt, Ziebland y Wyke, 2013). En Burkina Faso, compartir y revelar deliberadamente el aborto con las redes sociales es una estrategia para controlar el estigma en un ámbito jurídicamente ambiguo y una cultura de censura (Rossier, 2007). Los participantes de un taller piloto, Taller de intercambio de experiencias para prestadores de servicios, una intervención con la finalidad de reducir el estigma de las experiencias que viven los prestadores de servicios de aborto, encontraron que “la revelación también puede ser un reflejo de orgullo y resistencia a la ima-

gen de inmoralidad edificada en torno a practicantes de aborto”. (Harris, Debbink, Martin y Hassinger, 2011).

## Discusión

Esta síntesis examina las manifestaciones sociales, institucionales, jurídicas y en los medios de comunicación sobre el estigma relacionado con el aborto que han sido identificadas en los hallazgos de investigaciones cualitativas de la última década. El estigma del aborto está construido a partir de elementos sociales, arraigado en la sociedad y la cultura, y se ve influido por tradiciones sociales y culturales. Las manifestaciones del estigma se ven afectadas por el contexto legal, sin embargo, una ley y ámbito político liberales no se traduce necesariamente en una reducción del mismo. Sin la transformación de la cultura imperante, el estigma continúa manifestándose de diferentes maneras.

El estigma ha sido atribuido a normas sociales y culturales en torno al género, la sexualidad y la maternidad. Entre las consecuencias figuran experiencias negativas percibidas que se atribuyen a los abortos (por ejemplo, contagio y problemas de fertilidad en el futuro), así como experiencias reales tal como aislamiento y rechazo por parte de la comunidad. El estigma interpone barreras a la prestación de servicios de aborto seguro y de alta calidad, y crea las condiciones para la existencia de ámbitos jurídicos y de políticas ambiguos y opacos.

El impacto del estigma del aborto se hace más complejo por sus intersecciones con otras características de estigmatización y marginación. Entendemos que el impacto del estigma a menudo es impulsado por la desigualdad de poder. Esto queda demostrado por la combinación del impacto social del estigma que acompaña a la actividad sexual y el aborto en mujeres jóvenes y solteras. Además, la literatura existente sobre sexualidad y discriminación por motivos de raza y género sugiere que la marginación social de la gente que sufre discriminación en la sociedad en general está en correlación con resultados de salud adversos. El estigma del aborto entre personas marginadas por otras razones podría verse agravado, ocasionando mayor vergüenza, aislamiento, complicaciones relacionadas con el aborto inseguro y mayor mortalidad.

Este conjunto de publicaciones sugiere que las mujeres y los prestadores de servicios utilizan estrategias para mitigar el estigma, tal como buscar vías de apoyo entre amistades cercanas y colegas, y reformular la experiencia del aborto como una

experiencia positiva y potenciante. Esto se refleja en las pocas evaluaciones publicadas (hasta la fecha) que documentan la reducción del estigma como resultado de una intervención. (Littman, Zarcadoolas y Jacobs, 2009; L. A. Martin, Debbink, Hassinger, Youatt y Harris, 2014).

Conforme a la literatura en torno al estigma del VIH y el estigma de las enfermedades mentales, estos hallazgos indican que los esfuerzos para combatir el estigma necesitarán más que intervenciones dirigidas a los prestadores de servicios de aborto y a las mujeres que tienen abortos. Los esfuerzos para dismantelar el estigma deben abordar la construcción social del estigma en todos los niveles del modelo ecológico. Los miembros de inroads en todo el mundo están tomando nota y actuando. El Fondo de cooperación de inroads ha otorgado una serie de subvenciones a estrategias piloto en múltiples niveles, así como para entender mejor las barreras que se interponen a la prestación de servicios. Los beneficiarios divulgarán los hallazgos a finales de 2016. Además, investigaciones que evalúan el impacto de las intervenciones dirigidas a reducir el estigma del aborto se encuentran en marcha en varios contextos:

- El ámbito de prestación de servicios
- La comunidad
- La mujer como individuo
- Los prestadores como individuos

Todavía queda más por hacer para formular y perfeccionar estrategias para reducir el estigma del aborto y la discriminación, y aun más trabajo para medir el impacto de estas estrategias. Imaginamos esta síntesis cualitativa como un “documento vivo”, donde actualizamos a los miembros de inroads acerca de los conocimientos actuales sobre cómo se manifiesta el estigma, qué intervenciones están en marcha para mitigarlo y reducirlo y qué resultados han demostrado FUNCIONAR para disminuirlo. ¡Puedes participar y mantenerte informada/o!

- Si aún no eres integrante de inroads, puedes obtener más información y unirte a inroads en [www.endabortionstigma.org](http://www.endabortionstigma.org)
- Si ya eres integrante de inroads y estás implementando o evaluando intervenciones que deseas que otros miembros de inroads conozcan o que crees que debieran añadirse al compendio de las herramientas y recursos del

estigma de inroads, nos puedes avisar en [info@endabortionstigma.org](mailto:info@endabortionstigma.org)

- Si has publicado un recurso, herramienta o estudio y deseas asegurarte de que los miembros se enteren de ello, puedes compartirlo en el Espacio de trabajo de colaboración de inroads.
- Participa en los debates en línea y en las reuniones en persona convocadas por inroads.

# Referencias

- Abrams, P. (2013). Abortion Stigma: The Legacy of Casey. *Women's Rts. L. Rep.*, 35, 299.
- Astbury-Ward, E. (2015). Abortion 'on the NHS': the National Health Service and abortion stigma. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 0(1-2).
- Becker, D. y Diaz-Olavarrieta, C. (2012). Decriminalization of abortion in Mexico City: The effects on women's reproductive rights. *Am J Public Health*, 103(4), 590-593. doi:10.2105/AJPH.2012.301202
- Bhandari, A., Mo Hom, N., Rashid, S. y Theobald, S. (2008). Experiences of abortion in Nepal and menstrual regulation in Bangladesh: a gender analysis. *Gender & Development*, 16(2), 257-272. doi:10.1080/13552070802120434
- Chiappetta-Swanson, C. (2005). Dignity and Dirty Work: Nurses' Experiences in Managing Genetic Termination for Fetal Anomaly. *Qualitative Sociology*, 28(1), 93-116.
- Cockrill, K., Herold, S., Blanchard, K., Grossman, D., Upadhyay, U. D. y Baum, S. (2013). *Addressing Abortion Stigma Through Service Delivery: A White Paper*. Fuente: <http://seachangeprogram.org/wp-content/uploads/2015/09/SC-White-Paper-v05.pdf>
- Cockrill, K. y Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973-990. doi:10.1080/01639625.2013.800423
- Dahlback, E., Maimbolwa, M., Kasonka, L., Bergstrom, S. y Ransjo-Arvidson, A. B. (2007). Unsafe induced abortions among adolescent girls in Lusaka. *Health Care Women Int*, 28(7), 654-676. doi:10.1080/07399330701462223
- France, E. F., Hunt, K., Ziebland, S. y Wyke, S. (2013). What parents say about disclosing the end of their pregnancy due to fetal abnormality. *Midwifery*, 29(1), 24-32. doi:10.1016/j.midw.2011.10.006
- Freedman, L., Landy, U., Darney, P. y Steinauer, J. (2010). Obstacles to the integration of abortion into obstetrics and gynecology practice. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 42(3), 146-151.
- Gipson, J. D., Hirz, A. E. y Avila, J. L. (2011). Perceptions and Practices of Illegal Abortion among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning*, 42(4), 261-272.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*: Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Harries, J., Gerdts, C., Momberg, M. y Greene Foster, D. (2015). An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. *Reprod Health*, 12, 21. doi:10.1186/s12978-015-0014-y

- Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L. y Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine*, 73, 1062–1070.
- Harris, L. H., Martin, L., Debbink, M. y Hassinger, J. (2013). Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. *Contraception*, 87(1), 11–16. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.031
- Hessini, L. (2014). A learning agenda for abortion stigma: recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting. *Women & health*, 54(7), 617–621.
- Hill, Z. E. T.-A., Charlotte, & Kirkwood, B. (2009). The Context of Informal Abortions in Rural Ghana. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, 18(12), 2017–2022.
- Holcombe, S. J., Berhe, A. y Cherie, A. (2015). Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives attitudes toward providing abortion services after legal reform. *Studies in Family Planning*, 46(1), 73–95.
- Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M. J., Glazebrook, D. y McDonald, P. (2012). Social and psychological consequences of abortion in Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S172–S177.
- Hung, S. L. (2010). Access to safe and legal abortion for teenage women from deprived backgrounds in Hong Kong. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 102–110.
- Izugbara, C. O., Egesa, C. y Okelo, R. (2015). 'High profile health facilities can add to your trouble': Women, stigma and un/safe abortion in Kenya. *Soc Sci Med*, 141, 9–18. doi:10.1016/j.socscimed.2015.07.019
- Izugbara, C. O., Otsola, K. J. y Ezeh, A. C. (2009). Men, women, and abortion in central Kenya: a study of lay narratives. *Med Anthropol*, 28(4), 397–425. doi:10.1080/01459740903304009
- Kebede, M. T., Hilden, P. K. y Middelthon, A. L. (2012). The tale of the hearts: deciding on abortion in Ethiopia. *Cult Health Sex*, 14(4), 393–405. doi:10.1080/13691058.2011.649495
- Kimport, K., Cockrill, K. y Weitz, T. A. (2012). Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: a qualitative analysis of women's negative experiences of abortion clinics. *Contraception*, 85, 204–210. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.020
- Kimport, K., Preskill, F., Cockrill, K. y Weitz, T. A. (2012). Women's perspectives on ultrasound viewing in the abortion care context. *Womens Health Issues*, 22(6), e513–517. doi:10.1016/j.whi.2012.09.001
- Kumar, A., Hessini, L. y Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), 625–639.
- Larsson, S., Eliasson, M., Allvin, M., Glingberg, M., Faxelid, E., Atuyambe, L. y Fritzell, S. (2014). The discourses on induced abortion in Ugandan daily newspapers: a discourse analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(1), 89–92.

- Levandowski, B. A., Kalilani-Phiri, L., Kachale, F., Awah, P., Kangaude, G. y Mhango, C. (2012). Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S167–S171.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Littman, L. L., Zarcadoolas, C. y Jacobs, A. R. (2009). Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study. *Archives of women's mental health*, 12(6), 419–431.
- Martin, L., Debbink, M., Hassinger, J. y Harris, L. H. (2011). Abortion-possible and impossible: Stigma and the narratives of Ghanaian doctors who provide abortions. *Reflections: Narratives of Professional Helping*, 17(3).
- Martin, L. A., Debbink, M., Hassinger, J., Youatt, E. y Harris, L. H. (2014). Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception*, 90(6), 581–587.
- Nickerson, A., Manski, R. y Dennis, A. (2014). A qualitative investigation of low-income abortion clients' attitudes toward public funding for abortion. *Women & Health*, 54(7), 672–686. doi:10.1080/03630242.2014.919984
- O'Donnell, J., Weitz, T. A. y Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1357–1364.
- Omo-Aghoja, L., Omo-Aghoja, V., Okonofua, F., Aghedo, O., Umuerl, C., Otayohwo, R., . . . Esume, C. (2009). PERCEPTIONS AND ATTITUDES OF A RURAL COMMUNITY TO ABORTION IN THE NIGER-DELTA REGION OF NIGERIA. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 12(4), 443–449.
- Orner, P., de Bruyn, M. y Cooper, D. (2011). 'It hurts, but I don't have a choice, I'm not working and I'm sick': decisions and experiences regarding abortion of women living with HIV in Cape Town, South Africa. *Cult Health Sex*, 13(7), 781–795. doi:10.1080/13691058.2011.577907
- Orner, P., De Bruyn, M., Harries, J. y Cooper, D. (2010). Qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 7(2), 43–51.
- Palomino, N., Padilla, M. R., Talledo, B. D., Mazuelos, C. G., Carda, J. y Bayer, A. M. (2011). The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Perú. *Glob Public Health*, 6 Suppl 1, S73–89. doi:10.1080/17441692.2011.590813
- Payne, C. M., Debbink, M., Steele, E. A., Buck, C. T., Martin, L., Hassinger, J. y Harris, L. H. (2013). Why women are dying from unsafe abortion: Narratives of Ghanaian abortion providers. *African Journal of Reproductive Health*, 17(2), 118–128.
- Pheterson, G. y Azize, Y. (2005). Abortion Practice in the Northeast Caribbean: "Just write down stomach pain". *Reproductive Health Matters*, 13(26), 44–53. doi:10.1016/s0968-8080(05)26201-8

- Purcell, C., Hilton, S. y McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Cult Health Sex*, 16(9), 1141–1155. doi:10.1080/13691058.2014.937463
- Rance, S. (2005). Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: Doctors' repertoire conflicts and the Saving Women device. *Sociology of health & illness*, 27(2), 188–214.
- Rossier, C. (2007). Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 230–238. doi:10.1016/s0968-8080(07)30313-3
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., . . . Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health*, 6 Suppl 1, S111–125. doi:10.1080/17441692.2011.594072
- Sisson, G. y Kimport, K. (2014). Telling stories about abortion: abortion-related plots in American film and television, 1916–2013. *Contraception*, 89, 413–418. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.015
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C. y García, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & health*, 54(7), 622–640.
- Sowmini, C. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 243–250.
- Storeng, K. T. y Ouattara, F. (2014). The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: the interface of local norms and global public health practice. *Glob Public Health*, 9(8), 946–959. doi:10.1080/17441692.2014.937828
- Tagoe-Darko, E. (2013). “Fear, Shame and Embarrassment”: The Stigma Factor in Post Abortion Care at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. *Asian Social Science*, 9(10), p134.
- Weitz, T. A. y Cockrill, K. (2010). Abortion clinic patients' opinions about obtaining abortions from general women's health care providers. *Patient Educ Couns*, 81(3), 409–414. doi:10.1016/j.pec.2010.09.003

# Tabla 1: Estudios cualitativos incluidos

Cita	Región: País	Método	Población	Nivel ecológico
Abrams, P. (2013). Abortion Stigma: The Legacy of Casey. <i>Women's Rts. L. Rep.</i> , 35, 299.	Norteamérica: EE. UU.	Análisis narrativo	Contenido de la decisión jurídica	Jurídico
Astbury-Ward, E. (2015). Abortion 'on the NHS': the National Health Service and abortion stigma. <i>J Fam Plann Reprod Health Care</i> , 0(1-2).	Europa: RU	Entrevista semi-estructurada	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Comunitario
Bhandari, A., Mo Hom, N., Rashid, S. y Theobald, S. (2008). Experiences of abortion in Nepal and menstrual regulation in Bangladesh: a gender analysis. <i>Gender &amp; Development</i> , 16(2), 257-272. doi:10.1080/13552070802120434	Asia: Nepal, Bangladesh	Multimodal (encuesta + entrevistas a profundidad, DGF, entrevistas informales, obs del proceso)	Mujeres en edad reproductiva Prestadores de servicios Miembros comunitarios	Individual, Comunitario, Jurídico
Chiappetta-Swanson, C. (2005). Dignity and Dirty Work: Nurses' Experiences in Managing Genetic Termination for Fetal Anomaly. <i>Qualitative Sociology</i> , 28(1), 93-116.	Norteamérica: Canadá	Entrevistas a profundidad	Prestadores de servicios (enfermeras)	Individual; Institucional
Cockrill, K. y Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. <i>Deviant Behavior</i> , 34(12), 973-990. doi:10.1080/01639625.2013.800423	Norteamérica: EE. UU.	Dos estudios que destacan "entrevistas a profundidad individuales y confidenciales"	Mujeres que han tenido abortos	Individual
Dahlback, E., Maimbolwa, M., Kasonka, L., Bergstrom, S. y Ransjo-Arvidson, A. B. (2007). Unsafe induced abortions among adolescent girls in Lusaka. <i>Health Care Women Int</i> , 28(7), 654-676. doi:10.1080/07399330701462223	África: Zambia	Entrevistas semi-estructuradas	Niñas adolescentes	Comunitario, Jurídico
France, E. F., Hunt, K., Ziebland, S. y Wyke, S. (2013). What parents say about disclosing the end of their pregnancy due to fetal abnormality. <i>Midwifery</i> , 29(1), 24-32. doi:10.1016/j.midw.2011.10.006	Europa: RU	Entrevistas	Mujeres que han tenido abortos Parejas de sexo masculino	Individual, Comunitario
Freedman, L., Landy, U., Darney, P. y Steinauer, J. (2010). Obstacles to the integration of abortion into obstetrics and gynecology practice. <i>Perspectives on sexual and reproductive health</i> , 42(3), 146-151.	Norteamérica: EE. UU.	Entrevistas a profundidad	Prestadores de servicios Profesionales de la salud	Institucional
Gipson, J. D., Hirz, A. E. y Avila, J. L. (2011). Perceptions and Practices of Illegal Abortion among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study. <i>Studies in Family Planning</i> , 42(4), 261-272.	Asia: Filipinas	Discusiones en grupos focales, entrevistas a profundidad	Mujeres y adolescentes que han tenido abortos Parejas de sexo masculino	Comunitario Jurídico
Harries, J., Gerdts, C., Momberg, M. y Greene Foster, D. (2015). An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. <i>Reprod Health</i> , 12, 21. doi:10.1186/s12978-015-0014-y	África: Sudáfrica	Entrevistas a profundidad	Mujeres que fueron rechazadas por los servicios de aborto	Individual, Institucional, Jurídico
Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L., & Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 73, 1062-1070.	Norteamérica: EE. UU.	Grupos focales; entrevistas semi-estructuradas	Prestadores de servicios	Individual

<b>Cita</b>	<b>Región: País</b>	<b>Método</b>	<b>Población</b>	<b>Nivel ecológico</b>
Harris, L. H., Martin, L., Debbink, M. y Hassinger, J. (2013). Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. <i>Contraception</i> , 87(1), 11–16. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.031	Norteamérica: EE. UU.	entrevistas	Prestadores de servicios	Individual
Hill, Z. E. T.-A., Charlotte y Kirkwood, B. (2009). The Context of Informal Abortions in Rural Ghana. <i>JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH</i> , 18(12), 2017–2022.	África: Ghana	Discusiones en grupos focales, relatos	Mujeres en edad reproductiva Prestadores de servicios Miembros comunitarios	Individual, Comunitario
Holcombe, S. J., Berhe, A. y Cherie, A. (2015). Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives attitudes toward providing abortion services after legal reform. <i>Studies in Family Planning</i> , 46(1), 73–95.	África: Etiopía	Multimodal (encuesta + entrevistas)	Estudiantes de partería	Individual, Comunitario, Institucional, Jurídico
Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M. J., Glazebrook, D. y McDonald, P. (2012). Social and psychological consequences of abortion in Iran. <i>International Journal of Gynecology &amp; Obstetrics</i> , 118, S172–S177.	Oriente Medio: Irán	Entrevistas a profundidad	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Comunitario
Hung, S. L. (2010). Access to safe and legal abortion for teenage women from deprived backgrounds in Hong Kong. <i>Reproductive Health Matters</i> , 18(36), 102–110.	Asia: Hong Kong	Entrevistas a profundidad	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Comunitario, Institucional
Izugbara, C. O., Egesa, C. y Okelo, R. (2015). 'High profile health facilities can add to your trouble': Women, stigma and un/safe abortion in Kenya. <i>Soc Sci Med</i> , 141, 9–18. doi:10.1016/j.socscimed.2015.07.019	África: Kenia	Entrevistas cualitativas	Mujeres que han tenido abortos; complicaciones de abortos inseguros	Comunitario; Institucional; Jurídico
Izugbara, C. O., Otsola, K. J. y Ezeh, A. C. (2009). Men, women, and abortion in central Kenya: a study of lay narratives. <i>Med Anthropol</i> , 28(4), 397–425. doi:10.1080/01459740903304009	África: Kenia	Discusiones en grupos focales	Miembros comunitarios	Individual, Comunitario, Jurídico
Kebede, M. T., Hilden, P. K. y Middelthun, A. L. (2012). The tale of the hearts: deciding on abortion in Ethiopia. <i>Cult Health Sex</i> , 14(4), 393–405. doi:10.1080/13691058.2011.649495	África: Etiopía	Combinación de métodos: entrevistas, discusiones en grupos focales, análisis del discurso	Mujeres que han tenido abortos; complicaciones de abortos inseguros	Individual, Comunitario
Kimport, K., Cockrill, K. y Weitz, T. A. (2012). Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: a qualitative analysis of women's negative experiences of abortion clinics. <i>Contraception</i> , 85, 204–210. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.020	Norteamérica: EE. UU.	Entrevistas semi-estructuradas	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Comunitario, Institucional
Kimport, K., Preskill, F., Cockrill, K. y Weitz, T. A. (2012). Women's perspectives on ultrasound viewing in the abortion care context. <i>Womens Health Issues</i> , 22(6), e513–517. doi:10.1016/j.whi.2012.09.001	Norteamérica: EE. UU.	Entrevistas a profundidad	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Institucional
Larsson, S., Eliasson, M., Allvin, M., Glingberg, M., Faxelid, E., Atuyambe, L. y Fritzell, S. (2014). The discourses on induced abortion in Ugandan daily newspapers: a discourse analysis. <i>International Journal of Gynecology &amp; Obstetrics</i> , 125(1), 89–92.	África: Uganda	Análisis del discurso	Artículos sobre aborto publicados en periódicos	Comunitario; Medios masivos de comunicación Cultura

<b>Cita</b>	<b>Región: País</b>	<b>Método</b>	<b>Población</b>	<b>Nivel ecológico</b>
Levandowski, B. A., Kalilani-Phiri, L., Kachale, F., Awah, P., Kangaude, G. y Mhango, C. (2012). Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. <i>International Journal of Gynecology &amp; Obstetrics</i> , 118, S167–S171.	África: Malawi	multimodal: Datos de WHO Strategic Approach to Strengthening Sexual and Reproductive Health Policies and Programs in Malawi; entrevistas a profundidad	Formuladores de políticas, empleados gubernamentales, educadores, profesionales de la salud, líderes religiosos, miembros de ONG, miembros comunitarios	Comunitario, Institucional, Jurídico
Martin, L., Debbink, M., Hassinger, J. y Harris, L. H. (2011). Abortion-possible and impossible: Stigma and the narratives of Ghanaian doctors who provide abortions. <i>Reflections: Narratives of Professional Helping</i> , 17(3).	África: Ghana	Informe secundario del estudio de relatos ghaneses: médicos de Ghana	Profesionales de la salud	Comunitario, Jurídico
Nickerson, A., Manski, R. y Dennis, A. (2014). A qualitative investigation of low-income abortion clients' attitudes toward public funding for abortion. <i>Women &amp; Health</i> , 54(7), 672–686. doi:10.1080/03630242.2014.919984	Norteamérica: EE. UU.	Entrevistas a profundidad	Mujeres que han tenido abortos	Institucional, Jurídico
O'Donnell, J., Weitz, T. A. y Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 73(9), 1357–1364.	Norteamérica: EE. UU.	Entrevistas a profundidad	Profesionales de la salud	Individual, Institucional
Omo-Aghoja, L., Omo-Aghoja, V., Okonofua, F., Aghedo, O., Umuerl, C., Otayohwo, R., ... Esume, C. (2009). PERCEPTIONS AND ATTITUDES OF A RURAL COMMUNITY TO ABORTION IN THE NIGER-DELTA REGION OF NIGERIA. <i>Nigerian Journal of Clinical Practice</i> , 12(4), 443–449.	África: Nigeria	Discusiones en grupos focales, entrevistas a profundidad	Miembros comunitarios	Comunitario
Orner, P., de Bruyn, M. y Cooper, D. (2011). 'It hurts, but I don't have a choice, I'm not working and I'm sick': decisions and experiences regarding abortion of women living with HIV in Cape Town, South Africa. <i>Cult Health Sex</i> , 13(7), 781–795. doi:10.1080/13691058.2011.577907	África: Sudáfrica	Entrevistas a profundidad semi estructuradas	Mujeres VIH positivas	Individual; Institucional
Orner, P., De Bruyn, M., Harries, J. y Cooper, D. (2010). Qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa. <i>Journal of Social Aspects of HIV/AIDS</i> , 7(2), 43–51.	África: Sudáfrica	Entrevistas a profundidad	Mujeres VIH positivas	Individual, Comunitario, Institucional, Jurídico
Palomino, N., Padilla, M. R., Talledo, B. D., Mazuelos, C. G., Carda, J. y Bayer, A. M. (2011). The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Perú. <i>Glob Public Health</i> , 6 Suppl 1, S73–89. doi:10.1080/17441692.2011.590813	LAC: Perú	Entrevistas a profundidad; grupos focales	Miembros comunitarios	Individual, Comunitario, Jurídico
Payne, C. M., Debbink, M., Steele, E. A., Buck, C. T., Martin, L., Hassinger, J. y Harris, L. H. (2013). Why women are dying from unsafe abortion: Narratives of Ghanaian abortion providers. <i>African Journal of Reproductive Health</i> , 17(2), 118–128.	África: Ghana	Entrevistas	Profesionales de la salud	Individual, Institucional, Jurídico

<b>Cita</b>	<b>Región: País</b>	<b>Método</b>	<b>Población</b>	<b>Nivel ecológico</b>
Pheterson, G. y Azize, Y. (2005). Abortion Practice in the Northeast Caribbean: "Just write down stomach pain". <i>Reproductive Health Matters</i> , 13(26), 44-53. doi:10.1016/s0968-8080(05)26201-8	LAC: NE del Caribe	Entrevistas a profundidad	Prestadores de servicios, profesionales de la salud	Comunitario, Institucional, Jurídico
Purcell, C., Hilton, S. y McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. <i>Cult Health Sex</i> , 16(9), 1141-1155. doi:10.1080/13691058.2014.937463	Europa: RU	Análisis narrativo	Artículos sobre aborto publicados en periódicos	Medios masivos de comunicación y cultura
Rance, S. (2005). Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: Doctors' repertoire conflicts and the Saving Women device. <i>Sociology of health &amp; illness</i> , 27(2), 188-214.	LAC: Bolivia	Observaciones de campo, grabaciones y transcripciones	Trabajo de campo que dio seguimiento a dos prestadores de servicios	Comunitario, Institucional, Jurídico
Rossier, C. (2007). Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. <i>Reproductive Health Matters</i> , 15(30), 230-238. doi:10.1016/s0968-8080(07)30313-3	África: Burkina Faso	Entrevistas semi-estructuradas	Miembros comunitarios	Individual, Comunitario, Jurídico
Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juárez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., — Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. <i>Glob Public Health</i> , 6 Suppl 1, S111-125. doi:10.1080/17441692.2011.594072	México; Nigeria; Pakistán; Perú; EE. UU.	Grupos focales; entrevistas semi estructuradas	Miembros comunitarios	Individual, Comunitario, Jurídico
Sisson, G. y Kimport, K. (2014). Telling stories about abortion: abortion-related plots in American film and television, 1916-2013. <i>Contraception</i> , 89, 413-418. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.015	Norteamérica: EE. UU.	Análisis narrativo	Películas y programas de televisión de EE. UU.	Medios masivos de comunicación y cultura
Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C. y García, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. <i>Women &amp; health</i> , 54(7), 622-640.	LAC: México	Discusiones en grupos focales; entrevistas a profundidad	Miembros comunitarios	Comunitario
Sowmini, C. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. <i>Reproductive Health Matters</i> , 21(41), 243-250.	Asia: India	Entrevistas a profundidad	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Institucional
Storeng, K. T. y Ouattara, F. (2014). The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: the interface of local norms and global public health practice. <i>Glob Public Health</i> , 9(8), 946-959. doi:10.1080/17441692.2014.937828	África: Burkina Faso	Combinación de métodos: análisis del discurso; entrevistas a profundidad	Profesionales de la salud; periódicos	Comunitario, Institucional, Jurídico, Medios masivos de comunicación y cultura
Tagoe-Darko, E. (2013). "Fear, Shame and Embarrassment": The Stigma Factor in Post Abortion Care at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. <i>Asian Social Science</i> , 9(10), p134.	África: Ghana	Discusiones en grupos focales, relatos y observaciones	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Comunitario, Institucional
Weitz, T. A. y Cockrill, K. (2010). Abortion clinic patients' opinions about obtaining abortions from general women's health care providers. <i>Patient Educ Couns</i> , 81(3), 409-414. doi:10.1016/j.pec.2010.09.003	Norteamérica: EE. UU.	Entrevistas semi-estructuradas	Mujeres que han tenido abortos	Individual, Institucional



# inroads

Red Internacional por la Reducción  
de la Discriminación y el Estigma  
con relación al Aborto