

Cruzar la frontera para abortar en silencio y soledad

Norma Ojeda*

RESUMEN

Éste es un análisis descriptivo del aborto voluntario entre diferentes grupos de mujeres de origen mexicano en la región fronteriza Tijuana, México-San Diego, Estados Unidos. El primer objetivo es contribuir al conocimiento del aborto voluntario entre las mexicanas, mediante su práctica en el país vecino del norte. Un segundo objetivo es examinar el comportamiento diferencial del aborto entre subgrupos étnico-lingüísticos de mujeres que coexisten en el contexto transfronterizo. La información proviene de 1 190 expedientes clínicos de Womancare, Planned Parenthood, de San Diego y Riverside, correspondientes a 1993. Los resultados indican la existencia de distintos patrones de aborto entre las mujeres, los cuales se expresan en variaciones en la edad al abortar, la edad al primer embarazo, las opiniones acerca del aborto, los motivos para abortar y las estrategias de recuperación emocional en la fase posaborto.

Palabras clave: 1. aborto, 2. salud reproductiva, 3. mujeres, 4. frontera México-Estados Unidos, 5. México.

ABSTRACT

This is a descriptive analysis of the abortion among different groups of Mexican-origin women in the border region Tijuana, Mexico-San Diego, U.S. The first objective is to contribute to the knowledge of the abortion practice by Mexican women, through their abortions in the neighboring northern country. A second objective is to study the differential behavior of abortion among different ethnic-linguistic subgroups of women that coexist in the transborder context. The information comes from 1 190-clinic records of Womancare, Planned Parenthood, San Diego and Riverside, 1993. The findings indicates diverse abortion patterns among the subgroups of women depicted by their age at abortion, age at first pregnancy, opinions about abortion, reasons to abort and strategies to emotionally recover during the post-abortion phase.

Wordkeys: 1. abortion, 2. reproductive health, 3. women, 4. Mexico-United States border, 5. Mexico.

*Investigadora de El Colegio de la Frontera Norte y profesora de San Diego State University. Dirección electrónica: nojeda@mail.sdsu.edu.

Fecha de recepción: 26 de mayo de 2003.

Fecha de aceptación: 2 de septiembre de 2003.

INTRODUCCIÓN

La frontera entre México y los Estados Unidos es el punto de encuentro del tercer y el primer mundos. Ésta se caracteriza, entre otras cosas, por contrastantes y, algunas veces, conflictivos estilos de vida y por ofrecer un amplio mosaico de oportunidades a sus habitantes. Las mujeres y su vida privada no son inmunes a esto. Cruzar la frontera de sur a norte y de norte a sur en busca de satisfactores de diverso tipo es una opción –para los habitantes de los dos lados de la frontera– entre las que se encuentra la búsqueda de servicios de salud. Entre estos últimos, uno de especial importancia para algunas mujeres que viven del lado mexicano es poder cruzar “al otro lado” para interrumpir, mediante un aborto seguro, el embarazo no deseado.

Estudiar el aborto inducido de manera voluntaria en la frontera norte de México es difícil, al igual que en el resto del país, debido a las limitaciones que existen para obtener información al respecto. El aborto en México está legalmente tipificado como un delito que se persigue, excepto en algunos casos que pueden variar en las distintas entidades federativas del país. En el estado fronterizo de Baja California –que es el caso que aquí nos ocupa–, el *Código penal y de procedimientos penales* respectivo establece que

el aborto no será punible cuando se trate de un: 1) *aborto culposo*, es decir, cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada; 2) aborto cuando el embarazo es resultado de una violación o una inseminación artificial practicada en contra de la voluntad de la embarazada, siempre que el aborto se practique dentro del término de los noventa días de la gestación y el hecho haya sido denunciado; 3) el aborto terapéutico, o sea cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la atiende (Ojeda, 2003, pp. 4-5).

No obstante estas excepciones, la práctica legal del aborto es muy restringida por razones de tipo social, cultural e incluso político, como quedó demostrado en el caso de Paulina, el cual ocurrió en Baja California en 1999 y fue ampliamente difundido por la prensa nacional e internacional (Poniatowska, 2000).¹

¹El caso trata sobre una niña de 13 años, embarazada por causa de violación. Paulina intentó, con apoyo de sus padres, que se le practicara un aborto dentro de los términos que establece la ley respectiva. No obstante cumplir con todos los requisitos legales, este derecho le fue negado por las autoridades del sector de salud en Baja California, al oponerse mediante mecanismos burocráticos y la presión social y psicológica de activistas del grupo Pro-Vida en el estado.

Otro aspecto que dificulta el estudio del aborto en México es la casi imposibilidad de medir la práctica ilegal del aborto voluntario por no incluirse en los registros hospitalarios y públicos respectivos. Este tipo de aborto se lleva a cabo de dos maneras: algunos se efectúan en establecimientos clandestinos y no son reportados a las autoridades sanitarias respectivas; otros llegan a las salas de urgencia de los hospitales públicos y privados haciéndose pasar por abortos espontáneos que, en realidad, son abortos provocados con antelación –en ocasiones, por personas no médicas o por las mismas embarazadas– y se registran como legrados. Estas prácticas hacen que los registros hospitalarios nacionales no sean una fuente confiable de información para estudiar el aborto inducido de manera voluntaria en el país.

Ante estas dificultades conviene explorar otros caminos para estudiar el aborto. Una alternativa es su práctica por las mexicanas en el extranjero y, en especial, en la región fronteriza México-Estados Unidos. En el país vecino del norte, la interrupción voluntaria del embarazo tiene rango de derecho constitucional a partir de la resolución legal del caso *Roe versus Wade* en 1973 (Tribe, 1990). Esto ha hecho posible que las mujeres que viven en los Estados Unidos tengan acceso al aborto en condiciones médicas seguras, lo mismo que para otras mujeres que deciden viajar a ese país con el mismo propósito. El contexto transfronterizo formado por la colindancia geográfica de estas dos naciones constituye un espacio social en el cual una parte de la población femenina residente en el territorio mexicano tiene la posibilidad de cruzar la frontera hacia el país vecino del norte en busca de diversos servicios de salud, incluyendo el aborto. De tal modo, estas mujeres pueden abortar sin tener que poner en riesgo ni su salud ni su vida y sin verse acosadas legalmente por abortar en un espacio social donde la interrupción voluntaria del embarazo es entendida como parte de los derechos reproductivos de las mujeres. Esto es a diferencia de lo que ocurre con la inmensa mayoría de las mexicanas que abortan en el país, quienes lo hacen en condiciones altamente riesgosas tanto para su salud como para su vida, debido a la clandestinidad de la práctica del aborto inducido en México, vinculada a las restrictivas condiciones legales del fenómeno.

Así, la colindancia con el país del norte en los puntos donde se localizan las ciudades fronterizas mexicanas va a permitir a un grupo selecto de mexicanas tener acceso a los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en el lado norteamericano a precios razonables tanto en la medicina privada como en los

centros de salud no lucrativos.² A partir de esta alternativa de análisis se desarrolla el presente estudio, tomando como caso específico el contexto transfronterizo Tijuana-San Diego. En este entorno se incluyen las mujeres residentes de los cinco municipios de Baja California y las de los condados de San Diego y Riverside que transitan de ida y vuelta entre Tijuana y San Diego. Estas ciudades forman un espacio social en el cual interactúan las poblaciones que residen en los dos lados de la línea divisoria internacional entre México y los Estados Unidos. Estas interacciones son regulares e incluso forman parte de la vida cotidiana de varios subgrupos de población.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y FUENTE DE DATOS

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis descriptivo del aborto inducido de manera voluntaria entre mujeres de distintos grupos de la población hispana de origen mexicano en la región transfronteriza Tijuana-San Diego. La información proviene de los registros clínicos de *Womancare Planned Parenthood* para los condados de San Diego y Riverside en California, Estados Unidos. Esta fuente contiene información sobre diferentes servicios de salud reproductiva que recibieron un total de 1 190 mujeres durante la primavera y el verano de 1993. Estos servicios fueron ofrecidos en su totalidad por la clínica *Womancare* a mujeres tanto residentes del condado de San Diego y Riverside en California como de los municipios de Tijuana, Mexicali, Tecate y Ensenada en Baja California, México, que cruzaron la frontera para recibir atención. Esta clínica concentró el total de los abortos realizados por la organización *Planned Parenthood* en los condados de San Diego y Riverside durante ese tiempo. Del total de las pacientes, 69% —es decir, 815 mujeres— acudieron a practicarse un aborto. Esta fuente de información es de buena calidad y es confiable. La información es muy limitada en lo que a las características sociales y demográficas de las mujeres se refiere, debido a la política de la institución de cuidar al máximo la intimidad de las pacientes. En cambio, presenta amplia información acerca de las opiniones, los motivos y los sentimientos de las mujeres acerca del aborto.

²El costo de practicarse un aborto en las clínicas de *Planned Parenthood* en San Diego, California, puede variar aproximadamente entre 350 y 400 dólares estadounidenses a precios de 2003.

Ahora bien, la frontera es un espacio caracterizado por una gran diversidad social, demográfica y cultural que no puede ser ignorada por un estudio de este tipo. En ella coexisten grupos de población con rasgos étnicos, sociales y culturales distintos que dan paso a subgrupos más o menos definidos en cuanto a sus comportamientos sociales y reproductivos. En el lado mexicano de la frontera se ha observado que algunos parámetros que son de fundamental importancia en cuanto a la diferenciación social de las mujeres son la clase social, la escolaridad, la condición de ser migrante o nativa, la participación en el empleo, el tiempo de residir en la frontera y el origen rural o urbano de su socialización (Ojeda, 1997).

En el lado estadounidense de la frontera, en cambio, es frecuente que se refieran a las mujeres hispanas como si fueran un todo homogéneo. Información más reciente (The Social Science Research Laboratory, San Diego State University, 2001), sin embargo, nos permite ver que las hispanas no están exentas de tal diversidad social a pesar del predominio numérico de la población de origen mexicano y el peso de su cultura en el lado norteamericano de la frontera. Al respecto, es fundamental reconocer la heterogeneidad de la población hispana de origen mexicano que coexiste en el espacio de ambos lados de la frontera, pero en especial en el territorio norteamericano. Una manera de aproximarnos a esta diversidad de las mujeres de origen mexicano es considerando el lugar donde viven; esto es, en el lado mexicano o en el norteamericano de la frontera. Esto nos da un primer parámetro de diferenciación social, aunque insuficiente. También es necesario tomar en cuenta otras variables más directamente vinculadas con aspectos sociales y culturales que están asociados a las maneras en que las mujeres entienden y manifiestan sus comportamientos sociales y reproductivos. Con este objetivo en mente, y tomando en cuenta la información disponible, se decidió diferenciar a las mujeres considerando su identidad cultural fronteriza, definida por la combinación de su etnia y su condición sociolingüística, además del país donde vive. Estas características han mostrado imprimir importantes diferencias en el comportamiento social de las latinas en la frontera (Hansen, 1999).

La etnia y el idioma son rasgos individuales pero también remiten a aspectos culturales que van a influir sobre las maneras de pensar que tienen las mujeres acerca de varios temas, incluyendo la planificación familiar y el aborto. Esto, a su vez, va a influir en el control de las mujeres sobre su reproducción y, por consiguiente, en las motivaciones que pudieran tener para abortar. Otra mani-

festación de esto son las estrategias que las mujeres pudieran adoptar para sobrellevar los efectos emocionales posteriores al aborto, como se podrá constatar más adelante.

EL CONTEXTO TRANSFRONTERIZO: TIJUANA-SAN DIEGO

La frontera de México y los Estados Unidos constituye un contexto social y cultural sui géneris. En éste se encuentran e interactúan el primer y el tercer mundos y se da lugar a una sociedad distinta a la mexicana y la norteamericana. La frontera, entre otras características, se distingue por ofrecer un amplio mosaico de opciones que elegir para las poblaciones que viven en ambos lados de la frontera, y emergen contrastantes y, algunas veces, conflictivos estilos de vida alternativos a lo que se podría denominar como *estilo de vida mexicano* o bien *estilo de vida norteamericano*. Frente a esto es conveniente entender el comportamiento de los *borderlanders*, o fronterizos, como parte de un todo más amplio que se identifica como *border culture* o cultura fronteriza (Martínez, 1997). Esta última es considerada como un sistema cultural particular que se define y emerge en un contexto geográfico y social específico y adopta su propia identidad, postura que es distinta a lo que sería entender la frontera como un espacio en el que predomina *lo mexicano versus lo norteamericano* o viceversa; o bien como parte de un proceso gradual de asimilación de *lo mexicano* o *lo norteamericano*.

Las mujeres de la frontera, o fronterizas, están expuestas a la coexistencia de diversos sistemas de género y familia, entretejidos en una cultura única, que es la *cultura fronteriza*, que combina, de manera híbrida, elementos culturales de lo norteamericano y lo mexicano, pero sin ser réplica de ninguno de ellos. La cultura fronteriza implica un complejo sistema de normas y valores sociales que va a influir, en mayor o menor medida, sobre los distintos grupos de mujeres. Esto va a ser tanto en su cotidianidad como en las percepciones que tienen sobre sí mismas, su identidad de género, su sexualidad y reproducción y las opciones que al respecto enfrentan.

La frontera, en su extensión de casi 3 000 kilómetros, sin embargo, no es una región homogénea. Existen importantes diferencias entre las comunidades fronterizas, que se van a expresar en distintas condiciones de desarrollo económico y social y en diferentes rasgos locales que adopta la cultura fronteriza en cada contexto fronterizo específico. Entre las 13 ciudades gemelas más grandes de la fron-

tera destacan Tijuana y San Diego, con una población conjunta de 2 493 077 habitantes en 2000 (Pick *et al*, 2000). Este par de ciudades representa uno de los contextos fronterizos más contrastantes y complejos.

La estructura económica de estas ciudades fronterizas se distingue por su dinamismo y una gran diversidad en comparación con otras urbes gemelas fronterizas. La industria turística es importante en ambas ciudades. Tijuana, además, es uno de los centros más importantes de la industria maquiladora, la cual es muy diversa en cuanto al tipo de producto generado, el nivel tecnológico y manufacturero de las empresas, así como el origen del capital invertido, que proviene no sólo de los Estados Unidos sino también de países asiáticos, principalmente Japón y Corea (Carrillo y Hualde, 1998). Por su lado, San Diego forma parte de la quinta economía más grande del mundo, que es California (Herzog, 1990). Asimismo tiene una de las bases navales más grandes de los Estados Unidos, la cual incluye personal y sus respectivas familias, provenientes de toda la unión americana. Ambas ciudades presentan, por separado y en su conjunto, una gran diversidad demográfica y cultural. Ésta es mayor en San Diego, aunque también está presente en Tijuana. En el contexto que forman ambas ciudades coexisten poblaciones nativas e inmigrantes, estas últimas con muy variados tiempos de residencia en la frontera y originarias de muy diversos países o procedentes de distintas regiones de los Estados Unidos y México.

La complejidad del contexto fronterizo Tijuana-San Diego también se expresa en otras formas que tienen que ver con la vida cotidiana de las personas y su identidad cultural. Una larga historia de migraciones sur-norte y norte-sur entre ambos países ha dejado su huella en este punto de la frontera y ha dado lugar a la formación de extensas redes sociales vinculadas por lazos de sangre, matrimonio y de tipo social formando *familias transfronterizas* (Ojeda, 1994). Este tipo de familias involucran, frecuentemente, personas nacidas en Estados Unidos o en México, con *status* migratorios distintos, ciudadanos de uno u otro país con las dos nacionalidades, y que han sido socializados en ambos países en mayor o menor medida. Asimismo, las condiciones asimétricas de poder económico entre ambos lados de la frontera dan razón de existir a los *commuters*, que son trabajadores que viven en un lado de la frontera pero trabajan en el otro (Herzog, 1990). Forma también parte de este espacio fronterizo el cruce diario norte-sur y sur-norte de productos, servicios y personas en busca de oportunidades y mejores condiciones de vida, así como de satisfactores y relaciones afectivas, relaciones e intercambios que se llevan a cabo sin importar la existen-

cia de la línea internacional divisoria entre los dos Estados-naciones involucrados (Ojeda, 1994).

En este contexto fronterizo, cabe preguntarse cuál es la importancia de entender *lo fronterizo* para acercarnos al estudio del aborto inducido entre la población femenina mexicana. Uno de los rasgos de la vida fronteriza es el cruzar al otro lado para buscar lo que no se encuentra en este lado, o bien algo de mejor calidad. Los movimientos transfronterizos de la población —motivados, entre otras razones, por la búsqueda de servicios de salud— se dan en ambas direcciones de la frontera. Por ejemplo, los residentes de Baja California cruzan a San Diego, entre otras razones, para recibir atención en salud prenatal, planificación familiar y por razones de parto (The Social Research Laboratory, San Diego State University, 2001). Por su parte, las residentes norteamericanas cruzan al lado mexicano, frecuentemente, en busca de servicios de salud dental y optometría, entre otros (Hansen, 1999). Esto es parte de la vida fronteriza para muchas mujeres.

Cruzar al otro lado para practicarse un aborto también es parte de la vida fronteriza de muchas mujeres. De hecho lo ha sido para varias generaciones, aunque los cruces no siempre se han llevado a cabo en la misma dirección. Hasta antes de 1973, año en que el aborto fue legalizado en los Estados Unidos y especialmente en el estado de California, el flujo de los cruces era de norte a sur. Ésta fue una práctica que duró varias generaciones y que es descrita por Donald Ball (1967) en su estudio sobre la experiencia de las residentes de San Diego que, en ese entonces, cruzaban a Tijuana para practicarse el aborto bajo condiciones sórdidas en las varias clínicas clandestinas que en ese tiempo existían para atender la demanda respectiva por parte de mujeres residentes tanto del lado mexicano como del estadounidense. La diferencia es que hoy en día les toca a las residentes del lado mexicano cruzar al otro lado para tener acceso a un aborto en condiciones legales, lo que les garantiza condiciones aceptables de higiene, atención médica y consultoría psicológica. Esto es algo que las mexicanas no pueden encontrar en su país, incluso en los casos de abortos provocados que llegan a los hospitales en situaciones de urgencia. Esto es consecuencia, por un lado, del *status* ilegal del aborto voluntario en las leyes nacionales y, por otro, debido a las restrictivas condiciones en que se permite el aborto legal.

Ante esta situación, las mexicanas que desean abortar ven la frontera como un lugar de oportunidad para cruzar al otro país y tener acceso a un espacio social distinto al propio, y en el que les es permitido asumir plenamente su responsabilidad de elegir frente al aborto. En este otro espacio, las mexicanas se

van a encontrar presionadas únicamente por su ser individual y sus ideas personales acerca de esta controvertida problemática social y de salud.

Ahora bien, recurrir al aborto en estas condiciones es una opción a la que no todas las fronterizas mexicanas tienen acceso por ser una opción únicamente para un segmento privilegiado de ellas. Ir al otro lado, donde les es permitido legalmente practicarse un aborto es posible sólo para las que tienen el dinero, la información y los medios necesarios para cruzar la frontera, tales como poseer un pasaporte nacional con visado o un *pasaporte local*.³ Esto hace que la opción de practicarse un aborto sin riesgo sea altamente discriminatoria en cuanto a clase social, lo cual va en contra de la gran mayoría de las mujeres fronterizas que no tienen los recursos para cruzar al otro país o bien no cuentan con el dinero necesario para pagar el servicio. Para ellas no existe la opción de pasar al otro lado y tener acceso a ese otro espacio social. Para estas mexicanas, la opción, en caso de decidirse a interrumpir un embarazo no deseado, es poner en riesgo sus vidas o, en el menor de los casos, correr riesgos de morbilidad y estigma social. Estas diferencias relativas a clase social en la práctica del aborto en la frontera ponen en evidencia el carácter claramente discriminatorio que en la práctica social tiene la legislación mexicana del aborto en contra de las mujeres con menos recursos económicos en el país.

RESULTADOS

¿Cuántas mexicanas cruzan la frontera para abortar?

Para responder la simple pregunta de cuántas mexicanas cruzan la frontera para abortar es necesario enfrentar una de las dificultades de contabilizar grupos de población en la frontera. En este espacio es insuficiente y engañoso el recurso ortodoxo de utilizar el domicilio de las personas para identificar su lugar de residencia. La costumbre de dar la dirección de algún conocido que vive en el otro lado es una práctica social muy común entre algunos habitan-

³Los habitantes fronterizos mexicanos le llaman *pasaporte local* a la visa que extiende el gobierno de los Estados Unidos a algunos residentes de la frontera mexicana —después de satisfacer algunos requisitos de identificación personal, domicilio y comprobación de solvencia económica— para poder transitar dentro de las primeras 25 millas (40 kilómetros) del territorio norteamericano.

tes de la frontera mexicana cuando desean obtener algún tipo de servicio en el territorio norteamericano. Puede tratarse de servicios públicos como la escuela, alguna promoción comercial o bien algún servicio profesional como el médico, entre otros. Por conocer esta socorrida costumbre entre los fronterizos mexicanos se consideró necesario identificar la población femenina que se atendió en Womancare no sólo por el domicilio de su residencia sino también de manera indirecta. Con base en la información disponible, se decidió identificar la etnia y el idioma en el que las mujeres respondieron por escrito el cuestionario que se les proporcionó en la clínica antes y después de la intervención quirúrgica.

Así, la información disponible y el conocimiento sobre los usos y costumbres en la frontera permiten hacer las siguientes consideraciones: primera, se parte del supuesto de que la población hispana inmigrante en las inmediaciones de la frontera del condado de San Diego —en su gran mayoría de origen mexicano—, especialmente los que tienen poco tiempo de haber llegado y la población fronteriza mexicana de visita o temporalmente presente en territorio norteamericano, prefieren utilizar el idioma español para contestar los cuestionarios por escrito cuando se les da esta oportunidad; segunda, suponemos que la población norteamericana de origen mexicano y las inmigrantes mexicanas que acudieron a la escuela y fueron socializadas durante su niñez y adolescencia en los Estados Unidos prefieren proporcionar información por escrito en el idioma inglés.

Con base en estos supuestos y la información de los registros clínicos se calculó que las mexicanas representaron entre 15% y 31% del total de los casos de aborto atendidos en Womancare durante la primavera y el verano de 1993. El porcentaje más bajo del rango es si contamos únicamente a las que reportaron un domicilio en Baja California y el porcentaje más alto es resultado de contar el número de hispanas que usaron el español para contestar por escrito los cuestionarios.

*VARIACIONES EN LA PRÁCTICA DEL ABORTO ENTRE LOS SUBGRUPOS
DE HISPANAS DE ORIGEN MEXICANO*

Las hispanas más asimiladas a la sociedad mexicana abortan a edades menos jóvenes

Por lo general, las mujeres que acudieron a abortar son jóvenes entre los 20 y 29 años de edad (véase el cuadro 1). No obstante esta característica, podemos distinguir algunas variaciones al comparar las estructuras por edad de los tres grupos incluidos en el estudio. Considerando los casos extremos, por una parte, tenemos que las hispanas más asimiladas a la sociedad norteamericana (por utilizar el inglés para comunicarse por escrito) son las que presentan la estructura por edad más joven. Este grupo tiene, por un lado, la proporción más alta de adolescentes que abortaron con casi el doble de casos que los

CUADRO 1. *Porcentaje de abortos inducidos por edad entre mujeres de distintos grupos étnicos e idioma*

Edad (años)	Grupo étnico		
	Hispanas		No hispanas
	ESCRIBE ESPAÑOL	ESCRIBE INGLÉS	
14-19	5.6	11.9	6.8
20-24	25.5	28.3	28.4
25-29	28.2	42.5	40.0
30 y más	40.7	17.3	24.8
Total	100	100	100

Fuente. Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano de 1993.

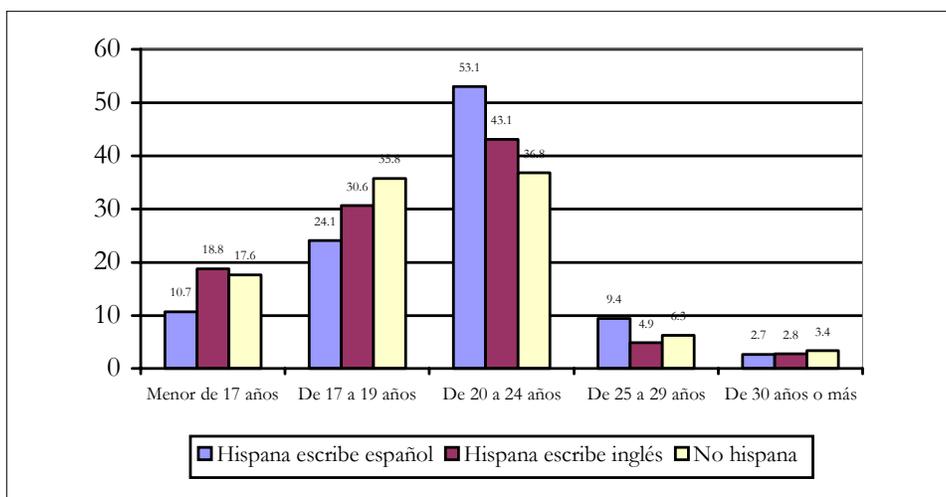
otros dos grupos. Y, por otro, presenta la proporción más baja de mujeres de 30 o más años de edad que recurrieron al aborto.

En el otro extremo tenemos a las hispanas más asimiladas a la sociedad mexicana (por preferir comunicarse por escrito en español), quienes tienden a abortar a mayor edad. Éstas tienen la menor proporción de adolescentes y el grupo más numeroso de mujeres de 30 o más años de edad que abortaron. Al parecer, se trata de mujeres más avanzadas en su ciclo reproductivo, que probablemente está formado por mujeres inmigrantes con menos tiempo de vivir en los Estados Unidos y de mujeres fronterizas que, viviendo en Baja California, cruzaron a San Diego para practicarse el aborto en “terreno permitido”. Fi-

nalmente, las mujeres no hispanas presentan una estructura por edad intermedia entre los dos grupos extremos de hispanas diferenciadas según su manejo del idioma.

Las hispanas más integradas a la sociedad mexicana son menos precoces en su experiencia del primer embarazo

Respecto a la edad del primer embarazo de las mujeres que abortaron podemos ver cierto nivel de precocidad en la iniciación de estas mujeres en la vida sexual y reproductiva. Esto, sin embargo, al parecer es más frecuente en las hispanas más asimiladas a la sociedad norteamericana y, en un segundo lugar, en las mujeres no hispanas. El grupo de las hispanas que escriben en español presenta también indicios de precocidad sexual, pero en un nivel notablemente inferior al de los otros dos grupos. Así, la información que se presenta en la figura 1 indica que en los tres grupos existe una alta proporción de mujeres que tuvieron el primer embarazo a edades menores de los 20 años, es decir, siendo todavía adolescentes. Destacan, al respecto, las mujeres no hispanas con aproximadamente 53% del total de los casos, seguidas por hispanas que usan el inglés con 49% de mujeres en esta situación. Por su parte, las hispanas que utilizan el



Fuente. Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano de 1993.

FIGURA 1. *Abortos inducidos según edad al primer embarazo, en mujeres de distinto grupo étnico*

español y que tuvieron su primer embarazo a edades adolescentes lo hicieron en una proporción notablemente inferior, comparativamente hablando, aunque no deja de ser alta (35%).

También en la figura 1 notamos que las barras más altas corresponden a las edades de entre 20 y 24 años, siguiendo la curva de la fecundidad. Entre éstas destacan las hispanas más asimiladas lingüísticamente a la sociedad mexicana, quienes presentan la proporción más alta de primeros embarazos entre los 20 y 24 años de edad, con más de la mitad del total de los casos. Los primeros embarazos a estas mismas edades también son numerosos entre las hispanas más asimiladas a la sociedad norteamericana, pero con 10 puntos porcentuales menos que las primeras, favoreciendo, en cambio, los primeros embarazos a edades adolescentes. Finalmente, las mujeres no hispanas presentan un patrón de comportamiento muy distinto ya que, como bien podemos observar en la misma figura 1, tienen proporciones similares de casos de un primer embarazo durante los años tardíos de la adolescencia (entre 17 y 19 años) y entre las edades de 20 y 24 años.

En los tres grupos predomina la idea del aborto como solución a un problema

En un intento por conocer la manera de pensar de las mujeres acerca del aborto, se les planteó la siguiente pregunta abierta: “¿Cuál es tu opinión acerca del aborto?”. Las respuestas obtenidas fueron múltiples y muy variadas. Con el propósito de resumirlas, en el cuadro 2 se formulan cuatro grandes categorías que, en lo posible, tratan de reflejar esta variedad pero teniendo en común un mismo sentido en sus significados.

Los resultados nos permiten observar primeramente el predominio que tuvo la manera de pensar sobre el “aborto como solución a un problema” entre las mujeres de los tres grupos. Este tipo de respuesta que, a propósito, no fue agrupada con otras respuestas, encabeza la distribución con más de 40% del total de casos en cada uno de los grupos de mujeres. La segunda respuesta más frecuente, también entre los tres grupos, fue la de concebir el aborto como “una alternativa a la que las mujeres tienen derecho cuando no pueden o no quieren tener al bebé”. *Grosso modo*, las diferencias entre los porcentajes de esta respuesta entre los diferentes grupos revelan un grado mayor de apoyo relativo al respecto entre las no hispanas que entre las hispanas. Sin embargo es interesante

CUADRO 2. *Opiniones acerca del aborto inducido entre mujeres de distinto grupo étnico e idioma*

Opiniones	Grupo étnico		
	Hispanas	ESCRIBE INGLÉS	No hispanas
Derecho a no responder	5.6	6.2	3.5
Algo triste, algo de que sentirse culpable, algo negativo. Otros sentimientos similares	16.9	16.9	9.5
Como solución a un problema	48.4	42.3	48.0
Alternativa a la que tiene derecho la mujer cuando no puede o no quiere tener al bebé	29.1	34.6	39.0
Total	100	100	100

Fuente. Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano de 1993.

notar que, al diferenciar a estas últimas, es claro que las mujeres hispanas que usaron el español para responder a la pregunta apoyan en menor medida esta manera de pensar sobre el aborto que las hispanas que contestaron en inglés.

El aborto como respuesta al embarazo no deseado independientemente de la etnia y el idioma

No obstante las diferencias de opinión sobre el aborto entre las mujeres de los tres grupos analizados, es notable la coincidencia de sus reacciones de rechazo al embarazo actual que las llevó a la clínica para interrumpirlo. En el cuadro 3

CUADRO 3. *Sentimientos que tuvieron al saberse embarazadas las mujeres que recurrieron al aborto inducido, según su grupo étnico e idioma*

Sentimientos	Grupo étnico		
	Hispanas		No hispanas
	ESCRIBE ESPAÑOL	ESCRIBE INGLÉS	
Lloré, <i>choqueada</i> , amenazada, loca, enferma, asustada, indecisa, insegura, enojada, molesta, indiferente	44.5	47.4	48.6
Otros sentimientos negativos	40.2	42.8	40.1
Sentimientos positivos	15.3	9.8	11.4
Total	100	100	100

Fuente. Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano de 1993.

puede verse el predominio de sentimientos de *rechazo, angustia, tristeza, susto, inseguridad, enojo, molestia y otros sentimientos negativos similares* que tuvieron la gran mayoría de las mujeres de cada grupo étnico-lingüístico al enterarse de que estaban embarazadas. El carácter no deseado del embarazo en cuestión se revela en cada grupo con porcentajes superiores a 80% en todos los casos, lo que permite generalizarlo a las distintas mujeres en el estudio.

Distintos motivos para abortar

La distribución de motivos que dieron las mujeres como justificación para interrumpir su embarazo presenta significativas variaciones entre los tres grupos analizados. Un ejemplo es la importancia diferencial que, al parecer, tiene la pareja en la decisión de abortar para cada uno de los grupos. En el cuadro 4 podemos ver que un porcentaje claramente mayor de hispanas que escriben en

español mencionaron de una u otra manera a sus parejas en sus respuestas a la pregunta: “¿Cuál fue el principal motivo que te llevó a tomar la decisión de abortar?”, de modo que casi una cuarta parte de ellas respondieron “desear no tener más hijos” o bien que el aborto “fue una decisión compartida con la pareja”.

CUADRO 4. *Motivos por los que las mujeres decidieron practicarse el aborto inducido, según grupo étnico e idioma*

Motivos	Grupo étnico		
	Hispanas		No hispanas
	ESCRIBE ESPAÑOL	ESCRIBE INGLÉS	
No deseo tener más hijos, decisión compartida con la pareja	24.4	12.9	18.0
Única opción, no tengo apoyo de mi pareja, sin pareja, falta de recursos económicos y otras razones sociales y culturales	28.4	24.5	15.0
Demasiado joven para ser mamá, no quiero hacerme responsable, no tengo tiempo para cuidar niños y otras razones similares	24.4	29.3	36.0
Tengo problemas de salud, tengo experiencia de aborto anterior	22.8	33.3	31.0
Total	100	100	100

Fuente. Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano de 1993.

Este tipo de respuesta, en cambio, fue únicamente de 13% entre las hispanas que usaron el inglés, y de 18% por ciento entre las no hispanas. De manera similar, poco más de otra cuarta parte (28.4%) de las hispanas que usaron el español respondieron que el aborto era su “única opción”, “no tener pareja”, “no contaban con el apoyo de la pareja”, “no tener dinero” o bien “otras razones similares”, mientras que este tipo de respuestas se dio solamente en 10% de las hispanas que usaron el inglés en sus respuestas, y 15% de las mujeres no hispanas.

Otro ejemplo de las diferentes motivaciones que tuvieron las mujeres de cada uno de los grupos para someterse al aborto se refiere a sus percepciones sobre sí mismas y acerca de la temporalidad para experimentar los eventos reproductivos en su curso de vida familiar. Específicamente, cuándo ellas piensan estar en edad de ser madres, cuándo estar dispuestas a asumir las responsabilidades de la maternidad y cuándo piensan que tienen tiempo en sus vidas para el cuidado de los hijos. Al respecto, es clara la diferencia que existe entre los dos grupos de hispanas y las mujeres no hispanas. Cerca de 38% de las no hispanas respondieron “no estar en edad de ser madres”, “no tener el tiempo para cuidar niños”, “no querer asumir las responsabilidades de tener un bebé” y (u) otras razones similares a la pregunta: “¿Por qué decidiste tener un aborto?”. En cambio, poco menos de una cuarta parte de las mujeres de cada uno de los grupos de hispanas dieron este mismo tipo de respuesta. Otro tipo de respuesta al porqué del aborto se refiere a problemas de salud en las mujeres. Como podemos ver en el cuadro 4, este motivo es importante en todos los grupos, pero especialmente entre las hispanas que respondieron en inglés, seguidas muy de cerca por las mujeres no hispanas, con porcentajes del orden de 33.3% y 31.2%, respectivamente. Los problemas de salud también se dieron como respuesta entre las hispanas que contestaron en español, pero en menor proporción, con 23% de casos.

Un mayor número de hispanas más asimiladas a la sociedad mexicana viven la etapa posterior al aborto en silencio y solas

Los distintos planes que las mujeres reportaron tener para enfrentar los efectos emocionales de la experiencia posterior al aborto reflejan diferentes escenarios. En lo general, éstos podrían ser interpretados como producto no sólo

de las preferencias individuales de las mujeres sino también de las opciones posibles que éstas tienen en los respectivos contextos sociales y culturales en que viven. El cuadro 5 presenta las respuestas a la pregunta: “¿Qué planes tienes para lidiar con tus sentimientos después del aborto?”. Las respuestas de las mujeres no hispanas a esta pregunta representan, por un lado, el porcentaje más alto de casos en que la comunicación con los seres queridos constituye una importante estrategia de recuperación emocional posaborto con casi 38% de casos. Y, por otro, estas mismas mujeres tienen el porcentaje más bajo de casos en condiciones inciertas respecto a sus planes de recuperación. Por su parte, las hispanas más asimiladas lingüísticamente a la sociedad norteameri-

CUADRO 5. *Planes de las mujeres para sobrellevar sus sentimientos después del aborto inducido, según grupo étnico e idioma*

Planes	Grupo étnico		
	Hispanas		No hispanas
	ESCRIBE ESPAÑOL	ESCRIBE INGLÉS	
Hablar con su pareja, amigos y (o) familia; concentrarse en sus hijos	15.2	33.3	37.7
Trabajar, descansar, realizar alguna actividad recreativa y (o) de superación personal	47.3	35.2	38.4
No tengo planes, no he pensado, no lo sé	32.1	23.3	17.8
Buscar ayuda psicológica y (o) religiosa	5.5	8.7	6.2
Total	100	100	100

Fuente. Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano de 1993.

cana presentan un escenario muy similar al de las no hispanas, con valores numéricos cercanos. De este modo, los planes de recuperación emocional posaborto de las mujeres más asimiladas a la sociedad norteamericana dibujan un escenario correlativo a un contexto social y cultural favorable a la comunicación sobre el tema del aborto, lo mismo que sobre las condiciones de *empowerment* o de autocontrol de las mujeres sobre los eventos asociados a su vida reproductiva.

En cambio, las hispanas más asimiladas lingüísticamente a la sociedad mexicana presentan un escenario que podría ser calificado de menos abierto a la comunicación y a las posibilidades de *empowerment* de las mujeres para hacer frente a los efectos emocionales de este importante evento en su vida reproductiva. En este grupo nótese que, por un lado, son claramente menos las mujeres que declararon tener la intención de compartir su experiencia posaborto con la pareja, familiares y (o) amigos. Y, por otro, en comparación con las mujeres no hispanas, casi el doble de hispanas que contestaron en español reportaron no tener planes, no haber pensado o bien no saber lo que harían después del aborto para enfrentar los efectos emocionales derivados de éste (32.1% contra 17.8%). Asimismo registraron ocho puntos porcentuales más que las hispanas más asimiladas lingüísticamente a la sociedad norteamericana (32.1% contra 23.3%).

CONCLUSIÓN

Los resultados, en su conjunto, señalan diferencias entre los tres grupos de mujeres incluidos en el estudio. Estas variaciones, a su vez, sugieren la existencia de diversos patrones del aborto entre las hispanas de origen mexicano que viven en el contexto fronterizo de Tijuana-San Diego. Tales patrones se dibujan a partir de diferencias en las edades a las que las mujeres abortan, su edad al primer embarazo, así como sus ideas acerca del aborto, los motivos que se tienen para abortar y las estrategias que asumen las mujeres para recuperarse emocionalmente después de esta experiencia. Respecto a este último aspecto, importa subrayar que, al parecer, las mexicanas que cruzan la frontera para abortar y las hispanas de origen mexicano en los Estados Unidos, que permanecen lingüísticamente más asimiladas a la sociedad mexicana, reflejan, de alguna manera, la condición restrictiva que prevalece en México y especialmente en Baja California acerca del aborto. De modo que, aquellas que cruzan la frontera hacia los Estados Unidos para abortar, si bien logran escapar de la amenaza de la cárcel y los riesgos a su salud, no lo hacen necesariamente del ostracismo social de tener que vivir el aborto y la etapa posaborto en

BIBLIOGRAFÍA

- Ball, Donald, W., "An Abortion Clinic Ethnography", *Social Problems*, invierno de 1967, pp. 293-301.
- Carrillo, Jorge y Alfredo Hualde, "Third Generation Maquiladoras? The Delphi-General Motors Case", *Journal of Borderlands Studies*, vol. XIII, núm. 1, primavera de 1998, pp. 79-94.
- Hansen, Ellen, "The Difference a Line Makes: Women's Lives in Douglas, Arizona and Agua Prieta, Sonora", en Loustaunau, Martha Oehmke y Mary Sánchez-Bane (eds), *Life, Death, and In-Between on the U.S.-Mexico Border: Así Es la Vida*, Wesport, Connecticut, 1999.
- Herzog, Lawrence A., *Where North Meets South: Cities, Space, and Politics on the U.S.-Mexico Border*, Austin, University of Texas Press, 1990.
- Martínez, Óscar J., "Border People and their Cultural Roles: The Case of the U.S.-Mexican Borderlands", en Ganster, Paul, Alan Sweedler, James Scott y Wolf Dieter-Eberwein (eds.), *Borders and Border Regions in Europe and North America*, Estados Unidos, Institute for Regional Studies of the Californias, San Diego, San Diego State University Press, 1997, pp. 293-298.
- Ojeda, Norma, "Familias transfronterizas en Tijuana: Migración y trabajo internacional", en Ojeda, Norma y Silvia López, *Familias transfronterizas en Tijuana-San Diego: Dos estudios complementarios*, México, Tijuana, B.C., El Colegio de la Frontera Norte, 1994, pp. 9-50.
- , *Algunas contradicciones en el perfil sociodemográfico de las mujeres en la frontera norte de México*, El Colegio de la Frontera Norte, 1997, p. 20 (Cuadernos de Trabajo, núm. DTS 2-1997).
- , *¿Qué piensan las mujeres en Baja California acerca de la planificación familiar y el aborto? Hallazgos de una encuesta*, México, El Colegio de la Frontera Norte, 2003, pp. 20.
- Pick, James B., J. Henttrick, N. Viswanathan y E. Ellsworth, "Binationality in the U.S.-Mexican Border Twin Cities", *Executive Summary Final Report to the Ford Foundation* (mimeo), California, University of Redlands, 2000.
- Poniatowska, Elena, *Las mil y una heridas de Paulina*, México, Plaza Janes, 2000, 160 pp.
- Tribe, Laurence H., *Abortion the Clash of Absolutes*, Estados Unidos, Norton and Company, 1990, pp. 269.

The Social Science Research Laboratory, San Diego State University, "Survey of California Latina Attitudes Regarding Family Planning Issues" (mimeo), *Research Report to Planned Parenthood Affiliates of California, Incorporated*, 2001.

