



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CREENCIAS SOBRE LOS ROLES DE GÉNERO Y ESTIGMA PERCIBIDO POR
ABORTAR EN MUJERES QUE HAN INTERRUMPIDO UN EMBARAZO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

HAIDEE BAUTISTA REYES

DIRECTORA: DRA. LUCIANA ESTHER RAMOS LIRA

REVISORA: DRA. MA. EMILY REIKO ITO SUGIYAMA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Defiende tu derecho a pensar, porque incluso pensar de manera errónea es mejor que no pensar”- Hipatia de Alejandria

A mi mamá y papá, principalmente

Por el apoyo, sacrificio, paciencia y siempre estar ahí, los quiero.

A Luciana, Karla, Rocio y todas las personas que estuvieron involucradas en el proyecto.

Por las oportunidades brindadas, por creer, confiar e iluminar con su conocimiento.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1. Interrupción Legal del Embarazo	11
1.1 En el mundo	11
1.2 En México.....	14
Capítulo 2. Creencias sobre los roles de género	18
2.1 El concepto de género.....	18
2.2 Los roles de género	19
2.3 Creencias sobre los roles de género y la interrupción del embarazo	21
Capítulo 3. Estigma y aborto inducido	23
Capítulo 4. Creencias sobre los roles de género y estigma por abortar	28
5. Planteamiento del problema	31
5.1 Pregunta de investigación	32
5.2 Objetivo general	32
5.2.1 Objetivos específicos	32
6. Método	32
6.1 Tipo de estudio	32
6.2 Definición de variables	32
6.2.1 Definición conceptual: Creencias sobre los roles de género.	32
6.2.2 Definición conceptual: Estigma por abortar.....	33
6.2.3 Definición operacional: Creencias sobre los roles de género.	33
6.2.4 Definición operacional: Estigma por abortar.	33
6.3 Participantes	34
6.4 Instrumentos	34
6.4.1 Variables sociodemográficas	34
6.4.2 Creencias sobre los roles de género	35
6.4.3 Estigma por abortar	36
6.5 Procedimiento	38
6.6 Análisis de datos	39
7. Resultados	40

7.1 Características sociodemográficas, reproductivas y de pareja de las mujeres que realizaron una ILE	40
7.2 Propiedades psicométricas de las Escalas	43
7.2.1 Escala sobre Ideología de Género (EIG).....	43
7.2.2 Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS).....	45
7.3 Orientación sobre los roles género en mujeres que interrumpen un embarazo.....	48
7.3.1 Orientación de las creencias del rol de género según características sociodemográficas	49
7.3.2 Orientación de las creencias del rol de género según características de antecedentes reproductivos.....	50
7.3.3 Orientación de las creencias del rol de género según características de relación de pareja.....	51
7.4 Nivel Percepción de estigma por abortar en mujeres que interrumpen un embarazo	51
7.4.1 Nivel de estigma por abortar según características sociodemográficas	52
7.4.2 Nivel de estigma por abortar según características reproductivas	54
7.4.3 Nivel de estigma por abortar según características de relación de pareja.....	55
7.5 Creencias en los roles de género y estigma percibido por abortar en mujeres que interrumpen un embarazo	56
8. Discusión	59
8.1 Acerca de la validez de las escalas.	59
8.2 Acerca de los resultados	60
8.3 Aportaciones y limitaciones del estudio	63
Conclusiones	65
Referencias.....	67
Apéndices	71
Apéndice A. Adaptación cultural de la Escala sobre Ideología de Género.....	71
Apéndice B. Escala sobre Ideología de Género (Moya et al., 2006).....	73
Apéndice C. Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS) (Cockrill et al., 2013).	74

Resumen

Introducción. Los roles de género son los comportamientos “típicos” esperados socialmente que proyectan la masculinidad o la feminidad de manera dicotómica, con base en la diferencia sexual. Representan básicamente a la mujer como madre y esposa, y al hombre como proveedor y patriarca. Cuando se realiza una Interrupción Legal del Embarazo (ILE) se desafía uno de los atributos más valorados de la feminidad, lo que puede derivar en sentimientos de culpa o vergüenza debido a la estigmatización a la que las mujeres quedan expuestas al inducir un aborto, y que pueden tener consecuencias en su salud mental. **Objetivo.** La presente tesis analiza la relación existente entre las creencias tradicionales sobre los roles de género y el estigma percibido por abortar en mujeres que interrumpieron el embarazo con medicamentos en un servicio público de la CDMX. **Método.** Se llevó a cabo un estudio transversal en el que participaron 118 mujeres que interrumpieron su embarazo en un servicio público de ILE de la Secretaría de Salud, después del consentimiento informado se realizó una entrevista estructurada mediante la aplicación de una batería de instrumentos utilizada para el estudio más amplio, mediante la cual se obtuvieron datos sociodemográficos, antecedentes reproductivos y de relación de pareja. Las creencias sobre los roles de género se obtuvieron mediante la aplicación de la Escala sobre Ideología de Género (Moya et al., 2006), mientras el estigma por abortar fue evaluado con la Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS) (Cockrill et al., 2013). **Resultados.** La Escala sobre Ideología de Género mantuvo su modelo unidimensional y mostró tener una buena consistencia interna (alpha de Cronbach de $\alpha=0.83$). No se encontró asociación significativa alguna entre la orientación de las creencias sobre los roles de género y el estigma por abortar en mujeres mexicanas que acuden a un servicio público de ILE. Las participantes se orientaron mayormente hacia las creencias sobre los roles de género igualitarias. Se encontró que a mayor escolaridad y menor número de hijos, mayor es la orientación hacia las creencias igualitarias sobre los roles de género. Se observaron bajos niveles de estigma por abortar en las participantes, presentándose de igual manera en todas las mujeres, independientemente de su orientación sobre las creencias de los roles de género y sus características sociodemográficas, de salud reproductiva y de pareja. **Conclusiones.** A pesar de que en la presente tesis no se encontró relación entre las creencias sobre los roles de género y el estigma por abortar en las mujeres que acudieron a un servicio público de ILE en Ciudad de México, se considera importante continuar indagando sobre esta relación en otras poblaciones y contextos, y a considerar más factores asociados al estigma como pueden ser las redes de apoyo, el proyecto de vida, entre otros. La elaboración y validación de instrumentos es de gran utilidad para la divulgación científica sobre el tema del aborto y de esta manera contar con una opción para esclarecer los mitos y creencias que lo rodean; este trabajo cuenta con dos escalas válidas y confiables que pueden ser utilizadas en estudios posteriores.

Palabras clave

Aborto, Estigma, Roles de género, salud reproductiva.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define al aborto inducido como “la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable” fuera del vientre materno. Cuenta además con un “*Manual de práctica clínica para un aborto seguro*” publicado en 2014, el cual está dirigido a los profesionales de la salud. En éste, se puede encontrar información sobre cómo realizar un aborto en condiciones seguras, considerando como prioritario salvaguardar la vida de la mujer (OMS, 2014), lo que garantiza la seguridad del procedimiento.

En este sentido, para realizar una interrupción de embarazo se utilizan actualmente medicamentos tales como el misoprostol o la mifepristona, o se realiza una aspiración al vacío en lugar de un legrado (procedimiento utilizado anteriormente) en un entorno que reúna las condiciones médicas adecuadas; es por eso que las interrupciones que se realizan hoy en día y cumplen con los criterios establecidos, son consideradas de bajo o nulo riesgo para la salud de la mujer (OMS, 2014).

El aborto inducido forma parte de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la cual a su vez forma parte de los Derechos sexuales y reproductivos que tienen tanto hombres como mujeres, en el marco internacional se declaró en la conferencia de Teherán de 1968 que “los padres tienen el derecho fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”(CNDH, 2017, p.18); en México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue reformada en 2011 estableciendo en el artículo 4° que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos” (CNDH, 2017, p.33).

Desde esta mirada, las mujeres tienen la capacidad de decidir el número e intervalo de hijos que deseen; sin embargo, el derecho a la salud y la planificación familiar se han visto restringidos por barreras culturales, tales como la presión de la iglesia y el activismo conservador contra los métodos anticonceptivos y el aborto. La falta de información y la presencia de creencias estigmatizadoras en la sociedad, contribuyen a sostener estas barreras y en consecuencia, dificultan el acceso a la información y a los servicios (López-Coretilla, 2005).

Hablar del aborto inducido como derecho humano implica reconocer que las mujeres tienen la autonomía suficiente para decidir sobre su cuerpo, sobre su reproducción y por lo tanto, sobre su vida. Dadas las barreras antes mencionadas y la presencia del estigma social que permea la práctica, las mujeres tienen dificultades para acceder a una interrupción y como consecuencia, su autonomía se ve vulnerada, pues deben lidiar con conductas que transgreden sus derechos. Esto deriva en que sean sujetas expuestas a la estigmatización, perdiendo así su ejercicio de libertad de elección (Torres y Rayas, 2005).

De acuerdo con GIRE (2018), en México la práctica del aborto inducido se regula a nivel local. En algunos estados es considerado como delito con causal de no punibilidad, es decir, bajo ciertas circunstancias no es castigado, lo que depende de los códigos penales de cada entidad federativa y deriva en una discriminación jurídica. Las mujeres tienen mayor o menor derecho de acceder a un aborto bajo un marco legal que depende de su lugar de residencia; a esto se agrega que además, a pesar de dicha legislación, es común que el personal de salud se escude bajo la objeción de conciencia y así niegue u obstaculice el servicio por miedo, desinformación, creencias o prejuicios contra el aborto. La criminalización del aborto implica que las mujeres denunciadas sean sometidas a un proceso penal que tiene repercusiones sociales y económicas en su vida. Se tiene registro de que la mayoría de las mujeres que son denunciadas por el delito de

aborto¹ viven en condiciones económicas precarias donde en algunos casos se suma que deban enfrentar al sistema penal después de haber vivido en condiciones de violencia, falta de acceso a los servicios de salud de calidad, entre otras barreras que les impiden el ejercicio de sus derechos humanos. Los estereotipos de género vinculados a la maternidad permean las leyes y de esta manera es como se materializa la criminalización del aborto, pues se castiga a las mujeres que desafían las reglas establecidas socialmente con respecto a su reproducción.

La criminalización de las mujeres va más allá, como lo documenta la asociación *Las Libres* que ha recopilado datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, donde detectaron que en distintos estados las mujeres no son acusadas por el delito de aborto, sino que son procesadas por delitos por homicidio en relación de parentesco, infanticidio, parricidio, omisión del cuidado y filicidio, delitos que alcanzan penas de hasta 40 años de cárcel (Velázquez, 2019).

En este contexto, el aborto inducido es un hecho que violenta los derechos de quien lo realiza: directamente a las mujeres, pero también a los proveedores capacitados. La estigmatización asociada responde a creencias religiosas o tradicionales que subyacen a la oposición del aborto, que se vinculan con los estereotipos de género establecidos en la sociedad que rigen los comportamientos esperados y aceptados para las mujeres y los hombres.

El cristianismo además, ha sido determinante en definir estos roles así como los espacios que deben ocupar unas y otros (Pérez, 2010; p.472). Respecto de las mujeres, prevalece la idea de que “por naturaleza” *deben* ser madres y esposas, en consecuencia, la maternidad es valorada

¹ Hasta el año 2018, se tenían registradas 569 averiguaciones previas por el delito de aborto (GIRE, 2019); las sanciones a las que se enfrentan van desde 1 hasta 6 años privadas de su libertad, trabajo a favor de la comunidad o diferentes forma de tratamiento médico y/o psicológico (GIRE, 2018).

más allá incluso que sus propias vidas de modo que cuestionarla o peor aún interrumpirla, puede ser fuertemente castigada. Por ello, inducir un aborto pone en tela de juicio el valor universal de la familia y la creencia de que en la sociedad la mujer tiene como rol principal cumplir la capacidad reproductiva (López-Coterilla, 2005; Flores y Amuchástegui, 2012).

Con base en lo anterior, puede suponerse que las mujeres que acuden a un servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) están confrontando este imaginario simbólico y por lo tanto, sostienen creencias menos tradicionales de los roles de género y perciben un menor estigma en torno al aborto. En pocas palabras, estamos hipotetizando que son mujeres menos conservadoras.

Para investigar estos supuestos, la presente tesis reporta la adaptación y análisis de una escala denominada “Ideología sobre los roles de género” y su relación con los niveles percibidos de estigma en mujeres que llevaron a cabo una interrupción legal del embarazo en Ciudad de México

El documento aborda primeramente los antecedentes del tema del aborto en el mundo y en México. Desarrolla en el capítulo dos los aspectos teóricos en torno a los roles de género, desde su concepción hasta la relación que tiene con la interrupción del embarazo. En el capítulo tres explora el tema del estigma y particularmente el estigma por abortar, y en el capítulo cuatro se indaga la relación del estigma por abortar con las creencias sobre los roles de género.

Posteriormente, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, así como la estrategia metodológica con la que se llevó a cabo. Al final se muestran los resultados que se obtuvieron, en la discusión se interpretan los resultados obtenidos

a la luz de la literatura, y finalmente se presentan las conclusiones, incluyendo los aportes y limitaciones del estudio, además de ofrecer propuestas para futuras investigaciones.

Cabe señalar que el presente trabajo es parte de una investigación más amplia titulada “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental” llevado a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y aprobado por el Comité de Ética con la referencia CEI/C/001/2015.

Capítulo 1. Interrupción Legal del Embarazo

1.1 En el mundo

El aborto inducido es una práctica que se ha llevado a cabo en diferentes países a lo largo del tiempo; de acuerdo con Mayo (2002) su práctica tiene la misma antigüedad que la humanidad misma.

Se tiene registro que los egipcios fueron los primeros en crear las técnicas del aborto inducido (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009). Desde esa época y hasta la antigua Grecia, el aborto solo se permitía en caso de incesto, no obstante, se sabe que en la época de Aristóteles la mujer tenía la capacidad para decidir sobre su cuerpo y por lo tanto, para interrumpir el embarazo. Tiempo después en Roma, se dio la represión del aborto. Con la llegada del cristianismo se tomaron medidas rigurosas en contra del aborto las cuales incluían exilios, castigos corporales e incluso la pena de muerte, es aquí cuando nace la creencia sobre el alma del feto, por lo tanto, el aborto es visto como un asesinato (Mayo, 2002).

En la Edad Media, teólogos y juristas de derecho canónico aceptaron la teoría de la animación del feto, dando pie a que a partir de 1588 -con el Papa como autoridad de la iglesia-, los castigos por abortar fueran desde la excomunión hasta la pena capital. No es sino hasta finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX que en Francia y en Alemania se pidieron leyes menos severas, más racionales y humanitarias (Mayo, 2002).

No fue sino en el siglo XX con la formulación del artículo 112 en el Anteproyecto Federal Suizo de 1916, que se declaró que el aborto practicado por un médico titulado con el consentimiento de la embarazada no era punible. Por otra parte, en 1920 en la Unión Soviética se realizaron decretos para la protección de la salud femenina, dando pie a que el aborto no fuera

una práctica sancionable teniéndose que realizar por un médico, en un hospital, con las condiciones adecuadas (Mayo, 2002).

En el año 1960, se iniciaron debates sobre las opiniones en torno al tema del aborto a nivel internacional. En 1993 en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, se sostuvo que los derechos sexuales de la mujer son derechos humanos; por otra parte, en 1994 en El Cairo se llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo donde se tocaron temas como el Derecho a la salud de las mujeres, aborto, educación sexual, transmisión de enfermedades y planificación familiar a través de la perspectiva de género. Por primera vez dejaron de considerarse dichos temas como temas morales donde sólo la iglesia podía opinar; además de concluir que el aborto debería ser una práctica legal para la que el gobierno deberá garantizar la higiene y seguridad para realizarlo (López-Coterilla, 2005). Como resultado.

A partir del año 2000 los países comenzaron a modificar sus leyes para que la práctica del aborto no fuera sancionada, abriendo la posibilidad de legalizarlo y de esta manera, las mujeres pudieran tener acceso a la práctica de manera segura (Singh et al. 2018 y López-Coterilla, 2005).

Actualmente, de acuerdo con los datos del Center for Reproductive Rights (2019), hasta el 26 de abril del 2019 la legalidad del aborto a nivel mundial se distribuye en cinco categorías (cuadro 1) en las cuales contienen indicadores que permiten su legalidad bajo ciertas circunstancias como son: violación, incesto, daño fetal, entre otros².

² El Center For Reproductive Rights cuenta con un mapa con corte al 26 de abril de 2019 en el que se puede encontrar la lista de países distribuidos en las cinco categorías con sus respectivos indicadores de manera más específica que se puede consultar en: <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>

Cuadro 1. Categorías para la legalización del aborto a nivel mundial

Categoría	Países
I. Prohibido por todas las circunstancias	26 países
II. Para salvar la vida de la mujer	39 países
III. Para preservar la salud	56 países
IV. Por razones económicas y sociales	14 países
V. Por cualquier circunstancia	66 países

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Center For Reproductive Rights (2019).

Cabe señalar que la formulación de la ley de cada país es relevante porque guía la accesibilidad al procedimiento y seguridad con la que se realiza, así como el alcance y la estructura del sistema de salud. En la actualidad, dependiendo de las semanas de embarazo, basta con tener un equipo simple para realizar el procedimiento quirúrgico de aspiración al vacío, sumado a la tecnología de aborto con medicamentos que puede ser misoprostol, mifepristona o una combinación de ambos (OMS, 2014).

Por lo anterior, proveer un aborto seguro exige menos al sistema de salud. Éste sólo debe garantizar el acceso a los servicios médicos de respaldo para el aborto por aspiración o por medicamento. En países donde las mujeres tienen acceso a servicios de salud legales y seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto es no mayor a 1 por cada 100.000 procedimientos. En comparación, en países donde el aborto es ilegal y se practica de manera insegura, la probabilidad de muerte es elevada, por ejemplo, de 2010 a 2014 se registró que ocurrieron 25 millones de abortos peligrosos alrededor del mundo, por lo que proveer servicios que cumplan las condiciones para llevar a cabo un aborto seguro reduciría considerablemente las muertes y ahorraría costos que derivan de tratamientos por complicaciones (Singh et al. 2018; OMS, 2003).

La incidencia del aborto inducido muestra que ocurren un poco más en países donde se tienen más restricciones que en países que no tienen restricción: 37 y 34 por cada mil mujeres respectivamente (Singh et al. 2018), por lo que prohibirlo no evitará que se realice, pero sí aumenta el nivel de riesgo para las mujeres. Es importante mencionar que aproximadamente 56% de los embarazos en el mundo no son intencionales debido a que generalmente son ocasionados por el fallo o nulo uso de métodos anticonceptivos y por lo tanto, terminan en la interrupción. La región de América Latina y El Caribe cuenta con las tasas de aborto y embarazo no planeado más altas en el mundo (Vivas y Singh, 2018).

Otros motivos que se reportan para interrumpir un embarazo de acuerdo con Singh y cols. (2018) son que el embarazo sea resultado de violación o incesto, los cambios en la vida de la mujer, que el embarazo tenga consecuencias negativas a su salud, así como el deseo tanto de las mujeres como de sus parejas de tener una familia más pequeña o simplemente, el deseo de decidir cuándo y cuántos hijos tener.

1.2 En México

En México, como se mencionó anteriormente, desde los años setenta el movimiento feminista abordó el tema del aborto relacionándolo con la lucha social, cuestionando el valor universal de la familia como institución, y por ende, el rol tradicional de las mujeres y la prioridad asignada a su capacidad reproductiva (López-Coterilla, 2005).

El término de *Maternidad voluntaria* aparece por primera vez en 1972; a partir de ese momento se consideró al aborto como un derecho a decidir de las mujeres. Más adelante, entre 1977 y 1980 se desarrollaron diversas estrategias feministas para legalizar el aborto. En 1977 se redactó un documento en la revista feminista “*Fem*”, el cual impulsó el debate en torno al aborto en los círculos intelectuales y académicos; en ese mismo año también se llevó a cabo la Segunda

Jornada de Aborto Libre y Voluntario; en 1979 se presentó el proyecto “*Maternidad Voluntaria*” a través del Partido Comunista ante la Cámara de Diputados con la propuesta de despenalización, inclusión en la Legislatura sanitaria y delimitación del tiempo para practicarlo (López-Coterilla, 2005).

El 18 de agosto del 2000, la Asamblea Legislativa aprobó la llamada “Ley Robles”, la cual es un decreto de reformas a los códigos penal y de procedimientos penales; con esta Ley se agregaron dos causales de no punibilidad del aborto y se precisaron algunos procedimientos para su autorización y realización, estableciéndose que “los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos, así como de los apoyos y alternativas existentes para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable” (Torres y Rayas, 2005, p. 335).

Siete años después, el 24 de abril de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la ley que despenaliza el aborto hasta la semana 12 de gestación incluyendo mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados. La reforma consistió en la modificación de los artículos 144, 145, 146, 147 y 148 del Código Penal del Distrito Federal; se declaró también en el nuevo artículo 16-bis-8 que “la atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario” y que “los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos y su espaciamiento” (GIRE, 2019).

Este derecho se encuentra establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por ende los servicios prestados para la interrupción legal del embarazo constituyen un medio para el ejercicio de este derecho constitucional, el derecho de las

mujeres a elegir voluntaria y libremente sobre su salud reproductiva, abriendo el camino para que una maternidad libre, informada y responsable. Esta legislación permitió también que las mujeres dejaran de ser consideradas como “criminales” y pasaran a ser usuarias de servicios médicos (GIRE, 2019; Adame, 2007; Flores y Amuchástegui, 2012).

Gracias a la despenalización del aborto en Ciudad de México, se creó el programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), el cual brinda servicios de salud para las mujeres que deseen realizar este procedimiento. Dicho servicio se brinda en 13 clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la entidad de manera legal, segura, confidencial y gratuita (GIRE, 2015).

Las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva donde se brindan los servicios de ILE proporcionan también servicios de consejería, la cual es otorgada por una trabajadora social, quien da el apoyo necesario para que las mujeres puedan tomar la decisión de manera informada y también explica el procedimiento de manera comprensible para que estén enteradas de los riesgos, consecuencias y efectos, todo esto con respeto, privacidad, confidencialidad, equidad, neutralidad y libertad, sin obstaculizar o postergar la decisión de la mujer. Se brinda también el servicio de métodos anticonceptivos, los cuales se ofrecen para que se haga uso de la planificación familiar de una manera responsable, siendo el médico quien debe ayudar a elegir el que mejor se adapte a la edad, estilo de vida y condición de salud de las mujeres que acuden al programa (SEDESA, 2019).

De acuerdo con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2019), de abril del 2007 al 31 de marzo del 2019 se han atendido aproximadamente a un total de 209,353 usuarias en el servicio de ILE; presentando 4 semanas de gestación (23.3%), 5 semanas (10.6%), 6 semanas (14.6%), 7 semanas (16.5%), 8 semanas (12.1%) y de 9 a 12 semanas (22.9%).

A pesar de que en Ciudad de México se brinda el servicio de manera gratuita y segura para las mujeres residentes, esto no garantiza que las mujeres no se enfrenten a otras barreras que compliquen su acceso al servicio, barreras que muchas veces no son tomadas en cuenta por los prestadores de servicios ni por la ley, como por ejemplo, las creencias personales acerca de su rol en la sociedad que les impide tomar como opción interrumpir su embarazo o las preocupaciones que tienen ante la expectativa de ser juzgadas por abortar, debido a que en algunas comunidades el aborto puede ser fuertemente condenado, para observar mejor estos fenómenos se profundizará en ellos a continuación.

Capítulo 2. Creencias sobre los roles de género

El género es la categoría que define cómo se representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad entre hombres y mujeres. Dentro de este concepto se encuentra la diversidad sexual (más allá de lo masculino o femenino) ya que intervienen diferentes prácticas y creencias que ayudan a construir la identidad de cada individuo dependiendo del contexto histórico y sociocultural en el que se desenvuelva. Para la presente tesis se utilizará el concepto de género de manera dicotómica con el fin de analizar el papel de las creencias tradicionales o igualitarias sobre los roles de género con el que se identifican las mujeres que interrumpen su embarazo y su relación con el estigma por abortar.

2.1 El concepto de género

Se define como género la concepción social acerca del comportamiento, función o atributo que cada sociedad considera apropiados para mujeres y hombres y que pueden generar desigualdades. Es un concepto primordial en la teoría feminista ya que funciona como una categoría de análisis sobre la relación de poder entre hombres y mujeres, y una crítica hacia los fundamentos que se han pensado como naturales acerca de las diferencias entre unos y otras (Osborne y Molina, 2008).

Simone de Beauvoir realizó en 1948, la primera declaración sobre que las características relacionadas con la femineidad de las mujeres no son una cuestión “natural”, sino que se van aprendiendo mediante la socialización. Con su declaración “no se nace mujer; se llega a serlo” hizo la distinción entre el sexo biológico y el género, abriendo un nuevo camino para estudiar la desigualdad existente entre hombres y mujeres (Osborne y Molina, 2008; Lamas, 2013).

Kate Millet por su parte, en 1995 planteó que la institución social en la que se encuentran inmersos hombres y mujeres es el patriarcado, el cual coloca a las mujeres en una posición de

inferioridad y sumisión, lo que deriva en la desigualdad social de la que ya Simone de Beauvoir había hablado antes (Osborne y Molina, 2008). Su planteamiento abrió el camino para observar la división sexual del trabajo y la consecuente distinción entre el ámbito público y el privado. Gayle Rubin, antropóloga, en 1975 propone con su sistema “sexo/género” que la subordinación de las mujeres se deriva de la conceptualización universal de la mujer que la relaciona con la familia, el matrimonio y la esfera doméstica. La cultura por tanto, es la que transforma la sexualidad biológica y dicta la manera en la que hombres y mujeres deben actuar de acuerdo con su género, pero de manera jerárquica (Osborne y Molina, 2008).

Por tanto, se plantea una diferenciación entre los conceptos de “sexo” y “género”, ya que el primero se refiere meramente a una categoría biológica, mientras el segundo se refiere a una construcción social que se da a partir del hecho de ser hombre o ser mujer. Es decir, a partir de su sexo biológico se espera que tanto hombres como mujeres cumplan con ciertas expectativas, comportamientos, valores, sentimientos, pensamientos, entre otros, que la sociedad donde se encuentran demanda (Aguilar et al., 2013).

2.2 Los roles de género

Los roles de género por su parte, son definidos como funciones, papeles, expectativas y normas que se espera que las mujeres y los hombres cumplan en una sociedad; son establecidos a partir de la cultura y dictan la manera en la que se debe actuar y sentir de acuerdo con el sexo (masculino o femenino) al que la persona pertenece; son transmitidos a través de los procesos de socialización en todas las instituciones sociales y moldean directamente al ejercicio de la sexualidad (Saldívar, 2015).

Los roles de género aceptados y reproducidos se basan en estereotipos de género, los cuales son las características “típicas” físicas y psicológicas, positivas y/o negativas que

representan a hombres y mujeres. Los diferentes estereotipos de género se encargan de proyectar la masculinidad o feminidad a través de conductas basadas en los sentimientos y la autoimagen de las personas, por lo tanto, establecen una dicotomía entre lo masculino y femenino condicionada por la diferencia sexual y regida por las normas que la sociedad aprueba (Castañeda, 2007).

Por ello, el género no solo es una construcción cultural, política o lingüística, pues de acuerdo con Osborne y Molina (2008), incluye también procesos individuales de orden psicológico que se suman para configurar el significado subjetivo que cada persona otorga a su género y en este sentido, a su identidad.

En un país como México, en el que coexisten diversas tradiciones y culturas, los roles de género parecen encontrarse en un estado de transición; al menos en diversos sectores, los roles de las mujeres se han diversificado más allá del ámbito privado y han ido cambiando los significados de la feminidad (Campos y Muñoz, 2018).

Las mujeres pueden cursar estudios universitarios, ser profesionistas, tener trabajos remunerados, utilizar métodos anticonceptivos, tomar la decisión del número de hijos que desean tener, elegir libremente a su pareja, entre otros, mientras que los hombres hacen cada vez más su aparición en el ámbito de la crianza y el cuidado (Saldívar, 2015) al empezar a cuestionarse el modelo tradicional de paternidad (Campos y Muñoz, 2018). Sin embargo, dicha transformación no ha estado exenta de tensiones y es un proceso que toma diferentes características dependiendo de contextos y situaciones particulares. Por ello, no es posible hacer generalizaciones y es necesario situar los roles y espacios de género en condiciones históricas y geográficas específicas.

2.3 Creencias sobre los roles de género y la interrupción del embarazo

El aborto inducido, de acuerdo con Abrams (2015), es una práctica que irrumpe en las expectativas sociales tradicionales al separar la gestación de la maternidad, poniendo a prueba las creencias que consideran que la maternidad es obligatoria e intrínseca para toda mujer, al aportarle a la fertilidad un valor social que parece trascender cualquier distinción de género, edad, raza, religión y clase.

Con base en lo planteado, se puede pensar que las vinculaciones entre los roles de género y el significado del aborto son diversas pues están determinadas por la subjetividad, es decir, por la continuidad o ruptura que cada mujer da a las expectativas de género en su contexto y condición de vida particular. Maldonado (2012) y Colombo (2012) coinciden en que la significación del proceso de aborto depende factores tales como el grado de escolaridad, la existencia de redes de apoyo, las expectativas de vida de cada mujer y su proyecto de vida.

Sin embargo, dada la histórica división entre lo femenino y masculino que se presenta en los roles de género tradicionales que dicotomizan “lo propio de las mujeres” (como inferior) y “lo propio de los hombres” (como superior), se espera que desde una identidad tradicional la mujer experimente negativamente el proceso de un aborto inducido y le cause tensiones en dicha identidad (Maldonado, 2012).

Por otro lado, para las mujeres con identidades transgresoras, es decir, que muestran rupturas en las creencias tradicionales de género y adoptan un rol igualitario, el proceso no representaría una experiencia que afecte su identidad (genérica) por el contrario, puede ser una vivencia por la cual puede resignificar el conocimiento de su ser, su cuerpo y su ejercicio de su sexualidad (Maldonado, 2012).

A esto se añade que el rol de madre y esposa permea sutilmente la redacción de muchas disposiciones legales en la penalización del aborto; el papel de madre se ubica por encima del de sujeto con la libertad de decisión sobre su cuerpo y sobre su vida. En este sentido, Abrams (2015) hace una distinción entre la *buena madre* y la *mala madre*. La buena madre adopta su rol maternal, el autosacrificio y el cuidado hacia los demás; mientras la “mala madre” rechaza el rol maternal y da prioridad a sus asuntos personales antes que adoptar el papel de madre -lo que también podría traducirse como la diferencia entre la *buena mujer* y *mala mujer*-. El aborto por lo tanto, es una práctica que rechaza a la maternidad y en consecuencia rechaza la “esencia natural” de la mujer (López-Coterrilla, 2005).

Como se puede observar, las creencias que las personas tienen acerca de los roles de género aparecen en la opinión que tienen acerca del aborto, de modo que entre más tradicionales sean las creencias sobre el papel que deben de desempeñar hombres y mujeres, menor será el apoyo que se le otorga a la práctica del aborto, lo que conlleva opiniones negativas hacia las mujeres que lo realizan, dando pie a que aparezca la estigmatización. El estigma por ende, es un factor fundamental para esta significación.

Capítulo 3. Estigma y aborto inducido

Link y Phelan (2001) plantean que el estigma es un fenómeno que puede ser producido y reproducido a través de una serie de procesos sociales consecutivos que van desde la creación de distinciones y etiquetas para las diferencias humanas, hasta crear una cultura dominante la cual produce una relación entre las etiquetas con características indeseables o estereotipos negativos a un grupo de personas. Implica la separación de *ellos* y *nosotros* en la cual el grupo etiquetado negativamente será el que sufrirá discriminación. De esta manera, quienes comparten las actitudes estigmatizadoras perpetúan estereotipos y discriminan individuos de los grupos marginados (Hanschmidt et al. 2016).

El estigma por abortar se refiere a la aparición de atributos negativos en las mujeres que interrumpen voluntariamente un embarazo, y es uno de los principales factores asociados a los malestares de salud mental que reportan algunas mujeres (Major et al. 2009). Marca interna o externamente a las mujeres como inferiores a los ideales de la feminidad, pues el abortar va en contra de las creencias tradicionales de género sobre el rol “natural” de la mujer, es decir, el aborto inducido transgrede los prototipos de la feminidad: que la sexualidad femenina tiene como único objetivo la procreación, que la maternidad es inevitable para todas las mujeres y que existe el instinto universal de crianza (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009). De acuerdo con Major y cols. (2009), las prácticas sociales que reproducen la estigmatización a las mujeres que abortan pueden contribuir directamente a las experiencias psicológicas negativas que podrían presentar después de un aborto.

Así como Link y Phelan (2001) describieron el proceso de la estigmatización, Shellenberg y cols. (2011) realizaron un marco teórico de las actitudes, creencias y acciones de la

estigmatización hacia las mujeres que abortan, el cual incluye los siguientes aspectos:

- Se trata de un proceso de etiquetar y estereotipar: refleja características negativas asignadas a las mujeres que han realizado abortos inducidos.
- Da lugar a exclusión y discriminación: es la discriminación hacia las mujeres que han buscado o han realizado un aborto inducido.
- Tiene como consecuencia el miedo de contagio al rechazo social: es la sugestión de que el aborto deja a las mujeres sucias y con daños en su salud.

Estas actitudes y creencias estigmatizadoras son cruciales para la perpetuación del estigma hacia el aborto, además de ser la razón de su falta de divulgación (Patev et al., 2019), ya que es común que se divulgue información errónea basada en creencias personales y no desde la neutralidad, dando pie a la desinformación.

Para las mujeres que llevan a cabo una interrupción del embarazo, existen tres maneras en las cuales se puede manifestar el estigma por abortar: estigma percibido, estigma padecido y/o estigma internalizado (Busdygan, 2017).

El estigma percibido se refiere a la preocupación de que personas cercanas puedan enterarse del aborto y rechazarlas o humillarlas, lo que lleva a que lo oculten y se avergüencen de haberlo realizado, incluso postergando el procedimiento o evitando la asistencia postaborto. El estigma padecido se refiere al trato intimidante y a veces degradante al que quedan expuestas las mujeres al solicitar información para llevar a cabo un aborto o la asistencia médica por parte de las instituciones o la sociedad; y por último, el estigma internalizado se refiere a las percepciones del entorno que se incorporan en la autopercepción negativa, provocando una disminución de la autovaloración o la pérdida de autorrespeto en las mujeres que abortan por considerarse a sí

mismas como personas corrompidas (por no cumplir con el rol social esperado). Así pues, la estigmatización a la que las mujeres están expuestas puede ocasionarles sentimientos de culpa y vergüenza, haciéndolas propensas a padecer estrés psicológico y a desarrollar eventualmente síntomas depresivos (Busdygan, 2017; Major et al., 2009), aislamiento social e incrementar las complicaciones médicas (Patev et al., 2019).

Para Hanschmidt y cols. (2016), muchas mujeres que interrumpen el embarazo prefieren ocultarlo como un secreto, por la preocupación que les genera ser juzgadas por las personas como mujeres malas, anormales e incluso asesinas; es decir, por el “estigma social percibido”. En mujeres adolescentes que han abortado, se reportan preocupaciones relacionadas con no obtener el perdón de Dios y con la idea de haber matado a un bebé que aún no ha nacido (Ralph et al., 2014).

De acuerdo con Zamberlin (2015), en estudios realizados en Latinoamérica y el Caribe, se ha encontrado que el estigma tiene un impacto psicológico negativo en las mujeres que abortan particularmente en contextos donde la práctica es ilegal, afectando la búsqueda de atención médica, que puede derivar en abortos inseguros mediante maniobras autoinducidas o en servicios no adecuados poniendo en riesgo su salud.

Es frecuente que sentimientos negativos en las mujeres que abortan como culpa, vergüenza o tristeza, se relacionen con el temor de ser estigmatizadas socialmente más que con la decisión tomada. Se ha encontrado por ejemplo que las mujeres que se autodenominan católicas tienen más riesgo de sentir que deben mantener el secreto y de presentar sentimientos de culpa en comparación con las que no se autodenominan religiosas. Asimismo, las mujeres que tienen familias con actitudes fuertemente en contra del aborto, presentan un estigma internalizado más profundo, lo que puede tener consecuencias en su salud mental ya que la autoestigmatización

puede predecir un malestar ansioso y depresivo (Zamberlin, 2015; Shellenbrg & Tsui, 2012; O'Donnell et al., 2018; Cockrill & Hessini, 2014).

Sorhaindo y cols. realizaron un estudio en 2014 en México, con mujeres que habían interrumpido su embarazo. Encontraron que las participantes informaron haber sentido dolor, vergüenza, tristeza y culpabilidad relacionados con el aborto, y admitieron además que tenían un castigo divino como quedarse estériles, lo que les que producía sentimientos de ansiedad. Por tal motivo, las mujeres y sus parejas prefirieron mantener en secreto el aborto, sumado al temor del juicio por parte de sus familiares y amigos. Sin embargo, en mujeres más jóvenes se observaron diferentes respuestas, pues mencionaron estar orgullosas de su capacidad para tomar decisiones y de haber resuelto con éxito una situación difícil.

Cabe recordar que en los prestadores servicios gineco-obstétricos suelen prevalecer posturas conservadoras que argumentan que su vocación y formación de proteger la vida en gestación es un elemento contradictorio con la práctica del aborto; en algunos casos la criminalización del aborto genera actitudes evasivas y de poco compromiso, expresan rechazo y demoras tortuosas e innecesarias que dilatan los procesos hasta edades gestacionales que sobrepasan el límite permitido para un aborto. Además, la separación del aborto de otros procedimientos médicos de salud reproductiva refleja un proceso de estigmatización (Abrams, 2019).

En contextos donde el aborto es legal y se practica mediante medicamentos, los prestadores se ven obligados a no rechazar la práctica pero el rechazo se transfiere a una actitud de juicio hacia las mujeres (Zamberlin, 2015; Abrams, 2019)

En el caso de mujeres que han realizado un aborto inducido de manera legal en Ciudad de México, un estudio de Moreno y cols. (2019) exploró la asociación entre el estigma percibido por interrumpir el embarazo y la sintomatología depresiva en un servicio público de ILE con quienes interrumpieron el embarazo con medicamento. El 60.5% de las mujeres reportaron haberse sentido seguras con su decisión de abortar, sin embargo, las mujeres que reportaron puntajes más altos de estigma por abortar tendieron a presentar síntomas depresivos elevados. Al 27.2% les preocupaba que otras personas se enteraran de su aborto (estigma percibido), mientras al 17.5% le preocupaba que pudieran ser humilladas si se enteraran de que lo habían realizado (estigma internalizado). Las participantes no mostraron altos puntajes de estigma por abortar en general, pero fue más elevado el percibido, en comparación con el internalizado, lo que indica que consideraban la interrupción del embarazo como algo inaceptable anticipando así el juicio negativo al que quedarían expuestas.

De acuerdo con Kumar y cols. (2009) las raíces del estigma por abortar son los roles de género conservadores, la intención de controlar la sexualidad femenina y la maternidad obligatoria, los cuales son construcciones sociales que pueden ser deconstruidas. El estigma por abortar no es natural ni esencial y depende de desigualdades y diferencias de poder para que éste ocurra; los hallazgos de los estudios anteriormente mencionados muestran la necesidad de combatir el estigma social que rodea a la interrupción legal de un embarazo para disminuir el riesgo de presentar problemas de salud mental.

Capítulo 4. Creencias sobre los roles de género y estigma por abortar

Los estereotipos de género que están inmersos en las creencias sobre los roles de género de las mujeres, en ocasiones se apegan a creencias tradicionales que impiden el acceso al cuidado de la salud reproductiva, lo que contribuye a la inequidad al dificultar el acceso de las mujeres a la información sobre anticonceptivos y servicios de interrupción del embarazo (O'Connell y Zampas, 2018). La maternidad entonces, también está inmersa en dichos estereotipos y puede comprenderse por ello como una construcción social que naturaliza un proceso reproductivo haciéndolo pasar como un hecho instintivo (Palomar y Suárez, 2007) al que no habría que “resistirse”.

Estos estereotipos se insertan en las estructuras jerárquicas institucionales. Por ejemplo, en el campo del cuidado de la salud sexual y reproductiva inciden en la manera en la que las mujeres puedan acceder a la información o cuidado, ya que los proveedores pueden refugiarse en sus propias creencias y autoridad para negarles a las solicitantes información o acceso. Los estereotipos de género en estos contextos pueden por ello dañar el bienestar individual, físico y mental de las mujeres (O'Connell & Zampas, 2018).

Como se observó anteriormente, las creencias tradicionales de género condicionan a la mujer para que tenga como destino ser madre y esposa, rompiendo el aborto con esas creencias pero dejando a las mujeres expuestas a una condena social que conlleva a que sean estigmatizadas. De la misma manera la ILE en los servicios en donde se realiza, ya sea públicos o privados, no siempre se practica al margen de estigmas sociales porque en algunos sectores de la población persisten creencias que cuestionan moralmente la práctica (Hernández & Estrada, 2019).

Actualmente se cuenta con una guía ética (Federación de Ginecología y Obstetricia, 2011) que aborda el daño que los estereotipos de género tienen en la atención médica hacia las mujeres, provee a los ginecólogos y obstetras información para identificarlos y evitar estereotipar no solamente a las solicitantes, sino también a las/os colegas que participan en interrupciones de embarazo. Propone entre otros aspectos, erradicar el pensamiento de que las mujeres son vulnerables e incapaces de tomar decisiones, pues reconoce los daños provocados por dichos estereotipos.

En la Convención de 1979 para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), se señaló que “los estereotipos de género pueden impactar en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres e informadas sobre el cuidado de su salud, sexualidad y reproducción y por ende, también impactarán en su autonomía para determinar el rol que deseen ejercer en la sociedad” (O’Connell & Zampas, 2018, p.118).

Un ejemplo de ello es el estudio que realizaron Hernández y Estrada (2019) en Ciudad de México, dónde analizaron las creencias y prácticas entrevistando a 15 jóvenes estudiantes de bachillerato que buscaban o consideraban la posibilidad de interrumpir un embarazo. Tenían edades entre 18 y 24 años con vida sexual activa, y pertenecían a una escuela pública situada en una comunidad campesina y rural en la zona sur de la ciudad.

Los resultados muestran la persistencia de los estigmas sociales que afectan la dignidad de las mujeres que deciden abortar. Para empezar, a las participantes les preocupaba el juicio social al que estarían expuestas por estar embarazadas cuando era consecuencia de tener relaciones fuera del matrimonio. Manifestaron mayor preocupación por la opinión de otras

personas por lo que, a pesar de que el aborto inducido es legal en Ciudad de México, las participantes preferían la clandestinidad por miedo a que su decisión se hiciera pública, es decir, a que no se respetara la confidencialidad y privacidad y se les estigmatizara por atreverse a rechazar un embarazo. Cabe señalar que la postura de las figuras de orientación de la escuela de las estudiantes ante la solicitud de información sobre la interrupción del embarazo o información para llevar a cabo una vida sexual plena, se encontraba muy influida por las creencias tradicionales o religiosas de género (Hernández & Estrada, 2019).

En este mismo sentido, otro estudio, el de Keere-Oates y cols. (2019) encontró que la preocupación acerca de la seguridad del procedimiento, la preocupación por los efectos secundarios tales como quedar infértil y la preocupación por ser juzgadas por la familia, amigos o gente de su comunidad, funcionan como obstáculos que se relaciona con la búsqueda de un servicio de ILE en Ciudad de México. Las mujeres participantes mencionaron sentirse irresponsables por no haber prevenido el embarazo; asimismo, acudieron al servicio con desconocimiento de su legalidad, lo que funciona como una barrera para el acceso al servicio, sumado a las percepciones de peligro sobre el aborto, las cuales pueden perpetuar estereotipos negativos, estigma y mitos sobre la ILE.

Figueroa y cols. (2012), por su parte, encontraron que los factores que se asocian a la búsqueda del servicio de ILE en Ciudad de México son la escolaridad, la ocupación y el número de interrupciones previas; es decir, que las mujeres con mayor nivel de escolaridad, que son estudiantes, que tienen un trabajo remunerado y que han tenido una experiencia de interrupción previa, tienen mayor probabilidad de solicitarlo. Esto lleva a que los autores/as planteen que las participantes cuentan con mayor empoderamiento y por lo tanto, tienen un mayor acceso al servicio a pesar de las restricciones que pudieran encontrar en la sociedad.

Con base en todo lo revisado, el presente trabajo buscó explorar qué orientación sobre los roles de género tienen las mujeres que solicitan una ILE en Ciudad de México y si ésta tiene relación con la presencia del estigma por abortar.

5. Planteamiento del problema

Debido a que los roles de género dictan la manera en la que hombres y mujeres deben actuar en la sociedad, éstos también influyen sobre los comportamientos relacionados con su salud sexual y reproductiva. Las mujeres se ven atravesadas por el rol que la cultura les impone, ser madres y esposas, lo que conlleva a que se deje de lado el papel de los hombres en la reproducción.

En la medida en que se sostengan creencias tradicionales sobre estos roles, es posible que sea más difícil tomar decisiones que involucren la participación en la vida pública o decidir sobre la propia reproducción, particularmente si se quiere o no tener hijos, y en su caso, cuántos. De esta manera, es posible que muchas mujeres en la realidad no planeen sus embarazos, y consideren esta situación como normal y esperable. Sin embargo, también las hay que, a reserva de que utilicen o no métodos anticonceptivos, se embaracen sin tener intención de hacerlo y decidan no continuarlo.

Estas mujeres, de acuerdo con algunas/os teóricas/os, están rompiendo una de las creencias tradicionales más importantes sobre el rol de género femenino. Así pues, se parte del supuesto de que aunque en Ciudad de México la interrupción del embarazo es una práctica despenalizada y segura que se puede llevar a cabo en los servicios públicos, cuestionar el rol tradicional de género vinculado a la maternidad, se asocia con una percepción negativa del aborto que puede afectar a las mujeres que la realizan,

5.1 Pregunta de investigación

¿Se relacionan las creencias acerca de los roles de género con el nivel de estigma por abortar en mujeres que interrumpen el embarazo en Ciudad de México?

5.2 Objetivo general

Explorar la relación entre las creencias de los roles de género y los niveles de estigma de las mujeres que interrumpen el embarazo con medicamentos en un servicio público de la CDMX.

5.2.1 Objetivos específicos

- a) Conocer la orientación de las creencias sobre los roles de género (tradicionales o igualitarios) en mujeres que asisten a un servicio de interrupción legal del embarazo.
- b) Conocer el nivel percibido de estigma por abortar en mujeres que asisten un servicio de interrupción legal del embarazo.

6. Método

6.1 Tipo de estudio

El estudio es descriptivo de tipo correlacional (Isaac & Michael, 1981).

6.2 Definición de variables

6.2.1 Definición conceptual: Creencias sobre los roles de género.

Atributos y comportamientos que hombres y mujeres deben adoptar en una sociedad y poseen dos extremos. En uno de ellos se ubica la concepción tradicional que relega a la mujer al papel de esposa, madre y/o ama de casa, y que considera al hombre como la autoridad y el encargado de proveer y dar protección a la mujer; y en el otro, una concepción igualitaria, donde los roles, tareas y funciones de los hombres y mujeres son esencialmente los mismos (Moya et al., 2006).

6.2.2 Definición conceptual: Estigma por abortar.

De acuerdo con Cockrill y cols. (2013), el estigma por abortar puede manifestarse como estigma internalizado, el cual se puede manifestar como los puntos de vista negativos que las mujeres mantienen hacia ellas mismas, así como actitudes perjudiciales hacia quienes están involucradas en la práctica (otras mujeres o prestadores de servicio); se manifiesta también como estigma percibido, el cual describe las percepciones estigmatizadoras de otras personas hacia el aborto y la expectativa del juicio, rechazo o discriminación; por último, el estigma se puede manifestar como estigma externalizado, el cual describe las experiencias de demostrar a otras mujeres su pérdida de valor social después de haberse realizado un aborto, a través de chismes, sobrenombres, abuso físico o discriminación por los prestadores de servicio de salud.

6.2.3 Definición operacional: Creencias sobre los roles de género.

Para medir las creencias tradicionales sobre los roles de género se aplicó la versión reducida de 12 reactivos de la Escala sobre Ideología de Género (EIG) de Moya y colaboradores (2006), que define como ideología del rol sexual a las creencias que los individuos poseen acerca de los roles y conductas que hombres y mujeres deben desempeñar y acerca de las relaciones que ambos grupos deberían mantener entre sí. Este instrumento se diferencia de los instrumentos sobre los estereotipos de género en que no es dicotómico o cuenta con una lista de adjetivos, sino que cuenta con enunciados relativos a roles y conductas (ejemplo: “es más apropiado que la madre y no el padre cambie los pañales del bebé”) que son respondidos indicando que tan de acuerdo o no están con el enunciado.

6.2.4 Definición operacional: Estigma por abortar.

Se aplicó la Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS por sus siglas en inglés) de Cockrill y cols (2013) utilizada anteriormente en población mexicana, la cual evalúa el estigma por

abortar y sus cuatro dimensiones: preocupación por el estigma (estigma percibido), aislamiento (estigma internalizado), autocrítica (estigma internalizado) y condena social (estigma percibido) en mujeres que interrumpen un embarazo.

6.3 Participantes

118 mujeres de 15 años o más que asistieron a su cita de seguimiento a los 15 días después de haber realizado un aborto con medicamento en un servicio público de ILE y aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Los criterios de exclusión fueron que las mujeres presentaran alguna discapacidad física o mental que les impidiera contestar el cuestionario, que pertenecieran al programa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), cuyo servicio es brindado a mujeres que buscan interrumpir su embarazo debido a que este fue consecuencia de una violación y que no residieran en la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística y por conveniencia.

6.4 Instrumentos

Se aplicó una batería de instrumentos a manera de entrevista estructurada y como parte del estudio más amplio, en este apartado se describen solamente las secciones de interés para esta tesis.

6.4.1 Variables sociodemográficas

Para conocer las características sociodemográficas de las participantes, se recabaron datos sobre la edad, escolaridad, ocupación, relación de pareja, nivel socioeconómico y antecedentes reproductivos. El nivel socioeconómico fue estimado con base en los criterios que establece el propio servicio, el cual es el resultado de un diagnóstico social que evalúa el entorno, los factores de riesgo de salud y los factores de riesgo ambiental en los que se desarrollan las mujeres, mediante preguntas que indagan el ingreso familiar en salario mínimo mensual, la ocupación, las necesidades básicas, el lugar de residencia, la derechohabiencia, las condiciones de vivienda y el

estado de salud familiar. Se califican estos criterios y se suman para obtener un puntaje en la escala de calificaciones que establece los niveles socioeconómicos que van desde el nivel 0 al nivel IV. Para las mujeres de Ciudad de México, el servicio es gratuito por ley independientemente del nivel socioeconómico de las usuarias.

La diferencia entre los niveles distingue el nivel de marginalidad social o factores de riesgo a los que las mujeres están expuestas en temas de salud y entorno, es decir, el nivel funciona como código para identificar los criterios con los que cuenta o carece la persona, es el resultado de la calificación obtenida por la persona como lo muestra el cuadro 2.

Cuadro 2. Nivel socioeconómico del servicio de ILE

Puntos obtenidos	Nivel socioeconómico	Descripción
0-4	0	Muy alta marginalidad se considera cuando se tiene deficiencias en todos o en casi todos los factores resultantes
5-9	I	Alta marginalidad, es cuando se tiene problemática en algunos de los factores más importantes, además de cualquier otro y nivel
10-15	II	Alta marginalidad, es cuando se tiene problemática en algunos de los factores más importantes, además de cualquier otro y nivel
16-20	III	Mediana marginalidad que es cuando se tiene rezago en algunos factores pero tiene las condiciones indispensables para vivir.
21-26	IV	Baja marginalidad.

Fuente: Elaboración propia con base en los criterios del servicio

6.4.2 Creencias sobre los roles de género

Los reactivos que componen a la EIG se derivan de la escala de racismo moderno de McConahay (1986), y de elementos de la teoría del sexismo moderno de Swim y cols. (1995). Moya y cols. (2006) construyeron la versión larga (38 reactivos) de la Escala sobre Ideología de Género con base en tres criterios: tener un número similar de ítems para la orientación tradicional e igualitaria, tener un número semejante de ítems que hiciera referencia exclusivamente a la mujer o al hombre y que incluyera ítems cuyo enunciado tratara sobre las principales áreas consideradas en el estudio de la ideología de género como son roles laborales

de hombres y mujeres, responsabilidades parentales, relaciones personales entre hombres y mujeres, reparto de tareas, responsabilidades en lo doméstico, comportamiento en lo cotidiano, sexualidad y maternidad, entre otros.

A partir de ésta, construyeron una versión reducida que pudiera recoger la complejidad del constructo pero a la vez fuera bastante breve para ser incluida dentro de otros cuestionarios o escalas. Para ello se seleccionaron 12 ítems que se incluyeron en el primer factor resultante del análisis factorial exploratorio previamente realizado, tomaron los ítems con mayor carga factorial y eliminando los de menor carga (Moya et al., 2006). La versión larga y reducida de la escala cuentan con buena consistencia interna que van de $\alpha = 0.70$ y $\alpha = 0.90$.

La escala cuenta con opciones de respuesta en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1= totalmente en desacuerdo, hasta 4= totalmente de acuerdo). El rango de calificación va de 0 a 48, para su calificación se establece que el puntaje elevado en la suma de las opciones de respuesta se relaciona con la orientación tradicional, mientras que el bajo puntaje se relaciona con la orientación igualitaria (Ver Apéndice A).

6.4.3 Estigma por abortar

La Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS) de Cockrill y cols. (2013), tiene como base en su construcción, el modelo de Cockrill y Nack (2013), el cual lo utilizaron como marco de referencia para la elaboración de los ítems, además de realizar una revisión en la literatura sobre otras escalas de estigma. La escala fue probada con entrevistas estructuradas con mujeres en Estados Unidos que tenían experiencia de aborto inducido y de esta manera determinaron que los ítems eran interpretados y entendidos de manera consistente (Cockrill et al. 2013). A partir de un análisis factorial, se determinaron cuatro dimensiones conceptualmente congruentes, con reactivos con cargas factoriales mayores de .40.

Factor 1. "Preocupación por ser juzgadas", que incluye ítems que expresan intranquilidad por poder ser enjuiciada negativamente y por los resultados de este juicio, tales como el distanciamiento, los chismes y la desaprobación visible. Siete reactivos. Ejemplo: *La gente podría enjuiciarme negativamente*. α de Cronbach = 0.94.

Factor 2. "Aislamiento", que incluyó elementos que miden el grado en que las mujeres han hablado con sus amigos y familiares cercanos sobre su aborto, y el grado en que se han sentido apoyadas por estas personas. Seis reactivos. Ejemplo: *He tenido conversaciones con alguien cercano acerca de mi aborto*. α de Cronbach = 0.83

Factor 3. "Autocrítica", incluye sentimientos predominantemente negativos hacia sí misma debido al aborto. Cinco reactivos. Ejemplo: *Me siento una mala persona*. α de Cronbach= 0.84.

Indicador 4. "Condena social", mide la percepción de una mujer acerca del grado en que su comunidad sostiene puntos de vista fuertemente negativos sobre el aborto. Dos reactivos. Ejemplo: "El aborto es igual a un asesinato". α de Cronbach = 0.78.

Escala total, 20 ítems, α de Cronbach = 0.88.

La escala cuenta con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert para las primeras dos dimensiones (de 1= nada hasta 4= mucho), mientras que en la tercera cuenta con cinco, (desde 1= totalmente en desacuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo) y la cuarta también (desde 1= ninguna hasta 5= la mayoría de las personas). El rango de puntaje total va desde 10 a 87, el puntaje elevado en la escala y en cada subescala se obtienen sumando los puntajes de las opciones de respuesta y dividiéndolas por el número de reactivos. No existe un punto de corte

establecido y la recomendación es utilizar la escala como una variable continua (Cockrill et al., 2013) (Ver Apéndice C).

6.5 Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en el servicio de ILE de un hospital público de segundo nivel en la Ciudad de México. Las mujeres que llegaban a su cita de seguimiento tras haber realizado una interrupción con medicamentos, entregaban su carnet a la trabajadora social y después pasaban a la sala de espera para aguardar se llamadas para que se les realizara un ultrasonido y verificar que el procedimiento se había completado satisfactoriamente. Posteriormente, pasaban con el médico para recibir el método anticonceptivo de su elección. Considerando que este proceso duraba entre 2 o 3 horas, por lo que tenían largo tiempo de espera, se decidió aplicar el instrumento a manera de entrevista en ese lapso.

Al entregar el carnet, se realizaba la lista de pacientes del día en conjunto con la trabajadora social, de manera que el equipo de investigación llamaba a las usuarias a un cubículo donde se les hacía la invitación de manera grupal, o en algunos casos de manera individual, para participar en el estudio, indicando que se buscaba conocer su experiencia en el proceso de la ILE. Se les informaba sobre las etapas del estudio y la duración del mismo, de igual manera que si por alguna razón se les llamaba para ser atendidas la entrevista se interrumpiría y se continuaría cuando terminaran su revisión, también se les señaló que tenían la posibilidad de la derivación a algún servicio de salud mental, ya sea en el mismo Hospital o en alguna otra institución si así lo requerían. A quienes aceptaban participar, se les entregaba una carta de consentimiento informado y la entrevistadora se aseguraba que entendieran los objetivos del estudio así como los temas abordados. Se resolvían las dudas que presentaran y se les reiteró que su participación era voluntaria y confidencial. Una vez firmado el consentimiento se procedió el cuestionario

mediante una entrevista estructurada individual, en la cual se incluyeron ambas escalas (EIG e ILAS).

Todas las preguntas le eran leídas en voz alta a la usuaria y las respuestas eran anotadas en el cuestionario por las investigadoras. El proyecto del que se deriva esta tesis corresponde a un estudio más amplio que los resultados aquí reportados, durando por ello la entrevista aproximadamente entre 40 y 60 minutos.

En caso de que las usuarias manifestaran antecedentes de violencia o abuso sexual, se les preguntaba si habían recibido atención o habían hablado con alguien sobre ello. De no ser así se ofrecía la derivación a algún servicio para ser atendidas. En los casos en los que requería atención para la salud mental en temas de depresión o ansiedad, la derivación se realizaba directamente en el servicio de Psicología, o de Psiquiatría o en el Servicio Para la Atención de Violencia de Género (SEPAVIGE) que brinda el Hospital; igualmente se contaba con un directorio de atención especializada realizado por el equipo de investigación y se les daba información necesaria en caso de requerirlo.

Al finalizar la entrevista, se les obsequió un espejo de bolso el cual contaba con el número telefónico del equipo de investigación al cual las usuarias podían acceder en caso de que la derivación no resultara adecuada o tuvieran algún inconveniente.

6.6 Análisis de datos

Los cuestionarios fueron codificados y capturados por el equipo de investigación en una base de datos de SPSS v15. Los datos aquí presentados fueron copiados a una nueva base de datos con las variables incluidas en este estudio y analizados por separado de la base de datos general.

La información sociodemográfica fue dividida en tres bloques para facilitar el análisis: 1. Datos sociodemográficos, 2. Antecedentes reproductivos y 3. Relación de pareja. Para esta sección se calcularon frecuencias y porcentajes y se obtuvieron medidas de tendencia central cuando se consideró de utilidad.

Se analizaron las propiedades psicométricas de la Escala sobre Ideología de Género (Moya et al., 2006) y la Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS) de Cockrill y cols, (2013) mediante un análisis factorial exploratorio y se estimó la consistencia interna mediante el alpha de Cronbach.

Se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para conocer el tipo de distribución de ambas variables; se analizó la orientación de las creencias de roles de género según las características sociodemográficas, reproductivas y de pareja de las mujeres con la prueba de Kruskal-Wallis. Por otro lado, se analizó el nivel de estigma por abortar según las características sociodemográficas, reproductivas y de pareja de las participantes mediante el análisis de varianza (ANOVA) de un factor.

Finalmente, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para explorar la relación entre las creencias sobre los roles de género y el nivel de estigma por abortar presentando por las participantes.

7. Resultados

7.1 Características sociodemográficas, reproductivas y de pareja de las mujeres que realizaron una ILE

Como se observa en la tabla 1, la mayoría de las mujeres oscilaban entre los 15 y 29 años (77.1%) y tenía un nivel educativo alto (68.7%); de igual manera, tres de cada cinco tenía una

actividad remunerada o se encontraba estudiando (61.0%). Por otra parte, gran parte de ellas (61.4%) se ubicaban en un nivel socioeconómico I y II, es decir, se desenvuelven en contextos de alta marginalidad, de acuerdo a los estándares evaluados por el servicio (Ver cuadro 2).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las mujeres que acudieron a un servicio de ILE en Ciudad de México

Variab les	Frecuencia N=118	Porcentaje %
Edad		
15 a 19	23	19.5
20 a 24	43	36.4
25 a 29	25	21.2
30 a 43	27	22.9
Total	118	100.0
Escolaridad		
Primaria	3	2.5
Secundaria	34	28.8
Preparatoria o bachillerato	56	47.5
Profesional	25	21.2
Total	118	100.0
Ocupación		
Actividad remunerada	45	38.1
Actividad no remunerada	46	39.0
Estudiante	27	22.9
Total	118	100
Nivel socioeconómico		
0	42	35.6
I	63	53.4
II	10	8.5
Perdidos	3	2.5
Total	118	100.0

Respecto de sus características reproductivas, se observa en la tabla 2 que la mayoría de las participantes (63.5%) ya se había embarazado antes; de éstas, casi nueve de cada diez (89.3%) tenían un hijo o más. Menos de la tercera parte de las mujeres que se habían embarazado antes había interrumpido un embarazo anteriormente (31%).

Tabla 2. Características de salud reproductiva de las mujeres que acudieron a un servicio de ILE en Ciudad de México

Variable	Frecuencia N=188	Porcentaje %
Embarazos previos		
0	43	36.4
1	22	18.6
2	29	24.6
3	9	7.6
Más de 3	15	12.7
Total	118	100.0
Número de hijos		
0	8	10.6
1	33	44.0
2	22	29.3
3 o más	12	16.0
Total	75	100.0
Número de interrupciones voluntarias anteriores		
0	62	68.8
1	20	22.2
2	5	5.5
3	3	3.3
Total	90	100.0

Con respecto a su relación de pareja, se observa en la tabla 3 que la mayoría de las participantes tenía pareja al momento de la ILE (80.5%); y la mitad vivía con ella.

Tabla 3. Características de la relación de pareja de las mujeres que acudieron a un servicio de ILE en la Ciudad de México

Variable	Frecuencia N=118	Porcentaje %
Relación de pareja		
No	23	19.4
Sí	95	80.5
Total	118	100.0
Viven con la pareja		
No	48	50.2
Sí	47	49.4
Total	95	100.0

7.2 Propiedades psicométricas de las Escalas

7.2.1 Escala sobre Ideología de Género (EIG)

A pesar de que los autores de la EIG la plantearon como unidimensional, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el fin de observar su comportamiento en esta población. Previamente se evaluó la pertinencia del mismo (Roth, 2012), mediante el estadístico de adecuación de la muestra de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Los resultados de ambas pruebas indicaron que era factible llevar a cabo este análisis para explicar los datos de la muestra (KMO= .850; Esfericidad de Bartlett= 392.521; $p=.000$), pues indicaron que existían relaciones significativas entre las variables.

Se empleó el método de extracción de factorización por componentes principales, y debido a que los factores no cuentan con correlaciones entre sí mayores a 0.5 se aplicó una rotación Varimax (Roth, 2012). De este análisis se obtuvieron tres factores que explicaron el 57.14% de la varianza total, con reactivos que obtuvieron cargas factoriales superiores a .50, como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Análisis factorial de la EIG y porcentajes de varianza explicada.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Aunque algunas mujeres les guste trabajar fuera del hogar, debería ser responsabilidad última del hombre suministrar el sostén económico a su familia	.786		
4. Es mejor que una mujer deje de lado su propia carrera profesional y apoye a su marido en la suya	.637		
5. Es más importante para una mujer que para un hombre llegar virgen al matrimonio.	.529		
6. La relación ideal entre marido y esposa es la de interdependencia, en la cual el hombre ayuda a la mujer con su soporte económico y ella satisface las necesidades domésticas y emocionales	.798		
7. Es más apropiado que la madre y no el padre cambie los pañales del bebé	.710		
3. Si un niño está enfermo y ambos padres están trabajando debe ser preferentemente la madre quien pida permiso en el trabajo para cuidarlo		.613	
8. Considero bastante más desagradable que una mujer diga malas palabras y groserías a que las diga un hombre		.735	
9. Las relaciones fuera del matrimonio son más condenables para las mujeres		.758	
10. Hay muchos trabajos en los cuales los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos		.645	
12. Cuando la mujer trabaja fuera del hogar las tareas domésticas deberían estar repartidas de forma equitativa entre el hombre y la mujer			.636
2. Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas			-.668
11. Los hombres, en general, están mejor preparados que las mujeres para el mundo de la política			.555
Porcentaje de varianza %	37.06	10.7	9.3
Varianza total %		57.14	

Fuente: Elaboración propia

El primer factor explicó el 37.06% de la varianza, estuvo conformado por 5 ítems (1, 4, 5, 6 y 7). El segundo factor obtenido explicó el 10.7% de la varianza y se conformó por 4 ítems (3, 8, 9 y 10); ambos factores mostraron un contenido conceptual similar como era esperable. El tercer factor explicó el 9.3% de la varianza y se conformó por 3 ítems (2, 11 y 12).

De acuerdo con Morales (2011), un factor sólido se puede definir con 5 ítems con pesos mayores de 0.5; en el caso de la EIG solo el primer factor cumple con el requisito. Sin embargo, las dimensiones están evaluando lo que parece ser un solo concepto, por lo que se confirmó la decisión de tomar el modelo unidimensional que establecen los autores (Moya et al, 2006) para

la medición de la variable. El Alpha de Cronbach (α) fue de 0.82. Al eliminar el ítem 2 por su carga negativa y porque no fue comprendido durante la aplicación, la escala obtuvo un $\alpha=0.83$ (ver Apéndice B).

7.2.2 Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS)

Para analizar las propiedades psicométricas de la ILAS se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, el estadístico de adecuación de la muestra $KMO=.760$, $p=.000$ y la prueba de esfericidad de Bartlett= 1357.516, indicaron que era factible realizar el análisis y que las variables se relacionaban entre sí.

Para el análisis se empleó el método de extracción de factorización por componentes principales con una rotación de Oblimin directo, debido a que las correlaciones entre los ítems fueron mayores de 0.5 (Roth, 2012).

Tabla 5. Análisis factorial de la ILAS y porcentajes de varianza explicada.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
14. Me sentía como una mala persona	.880					
16. Me sentí avergonzada a causa de mi aborto	.816					
17. Me sentí egoísta						
18. Me sentí culpable	.859					
8. He conversado con alguien cercano acerca de la ILE		.833				
9. Le conté mis sentimientos acerca de mi aborto a alguien cercano		.783				
11. Puedo hablar acerca de mi aborto con personas cercanas a mí		.872				
12. Puedo confiarle información sobre mi aborto a personas cercanas a mí		.843				
19. El aborto siempre está mal			.915			
20. El aborto es lo mismo que asesinato			.942			
2. Que mi aborto afectara negativamente mi relación con alguien a quien amo				.837		
3. Que alguien a quien amo se decepcionara de mi				.860		
6. Que fuera rechazada por alguien a quien amo				.846		
10. Sentí el apoyo de alguien cercano en el momento de mi aborto					-.815	
13. Cuando tuve el aborto me sentí apoyada por personas cercanas a mí					-.621	
15. Confiaba en que había tomado la decisión correcta					.766	
1. Que otras personas se enteraran de mi aborto						-.725
4. Que me humillaran						-.717
5. Que la gente chismeara sobre mi						-.830
7. Que la gente me juzgara negativamente						-.773
Porcentaje de varianza	27.9%	18.9%	8.9%	7.6%	5.9%	5.3%
Varianza Total %				74.7%		

Fuente: elaboración propia

Posteriormente, se realizó el análisis de consistencia interna para la escala total y para cada una de las subescalas; al utilizar el Coeficiente de Cronbach (α) la escala arrojó un puntaje total de $\alpha= 0.83$. Los resultados que se obtuvieron difieren de los resultados que se obtuvieron en la escala original con sus cuatro factores: “Preocupación por ser juzgadas”, “Aislamiento”, “Autocrítica” y “Condena social”. En el presente estudio se obtuvieron seis factores que explicaron el 74.7% de la varianza total de la escala (Tabla 5). Cuatro de las dimensiones

siguieron el patrón de evaluar percepciones estigmatizadoras sobre el aborto, pero dos se configuraron como factores positivos o antiestigmatizadores:

Autocrítica: conformado por los ítems 14, 16, 17 y 18, explicó el 27.9% de la varianza. Evalúa los sentimientos negativos hacia ellas mismas. Con una consistencia interna de $\alpha=0.88$.

Comunicación sobre el aborto: conformado por los ítems 8, 9, 11 y 12, explicó el 18.9% de la varianza. Evalúa el grado de comunicación que tuvieron con personas cercanas sobre la ILE. Con una consistencia interna de $\alpha=0.86$.

Condena Social: conformado por los ítems 19 y 20, explicaron el 8.9% de la varianza. Se conservó como en la escala original. Con una consistencia interna de $\alpha=0.92$.

Preocupaciones por ser juzgadas por personas que aman: conformado por los ítems 2, 3 y 6, explicó el 7.6% de la varianza. Los ítems que miden la percepción del juicio por parte de personas que aman sobre el aborto. Con una consistencia interna de $\alpha=0.82$.

Percepción de apoyo al momento de la ILE: conformado por los ítems 10, 13 y 15, explicó el 5.9% de la varianza. Evalúa la percepción de apoyo recibido durante la ILE. Con una consistencia interna de $\alpha=0.86$.

Despreocupación por ser juzgadas por otra gente: conformado por los ítems 1, 4, 5, y 7, explicó el 5.3% de la varianza. Evalúa la percepción de juicio por personas externas. Con una consistencia interna de $\alpha=0.79$.

Como se observa, la subescala “preocupación por ser juzgadas” de la versión original se dividió en dos tipos de preocupaciones, *Preocupaciones por ser juzgadas por personas que aman* y *Preocupación por ser juzgadas por otra gente*. De igual manera, la subescala

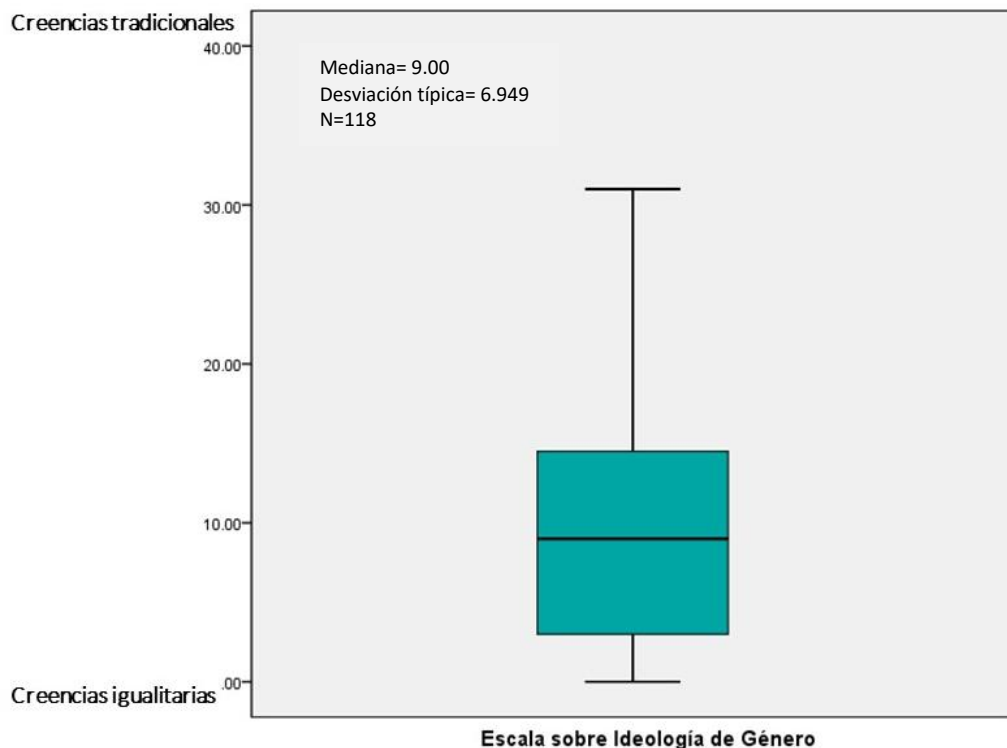
“aislamiento” se dividió en *Percepción de apoyo al momento de la ILE* y *Comunicación sobre el aborto* en esta muestra, sin embargo, de acuerdo con Morales (2011), a pesar de que todos los factores tiene cargas mayores de 0.5, los primeros tres y el sexto no pueden considerarse factores como tal, ya que no cumplen con el criterio de tener más de 5 ítems, por lo que se deben considerar indicadores. Se decidió eliminar el ítem 15 ya que no cuenta con coherencia lógica para pertenecer al indicador de percepción de apoyo al momento de la ILE, por lo cual finalmente la escala resultó con 19 ítems y con un alpha de Cronbach total de $\alpha=0.84$.

7. 3 Orientación sobre los roles género en mujeres que interrumpen un embarazo

Para conocer la orientación sobre los roles de género que mantienen las mujeres que acuden a un servicio de ILE en Ciudad de México, se calificó la escala sumando las respuestas de cada reactivo. El rango teórico es de 0 a 48 puntos pero el rango observado fue un mínimo de 0 y el máximo de 31. El mayor puntaje representa mayor orientación hacia las creencias tradicionales sobre roles de género y el menor puntaje mayor orientación a creencias igualitarias, por lo que para calificar la escala se utilizó este criterio con la escala de 11 reactivos.

Se buscó conocer la distribución de la variable en la muestra, para lo que se realizó la prueba de hipótesis de Kolmogórov-Smirnov (.120, $p=.001$), al ser mayor de 30, indicó que la muestra es de libre distribución por lo que se utilizó el análisis por medianas (Rivas-Ruiz et al. 2013). Como se observa en la Gráfica 1, las participantes en esta muestra obtuvieron una mediana de $Me= 9$, por lo que puede considerarse que tienden a presentar una orientación igualitaria.

Gráfica 1. Distribución de la Escala sobre Ideología de Género (EIG) en mujeres que acuden a un servicio de ILE en Ciudad de México



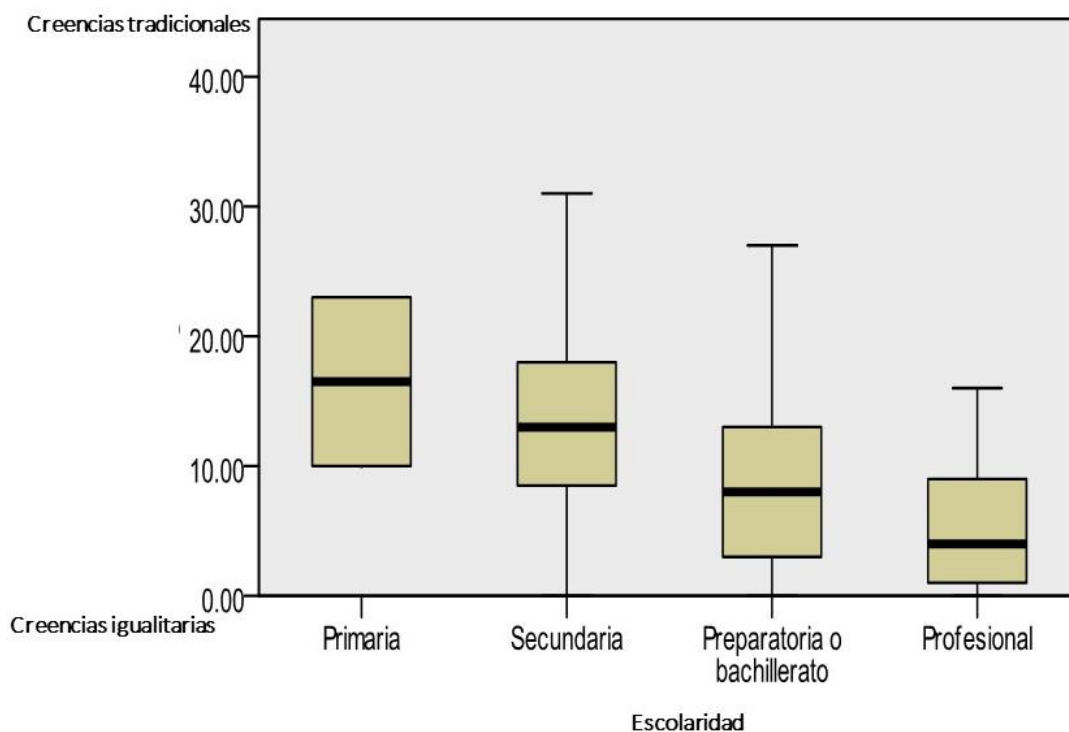
Fuente: elaboración propia.

7.3.1 Orientación de las creencias del rol de género según características sociodemográficas

Se llevaron a cabo pruebas de Kruskal-Wallis, debido a que la distribución no es normal, para observar si las creencias sobre los roles de género presentaban diferencias por edad, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico.

De acuerdo con los resultados obtenidos, solamente se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la escolaridad y la orientación de las creencias sobre los roles de género, $X^2_{(3)}=20.006$, $p=.000$, pues como se observa en la gráfica 2, a mayor nivel educativo menores creencias tradicionales sobre los roles de género y por lo tanto, mayores creencias igualitarias.

Gráfica 2. Distribución de las creencias sobre los roles de género de acuerdo al nivel de escolaridad en mujeres que acuden a un servicio de ILE en la Ciudad de México.



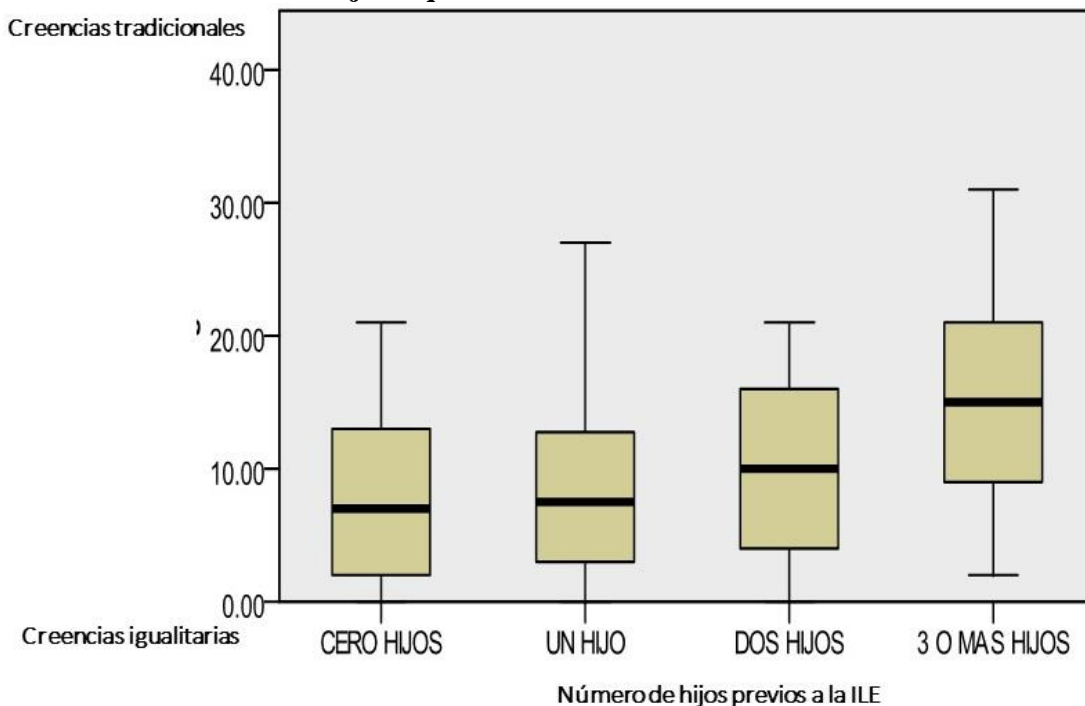
Fuente: Elaboración propia
 $p \leq .05^*$

7.3.2 Orientación de las creencias del rol de género según características de antecedentes reproductivos.

Respecto de los antecedentes reproductivos de las mujeres, solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de hijos y la orientación de las creencias sobre los roles de género ($X^2_{(3)}=8.563, p=.036$).

Como se observa en la gráfica 3, a menor número de hijos, se tienen menos creencias tradicionales sobre los roles de género.

Gráfica 3. Distribución de las creencias sobre los roles de género de acuerdo con el nivel de escolaridad en mujeres que acuden a un servicio de ILE en Ciudad de México.



Fuente: Elaboración propia.

$p \leq .05^*$

7.3.3 Orientación de las creencias del rol de género según características de relación de pareja.

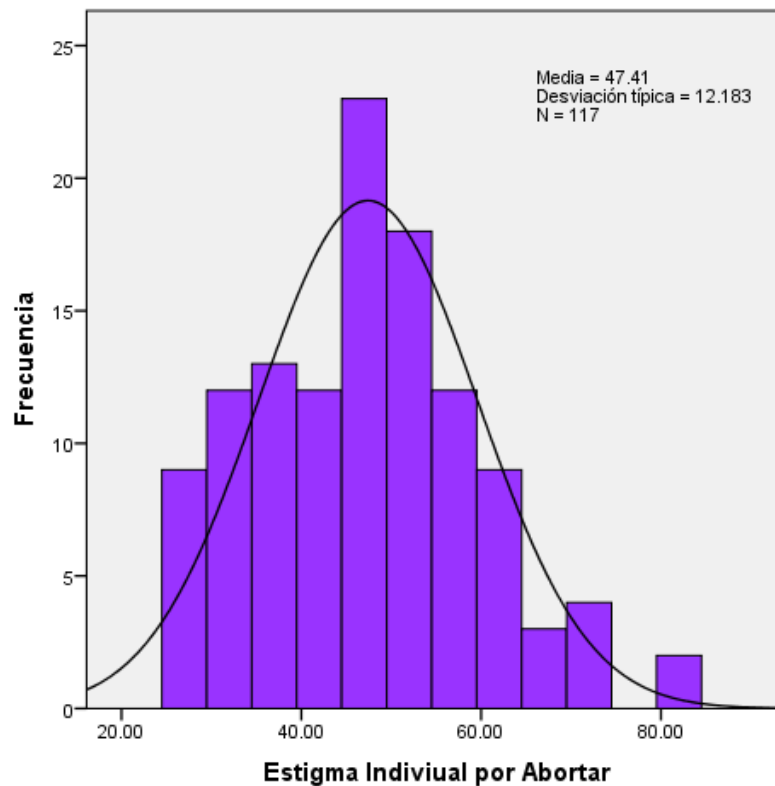
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto del tipo de relación de pareja ni por la orientación en cuanto a las creencias sobre los roles de género.

7.4 Nivel Percepción de estigma por abortar en mujeres que interrumpen un embarazo

Para obtener el nivel de estigma percibido por abortar, se mantuvo el criterio de las autoras de la escala, el cual establece que la escala es una variable continua y puede utilizarse tanto el puntaje total como por subescala, donde a mayor puntaje, mayor nivel de estigma por abortar. En esta tesis se consideró para el análisis el puntaje de la escala total. El puntaje teórico abarcó del 20 al 87, mientras que el puntaje observado en las usuarias del servicio de ILE fue del 27 al 81; las mujeres puntuaron con una $\bar{X} = 47.4$.

Al igual que con la EIG, se buscó conocer el tipo de distribución para la ILAS, la prueba tuvo como resultado Kolmogorov-Smirnov= .065, $p= .200$, es decir, la distribución es normal (Gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución de la Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS) en mujeres que acuden a un servicio de ILE en Ciudad de México



7.4.1 Nivel de estigma por abortar según características sociodemográficas

Como se observa en la tabla 6, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos de edad de las mujeres y el nivel de estigma por abortar ($F_{(3,113)}=1.237$, $p=.300$), sin embargo, al comparar las medias se encontró que las mujeres de 30 a 43 años puntuaban en promedio más alto ($\bar{X} = 51.1$) que las mujeres de 15 a 19 ($\bar{X} = 45.4$).

De igual manera, en grupos por nivel de escolaridad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por el nivel de estigma por abortar ($F_{(3,113)}= 2.024$, $p=.115$), sin embargo se observa que en promedio las mujeres con secundaria puntuaban más ($\bar{X} = 51.0$) que

las mujeres con nivel de bachillerato ($\bar{X} = 47.1$) y sobre todo que las tienen estudios universitarios ($\bar{X} = 43.2$).

En este mismo sentido, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que tenían una actividad remunerada, las que no tenían una actividad remunerada y las que estaban estudiando ($F_{(2,114)} = 1.022, p = .363$); al comparar las medias de estos grupos de mujeres se puede observar que el grupo de estudiantes ($\bar{X} = 44.7$) tiene menores niveles de estigma por abortar que las mujeres que tienen una actividad remunerada ($\bar{X} = 48.9$).

Tabla 6. Comparaciones del nivel de estigma por abortar entre grupos de acuerdo con características sociodemográficas (n=118)

		N	M	DE	IC 95%	
Edad	15-19	23	45.4	11.1	40.6	50.2
	20-24	42	45.9	11.0	42.5	49.4
	25-29	25	47.6	11.2	42.9	52.3
	30-43	27	51.1	15.0	45.1	57.0
Escolaridad	Primaria	3	45.6	8.0	25.7	65.5
	Secundaria	33	51.0	11.0	47.1	54.9
	Preparatoria	56	47.1	13.0	43.6	50.6
	Profesional	25	43.2	11.0	38.7	47.8
Ocupación	Actividad remunerada	44	48.9	14.0	44.6	53.2
	Actividad no remunerada	46	47.5	11.2	44.1	50.8
	Estudiante	27	44.7	10.3	40.6	48.8
Nivel socioeconómico	0	42	47.2	11.7	43.6	50.9
	I	63	49.1	12.6	45.9	52.3
	II	10	39.3	7.2	34.1	44.4

$p \leq .05$

En cuanto al nivel socioeconómico 0, I y II no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,112)}=2.948, p=.057$) en el grado de estigma por abortar, no obstante, las medias muestran que el nivel más elevado, el II, tiene un menor nivel de estigma ($\bar{X} = 39.3$) en comparación con el nivel I ($\bar{X} = 49.1$) y nivel 0 ($\bar{X} = 47.2$).

7.4.2 Nivel de estigma por abortar según características reproductivas

Con relación a las características reproductivas, se puede ver en la tabla 7 que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F_{(3,113)}= 3.336, p=.022$), a pesar de ello, se encontró un nivel de estigma menor en mujeres con un embarazo previo ($\bar{X} = 43.8$), en comparación con aquellas con tres o más embarazos previos a la ILE ($\bar{X} = 53.0$).

Tabla. 7 Comparaciones del nivel de estigma por abortar entre grupos de acuerdo a características reproductivas (n=118)

		N	M	DE	IC 95%	
Embarazos	Cero	43	44.9	11.5	41.3	48.9
	Uno	22	43.8	10.1	39.3	48.3
	Dos	28	49.2	12.0	44.5	53.8
	Tres o más	24	53.0	13.3	47.3	58.6
Hijos	Cero	51	44.7	11.1	41.6	47.8
	Uno	32	46.2	10.6	42.4	50.0
	Dos	22	51.4	13.2	45.5	57.3
	Tres o más	12	54.3	15.1	44.7	63.9
ILES previas	Cero	62	46.7	13.1	43.3	50.0
	Una-Tres	27	51.2	9.9	47.3	55.2
	Nunca embarazadas	12	44.5	12.4	36.6	52.2

$p \leq .05$

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de hijos ($F_{(3,113)} = 3.166, p=0.27$). Sin embargo, al comparar las medias de los grupos, se encontró que las mujeres con tres o más hijos en promedio tenían un nivel más elevado ($\bar{X} = 54.3$) de estigma por abortar que las mujeres que no tenían ($\bar{X} = 44.7$).

Tampoco se encontraron entre las mujeres con o sin ILEs previas ($F_{(2,98)} = 1.760, p = .177$), aunque se observa que las mujeres con alguna ILE previa puntúan en promedio más alto ($\bar{X} = 51.2$) en el nivel de estigma por abortar que las mujeres que nunca habían estado embarazadas ($\bar{X} = 44.5$).

7.4.3 Nivel de estigma por abortar según características de relación de pareja

Se puede observar en la tabla 8 que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que tenían pareja al momento de la ILE vs las mujeres que no tenían pareja ($F_{(1,115)} = .037, p = .847$). Se observa que las mujeres que no tenían pareja al momento de la ILE presentan mayor nivel de estigma ($\bar{X} = 47.8$) en comparación con las mujeres que tenían pareja al momento de la ILE ($\bar{X} = 47.3$).

Tabla 8 Comparaciones del nivel de estigma por abortar entre grupos de acuerdo a características de relación de pareja (n=118)

		N	M	DE	IC 95%	
Pareja	Si	95	47.3	12.3	44.7	49.8
	No	22	47.8	11.7	42.6	53.0
Viven juntos	Si	46	48.6	12.1	45.1	52.2
	No	48	45.6	12.4	42.0	49.2

$p \leq .05$

Tampoco se encontraron diferencias entre las mujeres que vivían con su pareja al momento de la ILE y las mujeres que no vivían con su pareja ($F_{(2,113)} = .769, p = .466$). No

obstante, al comparar el puntaje promedio se encontró que las mujeres que vivían con su pareja al momento de la ILE tenían niveles más altos de estigma ($\bar{X} = 48.6$) que las mujeres que no vivían con su pareja en ese momento ($\bar{X} = 45.6$).

7.5 Creencias en los roles de género y estigma percibido por abortar en mujeres que interrumpen un embarazo

Para explorar la relación entre las creencias de los roles de género y el nivel total de estigma por abortar, se utilizó el estadístico Rho de Spearman, con el que se encontró que no existe relación ($r_s = 0.105, p = 0.264$).

También se analizó si existía asociación entre dichas creencias y alguna de las dimensiones de la escala de estigma por abortar; tanto en las propuestas en la escala original como en las obtenidas en el análisis factorial exploratorio con esta muestra.

Como se observa en la tabla 9, se encontró una relación baja directamente proporcional entre las creencias sobre los roles de género y el aislamiento ($r_s = 0.217, p = 0.023$), es decir que a mayor orientación tradicional, mayor aislamiento por la estigmatización del aborto. Asimismo, se encontró una relación baja inversamente proporcional entre las creencias sobre los roles de género y las despreocupaciones por ser juzgadas por personas que aman ($r_s = -0.239, p = 0.014$), es decir, a mayor orientación hacia las creencias tradicionales sobre los roles de género existe mayor preocupación por ser juzgadas por las personas que quieren y a menor tradicionalismo, menor es la preocupación por ser juzgadas.

Por último, se encontró una relación baja directamente proporcional entre la comunicación sobre la ILE y las creencias sobre los roles de género ($r_s = 0.189, p = 0.05$), es decir, se incrementa la comunicación sobre el aborto cuando las mujeres sostienen más las creencias tradicionales sobre los roles de género.

Tabla 9. Correlaciones entre las creencias de los roles de género y el estigma por abortar por escala total y cada subescala

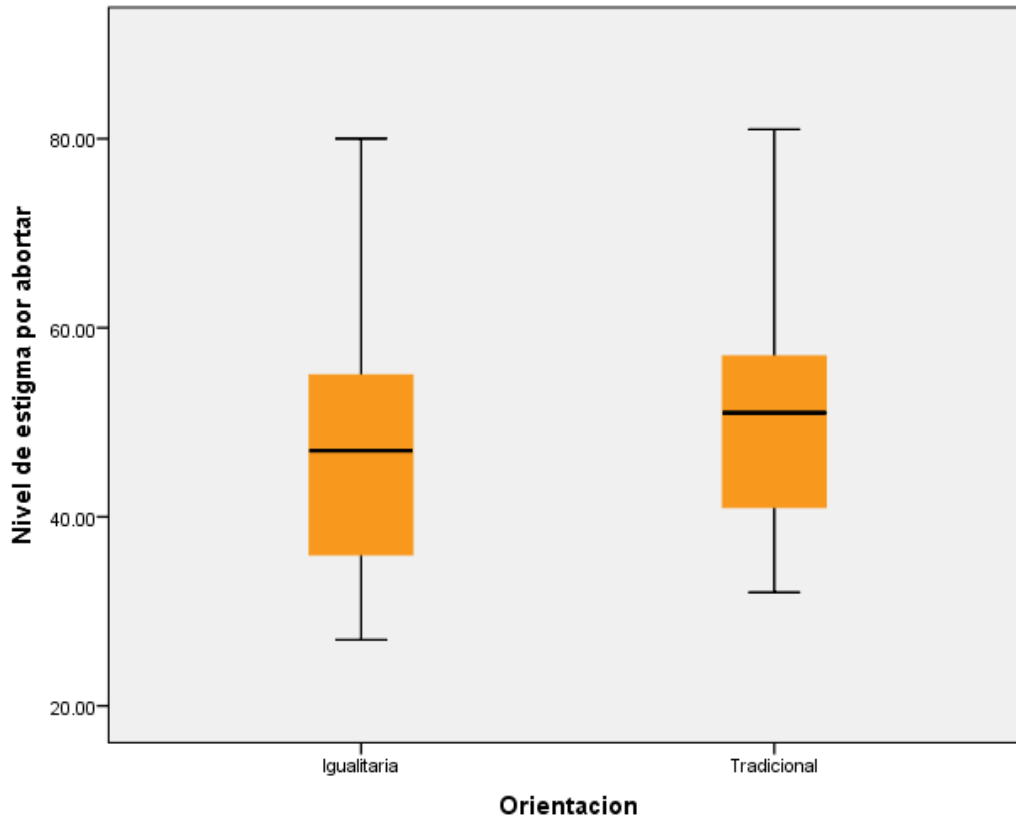
Creencias sobre los roles de género	r_s
Estigma por abortar	0.105
Subescalas originales	
Preocupación por el estigma	-0.033
Aislamiento	0.217*
Autocrítica	0.111
Condena social	0.003
Subescalas después del Análisis Factorial Exploratorio	
Autocrítica	0.140
Comunicación sobre el aborto	0.189*
Condena social	0.003
Despreocupación por ser juzgadas por personas que aman	-0.239*
Percepción de apoyo durante la ILE	0.163.
Preocupación por ser juzgadas por otra gente	0.077

p=0.05*

Fuente: Elaboración propia

A pesar de que la Escala no tiene un punto de corte establecido, se calcularon los cuartiles con los resultados de la propia muestra, para dicomotizar la variable de modo que pudieran definirse a las mujeres con creencias tradicionales vs las mujeres con creencias igualitarias. Con base en $Q_1=6$ y $Q_4=18$, se tomó el Q_4 con puntuaciones de 18 a 31 como el criterio para definir a las mujeres con creencias con orientación tradicional y al resto como de orientación igualitaria.

Gráfica 5. Orientación de las creencias sobre los roles de género y el nivel de estigma por abortar de mujeres que acuden a un servicio de ILE en Ciudad de México



Tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre esta variable y el nivel de estigma percibido por abortar. Sin embargo, en la gráfica 5 se observa una ligera tendencia de las mujeres con orientación tradicional en las creencias sobre los roles de género a puntuar más elevado en estigma por abortar (Me= 51.0) en comparación con las mujeres con orientación hacia las creencias igualitarias de los roles de género (Me=47.0).

8. Discusión

La presente tesis tuvo como objetivo observar la manera en la que se relacionaban las creencias tradicionales o igualitarias sobre los roles de género que mantienen las mujeres que acuden a un servicio público de ILE de Ciudad de México con el nivel de estigma que presentan. Para ello se inició con un análisis de las escalas aplicadas a la muestra para observar su comportamiento con esta población mediante un análisis factorial exploratorio, después se observaron los resultados obtenidos con los puntajes reportados por las mujeres en ambos instrumentos. A continuación se discute estos resultados.

8.1 Acerca de la validez de las escalas.

Con el propósito de contar con un instrumento adecuado para obtener los datos, se adaptó la Escala sobre Ideología de Género y se analizaron sus propiedades psicométricas. Se obtuvieron tres factores que explicaron el 57.14% de la varianza total de la escala. No obstante, se propone mantener el modelo unidimensional del diseño original ya que los factores obtenidos se correlacionan entre sí y no cuentan con los criterios para formar factores sólidos. La escala total obtuvo un alpha de Cronbach de $\alpha = 0.83$, lo que es un indicador de que la EIG tiene una alta consistencia interna y cuenta con validez de constructo.

Para la Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS), se obtuvieron dos factores adicionales en comparación con la versión original, pues el factor de *Preocupación por ser juzgadas* se dividió en lo que se le denominó “preocupación por ser juzgada por personas que ama” y “preocupación por ser juzgadas por otras personas”. Al parecer, existe para las participantes una diferencia de la preocupación por ser juzgadas por personas cercanas y por otras personas, lo que concuerda con el estudio realizado por Hanschmidt y cols. (2016) en el

cual mencionan la tendencia a ocultar la ILE por la preocupación del juicio de personas ajenas a su círculo social.

De igual manera, este resultado guarda semejanza con los resultados obtenidos por Hernández y Estrada (2019) y Moreno y cols. (2019) en los que mencionan que a pesar de tener conocimiento sobre la legalidad de la práctica, las mujeres mexicanas preferían no acudir al servicio de ILE por el miedo a que personas externas a su círculo se enteraran de la interrupción y que ellas quedaran expuestas a un juicio social o tenían mayor preocupación por ser humilladas por haber tomado la decisión. Estos resultados como mencionan Keere-Oates y cols., (2019), sugieren que esta preocupación que anticipa el juicio de otras personas podría actuar como un factor de riesgo pues implicaría una dificultad para acceder al servicio.

Los otros dos factores encontrados resultaron de la distribución de los reactivos del factor *Aislamiento* de la versión original, en dos grupos que fueron denominados “Comunicación sobre el aborto” y “Percepción de apoyo durante la ILE”. Los reactivos que conforman las dos nuevas dimensiones se refieren a la percepción de apoyo que las mujeres tuvieron de las personas cercanas al momento de la interrupción y la capacidad que tuvieron para hablar sobre el proceso con ellas. Sin embargo, al igual que con la EIG, estos nuevos factores no cubren el criterio establecido por Morales (2011) para formar factores sólidos por lo que pueden considerarse como indicadores. En conjunto, los 6 factores obtenidos explicaron el 74.7% de la varianza total de la escala y se obtuvo un alpha de Cronbach de $\alpha = 0.83$, lo que indica que también esta escala tiene una alta consistencia interna y cuenta con validez de constructo.

8.2 Acerca de los resultados

En cuanto a la orientación hacia las creencia sobre los roles de género, cabe señalar que de entrada se observó una similitud a lo planteado por Figueroa y colaboradores en 2012, quienes

mencionan que las mujeres que tenían mayor escolaridad, se encontraban estudiando o tenían un trabajo remunerado contaban con más posibilidad de acudir a un servicio de interrupción de embarazo independientemente de si el contexto mantuviera barreras que lo estigmatizaran. De la misma manera, las participantes que acudieron al servicio público tenían mayor nivel de escolaridad, contaban con un trabajo remunerado o se encontraban estudiando, además, la mayoría ya tenía al menos un hijo.

También tuvieron una mayor orientación hacia las creencias sobre los roles de género igualitarias, lo cual se relaciona con lo que mencionan Abrams (2015) y Figueroa y cols. (2012) quienes observaron que las mujeres que acuden a un servicio de ILE están rompiendo con las creencias tradicionales que limitan a la mujer como madre y esposa, lo que las lleva a presentar algún tipo de empoderamiento.

Cabe destacar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la orientación de las creencias de género según la escolaridad. A saber, una mayor escolaridad parece estar asociada a una menor orientación tradicional sobre las creencias de los roles de género. De igual manera, una mayor proporción de las mujeres que no tenían hijos al momento de la ILE contaban con creencias igualitarias en comparación con mujeres que tenían tres o más hijos, ya que estas últimas se orientaban hacia las creencias tradicionales. Esto podría indicar que la escolaridad es un factor que contribuye a romper con las creencias tradicionales, llevando a que se presente mayor empoderamiento sobre las decisiones reproductivas así como también el número de hijos.

Por otro lado, los niveles bajos de estigma que presentaron en promedio las mujeres que acudieron al servicio de ILE se puede contrastar con lo que mencionan Maldonado (2012) y Colombo (2012), pues estos autores declaran que la significación del aborto es subjetiva y

depende de la continuidad o ruptura que tienen las mujeres respecto de los roles de género y el contexto en el que se desarrollan.

Otra variable a considerar para observar la presencia del estigma es el contexto, pues de acuerdo con Zamberlin (2013), el estigma por abortar tiene mayor impacto en contextos en donde la interrupción del embarazo es ilegal. En la población estudiada el contexto es de legalidad, las mujeres participantes eran residentes de Ciudad de México, lo que puede relacionarse a los bajos niveles de estigma reportados tal y como lo reportan también Moreno y cols. (2019). Estos hallazgos apuntan a la legalidad de la práctica podrían prevenir los malestares relacionados con el estigma en la salud mental de las mujeres que realizan un aborto.

Cabe resaltar que la presencia del estigma no discriminó entre las creencias sobre los roles de género de las mujeres ni tampoco entre las características sociodemográficas, de salud reproductiva y de relación de pareja, concordando con lo que mencionan diferentes autores como Kumar y cols. (2009), Abrams (2015) y Major y cols. (2009) entre otros, quienes señalan que el estigma por abortar se presenta prácticamente en toda mujer, por no cumplir con el mandato universal de la maternidad como destino natural de las mujeres independientemente del contexto en el que se desarrollen.

Por último, cabe destacar que estas dos variables no se encontraron correlacionadas en la muestra estudiada, ya que el estigma por abortar fue percibido de manera similar tanto en mujeres con creencias tradicionales como en aquellas con creencias igualitarias en cuanto a los roles de género, es decir, el estigma por abortar se presenta indiscriminadamente en mujeres que cumplen con su rol social asignado como en mujeres que presentan comportamientos y creencias más apegadas a la independencia.

Sin embargo, se puede observar una correlación directamente proporcional y débil, pero estadísticamente significativa entre el aislamiento (falta de comunicación sobre la ILE y menor percepción de apoyo durante la ILE) con las creencias de los roles de género, es decir, entre más tradicionales las creencias, mayor aislamiento y entre menos creencias tradicionales, menor aislamiento. También se encontró una correlación inversamente proporcional y estadísticamente significativa entre las creencias igualitarias sobre los roles de género y la preocupación por el juicio de las personas cercanas que aman; es decir, las mujeres que tenían mayores creencias tradicionales tenían menor despreocupación, por lo que les preocupaba ser juzgadas por las personas afectivamente importantes. Este resultado se asemeja a lo encontrado por diferentes autores (Zamberlin (2015); Moreno y cols. (2019); Shelleberg y Tsui (2012) y O'Donnell (2018) entre otros), quienes mencionan que las mujeres están preocupadas por el juicio al que quedarán expuestas por haber abortado, esto es importante identificar porque pudiera existir una diferencia entre los malestares emocionales o sentimientos negativos provocados por esta preocupación de ser juzgadas y los sentimientos negativos por la decisión en sí de interrumpir su embarazo. Es decir, las mujeres pudieran estar tranquilas con su decisión de abortar pero experimentan emociones negativas como el miedo, angustia o estrés, por la preocupación de ser enjuiciadas por personas a quienes consideran importantes cuando tengan conocimiento del aborto.

8.3 Aportaciones y limitaciones del estudio

De los aportes que se obtuvieron de esta tesis se encuentra brindar un panorama de las características que tienen las mujeres que acuden a un servicio público de ILE respecto de sus creencias en torno a los roles de género y al estigma que perciben respecto del aborto, siendo uno de los pocos estudios que se han realizado sobre el tema en América Latina.

En el caso del presente trabajo, se observa que la mayoría de las participantes no reporta creencias tradicionales elevadas ni una alta percepción de estigma por abortar. Sin embargo, como mencionan Hernández y Estrada en 2019, existen otras mujeres de Ciudad de México que a pesar de tener conocimiento sobre el servicio de la ILE, no acuden porque se enfrentan a diversas barreras que en su mayoría están relacionadas con el estigma, pues las mujeres reportaban mucha preocupación por que las personas a su alrededor tuvieran conocimiento de su embarazo ya que se les juzgaría negativamente y el juicio empeoraba si lo interrumpían. Por ello, se sugiere que para estudios posteriores se tome en cuenta este factor para indagar otras variables como por ejemplo el apoyo social, el apoyo de la pareja o el proyecto de vida, que podrían estar relacionados con la presencia del estigma que experimentan las mujeres que se desarrollan en estos contextos y que les dificultan acceder a un servicio de ILE.

Otro aporte fue la obtención de dos escalas que pueden ser consideradas como válidas y confiables para ser usadas en estudios posteriores que busquen investigar el tema, ya que como mencionan Norris y cols. (2011), diseñar y validar escalas para medir estigma u otras variables que rodean al aborto permite avanzar en los nuevos estándares en temas de salud sexual y reproductiva.

Acerca de las limitaciones que presenta la investigación, una es que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a toda la población que acude a los servicios públicos o privados de ILE de Ciudad de México, debido a que la muestra se eligió por conveniencia además de que el centro fue seleccionado por las autoridades correspondientes de la Secretaría de Salud de acuerdo con la disponibilidad. En consecuencia, las características de las mujeres que acudieron al servicio podrían ser similares entre sí pero diferentes de las mujeres que acuden a los otros servicios de la ciudad.

Conclusiones

El aborto inducido es un tema controversial, que generalmente ha llevado a posturas extremas que sustentan argumentos a favor y en contra de esta práctica. En México solo se encuentra despenalizado en la Ciudad de México y en Oaxaca, aunque en este último estado todavía no se han implementado los servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE). De esta manera, actualmente es en la capital del país donde las mujeres residentes pueden acceder de manera gratuita y segura a un aborto inducido. En el resto del país se enfrentan a la discriminación, la violación de sus derechos sexuales y reproductivos y a la clandestinidad, entre otras situaciones, provocadas por la criminalización del aborto, lo que puede incluso poner en riesgo sus vidas a pesar de que actualmente un aborto puede llevarse a cabo de manera relativamente sencilla con medicamentos en el primer trimestre de un embarazo.

Este tema de igual manera, está rodeado por diferentes mitos o creencias provocadas por la falta de información, por lo que para hablar sobre aborto inducido se deben tomar en cuenta diversos factores que anteceden a la búsqueda de la interrupción de su embarazo y que intervienen en su realización. La presente tesis que forma parte de una investigación más amplia, indagó las creencias sobre los roles de género (tradicionales o igualitarias) y el estigma que perciben las mujeres por haber interrumpido su embarazo.

Se adaptó culturalmente la Escala sobre Ideología de Género de Moya y cols. (2006) a una muestra de mujeres mexicanas que interrumpieron legalmente un embarazo y los análisis psicométricos mostraron que cuenta con validez y confiabilidad, por lo que es un instrumento que puede ser utilizado en futuras investigaciones.

Se encontró que las mujeres que acudieron a este servicio público de ILE tienen una mayor orientación hacia las creencias igualitarias sobre los roles de género. Por otro lado, las

participantes no presentaron niveles elevados de estigma por abortar, lo cual podría indicar que la legalidad del aborto inducido, además de su seguridad y gratuidad, puede ser un factor que disminuya el nivel de estigma experimentado y por lo tanto, menor presencia de emociones negativas en las mujeres.

En cuanto al objetivo de explorar la relación entre las creencias sobre los roles de género (tradicionales o igualitarias) y los niveles de estigma por abortar que presentan las mujeres que acuden a un servicio público de ILE en Ciudad de México, en los hallazgos de este estudio no se encontró dicha relación. El estigma fue percibido de igual manera en las mujeres independientemente de su orientación sobre las creencias en cuanto a los roles de género. Sin embargo, las mujeres que mantenían creencias tradicionales sobre éstos, no compartieron información sobre la ILE, es decir, se aislaron; mientras que aquellas que tenían mayores creencias igualitarias sobre los roles de género tenían menor preocupación de ser juzgadas por las personas que aman en razón del aborto.

Finalmente, el hecho de que se observara que el estigma por abortar se comportó como un constructo independiente de las creencias sobre los roles de género, permite hipotetizar que la despenalización del aborto, así como las reformulaciones en las legislaciones para brindar el servicio de interrupción de manera segura, no garantizan un cambio en la evaluación negativa que se tiene acerca del aborto. Por ello, se considera importante combatir los mitos y creencias que lo rodean, divulgando información sobre los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen el acceso a un aborto legal en Ciudad de México, además de implementar programas efectivos que les permitan a las mujeres acceder de manera equitativa, a los servicios vinculados con la salud sexual y reproductiva.

Referencias

- Abrams, P. (2015). The bad mother: Stigma, Abortion and Surrogacy. *Symposium*. p. 179-191.
- Aguilar, Y., Valdez, J., González-Arratia, N. y González S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e investigación en psicología*. 18 (2).
- Busdygan, D. (2017). Construcción política en el desacuerdo sobre el aborto. *Descentrada*. 1 (2).
- Castañeda, A. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista cubana de salud pública*
- Center For Reproductive Rights. (CFRR). (2019). The World's Abortion Laws. Recuperado el 07 de noviembre de 2019 de <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>
- Cockrill, K. & Hessini, L. (2014). Introduction: Bringing Abortion Stigma into Focus. *Women & Health*, 54 (7): 593-598. doi: 10.1080/03630242.2014.947218
- Cockrill, K., Upadhyay, U., Turan, J. & Greene Foster, D. (2013). The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 79-88. doi: 10.1363/4507913.
- Colombo, G., Pombo, M. y Luxardo, N. (2012). Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de los adolescentes. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*. 8. (2).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2017). Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos. Ciudad de México, México. ISBN: 978-607-729-345-3
- Figuroa, A., Aracena, B., Reyes, H. y Lamadrid, H. (2012). Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, 2010. *Salud pública de México*. 54 (4).
- Flores, E. y Amuchástegui, A. (2012). Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal. *Género y Salud en cifras*. 10 (1).
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2018). *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México*. Ciudad de México, México.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2018). *Plataforma de consultas: causales de aborto en códigos penales estatales*. Ciudad de México, México.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2019). Mitos y preguntas sobre el aborto. Recuperado el 08 de noviembre de 2019 de: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/08/mitos_y_preguntas_sobre_el_aborto.pdf
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(4), 169-177
- Hernández, D. y Estrada, R. (2019). Dificultades de acceso al aborto en contextos de interrupción legal del embarazo: narrativa de estudiantes de bachillerato en una comunidad campesina de México. *Cadernos de Saúde Pública*. 35 (3). doi: 10.1590/0102-311X00046218
- Isaac, S. y Michael, W.B. (1981): *Handbook in Research and Evaluation for Education and the Behavioral Sciences*. San Diego: EdITS Publishers.

- Keefe-Oates, B., Makleff, S., Sa, E., Forero, L., Mendoza, D., Olaya, M., Morales, F., Friedman, J. & Baum, S. (2019). Experiences with abortion counselling in Mexico City and Colombia: addressing women's fears and concerns. *Culture, Health & Sexuality*. ISSN: 1369-1058
- Kumar, A., Hessini, L., and Mitchell, E. M. 2009. Conceptualizing abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6): 625-639. 10.1080/13691050902842741
- Lamas, M. (2013). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Porrúa. México.
- Link, B., and J.C. Phelan. 2001. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27: 363 – 85.
- López-Coterilla, I. (2005). Derechos humanos y la perspectiva de género sobre el aborto en México (1975 a 1994). En Torres, M. (comp) (2005). *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*. El colegio de México. Distrito Federal, México.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., y West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890.
- Maldonado, J. (2012). Identidad- ser mujer- y abortar: una relación dialectica (*Ciudad de México, 2002-2011*). Universidad Nacional Autonoma de Mexico. México.
- Mayo, D. (2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Revista Cubana Obstétrica Ginecológica*. 28 (2). 128-133.
- Morales, P. (2011). El análisis factorial en la construcción e interpretación de test, escalas y cuestionarios. Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España. 1-47.
- Moreno López, M., Flores Celis, K., González-Forteza, C., Saltijeral, M. T., Schiavon, R., Collado, M. E., Ortiz, O., Ramos Lira, L. (2019). Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupted pregnancy in Mexico City. *Salud Mental*, 42(1), 25-32.doi: 10.17711/SM.0185-3325.2019.004
- Moya, M., Expósito, F. y Padilla, J. (2006). Revisión de las propiedades psicométricas de las versiones larga y reducida de la Escala sobre Ideología de Género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 6 (3).
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J., Kavanaugh, M., De Zordo, S. & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues*. 21 (35).
- O'Connell, C. & Zampas, C. (2018). The human rights impact of gender stereotyping in the context of reproductive health care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 144: 116–121. DOI: 10.1002/ijgo.12693
- O'Donnell, A. T., O'Carroll, T., & Toole, N. (2018). Internalized stigma and stigma-related isolation predict women's psychological distress and physical health symptoms post-abortion. *Psychology of Women Quarterly*, 0361684317748937.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Definición IVE (Interrupción voluntaria del embarazo). Recuperado el 15 de febrero de 2019 de: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. ISBN: 978 92 4 354871 5
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Género. Recuperado el 03 de junio de 2019 de: <https://www.who.int/topics/gender/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2003). Aborto sin riesgos. Guía técnica de políticas para sistemas de salud. Recuperado en septiembre de 2018
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43391/9275324824_spa.pdf?sequence=1&ua=1
- Osborne, R. y Molina, C. (2008). Evolución del concepto de género. *Empiria*. 15.
- Palomar, C. y Suárez, M. (2007). Los entretelones de la maternidad. A la luz de las mujeres filicidas. *Estudios Sociológicos*. 25 (74). 309-940.
- Patev, A., Hall, C. & Hood, K. (2019). The interacting roles of abortion stigma and gender on attitudes toward abortion legality. *Personality and Individual Differences*. 146. p.87-92.
- Patev, A., Hall, C., Dunn, C., Bell, A., Owens, B. & Hood, K. (2019). Hostile sexism and right-wing authoritarianism as mediators of the relationship between sexual disgust and abortion stigmatizing attitudes. *Personality and Individual Differences*. 151
- Pérez, T.G. (2010). Desigualdad, mujeres y religión; sesgos de género en las representaciones culturales y religiosas. *Cuestiones de género; de la igualdad y la diferencia*. (5). 467-505
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A., and Foster, D. G. (2014). The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health*, 54(4): 428-434. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.09.021
- Rivas-Ruiz, R., Moreno-Palacios, J. y Talavera, J. (2013). Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 51 (4). 414-419.
- Roth, E. (2012). *Análisis multivariado en la investigación psicológica: Modelo Predictivo y Causal con SPSS y AMOS*. La Paz, Bolivia. SOIPA Ltda.
- Saldívar, et al. (2015). Roles de género y diversidad: Validación de una escala en varios contextos culturales. *Acta de investigación psicológica*. 5 (3).
- Secretaría de Salud (SEDESA). Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Consejería y métodos anticonceptivos. Recuperado el 07 de junio de 2019 de:
<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/otros-servicios-consejeria-anticonceptivos/>
- Secretaría de Salud (SEDESA). Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas. Recuperado el 07 de octubre de 2019 de: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-26-de-septiembre-2019.pdf>
- Shellenberg, K. & Tsui, A. (2012). Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: An exploration by race and Hispanic ethnicity. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Doi:10.1016/S0020-7292(12)60015-0
- Shellenberg, K., Moore, A., Bankole, A., Juárez, F., Omideyi, A., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S. & Tsui, A. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health*. 6. 111-125.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L. & Onda, T. (2018). *Abortion Worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. ISBN: 978-1-934387-19-1
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C., y García, S. (2014) Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health*, 54(7): 622-640. doi: 10.1080/03630242.2014.919983
- Torres, M. y Rayas, L. (2005). Derechos humanos y los servicios de aborto. En Torres, M. (comp) (2005). *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*. El colegio de México. Distrito Federal, México.

- Velázquez, K. (2019). Las mujeres más pobres, a las que más acusan y estigmatizan por abortar. *Animal Político*. Recuperado el 07 de noviembre de 2019 de <https://www.animalpolitico.com/2019/10/abortar-mexico-justicia-pobreza/>
- Vivas, M. y Singh, S. (2018). *Por el aborto legal en América Latina y el Caribe*. Opinión. El país.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee, A. & Erickson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 8 (3). 94-104.
- Zamberlín, N. (2015). Estigma y aborto. En Ramos, S (comp). (2015). *Investigación sobre aborto en américa latina y el caribe*. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Consorcio latinoamericano contra el aborto inseguro.

Apéndices

Apéndice A. Adaptación cultural de la Escala sobre Ideología de Género

Previo al levantamiento de los datos, se llevó a cabo la fase de adaptación cultural de la Escala sobre Ideología de Género de acuerdo con los criterios del International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) para Evaluación de Desenlaces Reportados por Pacientes (PRO por sus siglas en inglés) de Wild y cols., 2005. Debido a que la escala fue realizada en España, no tuvo que ser sometida a un proceso de traducción de idioma, por lo que se pasó directamente al paso de Armonización para detectar problemas o discrepancias entre la redacción de ítems en español de España y el de México. Se llevó a cabo mediante un panel de expertas en el cual se encontraban cinco doctoras y maestras en psicología del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y cuatro becarias, se leyeron los ítems, se analizaron los términos y se modificó la redacción de los ítems 4, 8, 9 y 10. De esta manera, se aseguró la equivalencia conceptual entre la versión original y la versión adaptada para mujeres mexicanas que interrumpen un embarazo.

En las siguientes tablas se observan las diferencias entre la escala original y la escala adaptada para mujeres mexicanas que interrumpen un embarazo en un servicio de ILE en Ciudad de México.

Ítems de la Escala sobre Ideología de Género original y versión adaptada

Ítems de la escala sobre Ideología de Género original	Ítems de la EIG de la versión para mujeres que interrumpieron un embarazo
1. Aunque algunas mujeres les guste trabajar fuera del hogar, debería ser responsabilidad última del hombre suministrar el sostén económico a su familia.	
2. Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas.	
3. Si un niño está enfermo y ambos padres están trabajando debe ser preferentemente la madre quien pida permiso en el trabajo para cuidarlo.	
4. Es mejor que una mujer intente lograr seguridad animando a su marido en el trabajo que poniéndose delante de él con su propia carrera.	4. Es mejor que una mujer deje de lado su propia carrera profesional y apoye a su marido en la suya.
5. Es más importante para una mujer que para un hombre llegar virgen al matrimonio.	
6. La relación ideal entre un marido y su esposa es la de interdependencia, en la cual el hombre ayuda a la mujer con su soporte económico y ella satisface las necesidades domésticas y emocionales.	
7. Es más apropiado que la madre y no el padre cambie los pañales del bebé.	
8. Considero bastante más desagradable que una mujer diga tacos y palabras malsonantes que el que los diga un hombre.	8. Considero bastante más desagradable que una mujer diga malas palabras y groserías a que las diga un hombre.
9. Las relaciones extramatrimoniales son más condenables en la mujer.	9. Las relaciones fuera del matrimonio son más condenables para las mujeres.
10. Hay muchos trabajos en los cuales los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos y de la promoción.	10. Hay muchos trabajos en los cuales los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos.
11. Los hombres en general, están mejor preparados que las mujeres para el mundo de la política.	
12. Cuando la mujer trabaja fuera del hogar las tareas domésticas deberían estar repartidas de forma equitativa entre el hombre y la mujer.	

Apéndice B. Escala sobre Ideología de Género (Moya et al., 2006).

	Totalmente en desacuerdo [0]	En desacuerdo [1]	Ni de acuerdo ni en desacuerdo [2]	De acuerdo [3]	Totalmente de acuerdo [4]
1. Aunque algunas mujeres les guste trabajar fuera del hogar, debería ser responsabilidad última del hombre suministrar el sostén económico a su familia	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
2. Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
3. Si un niño está enfermo y ambos padres están trabajando debe ser preferentemente la madre quien pida permiso en el trabajo para cuidarlo	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
4. Es mejor que una mujer deje de lado su propia carrera profesional y apoye a su marido en la suya	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
5. Es más importante para una mujer que para un hombre llegar virgen al matrimonio.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
6. La relación ideal entre marido y esposa es la de interdependencia, en la cual el hombre ayuda a la mujer con su soporte económico y ella satisface las necesidades domésticas y emocionales	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
7. Es más apropiado que la madre y no el padre cambie los pañales del bebé	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
8. Considero bastante más desagradable que una mujer diga malas palabras y groserías a que las diga un hombre	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
9. Las relaciones fuera del matrimonio son más condenables para las mujeres	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
10. Hay muchos trabajos en los cuales los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
11. Los hombres, en general, están mejor preparados que las mujeres para el mundo de la política	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
12. Cuando la mujer trabaja fuera del hogar las tareas domésticas deberían estar repartidas de forma equitativa entre el hombre y la mujer	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

Apéndice C. Escala de Estigma Individual por Abortar (ILAS) (Cockrill et al., 2013).

Preocupación por ser juzgada: Las siguientes preguntas tienen que ver con las cosas que le preocupaban al momento de su aborto. Seleccione la opción que mejor describa lo que le preocupaba.

Me preocupaba...	Nada	Poco	Regular	Mucho
1. Que otras personas se enteraran de mi aborto.	[1]	[2]	[3]	[4]
2. Que mi aborto afectara negativamente mi relación con alguien a quien amo.	[1]	[2]	[3]	[4]
3. Que alguien a quien amo se decepcionara de mí.	[1]	[2]	[3]	[4]
4. Que me humillaran.	[1]	[2]	[3]	[4]
5. Que la gente chismeara sobre mí.	[1]	[2]	[3]	[4]
6. Que fuera rechazada por alguien a quien amo.	[1]	[2]	[3]	[4]
7. Que la gente me juzgara negativamente.	[1]	[2]	[3]	[4]

Aislamiento: Las siguientes preguntas tienen que ver con hablar acerca de su aborto con amistades y relaciones cercanas. Seleccione la opción que mejor describa su experiencia.

	Nada	Poco	Regular	Mucho
8. He conversado con alguien cercano acerca de mi aborto.*	[1]	[2]	[3]	[4]
9. Le conté mis sentimientos acerca de mi aborto a alguien cercano.*	[1]	[2]	[3]	[4]
10. Sentí el apoyo de alguien cercano en el momento de mi aborto.*	[1]	[2]	[3]	[4]
11. Puedo hablar acerca de mi aborto con personas cercanas a mí.*	[1]	[2]	[3]	[4]
12. Puedo confiarle información sobre mi aborto a las personas cercanas a mí.*	[1]	[2]	[3]	[4]
13. Cuando tuve el aborto, me sentí apoyada por las personas cercanas a mí.	[1]	[2]	[3]	[4]

Autocrítica: Las siguientes preguntas tienen que ver con sus sentimientos cuando interrumpió el embarazo. Por favor, seleccione la opción que mejor describa cómo se sentía.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
14. Me sentía como una mala persona.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15. Confiaba en que había tomado la decisión correcta.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16. Me sentí avergonzada a causa de mi aborto.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17. Me sentí egoísta.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18. Me sentí culpable.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Condena social: Las siguientes preguntas tienen que ver con la comunidad en donde vivió ¿Cuántas personas en su comunidad tenían creencias como que...?

	Ninguna	Algunas personas	Cerca de la mitad de las personas	Muchas personas	La mayoría de las personas
19. El aborto siempre está mal.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20. El aborto es lo mismo que asesinato	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]