

Opinión técnica sobre la Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona el párrafo quinto del artículo 67 de la Ley de Salud de la Ciudad de México¹

Contenido

Presentación.....	2
La estructura de la iniciativa	2
Antecedentes	4
Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México.....	4
Estudios sobre aborto y la salud mental.....	6
Estigma social sobre el aborto o síndrome post aborto	11
Lineamiento Técnico para la atención del Aborto seguro en México.....	15
Derechos humanos de las mujeres y consentimiento informado	17
Conclusiones	20
Bibliografía	23

¹ Elaborada por Martha Juárez Pérez, titular; Karla Quintero Moreno, subdirectora de estudios legislativos y comisiones y Víctor Manuel Castellanos, técnico operativo de confianza del Centro de Estudios Legislativos para la Igualdad de Género del Congreso de la Ciudad de México.

Presentación

El Centro de Estudios Legislativos para la Igualdad de Género (CELIG), con base en los artículos 104 de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México y el artículo 508 del Reglamento, en su calidad de *área técnica de apoyo a las actividades legislativas en materia de derechos humanos de las mujeres y que tiene a su cargo realizar investigaciones y estudios sobre la situación de las mujeres y los hombres de la Ciudad de México, a fin de que la legislación que expida el Congreso de la Ciudad promueva la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres, de forma objetiva imparcial y oportuna, ofreciendo información analítica.*

En este marco se emite la siguiente opinión técnica respecto de la **Iniciativa con proyecto de Decreto que adiciona el párrafo quinto del artículo 67 de la Ley de Salud de la Ciudad de México**, presentada en sesión ordinaria de fecha 25 de octubre de 2022, por la diputada Maxta González Carrillo del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, turnada a la Comisión de Salud.

En el siguiente apartado se describirá la estructura y argumentación en la que basa la iniciativa en comento.

La estructura de la iniciativa

La iniciativa presentada por la diputada Maxta Iraís González Carrillo para modificar la Ley de Salud de la Ciudad de México se integra de los siguientes componentes:

1. **Planteamiento del problema.** Se recapitula sobre la reforma al Código Penal del Distrito Federal y a la entonces Ley de Salud del Distrito Federal, mediante la cual se despenalizó el aborto hasta la semana 12 de gestación. Asimismo, se hace referencia a los Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo. Se presentan los datos estadísticos de los procedimientos de ILE que la Secretaría de Salud de la CDMX ha proporcionado.
2. **Argumentos.** En este componente refiere el marco normativo en el que se justifica la propuesta. Hace referencia a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a la Constitución de la Ciudad de México, a la Ley de Salud de la Ciudad de México, en la que se destacan a atención que se debe brindar a través de los servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar.

En este mismo componente se hace referencia dos artículos con base en los cuales se justifica la propuesta legislativa. Los artículos son los siguientes:

a) una investigación hecha por el departamento de psicología de la universidad de Antioquia, Colombia que se publicó en la revista electrónica *Psycones* titulada: "EFECTOS DEL ABORTO EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER", firmada por los estudiantes Paula Andrea Murillo Bustamante Mayra Alejandra Gallego Ocampo Cindy Vanesa Botero Yepes.

"De acuerdo con las evaluaciones de Coleman (citada en Vivanco, 2011) se encuentra evidencia de que las mujeres que han abortado tienen un 81% más de probabilidades de padecer problemas mentales que las que no lo han hecho. Además, la posibilidad de sufrir problemas de ansiedad es en ellas un 34% mayor, y un 37% la de sufrir depresión. También es un 110% mayor la posibilidad de caer en el alcoholismo y un 220% mayor de consumir otro tipo de sustancias. Se confirma además en la investigación, la existencia de problemas mentales en las mujeres que han abortado varias veces, aunque se piensa que ello podría estar más bien relacionado con desequilibrios psíquicos previos, que pudieran predisponerlas a quedarse embarazadas sin desearlo y, consecuentemente, a tratar de terminar dichos embarazos con un aborto...". (Congreso de la Ciudad de México, 2022, p. 8)

La cita es publicada en un enlace que conduce a la revista, más no al artículo propiamente dicho: [https://revistas.udea.edu.co > article >](https://revistas.udea.edu.co/article)

b) Un texto de la Universidad Panamericana titulado "Síndrome Post Aborto", señala que: "Profunda tristeza parecida a la depresión, ansiedad, inseguridad, autoestima devaluada, vacío existencial, autocastigo y nula capacidad de amar. Síntomas conocidos, pero causa desconocida; o peor aún, conocida pero silenciada, el post aborto..."

El 19% de las personas que abortan sufren del síndrome post aborto, una vivencia profunda y real que es experimentada cuando se tiene un aborto provocado, causado generalmente por una presión social que impone miedo y amenaza con la pérdida de aprobación y aceptación de la persona y su valía...". (Congreso de la Ciudad de México, 2022, p. 9)

Artículo publicado en la sección noticias de la página web de la Universidad Panamericana [Síndrome post aborto | Universidad Panamericana \(up.edu.mx\)](https://www.up.edu.mx/sindrome-post-aborto)

Después de referir esos dos artículos se plantea la propuesta legislativa: *De tal manera que con la presente iniciativa se busca abonar en favor de la salud mental de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.*

Ley de Salud de la Ciudad de México, Capítulo VII Servicios de Salud Sexual, Reproductiva y de Planificación familiar.

Artículo 67.

...

...
...

Las personas usuarias atendidas en el servicio de interrupción legal del embarazo deberán recibir acompañamiento psicológico al menos durante 3 meses por parte de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. (Congreso de la Ciudad de México, 2022, pp. 9-10)

3. **Fundamento legal.** Parte de la iniciativa en la que se vuelve a presentar el marco jurídico en que se basa el instrumento.
4. **Decreto.** Espacio en el cual se publica la propuesta mencionada en la parte de arriba, para añadirlo como un cuarto párrafo del artículo 67.

Como se observa, la iniciativa está sustentada en términos argumentativos en el contenido de los dos artículos referidos en su numeral 2.

Básicamente, la propuesta se basa en la argumentación en torno a un denominado “Síndrome post aborto”, derivado del cual, se propone que todas las usuarias atendidas en el servicio de interrupción legal del embarazo deberán recibir el acompañamiento psicológico referido en la propuesta.

Por tal motivo, la presente opinión se enfocará en referir a estudios publicados por especialistas en salud mental y aborto que recuperan la crítica científica sobre el denominado síndrome post aborto, destacando que instituciones como la *American Psychological Association* (APA) y la Organización Mundial de la Salud no reconocen la existencia de ese síndrome.

De la misma forma se desarrolla un argumento basado en el necesario respeto a los derechos humanos, en particular a la libre decisión para aceptar un tratamiento médico, en este caso psicológico, basado en el derecho a la información a través, por ejemplo, del consentimiento informado de las mujeres que recurren a los servicios de aborto en el sistema de salud en la Ciudad de México.

Antecedentes

Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México

De la misma forma en que se plantea en la iniciativa en comento, en esta opinión se recuerda que el 24 de abril de 2007 fue aprobada la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, a cargo de la entonces Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), que estipuló a través del Código Penal en su artículo 144, que el aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda

semana de gestación, es decir, que su interrupción antes de dicho plazo no es un delito que deba ser sancionado.

Actualmente, en el artículo 148 del mismo Código se establecen las excluyentes de responsabilidad del delito de aborto, bajo los siguientes supuestos:

- a) En los casos de violación o de inseminación artificial;
- b) Cuando la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista;
- c) Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; y
- d) Cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

Asimismo, desde ese año, la Ley de Salud del Distrito Federal incluyó que los servicios públicos de salud debían otorgar una atención integral en salud a las mujeres que solicitaran la interrupción legal del embarazo.

En la promulgación de la Ley de Salud de la Ciudad de México (agosto 2021), permaneció que las instituciones públicas de salud deben practicar la interrupción legal del embarazo en forma gratuita y en condiciones de calidad, cuando la mujer interesada lo solicite, además de que **se pondrá a disposición de las mujeres servicios de consejería médica, psicológica y social** con información veraz y oportuna de las opciones con que cuentan las mujeres y su derecho a decidir. (Gobierno de la Ciudad de México, 2021, agosto 09).²

Al 31 de octubre de 2022, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México reporta haber practicado 254,878 interrupciones legales del embarazo, a partir de abril de 2007 y estos números incluyen a usuarias de todos los estados del país e incluso extranjeras. (Gobierno de la Ciudad de México, 2022)

Lo anterior se señala dado que es un número importante de mujeres que atiende o ha atendido la Secretaría de Salud y, en caso de que se aprobara la iniciativa propuesta que se comenta, es una cantidad importante de usuarias que deberían de recibir la atención psicológica por tres meses.

Como se sabe, solo de manera reciente en otros estados del país se ha legislado para garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres, reconociendo la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta las doce semanas de gestación en sus normativas. Es el caso de Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Colima, Baja California, Guerrero y Baja California Sur y, hasta las trece semanas, en el Estado de Sinaloa.

Como información de contexto, la cifra de servicios proporcionados incluye a mujeres de todos los estados que han viajado a la Ciudad de México para acceder

² Artículo 81 de la Ley de Salud de la Ciudad de México.

a estos servicios de ILE. Por tanto, cabe la pregunta: ¿de qué manera se ofrecería el servicio de atención psicológica a mujeres que no viven en la Ciudad en caso de aprobarse la propuesta de reforma?

Estudios sobre aborto y la salud mental

En este apartado se hace referencia, de manera sintética, a algunos estudios relacionados con el análisis de la salud mental y el aborto y la crítica hacia el síndrome post aborto. Lo anterior, debido a que la argumentación de la propuesta legislativa que se comenta se centra en torno a este síndrome.

La salud mental de mujeres que realizaron un aborto vs la de aquellas a las que se les negó, y otros temas.

En seguida se resume el contenido de una presentación que la doctora en psicología social, M. Antonia Biggs, de la Universidad de California San Francisco, presentó en la Ciudad de México durante 2021, como parte del encuentro *Advancing New Standards in Reproductive Health*. En dicha presentación se describieron los resultados del estudio Turnaway de Estados Unidos de Norte América, denominado **“La salud mental de mujeres que realizaron un aborto vs la de aquellas a las que se les negó, y otros temas...”**. La presentación se adjunta a este documento para su consulta.

Entre los aspectos más relevantes de esta presentación se afirma que entre las conclusiones de la **Asociación Americana de Psicología durante los años 1989,2008 y 2009, no existe evidencia de que tener un solo aborto causa problemas de salud mental. Y que los estudios publicados sufren de serios problemas metodológicos. (Biggs 2021, p. 3)**

Se señala en la presentación que las investigaciones científicas concluyen que no hay relación alguna entre aborto y problemas de salud mental, que los estudios que concluyen que el aborto causa daño psicológico (síndrome post aborto) presentan problemas como que no toman en cuenta el historial de trastornos en salud mental, el historial de trauma y otros factores asociados con la salud mental.

Un aspecto muy relevante que indica es que en esos estudios se han utilizado como iguales grupos que nos son comparables, por ejemplo: mujeres que han padecido un aborto cuando su embarazo era deseado y mujeres que han abortado cuando su embarazo ha sido no deseado. (Biggs, 2021, p. 8)

La presentación señala que entre los factores principales que predisponen a que una mujer tenga un problema de salud mental después de un aborto son las condiciones preexistentes de salud mental, o bien antecedentes de trauma, abuso y violencia. Si estas mujeres recurren al aborto, es probable que estos problemas

previos concurren y por tanto tienen más probabilidades de presentar afectación a la salud mental, pero es por esas condiciones, no por un síndrome post aborto.

Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos

Un segundo estudio que se refiere, es el coordinado por las doctoras Susana Lerner, Agnes Guillaume y Lucía Melgar, en 2016. Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos. Publicado por el Colegio de México y el Institut de Recherche pour le Développement. Disponible en: https://www.ceped.org/IMG/pdf/realidades_y_falacias_lerner_guillaume_melgar.pdf

De manera particular, se destaca el capítulo 8 del libro, denominado: Aborto inducido y salud mental. En el que se plantea el siguiente contenido:

- Acerca del concepto de salud mental
- La salud mental: un tema del debate
- **¿Realmente existe el “síndrome post-aborto”?**
- **¿Existe evidencia científica acerca de la supuesta relación entre aborto inducido y problemas de salud mental en las mujeres?**
- ¿Con qué afectaciones a la salud mental sí puede relacionarse la interrupción del embarazo?
- ¿Y si nos preguntamos por los problemas de salud mental que acarrea la prohibición del aborto?
- La práctica del aborto como signo de trastorno mental y su penalización en México.

Se hace referencia en particular a este capítulo, en tanto se analizan dos asuntos específicos (resaltados en negritas en la lista anterior) que tienen relación con el contenido de los artículos utilizados para argumentar la propuesta legislativa que se comenta.

Explican las autoras Lerner, Guillaume y Melgar:

*En [este capítulo] examinamos específicamente **la relación entre aborto y salud mental, sobre la cual hay muchos mitos que las evidencias científicas desmienten.** Los argumentos contra la despenalización del aborto suelen esgrimir los resultados de ciertos estudios que demostrarían que el hecho mismo de abortar tiene un efecto adverso en la salud mental de las mujeres, cualquiera que sea su historia de vida. **Lo que las evidencias científicas interpretadas con rigor muestran es, como también exponen quienes favorecen la despenalización, que el aborto en sí no afecta el bienestar y la salud mental de las mujeres,** y que es preciso primero tener en cuenta la trayectoria y las condiciones de vida de éstas y luego distinguir*

entre un aborto en que éstas ponen en riesgo su salud y su vida y un aborto practicado en condiciones sanitarias adecuadas. A la par que analizamos los argumentos de unos y otros, **remitimos a evidencias que demuestran que no puede hablarse de un “síndrome post-aborto” y que el acceso al aborto puede contribuir al bienestar de las mujeres y no afecta su salud mental más que cualquier otra intervención quirúrgica.** (Lerner, 2016, p. 34). El resaltado es propio.

Respecto al denominado síndrome post aborto, las autoras explican:

Quienes se oponen a la despenalización argumentan que hay una relación estrecha y negativa entre aborto y salud mental, y sostienen, en resumen, que existe un “síndrome post-aborto” con síntomas específicos (tristeza, angustia, ansiedad, evitación, dolor emocional, sueños recurrentes, suicidio, etc.) que, como explicaremos más adelante, carece de sustento científico. Así se afirma que:

Sí existe un síndrome posaborto que daña la estructura física, psicológica y social de la mujer y sus familias”. (MCAL, 130; negritas en el original). “El síndrome posaborto es una entidad patológica conocida por la Organización Mundial de la Salud.” (MCAL, 133).

De hecho, la OMS en sus diversas publicaciones sobre el tema alude al trastorno emocional o estrés post-traumático en cualquier intervención quirúrgico-médica, y por tanto no valida ese supuesto síndrome derivado específicamente del aborto. Tampoco es un término reconocido por la APA (2008). (Lerner, 2016, p. 308) El resaltado es propio.

Ahora bien, uno de los artículos citados en la iniciativa de la diputada González Carrillo, hace a su vez referencia al estudio de Coleman. Al respecto, las autoras del libro que se comenta señalan:

En el mismo sentido, la validez y confiabilidad de las evidencias respecto al abuso de drogas es cuestionable, y el método utilizado, deficiente.¹ La misma falta de confiabilidad caracteriza el estudio (Coleman et al., 2005) del que los conservadores derivan una ominosa relación entre aborto y maltrato infantil. (Lerner, 2016, p. 310)

En la nota a pie de página referida en el párrafo anterior, explican:

1. *El estudio se llevó a cabo mediante un cuestionario que fue enviado por correo, el cual solamente 14% de las encuestadas contestó, por lo cual de entrada es erróneo generalizar sus hallazgos. Además, las respuestas —afirmativa o negativa (sí/no)— a la pregunta sobre abuso de sustancias: “¿Has abusado alguna vez de las drogas o del alcohol?”, son una apreciación muy ambigua y vaga para medir la frecuencia e intensidad del abuso de sustancias; no es lo mismo haber abusado del alcohol una vez*

en la vida que tener un consumo frecuente (D.C. Reardon y Ney, 2009).
Citado en (Lerner, 2016, p. 310)

Para continuar con su análisis sobre ese estudio de Coleman, las autoras nos dicen:

*En primer término, en ese estudio la muestra no es representativa de las mujeres estadounidenses ya que sólo se refiere a la información de las instancias oficiales encargadas del reporte de abuso infantil. **El sesgo principal consiste, sin embargo, en no considerar la multiplicidad de factores que inciden en conductas de negligencia y maltrato, tales como la pobreza, la exposición a la violencia en el seno familiar y el uso de sustancias, independientemente de que suceda o no un aborto y del tipo de aborto que sea, ya que no se especifica si se trata de una interrupción voluntaria o no** (APA, 2008: 53). Citado en (Lerner, 2016, p. 310)*

De manera específica ante el subtítulo **¿Realmente existe el “síndrome post-aborto”?** las autoras del libro indican que ahondarán en el asunto:

...cabe detenernos en el concepto del “síndrome post-aborto”, que aparece en el discurso de quienes se oponen a la despenalización [del aborto]. Como el calificativo “postaborto” lo indica, la intención es referirse a las consecuencias negativas de esta práctica para la salud mental de las mujeres que han interrumpido su embarazo, como si éstas fueran evidentes o se hubieran comprobado. (Lerner, 2016, p. 312)

Y citan, a su vez, a otra autora, Rondón:

De acuerdo con Martha Rondón (2009), ningún estudio ha podido probar la existencia o etiología de esta pseudopatología psiquiátrica como entidad taxonómica separada e independiente de otros trastornos o de síntomas específicos, pues los trastornos son un conjunto de síntomas y signos comunes que cumplen con criterios fenomenológicos operacionalizados en los manuales de clasificación de enfermedades, especificaciones con que no cumple el “síndrome post-aborto” (Lerner, 2016, p. 314)

Y abundan en la nota a pie de página:

*Los signos que presentan las mujeres están más relacionados con otros factores de riesgo, por lo que no es pertinente incluirlos en los manuales como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS o el Manual de Diagnóstico y Estadística. De hecho, **la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) no reconoce dicho término como una entidad patológica ni como un modelo para diagnosticar los efectos de un aborto.** (Lerner, 2016, p. 314)*

Respecto al subcapítulo denominado “¿Existe evidencia científica acerca de la supuesta relación entre aborto inducido y problemas de salud mental en las mujeres?” del libro de Lerner, Guillaume y Melgar, se recomienda revisarlo, pues en él analizan minuciosamente los estudios que se presentan como evidencia científica para establecer una relación negativa directa entre salud mental y la práctica del aborto.

los argumentos de quienes se oponen a la despenalización son principalmente afirmaciones acerca de las consecuencias negativas del aborto en la salud mental de las mujeres, que se basan en una serie de estudios hechos en otros países, cuyo valor científico ha sido cuestionado o en los cuales los propios autores señalan límites que los voceros conservadores no tienen en cuenta o no explicitan cuando los usan. (Lerner, 2016, p. 315)

Como ejemplo se destaca esta larga lista de insumos revisados, aunque no son los únicos pues el subcapítulo hay varios más.

Las críticas a los estudios mencionados, que se exponen a continuación, se basan en las siguientes fuentes: las publicaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría, que contienen los resultados de una revisión exhaustiva y rigurosa científicamente de la literatura publicada de 1989 al 2007 (APA, 2008); los estudios de un grupo de investigadores encabezados por Charles et al. (2008) y por otro grupo encabezado por Robinson et al. (2009). La APA revisó las evidencias empíricas de 50 investigaciones, 25 de ellas análisis secundarios de los datos y registros públicos, 19 fuente primaria y 6 sobre mujeres que tuvieron un aborto debido a anomalías en el feto. El grupo de Charles et al. revisó 21 estudios publicados entre 1989 y 2008 que relacionaban el aborto inducido y los problemas mentales de largo plazo, centrándose en las metodologías de estos estudios y su evaluación. El grupo de Robinson et al. analizó la metodología utilizada en 40 estudios que relacionaban el aborto inducido con consecuencias de desórdenes mentales y “síndrome post-aborto”, considerando los siguientes aspectos: la muestra adoptada, la presencia o más bien ausencia de grupos de control, las definiciones o conceptos de las variables o indicadores relevantes y la ausencia de otras (abuso sexual, violación, embarazo deseado o no, etc.), la temporalidad y el orden y número de embarazos, los errores en los análisis, y las interpretaciones de los resultados, que varían según objetivos, intereses y posiciones, así como la ética profesional en el rigor científico.(Lerner, 2016, p. 315)

Y a manera de conclusión después de desmenuzar el análisis de los estudios utilizados para establecer una relación negativa casuística entre aborto y salud mental, sintetizan:

En resumen, estas revisiones muestran que los estudios que han tratado de relacionar el aborto con los problemas de salud mental en mujeres, tienen fallas de muestreo y generalización, ausencia de análisis de variables relevantes, reporte defectuoso de resultados y variables, y que se hacen generalizaciones pese a problemas de la técnica utilizada. Puede afirmarse, por tanto, que las evidencias en torno a la salud mental presentadas por quienes se opusieron a la despenalización (y quienes hoy siguen recurriendo a ellas), se caracterizan por una gran ambigüedad y no se sostienen con rigor científico. (Lerner, 2016, p. 321)

En sentido opuesto, citan a su vez que:

El aborto inducido NO conlleva a trastornos o alteraciones en la salud mental, NO se asocia con un síndrome de estrés postraumático, ni se relaciona de forma causal con mayor riesgo de depresión, suicidio o muerte violenta [Schmiege, 2005; Cohen, 2006; World Health Organization, 2002] [RS, 120] (Lerner, 2016, p. 321). El resaltado es propio.

En este mismo sentido, es importante citar a la vicepresidenta de la Asociación Americana de Psiquiatría, quien explica el problema en términos médicos:

Las secuelas psiquiátricas significativas después de un aborto son raras, como lo documentan numerosos estudios metodológicamente sólidos en los Estados Unidos y en países europeos. Recientemente se han realizado análisis exhaustivos de esta literatura que confirman esta conclusión. La incidencia de enfermedades psiquiátricas diagnosticadas y de hospitalizaciones es considerablemente menor después de un aborto que después de dar a luz. La enfermedad psiquiátrica significativa después de un aborto ocurre más frecuentemente en mujeres que estaban psiquiátricamente enfermas antes del embarazo, en las que decidieron tener el aborto bajo presión externa y en las que tuvieron el aborto en circunstancias desfavorables, por ejemplo: el abandono [Stotland, 1992: 2078]. (Lerner, 2016, p. 324) El resaltado es propio

[Estigma social sobre el aborto o síndrome post aborto](#)

Salud mental e interrupción legal del embarazo: resultados de un estudio exploratorio en la Ciudad de México

Una de las especialistas en salud mental y aborto es la doctora Luciana Ramos Lira, investigadora adscrita a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ella cuenta con una trayectoria importante en la investigación sobre salud mental y aborto.

La Dra. Ramos Lira y otras investigadoras elaboraron de manera reciente un estudio **Salud mental e interrupción legal del embarazo: resultados de un estudio exploratorio en la Ciudad de México**, publicado en: Ciencia, salud y género / Elia Martha Pérez Armendariz, Irene Durante Montiel y Mariana Itzel Figueroa Pérez, editoras. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Grupo Mujer y Ciencia, 2021. que se encuentra disponible en: <http://libros.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/09/Ciencia-salud-y-genero.pdf> pp. 156-172.

Este estudio es relevante por haberse realizado de manera reciente, en un centro de atención de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que provee servicios de aborto y con el objetivo específico de indagar sobre *la asociación entre varios factores relevantes reportados en la literatura y la presencia de síntomas depresivos elevados en mujeres que realizaron un aborto legal inducido*. (Ramos 2021).

Los resultados que presenta el estudio son relevantes:

De las mujeres entrevistadas después de la ILE, 75% no reportaron síntomas depresivos, 26% si lo reportaron. (Ramos 2021, p. 165)

Sin embargo, es importante enfatizar que esta evaluación no es indicador de un trastorno mental sino de la presencia de síntomas más elevados en algunas mujeres en comparación con otras que atravesaron el proceso de interrupción del embarazo en las mismas condiciones, lo que podría indicar una reacción a corto plazo (Angold, 1988). Esto lleva a plantear la hipótesis de que los síntomas señalados podrían ser una reacción de ajuste ante las circunstancias en las que las mujeres atravesaron el proceso; mismo que el 75% de ellas resolvió sin reportar un malestar significativo. (Ramos 2021, p. 168)

De la cuarta parte de mujeres que reportaron algún malestar, el 50% presentó más riesgo de reportarlo si percibían mayor estigma social e internalizado.

*en el caso del 25% que presentó síntomas depresivos las respuestas se relacionan [...] con condiciones psicosociales como la carencia de una pareja, con la toma de decisión sobre realizar el aborto, **y de manera relevante con la estigmatización existente alrededor de la interrupción del embarazo**. (Ramos 2021, p. 168)*

Entre las conclusiones la autora indica:

Será importante profundizar el análisis sobre el estigma, y cómo éste modula de manera directa e indirecta el riesgo de presentar dicho malestar, potenciando también el riesgo de otras variables.

Por lo anterior, es importante pensar en estrategias que impacten a la comunidad e informen de manera correcta y desde una perspectiva basada en el conocimiento científico y los derechos humanos acerca de la interrupción legal del embarazo. En cuanto a las mujeres que lo llevan a cabo y presentan sintomatología depresiva elevada, puede recomendarse recibir algún tipo de consejería especializada que aborde entre otros aspectos las creencias estigmatizadoras del aborto y el contexto psicosocial en el que vive. (Ramos 2021, p. 168)

En el portal Global UNAM se publicó una entrevista que le realizaron a la dra. Ramos sobre el estudio que se comenta. La cual se encuentra disponible en: [¿Cómo beneficia el aborto legal la salud mental de las mujeres? | UNAM Global](#)

En relación con el tema del estigma sobre el aborto la doctora Ramos declara que en el mundo se discute sobre salud mental de las mujeres que abortan, que algunos investigadores **afirman que las mujeres que lo hacen se verán afectadas mentalmente y desarrollarán un llamado síndrome postaborto** que lo equiparan al estrés postraumático. Pero en sintonía con lo que se ha desarrollado en el presente texto, coincide en que **los estudios en que se sostiene esta hipótesis han sido criticados por tener muchos problemas metodológicos.** (UNAM Global 2018)

Por otro lado, nos dice, muchas de las mujeres estaban deprimidas desde antes de tener el aborto o bien, entre las que se percibió mayor afectación fueron las que tenían mayores creencias estigmatizadoras del aborto y, de forma significativa, señala que las mujeres suelen estar aliviadas luego de la interrupción.

Lo que identificamos es que las mujeres no se deprimen por el hecho de abortar, porque suelen estar aliviadas luego de la ILE; sin embargo, a algunas les pesa el estigma que existe en torno a esta decisión (...) Sobre todo cuando piensan en el juicio negativo que otras personas importantes pudieran llevar a cabo si se enteran”.

La doctora enfatizó que la hipótesis de que el síndrome postaborto es producto directo de la interrupción del embarazo es errónea porque se atribuyen dichos síntomas al aborto, cuando en realidad existen otros aspectos relevantes que podrían configurarse como variables confusoras o moderadoras de esta relación. (UNAM Global 2018)

En la entrevista especifica que los resultados del estudio son similares a otras investigaciones internacionales y destaca que es importante el contexto de legalidad en que las mujeres realizaron la interrupción, tal como sucede en la Ciudad de México y que deberá seguir indagándose sobre el tema con una metodología científica.

Aborto y Salud Mental

Por otra parte, IPAS CAM, una asociación civil promotora del derecho a decidir de las mujeres, que desarrolla sus actividades en Latinoamérica y el Caribe y forma parte de una red internacional en defensa de los derechos reproductivos, publicó el documento **Aborto y Salud Mental**.

En dicho documento se afirma que en los últimos diez años se han realizado estudios que han dado seguimiento a las mujeres hasta por cinco años y que el resultado es que **cuando el aborto se realiza en condiciones seguras, legales, informadas y con tecnología adecuada, no existen consecuencias negativas para la salud mental**. (Ipas CAM 2020, p. 4)

Se añade que existen grupos que afirman que la realización del aborto ocasiona secuelas mentales, tales como depresión, suicidio o consumo de sustancias, entre ellas la del “síndrome postaborto”. En coincidencia con las conclusiones que han expresado otras autoras citadas en este documento, Ipas CAM coincide en que esas afirmaciones se basan en investigaciones que presentan sesgos. (Ipas CAM, 2020, p. 5)

Asimismo, menciona que a partir de 2007 se realizaron nuevas investigaciones que buscaban eliminar esos sesgos. Y entre las conclusiones que presenta se encuentran tres:

1. Que el aborto en condiciones legales y seguras no está relacionado con el desarrollo de trastornos mentales, el suicidio o el consumo de sustancias.
2. Que cuando hay depresión después de un aborto, esta se relaciona con que ésta, la depresión, es previa a la interrupción del embarazo.
3. Que las mujeres que abortan pueden sentirse tristes o estresadas. Pero que esa sensación disminuye con el tiempo. *Al paso de 5 años el 95% de las mujeres que se practicaron la interrupción legal del embarazo, aseguran que tomaron la mejor decisión y quienes tuvieron acceso a un aborto elegido tienden a proyectar el futuro de manera positiva, con metas de plan de vida para el siguiente año.* (Ipas CAM, 2020, p. 8)

Se afirma en el documento que esta depresión temporal puede afectar de forma negativa tomar decisiones vinculadas con otros aspectos de salud y derechos sexuales. Por otro lado, se encontró que **el estigma y el juicio social por abortar es uno de los factores detonantes de malestar en las mujeres que tuvieron un aborto**. (Ipas CAM, 2020, p. 7)

Los artículos referenciados hasta ahora, son coincidentes en que el estigma que circunda al aborto es una de las razones de peso que pueden provocar en las mujeres malestares psicológicos, sin que estos sean trastornos mentales ni

síndromes post traumáticos, y que tampoco aplican para todas las mujeres. Por esto, se continúa con información sobre este tema analizado en uno de los instrumentos de política pública más recientes desarrollados por el gobierno mexicano.

Lineamiento Técnico para la atención del Aborto seguro en México

Finalmente, para este apartado dedicado al estigma social sobre el aborto y el síndrome post aborto, se considera de suma importancia hacer referencia al **Lineamiento Técnico para la atención del Aborto seguro en México**, publicado en 2022 por la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, que diseñó el proyecto para *contribuir con la disponibilidad y acceso efectivo, universal y gratuito a los Servicios de Aborto Seguro (SAS) según el marco legal vigente*. (Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022).

El objetivo del Lineamiento

En estos lineamientos se establecen los criterios básicos de atención en las unidades de salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en las directrices y recomendaciones internacionales con la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de género y de derechos humanos. (Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022).

El documento técnico incorpora dos apartados sobre estigma. Por una parte, se desarrolla el **estigma hacia las mujeres que abortan**, pero también sobre **el estigma que puede pesar sobre el personal de salud** que realiza interrupciones de embarazo.

Se explica que el estigma sobre las mujeres que abortan es una carga negativa que se les asigna, principalmente, porque se considera que van en contra y transgreden la idea de lo que debe ser la relación mujer-madre. Porque social y culturalmente se espera que una mujer embarazada acepte su destino sobre la maternidad y el cuidado hacia las hijas e hijos. Y aquellas que deciden interrumpir ese proceso son calificadas de manera negativa. La consecuencia de esto, se indica, es que estas mujeres que abortan reciben un trato diferente, son maltratadas, segregadas, discriminadas y excluidas de su comunidad cercana. Ello puede, por una parte, orillar a estas mujeres a poner en riesgo su salud o su vida el acercarse a métodos o servicios inseguros.

Está documentado que un mayor nivel de estigma, puede conducir a un mayor riesgo de síntomas psicoafectivos antes, durante y después de la experiencia del aborto, al hacerles sentir culpables o avergonzadas por el rechazo o desaprobación de las personas cercanas que les rodean (Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi KA, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Tsui AO, citado en Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022).

Retomando la idea, la evidencia técnica y científica establece que ante un mayor nivel de estigma puede haber riesgo de síntomas psicoafectivos: es el estigma el que puede provocar tensión psicológica y no un síndrome post aborto que no encuentra sustento en la evidencia científica.

Otro punto que explica el tema del estigma de las mujeres que abortan está asociado a las condiciones en que lo hace la mujer. **El Lineamiento señala que el peso psicológico y social está relacionado con limitaciones que las mujeres pueden enfrentar para disponer y/o acceder al aborto.**

Entre la suma de dificultades que se pueden encontrar se señalan: el tiempo que se invierte para buscar servicios de aborto, trasladarse a ese lugar, elegir el [mejor] servicio entre los que hay, el tiempo de espera para la cita en que finalmente se realizará el procedimiento. Todo ello puede crear un ambiente que dificulta ejercer una decisión de manera libre, con seguridad y autonomía. La reacción negativa -el estigma- que otras personas puedan colocar sobre la decisión de la mujer y esa falta de autonomía son algunos de los factores que más incrementan el riesgo para la presencia de síntomas de ansiedad. (Biggs MA, Neilands TB, Kaller S, Wingo E, Ralph LJ, citado en (Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022, p. 41)

De forma evidente, una de las condiciones para acceder a servicios de aborto es el contexto de legalidad. En un marco legal que reconozca el derecho a decidir de las mujeres se generarán menores tensiones, sin que estas se eviten, pero, de acuerdo con los estudios disponibles, disminuyen radicalmente, incluso hasta generar sensación de alivio una vez resuelto el aborto.

*El buen trato libre de estigma destaca como una herramienta esencial para el personal de salud que brinda servicios de SSR, particularmente de aborto seguro; el identificar las circunstancias y necesidades de salud **de cada usuaria que solicita este servicio** conduce a evitar conductas que ponen en riesgo su salud. (Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022, p. 42)*

El Lineamiento también considera el **estigma que pesa sobre los prestadores de servicios de salud.**

Sobre este punto se reconoce que el estigma sobre la práctica del aborto puede afectar la experiencia profesional del personal de salud. El rechazo entre el personal de salud se traduce con frecuencia en la negativa para involucrarse en los procedimientos y poder ofrecer un buen trato hacia las mujeres, el cual es a su vez necesario para disminuir el estigma y por tanto la presión social y la tensión psicológica.

El Lineamiento presenta información que señala que ante contextos restrictivos el personal de salud puede encontrar dificultades para hablar de su actividad. Así como problemas para conciliar sus creencias personales y su ejercicio médico ante dilemas bioéticos.

Al reconocer este problema, en el Lineamiento Técnico se presentan algunas estrategias que buscan evitar el estigma hacia los profesionales de salud.

Se reconoce que un aspecto relevante es el marco legal que respalda y protege a las y los profesionales que brindan atención al aborto con un enfoque de derechos humanos. Tal como el que se tiene en la Ciudad de México desde 2007. Otro es el trabajo en equipo entre sus pares que les permita sentirse acompañados cuando se presenten casos que requieran de aspectos técnico-médicos ante situaciones complejas o reflexiones bioéticas.

Asimismo, se menciona que puede darse una sensación de reconocimiento de beneficios de participar en servicios de aborto seguro, entre los que destacan:

el acceso a capacitaciones que les proporcionan habilidades técnicas, el mejoramiento de la infraestructura de los servicios en los que colaboran, el acceso a proyectos y a apoyos económicos, el fortalecimiento de vínculos laborales y a redes internacionales de especialistas, entre otros. La evidencia muestra que, en la medida en la que el personal de salud es reconocido y su trabajo es valorado, se generan entornos facilitadores para que las usuarias accedan y ejerzan su derecho a la salud, contribuyendo al cambio social y fortaleciendo el compromiso profesional y social de los prestadores de los servicios (Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022, p. 44)

Como se puede observar, en el Lineamiento técnico se desarrollan las explicaciones por las cuales se pueden presentar afectaciones psicoafectivas o tensiones psicosociales tanto para las mujeres que abortan como para el personal de salud que participa en el procedimiento. Son razones sociales y culturales, principalmente, que al conocerse, documentarse y estudiarse pueden a su vez ser reconocidas como problemas y por tanto atenderse desde una política pública adecuada.

Derechos humanos de las mujeres y consentimiento informado

Siguiendo el apartado anterior, otro aspecto relevante que contempla el Lineamiento Técnico citado (que, recordemos, es de aplicación a todas las unidades de salud del país), además de seguir las líneas técnicas y médicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud y la evidencia científica, el documento incorpora diversos conceptos vitales sobre la atención del aborto seguro considerando de manera sustantiva los derechos humanos y la perspectiva de género e intercultural. Entre estos principios se encuentran:

Principio pro persona: Se refiere al criterio que se utiliza en la interpretación y aplicación de los derechos humanos y consiste en preferir y priorizar la norma o

disposición jurídica que proteja a la persona de la manera más amplia, o bien, **la que menos restrinja el goce de sus derechos.**

Este principio debe ser ejecutado por las autoridades en el ámbito de sus competencias, cuando elijan el instrumento legal aplicable a un determinado caso, sin importar su jerarquía, sea de la Constitución, de un Tratado Internacional, de una Ley, Norma Oficial, etc. Bajo esta lógica, la protección de los derechos humanos no se encuentra limitada a lo prescrito en las legislaciones locales, sino que son aplicables todas aquellas normas que protejan en mayor medida a las personas.

El principio pro persona fue integrado en nuestra legislación nacional a través de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, publicada el 10 de junio de 2011 y quedó plasmado en el segundo párrafo del artículo 1º de la Constitución: *Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.*

Ahora bien, el Lineamiento también resalta la directriz que se encuentra en torno a la **autonomía reproductiva y el derecho a decidir.** Hace referencia a la decisión establecida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación que en septiembre de 2021 declaró inconstitucional criminalizar el aborto de forma absoluta y reconoció el derecho a la autonomía reproductiva. Además, reiteró que el aborto debe realizarse en condiciones seguras como un asunto de derechos humanos. Es decir, la atención al aborto debe realizarse respetando y garantizando los derechos humanos.

En concordancia con otros casos resueltos en años recientes, la Corte reconoció que el aborto es un servicio prioritario de salud sexual y reproductiva; de forma que, el derecho a decidir funge como instrumento para ejercer el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y la **protección de la intimidad**, y le permite a la mujer o a la persona con capacidad de gestar, evaluar quién quiere ser y elegir ser madre o no. Es así como se reconoce que en la maternidad subyace la noción de voluntad, de deseo de que la vida personal atraviese por tal faceta.³

Aborto seguro como intervención para la protección de la salud integral

El Lineamiento técnico considera diferentes componentes, para efectos del presente documento se refiere el relativo a considerar *el aborto seguro como intervención para la protección de la salud integral.*

En este componente se reitera que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos. Y la salud se entiende no sólo como la ausencia de enfermedades, sino que se considera el bienestar físico, **mental** y social.

³ Amparos en Revisión 601/2017 y 1170/2017 Segunda Sala SCJN, Amparo en Revisión 1388/2015 Primera Sala SCJN y Amparo en Revisión 438/2020 Primera Sala SCJN.

En términos del principio pro persona, esta atención se configura como el cumplimiento y garantía efectiva de los derechos a estar libre de discriminación, a gozar de una vida digna, a la libertad y a estar libre de injerencias arbitrarias en la vida privada. Estos derechos, interrelacionados con el derecho a la salud, implican que las mujeres y personas con capacidad para gestar accedan, sin distinciones arbitrarias, a los servicios de salud que sólo ellas necesitan. (Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022, p. 22).

El resaltado es propio

En este sentido, partiendo de una definición de salud integral: física, mental y social, el Lineamiento reconoce que corresponde a la mujer o persona gestante definir el nivel de riesgo que está dispuesta a correr en cuanto a continuar o no con un embarazo, sea este deseado o no. *Es una decisión muy relevante de autodeterminación reproductiva que, esencialmente debe recaer en esa persona, con la información y el acompañamiento respetuoso de las personas y de los profesionales que decida consultar.*

Se resalta la información anterior del Lineamiento, porque está en relación directa con la propuesta de iniciativa que se comenta y que -como se mencionó de manera anterior- propone que las usuarias que accedan a los servicios de ILE *deberán recibir acompañamiento psicológico al menos durante 3 meses por parte de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México*, sin establecer una evaluación ni la necesidad particular de cada una de ellas en materia psicológica.

Consentimiento informado

Conforme los principios de derechos humanos establecidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en el instrumento técnico citado, la consideración que propone que todas las mujeres que soliciten el servicio de interrupción legal del embarazo deben recibir acompañamiento psicológico por un periodo previamente establecido (propuesto a ser incorporado en la Ley de Salud de la Ciudad de México), es contrario a la libre autodeterminación reproductiva de las mujeres, a su derecho a la intimidad y a estar libre de injerencias arbitrarias en el ejercicio de su derecho a la salud.

Por otra parte, es necesario señalar aquí que, de acuerdo con el consentimiento informado, no es posible obligar a una persona a recibir un tratamiento médico que no haya decidido ni aceptado libremente. El consentimiento informado se compone, por una parte, del derecho a la información y por otra del derecho a la libre elección.

El consentimiento informado constituye un instrumento para la realización de un principio esencial: que la persona sea dueña efectiva de sus decisiones, como corresponde a su dignidad y autonomía. Se deben asegurar las condiciones necesarias para acompañar a las usuarias en la

resolución de dudas, miedos, inquietudes [...] que pueda afectar sus decisiones.

*El consentimiento informado es un proceso y está relacionado con la consejería. El Lineamiento indica que es imprescindible una comunicación efectiva y horizontal que requiere el reconocimiento de la autonomía, **capacidad para tomar decisiones y para asumir una responsabilidad activa en el ejercicio del derecho a la salud**, esto permite documentar que [las mujeres, las personas usuarias de los servicios de salud] **recibieron información suficiente, clara y veraz para someterse a un procedimiento.** (Gobierno de México. Secretaría de Salud, 2022, p. 52).*

Es decir, no es posible determinar por ley que una persona debe someterse a un tratamiento psicológico por tres meses de manera automática, como es la propuesta de la iniciativa que se comenta, sin afectar el procedimiento del consentimiento informado y el derecho a la información y libre autodeterminación.

Conclusiones

Durante el desarrollo de este documento se ha ofrecido información que permite redactar las conclusiones siguientes, con base en la documentación desarrollada por las especialistas:

- No existe evidencia científica que indique una relación directa y univoca entre la práctica del aborto y la salud mental.
Entre las conclusiones de la Asociación Americana de Psicología durante los años 1989,2008 y 2009, no existe evidencia de que tener un solo aborto causa problemas de salud mental. Cita de la página 5 de este documento.
- No hay documentación científica y metodológicamente válida para afirmar la existencia de un síndrome post aborto.
De hecho, la OMS en sus diversas publicaciones sobre el tema alude al trastorno emocional o estrés post-traumático en cualquier intervención quirúrgico-médica, y por tanto no valida ese supuesto síndrome derivado específicamente del aborto. Tampoco es un término reconocido por la APA (2008). (Lerner, 2016, p. 308) El resaltado es propio. Página 7 de este documento.

- Los problemas de salud mental y el aborto responden a condiciones previas que tienen que ver con historial de salud mental o violencia de género y las condiciones en que abortan las mujeres, entre otros aspectos.
- El estigma social sobre el aborto es un fuerte generador de malestar tanto en las mujeres que abortan como sobre el personal de salud que lo practica. Debe instrumentarse política pública pertinente para disminuir y erradicar el estigma. Existen propuestas concretas expuestas en el presente documento, basadas en normativa emitida por el gobierno federal.

Es importante pensar en estrategias que impacten a la comunidad e informen de manera correcta y desde una perspectiva basada en el conocimiento científico y los derechos humanos acerca de la interrupción legal del embarazo. P. 12 del presente documento.

- En un marco de legalidad como el que se cuenta en la Ciudad de México para la interrupción legal del embarazo, se debe trabajar de acuerdo con la normatividad vigente, entre ella, el Lineamiento técnico establecido por las autoridades sanitarias para garantizar una buena atención médica a las mujeres y personas gestantes que solicitan el servicio de interrupción legal del embarazo. Este debe darse con un buen trato y en consonancia con el marco de derechos humanos existente y exigible en nuestro país.
- En tanto no es posible establecer por sí misma una afectación a la salud mental a en todos los casos de las mujeres que abortan que recurren a los servicios públicos de salud, no se debe establecer un tratamiento psicológico homogéneo por un tiempo previamente determinado, sino que se debe garantizar la evaluación personal e informar a cada usuaria sobre sus necesidades específicas y cumpliendo con el debido consentimiento informado.

Como se mencionó en el apartado de Antecedentes de este documento, la Ley de Salud de la Ciudad de México ya establece en su artículo 81 que **se pondrá a disposición de las mujeres servicios de consejería médica, psicológica y social** con información veraz y oportuna de las opciones con que cuentan las mujeres y su derecho a decidir.

- Se sugiere conocer más a fondo el programa de interrupción legal del embarazo que se aplica en la Ciudad de México desde abril de 2007 para determinar qué desafíos enfrenta la Secretaría de Salud a varios años de su

instrumentación, que permita identificar propuestas de política pública para mantener y mejorar el servicio, incluso el de consejería psicológica, así como las condiciones para las personas usuarias y el personal médico participante. Fortalecimiento de unidades médicas, presupuesto, campañas de difusión, capacitación técnica, intercambio de buenas prácticas, reconocimiento social, etc.

- Se recomienda necesario acercarse y consultar con especialistas en materia de salud mental y aborto, así como con organizaciones de la sociedad civil u otros organismos o instituciones de derechos humanos que puedan acompañar la revisión de la iniciativa de ley que se ha comentado.

Bibliografía

Biggs, Antonia (2021). La salud mental de mujeres que realizaron un aborto vs la de aquellas a las que se les negó, y otros temas... El Estudio Turnaway de EE.UU. Universidad de California, San Francisco. Presentación realizada en la Ciudad de México en enero de 2021.

Cámara de Diputados (1917, febrero 5.) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Congreso de la Ciudad de México (2022, 25 de octubre). Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona el párrafo quinto del artículo 67 de la Ley de Salud de la Ciudad de México. Gaceta Parlamentaria. II Legislatura, no. 323. Disponible en: <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/31008b23d8f8b89fc2c8be99d35b81b10133ec25.pdf>

Gobierno de la Ciudad de México (2002, julio 16) Código Penal para el Distrito Federal. Última reforma publicada en la G.O.C.D.M.X. el 15 de junio de 2022. Disponible en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/codigos/CODIGO_PENAL_PARA_EL_DF_7.6.pdf

----- (2021, agosto 09). Ley de Salud de la Ciudad de México. Disponible en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx//images/leyes/leyes/LEY_DE_SALUD_DE_LA_CIUADAD_DE_MEXICO_2.pdf

----- Secretaría de Salud (2022, octubre 31). Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas. Abril 2007 –31 de Octubre 2022. Disponible en: http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB_2022_octubre.pdf

Gobierno de México. Secretaría de Salud (2022). Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México. México. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/772243/ABORTO_SEGURO_FINAL_INTERACTIVO_2022.pdf

IPAS CAM. Aborto y Salud Mental (mayo 2022). Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2020-AbortoySaludMental.pdf>

Lerner, Susana, Agnes Guillaume, Lucía Melgar (2016). Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos, Ciudad de México. El Colegio de México

y el Institut de Recherche pour le Développement Disponible en: https://www.ceped.org/IMG/pdf/realidades_y_falacias_lerner_guillaume_melgar.pdf

Ramos L., Flores K., Moreno, M., Saltijeral, M., González C., Schiavon R., Collado, M., Ortiz, O. (2021). Salud mental e interrupción legal del embarazo: resultados de un estudio exploratorio en la Ciudad de México, publicado en: Ciencia, salud y género / Elia Martha Pérez Armendariz, Irene Durante Montiel y Mariana Itzel Figueroa Pérez, editoras. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Grupo Mujer y Ciencia, 2021. Disponible en: <http://libros.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/09/Ciencia-salud-y-genero.pdf> pp. 156-172.

UNAM Global (2018, agosto 2) ¿Cómo beneficia el aborto legal la salud mental de las mujeres? UNAM Global de la Comunidad para la Comunidad. Disponible en: <https://unamglobal.unam.mx/como-afecta-el-aborto-legal-la-salud-mental-de-las-mujeres/>