



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud**

Doctorado en Ciencias de la Salud  
Campo Disciplinario en Salud Mental Pública

Facultad de Medicina  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Autonomía reproductiva en mujeres que interrumpieron legalmente  
un embarazo no intencional en la Ciudad de México**

TESIS  
que para obtener el grado de  
Doctora en Ciencias  
Presenta

**Karla Flores Celis**

**Tutora:**

**Dra. Luciana Ramos Lira**  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Comité tutor:**

**Dra. Catalina González-Forteza**  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Dr. Rodolfo Rivas Ruiz**  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Ciudad Universitaria, Ciudad de México, octubre 2023**



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.

Para las mujeres que fueron a buscar un aborto y nos dejaron escucharlas.  
Gracias por la lección sobre la dignidad de no resignarse a las determinaciones y por la persistencia en la  
libertad de dirigir el propio rumbo.

“Toda revolución nace con un acto de desobediencia...

... La historia de las mujeres está hecha de gestos de disidencia,  
públicos y anónimos...

...Desobedecer es negarse a ser cómplice de un sistema, pero también imaginar que la realidad podría ser de otra manera, que la historia podría haber tomado otro rumbo. “Imaginar ha sido siempre la primera transgresión del feminismo. Y la historia del feminismo es una historia de transgresión”, dice la escritora chilena Alia Trabucco. Por eso el feminismo es un ejercicio de la desobediencia pero también de la imaginación desbocada: las feministas que nos precedieron tuvieron que plantearse aquello que hasta entonces resultaba inconcebible, un mundo en el que las mujeres iban a la universidad, se divorciaban, se integraban a la fuerza laboral en los mismos oficios que un varón. Tuvieron que verse ocupando espacios que les estaban vetados, haciendo cosas que resultaban inauditas y risibles para una mujer.

Los feminismos de hoy se proponen reinventar el mundo a partir del cuestionamiento y la imaginación radicales: se meten con lo privado y con lo público; de su escrutinio y de su reescritura no escapan el poder ni la subjetividad ni el lenguaje. Y a partir de la insubordinación y del deseo de otro mundo están cambiando, de forma intensa y a menudo conflictiva, el sentido común de nuestro tiempo”.

*Liliana Colanzi, La desobediencia*

Para Luciana porque *Nothing compares to you*. Gracias por vivir para leerla.

Para Ámbar, Ro, Haideé y Tere con sus cabellitos de colores, sus travesías matutinas, el esfuerzo, la disciplina, el intercambio y la escucha sostenida.

Para Chío, Magda y Angie que, generosamente nos recibieron en su espacio, nos dejaron conocer su trabajo e intercambiar algo de la convicción por la justicia.

Para Raffa, Midiam, Maria Elena y Fernando por la paciencia incansable de pensar ideas una y otra vez, hasta hacerlas cristalinas y realizables.

Para Caty y su pragmatismo de resolverlo todo y para Rodolfo con su tenacidad por la vida y su insistencia en la enseñanza.

Para Oli y sus ADAS, que poseen el don de la contemplación, del reposicionamiento y de la entrañable necesidad de defender y amar la vida.

Para Susana, May, Adriluz, Pilar, Mar y Mon, por la luminosidad de lo andado en colectivo, los puntos de no retorno, la justicia reproductiva en acto, las cicatrices bucaneras, el orgullo hinchado hombro con hombro, las tardes de angustia y cansancio y los días de esperanza infinita.

Para Karla, Bianca y Graciela por la certeza de que el mundo se puede cambiar y la bravura de hacerlo.

Para Lourdes, Lucía e Irma que tejen redes de caída libre.

Para Sandra y Sandy, mi mamá y hermana, que me dieron la calma de que el mundo no se acaba y pese a todo, se le pueden tejer orillas.

Para José Luis, mi papá, porque el huracán se llamaba Otis y nos dejó sin alerta sísmica.

Para Luisa, por la valentía de quemar las naves ahí donde ha sido preciso; pero sobre todo, ahí donde el deseo es seguir navegando los mares, con sus tormentas y sus días paradisiacos. Gracias por el faro y el horizonte.

Para Koopa que me acompañó hasta el final en las noches interminables.

Agradecimientos para la Universidad Nacional Autónoma de México, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Instituto Nacional de Psiquiatría que, a través del Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, posibilitaron con estructura teórica, moral, material y financiera, mi dedicación de tiempo completo al oficio de la investigación.

Agradecimientos a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México con la que se estableció colaboración para la realización del estudio, particularmente por su apertura e interés al Dr. Juan Carlos de la Cerda y al Dr. Emilio Exaire.

## Índice

<b>1. RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>2. DECLARATORIA DE INTENCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>16</b>
<b>4. ANTECEDENTES</b> .....	<b>21</b>
4.1 GÉNERO, DESIGUALDAD Y SALUD .....	21
4.2 PANORAMA SOBRE EL ABORTO EN EL MUNDO Y EN MÉXICO .....	24
<b>5. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>34</b>
5.1 ¿QUÉ ES Y DE DÓNDE PROVIENE LA NOCIÓN DE AUTONOMÍA REPRODUCTIVA? .....	34
5.2 LA CUESTIÓN SOBRE AUTONOMÍA REPRODUCTIVA .....	38
5.3 LA NECESIDAD DE OTRAS INTERSECCIONES PARA EL EJERCICIO DE LA LIBERTAD .....	41
5.3 LA AUTONOMÍA REPRODUCTIVA COMO CAMPO DE ACCIÓN: UNA REINTERPRETACIÓN BASADA EN ANALOGÍAS ESPACIALES .....	44
5.3.1 Eje Z: La base normativa y estructural .....	51
5.3.2 Eje Y: Las fuentes como límite de la experiencia .....	58
5.3.3 Eje X: La agencia como acto político .....	92
<b>6 MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>108</b>
6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	108
6.2 OBJETIVO GENERAL .....	109
6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	109
6.4 DISEÑO .....	109
6.5 ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y ESCENARIOS .....	110
6.6 PARTICIPANTES .....	111
6.7 INSTRUMENTOS .....	112
6.8 PROCEDIMIENTO .....	117
6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	121
6.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	123
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>124</b>
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	126
7.2 EXPERIENCIAS PSICOSOCIALES ADVERSAS .....	130
7.2.1 Salud mental .....	130
7.2.2 Experiencias de violencia de pareja y violencia sexual .....	132
7.2.3 Estigma por abortar .....	135
7.3 INTENCIONES DEL EMBARAZO .....	136
7.4 ANÁLISIS DE CLASES LATENTES .....	142
<b>8. DISCUSIÓN</b> .....	<b>146</b>
8.1 LA AUTONOMÍA REPRODUCTIVA COMO UN ACTO .....	146
8.2 EJE Z: LAS NORMAS Y LAS CONDICIONES ESTRUCTURALES EXPRESADAS EN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	146
8.3 EJE Y: LAS FUENTES: EXPERIENCIAS PSICOSOCIALES ADVERSAS COMO LÍMITES EN LA TOMA DE DECISIONES REPRODUCTIVAS .....	151
8.3.1 Estigma como predictor de la clase .....	154

8.4	EJE X: LA AGENCIA MOVILIZADA POR LA AUSENCIA DE INTENCIONES DEL EMBARAZO .....	157
8.5	COMPONENTE TEMPORAL ¿TRAYECTORIA INDIVIDUAL O NEGOCIACIÓN COLECTIVA? .....	161
8.6	ALCANCES Y LIMITACIONES.....	162
8.7	COMENTARIOS FINALES .....	164
<b>9.</b>	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>169</b>
<b>10.</b>	<b>APÉNDICE A. PROTOCOLO DE TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL LONDON MEASURE FOR UNPLANNED PREGNANCY Y LA ESCALA DE AUTONOMÍA REPRODUCTIVA. ....</b>	<b>184</b>
	TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS .....	184
	<i>Algunas especificaciones para la Evaluación cognitiva.....</i>	<i>185</i>
	<i>Evaluación de las propiedades psicométricas .....</i>	<i>191</i>
	<i>Análisis de las propiedades psicométricas según la Teoría Ítem Respuesta. ....</i>	<i>197</i>
	OBJETIVO METODOLÓGICO .....	199
	PARTICIPANTES .....	199
	INSTRUMENTOS .....	200
	PROCEDIMIENTO.....	202
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	205
	RESULTADOS .....	205
	<i>Pruebas verbales para la adaptación cultural.....</i>	<i>205</i>
	<i>Regularidades en los supuestos subyacentes y claridad .....</i>	<i>207</i>
	<i>Cambios propuestos a los instrumentos .....</i>	<i>209</i>
	<i>Evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas .....</i>	<i>210</i>
	<i>Resultados descriptivos para la Escala de Autonomía Reproductiva.....</i>	<i>212</i>
	<i>Propiedades psicométricas de la Escala de Autonomía Reproductiva .....</i>	<i>215</i>
	<i>Resultados descriptivos para el London Measure of Unplanned Pregnancy .....</i>	<i>219</i>
	<i>Propiedades psicométricas del London Measure for Unplanned Pregnancy.....</i>	<i>221</i>
	<i>Funciones de información o nivel de precisión .....</i>	<i>226</i>
	OBSERVACIONES FINALES .....	229
	REFERENCIAS .....	233
<b>11.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>238</b>
	ANEXO 1. CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA .....	239
	ANEXO 2. ADDENDUM A LA APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA .....	240
	ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	241
	ANEXO 4. DIRECTORIO DE REFERENCIA.....	244
	ANEXO 5. CUESTIONARIO .....	249

## 1. Resumen

La autonomía reproductiva se ha conceptualizado y debatido en los aportes sobre empoderamiento como la capacidad psicológica necesaria para la toma de decisiones en la salud sexual y reproductiva. En diálogo con el debate, en esta investigación se plantea un modelo tridimensional con un sistema de interrelación entre: normas y condiciones estructurales, fuentes y agencia subjetiva.

El objetivo fue analizar las dimensiones que configuran el ejercicio de la autonomía reproductiva en mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo en un servicio público de la Ciudad de México. Para ello, se realizó un estudio transversal en el que participaron 274 mujeres mayores de 15 años que interrumpieron un embarazo de primer trimestre con medicamentos.

Durante 2018 y 2019 se realizaron entrevistas semiestructuradas indagando por características sociodemográficas (condiciones estructurales), experiencias psicosociales como violencia, depresión y estigma (factores que limitan las fuentes de acceso) e intenciones del embarazo (agencia). Los datos fueron analizados con clases latentes y se hallaron distintos perfiles para dos grupos: adultas (68.34%) y jóvenes (31.65%). El análisis destaca que las jóvenes tienen menos probabilidad de percibirse estigmatizadas ( $f(x) = -.5056$ ,  $p = 0.02$ ) en comparación con las adultas. Entre las clases, las condiciones que dan cuenta de la desigualdad estructural (menor escolaridad, tener abortos inducidos previos o hijos) y que limitan las fuentes de acceso (violencia de pareja o sobrevivencia de abuso sexual infantil) se relacionan de manera inversa con la probabilidad de tener puntajes elevados de estigma.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de reconocer la desigualdad estructural y las experiencias psicosociales adversas como límites en el acceso a la salud. Se aporta evidencia para la construcción de una noción de autonomía reproductiva y sus dimensiones con un enfoque de justicia, donde el aborto puede entenderse como una intervención terapéutica frente a un embarazo no intencional incompatible con el proyecto de vida.

## 2. Declaratoria de intención

Este proyecto forma parte de una línea de investigación más amplia acerca de la relación existente entre la salud sexual y reproductiva y la salud mental en mujeres, que tiene sede en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF). La directora de tesis y la estudiante llevan más de nueve años trabajando en una línea de investigación acerca de los factores psicosociales asociados con los problemas de salud mental de mujeres que interrumpieron el embarazo. En el comienzo, la finalidad era contestar una pregunta simple – que luego se complicó porque en la experiencia humana no hay negros y blancos: ¿El aborto inducido causa problemas de salud mental en las mujeres que lo llevan a cabo? De aquí, derivaron muchas otras preguntas, respuestas y vericuetos.

Por ejemplo, con frecuencia enfrentamos debates con investigadores e investigadoras también adscritas a discursos de salud pública y a favor de marcos restrictivos que se sorprenden al escuchar que hay nuevos estudios que abordan el tema de la salud mental de las mujeres que interrumpen el embarazo. Responden: “*Ya se sabe que el síndrome post aborto no existe ¿sí saben no?*”. Lo afirman con la seguridad de quien considera resuelta la controversia, con la certeza de quien considera innecesario y obsoleto seguir investigando sobre el tema.

Sin embargo, asumir que el falseamiento de la hipótesis acerca del daño en la salud mental de las mujeres que abortan otorga algo de certeza a la discusión, está tan lejos de los argumentos científicos como lo están los argumentos que defienden la protección de la vida del feto a ultranza. Es cierto que la investigación sobre el tema ha avanzado mucho durante las últimas dos décadas. Hoy tenemos el estudio

“turnaway”<sup>1</sup> y se han desmentido los argumentos de la pseudociencia<sup>2</sup> por medio de debates metodológicos y estudios de alta precisión como lo son las revisiones sistemáticas<sup>3</sup>.

Incluso, las herederas de la discusión nos hemos dedicado a buscar evidencia de que llevar a cabo un aborto podría en realidad evitar el pesar de sobrellevar un embarazo no deseado y ejercer el maternaje de los hijos en condiciones inadecuadas o sin cumplir con otros planes y proyectos de vida. Pero la configuración de los dilemas que entraña la decisión y el peso del estigma a su alrededor, no es la misma para todas las mujeres del mundo. Es el contexto el que complica la experiencia para las mujeres y la convierte en una situación tan estresante que seguimos preguntándonos por las condiciones en las que se toman decisiones tan complejas como las reproductivas, las cuales tienen impacto en todas las esferas de la vida: ¿cuándo y en qué condiciones una mujer se embaraza?, ¿lo decide? ¿y continuarlo o no? ¿lo hace ella sola o hay otros actores que participan en la toma de decisiones? ¿importa el pasado de esa mujer? ¿qué peso tiene el futuro en la decisión?

---

<sup>1</sup> Un grupo de investigadoras en la Universidad de California San Francisco, llevó a cabo un estudio longitudinal a cinco años para examinar las consecuencias del embarazo no intencional en la vida de las mujeres. Describieron las consecuencias en la salud mental, física y características socioeconómicas en tres grupos de mujeres: 1) quienes habían llevado a cabo un aborto legal en el primer trimestre, 2) quienes lo habían llevado a cabo de modo legal en el primer trimestre pero muy cerca del límite gestacional permitido por la ley y 3) quienes se les había negado el servicio por rebasar el número de semanas permitidas por la ley. Existen muchos hallazgos de esa investigación en más de 30 artículos distintos, pero a grandes rasgos, los resultados generales muestran que no hay evidencias para apoyar la hipótesis de mayor probabilidad de desarrollar depresión o ansiedad relacionada con el aborto. De hecho el 95% de las mujeres reportó que fue la decisión correcta. Las mujeres que recibieron la negativa en cambio, tuvieron mayor probabilidad de tener complicaciones físicas serias durante el embarazo, mayor probabilidad de tener un compañero violento, de sufrir ansiedad y pérdida de autoestima justo después de la negativa del servicio y menos planes de vida durante el año siguiente. Para más información visitar: <https://www.ansirh.org/research/turnaway-study>

<sup>2</sup> Ver por ejemplo: Gissler, M., Berg C., Bouvier-Colle M. H., & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides, and homicides associated with pregnancy, Finland, 1987-2000. *European Journal of Public Health, 15*, 459-463 o Reardon, D., Coleman, P. K., & Cogle, J. R. (2004). Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Study of Youth. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*, 369-383.

<sup>3</sup> Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist, 64*(9), 863

Para intentar dar respuestas, se conformó un equipo amplio de investigadoras tanto del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz como externas, independientes y/o pertenecientes a Organizaciones No Gubernamentales que realizan incidencia sobre las políticas de salud reproductiva en México o acompañamiento y consejería postaborto. Además, se integraron asesores internacionales y becarias de licenciatura.

A lo largo de estos años de trabajo constante se han realizado distintas actividades: un estudio de factibilidad donde participaron mujeres que realizaron una Interrupción Legal del Embarazo; un Foro Internacional sobre Aborto y Salud Mental en el INPRF en el que participaron investigadoras cuyo trabajo ha sido referente internacional en el tema provenientes de México, Perú, Uruguay y Estados Unidos; y un seminario teórico-práctico y permanente en el que se han revisado los estudios realizados en las últimas décadas sobre el tema, una decena de borradores de artículos y de dictámenes plagados de estigma, y un lineamiento técnico con estándares de calidad que se conectó como un rizoma.

La coordinadora del proyecto en el INPRFM aplicó solicitudes de convocatoria para obtener financiamiento público cada año, hasta que se obtuvo respuesta positiva en la de 2015. A partir de 2017 se concretó el financiamiento trianual de la convocatoria de Ciencia Básica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Esto permitió que durante 2018 se lanzara una convocatoria abierta a jóvenes para integrarse al equipo y ampliar las tareas de investigación, y se realizaron gestiones más concretas con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para planear un trabajo de campo más intenso y extendido en el tiempo que se llevó a cabo hasta finales del 2019 en contacto directo con las mujeres que acudieron a solicitar la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en una de las clínicas de la Ciudad de México.

Algunos esfuerzos por documentar todo ese trabajo se encuentran en mi tesis de maestría acerca de “Las emociones y la sintomatología depresiva en mujeres que interrumpieron su embarazo en la Ciudad de México”, en las tesis de licenciatura en psicología de Ámbar Rodríguez sobre “Mujeres que interrumpen un embarazo legalmente en CDMX: motivos y características sociodemográficas”; de Haidée Bautista sobre

“Creencias sobre los roles de género y estigma percibido por abortar en mujeres que han interrumpido un embarazo”, de Jennifer Gamoneda sobre “Uso de métodos anticonceptivos, edad reproductiva y participación de la pareja en mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo” y de Rocío Rojas sobre “Estrategias de afrontamiento y sintomatología ansiosa”. Además, en dos artículos de investigación de autoría del equipo completo, un manual de definiciones conceptuales y operacionales para cada variable de interés para la investigación escrito por las becarias, capítulos de libro, artículos de prensa y este proyecto.

Es imposible hablar de los logros de este equipo sin mencionar las dificultades que nos enseñaron sobre el estigma y la dureza de las instituciones. Por un lado, por los aprietos propios de hacer investigación en un país donde la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la ciencia no es una prioridad nacional y por otro, porque el punto de interés se encuentra en la intersección de dos dimensiones de la salud que históricamente implican ejercicios de poderes verticales. Son ámbitos donde las personas son altamente estigmatizadas; en cuya investigación tradicionalmente se entrecruzan posturas morales y en la que los actores en todos los niveles y ámbitos de trabajo – desde los actores políticos y tomadoras (es) de decisiones en los escaños gubernamentales, hasta los prestadores (as) de servicios de salud e investigadoras (es) – enfrentan muchas dificultades para distinguir su punto de vista personal de su obligación ética y profesional. Tanto la salud reproductiva como la salud mental entrañan tensiones y disputas entre las tradiciones de pensamiento de quienes las promocionan, investigan y/o administran, así como entre quienes ejercen los derechos relacionados.

En ambas dimensiones – la salud mental y la reproductiva -, existen acalorados debates en la literatura científica acerca de la calidad de los datos y por lo tanto de su validez y generalización. Las propuestas de los últimos años han sido aportes metodológicos creados mediante el consenso de expertos y se han propuesto herramientas de estandarización para conservar puntos mínimos que permitan tener hipótesis más precisas o con menos sesgos no reconocidos o controlados.

Prácticamente toda la evidencia se ha producido en países del norte, generalmente en culturas anglosajonas. Aunque estos países comparten valores y cultura patriarcales con el resto del mundo, han atravesado por procesos históricos muy distintos de los de los países latinoamericanos y la distribución de recursos materiales y simbólicos es menos desigual. Es válido y posible hablar de interseccionalidad en todo el mundo, pero países de distintas regiones comparten rasgos histórico-culturales que configuran de modos distintos las sociedades y por lo tanto los facilitadores y barreras para el acceso en general a la salud y en particular a la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, la literatura no es generalizable a todo el mundo, se produce en los países donde menos abortos existen, donde la criminalización llega hasta el sistema judicial, donde hay menos mortalidad materna, menos embarazo adolescente, menos niveles de violencia sexual en contra de las mujeres, donde hay mejores oportunidades para que las mujeres planeen su vida con metas distintas a las de ser madres, sistemas de salud menos saturados, menores barreras al acceso de métodos anticonceptivos, etc.

La experiencia de llevar a cabo un aborto en condiciones seguras y legales se piensa generalizable, como si los otros factores de riesgo que empeoran el estigma que enfrentan las mujeres que deciden abortar voluntariamente fueran independientes. Incluso, en esos países donde hoy la evidencia es clara sobre los riesgos de continuar con un embarazo no intencional vs continuarlo, no se reconoce que las mujeres con derechos sociales y políticos más vulnerados tienen experiencias más riesgosas y violentas, incluso en la legalidad.

Tampoco se reconoce que el avance de los movimientos que se oponen al ejercicio del derecho a decidir es una barrera considerable que sigue promoviendo el estigma y limitando los recursos. Hoy, en Estados Unidos, se sigue discutiendo una legislación resuelta hace más de 30 años y hay intentos locales efectivos por poner trabas a la instalación y operación de las clínicas de aborto seguro. Servicios instalados

desde los noventa hoy están cerrando, debido a la embestida legal conservadora que desechó una resolución que salvó la vida de miles de mujeres en las últimas cinco décadas<sup>4</sup>.

Considerando lo anterior, se afirma aquí la necesidad del análisis situado para los problemas de salud pública. Aun cuando se realice investigación de corte epidemiológico, es imposible dejar de lado la configuración local de política pública y de avances en términos de la salud sexual y reproductiva, y de la salud mental.

Existen varios errores de orden incluso técnico y metodológico cuando se da carpetazo a las preguntas que se hacen sobre la imbricada relación entre salud reproductiva y salud mental. Los argumentos que se presentan a continuación son puntos de partida que guían y motivan esta investigación:

1. La ciencia no es neutral y el conocimiento producido mediante procesos sistemáticos y técnicos legitima los discursos sobre salud; el acceso al mayor conocimiento científico disponible es un derecho humano. No es suficiente con que quienes investigamos sobre el tema lo sepamos y discutamos si las mujeres siguen padeciendo el estigma. Es necesario devolver estas conclusiones cuidadosamente estudiadas al resto de la sociedad, difundir el conocimiento científico y hacerlo con el cuidado necesario.

2. El conocimiento producido en contextos distintos tiene limitaciones. En tanto reconozcamos la dimensión situacional en que se produce, podremos cuestionar si los resultados de los países anglosajones son generalizables para la región, sobre todo en la investigación en salud que suele asumir paradigmas globales.

3. La evidencia producida en América Latina no es suficiente para omitir la discusión. Hay al menos tres razones por la que producir evidencia local es necesario: a) porque la mayoría de los marcos son restrictivos excepto por algunas causales y el paradigma de derechos humanos es endeble; b) porque las alternativas de acompañamiento que han surgido en respuesta a las legislaciones modifican todo el

---

<sup>4</sup> Center for Reproductive Rights. (2022). El Tribunal Supremo de EE.UU. anula el caso Roe contra Wade y elimina el derecho al aborto. <https://reproductiverights.org/el-tribunal-supremo-de-ee-uu-anula-el-caso-roe-contra-wade-y-elimina-el-derecho-al-aborto/>

panorama de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; c) porque la configuración de lo que desde el norte se entienden como factores asociados, en nuestros contextos tropicalizados y sureños se viven más como determinantes estructurales que facilitan un ambiente donde es difícil distinguir lo histórico, de lo subjetivo.

4. No existen binarismos en las experiencias de las mujeres que interrumpen el embarazo. La experiencia no es densa y lúgubre como la describen los grupos anti derechos, pero tampoco es tan simplificada como los grupos feministas se han empeñado en difundir. La experiencia de la interrupción del embarazo, incluso en condiciones seguras, es singular y está mediada e influida por la cultura y por variables de orden estructural como la escolaridad, el ingreso, el nivel socioeconómico, etc. Además, está influida por otros actores presentes y ausentes, por las circunstancias en las que ocurre el embarazo, en las que se lleva a cabo el aborto, por la legislación, el sistema de salud y las creencias personales al respecto, entre otros elementos.

5. Existe una relación mucho más profunda entre la salud sexual y reproductiva y la salud mental que no se reduce a la decisión de interrumpir un embarazo. El aborto es en realidad un caso emblemático en la vida de muchas mujeres porque las coloca en un momento límite en el que se hacen evidentes y arden todos los vínculos entre estas dos áreas de la salud, pero las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva atraviesan por algo que en occidente llamamos “autonomía”. Dado que la libertad ha estado en el centro de nuestras formas de pensamiento e incluso de organización a lo largo de toda la historia de la civilización, las restricciones en la autonomía de las personas conllevan graves afectaciones en la salud mental. Mientras sea imposible garantizar que las mujeres decidan sobre sus propias entrañas - en el más literal de los sentidos –en realidad no se puede garantizar la toma de decisiones en ningún ámbito de su vida.

Por lo anterior, este trabajo es un intento por dar lectura a la evidencia científica de más alta calidad en el mundo y en la región, así como de incorporar las voces y experiencias de las mujeres que llevaron a cabo un aborto para producir argumentos de salud pública que sostengan y problematicen su derecho a la

libre elección de la maternidad con la aspiración de buscar un debate menos ingenuo o totalizador. Se discuten aquí, con base en los datos, elementos de suma importancia política en la vida de las mujeres que ejercen el derecho humano a la mejor información científica disponible para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva.

El desarrollo del diseño de investigación, como la gestión interinstitucional para el trabajo de campo, así como el manejo conceptual y de los datos, ha sido meticuloso, extenso y profundo. En ese contexto, hacer investigación exigió un posicionamiento personal frente a los alcances y limitaciones de la propia investigación y las expectativas sobre el efecto del trabajo realizado en estos años.

En el cuerpo de la investigación se encontrará un esfuerzo, siempre en transición, por reinterpretar algunas nociones teóricas que han sido centrales en el discurso de la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos, por ejemplo: los debates sobre la autonomía reproductiva o las intenciones del embarazo. Esa relectura ha sido propuesta con la finalidad de ir más lejos en las preguntas a la luz de los datos cuantitativos. La propuesta metodológica consideró y debatió estándares internacionales de alta calidad generados durante los últimos años, tanto para la validez y confiabilidad de las evaluaciones como para el diseño completo de la investigación.

Por último, este trabajo reconoce que las categorías de investigación abordadas al interior de la salud reproductiva son campos de apertura reciente, en construcción y disputa, por lo que las incertidumbres están todavía por resolverse y el debate por ocurrir. Este trabajo ha sido desarrollado con la aspiración de aportar una pequeña pieza a la resolución del rompecabezas de la desobediencia.

### **3. Introducción**

La OMS publicó en 2022 las últimas Directrices para el abordaje del aborto seguro, lo innovador en ellas es la inclusión de la perspectiva de derechos humanos y los señalamientos explícitos de la gestión de recursos financieros, de infraestructura y humanos para la atención del aborto seguro en un marco cada vez menos restrictivo al respecto de la disponibilidad y el acceso a estos servicios. Una de las investigadoras más expertas en el tema, la Dra. Ganatra (2022), expresó, a propósito de la publicación que: “Los datos son claros: si se quiere prevenir los embarazos no deseados y los abortos no seguros, hay que proporcionar a las mujeres y las adolescentes un paquete completo de educación sexual, información y servicios de planificación familiar precisos y acceso a una atención de calidad para el aborto”.

Desde que comenzó a escribirse esta tesis, se configuró e implementó una política pública nacional de Servicios de Aborto Seguro y con ello se publicó por primera vez un documento normativo de la Secretaría de Salud que busca establecer los criterios básicos para la atención del aborto en México, las Interrupciones Voluntarias del Embarazo se triplicaron, y diez estados más despenalizaron el aborto hasta la semana 12 y a libre demanda. Finalmente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación publicó varias sentencias de Acciones de Inconstitucionalidad que marcan un parteaguas en el marco legal y de derechos humanos al respecto, una de ellas sobre objeción de conciencia, la otra, que sostiene que el aborto no puede seguir siendo considerado un delito en los códigos estatales, porque es anticonstitucional, y erige así al derecho a decidir como uno de los derechos humanos fundamentales para la protección del derecho a la salud, con base en un análisis de justicia reproductiva. Una tercera sentencia sostiene la necesidad de que todo el Sector Salud brinde atención de aborto seguro.

Sin embargo, esta investigación comenzó en un contexto donde la legislación vigente desde 2007 en la Ciudad de México ofreció la posibilidad de participar en este debate con información situada en América Latina (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016), que es la región en la que se producen la mayor cantidad de abortos inducidos en el mundo pero que, por las restricciones legales presentes en la mayor

parte de los países que la conforman, cuenta con escasa información sobre el fenómeno (Sedgh et al, 2016; Singh et al., 2018). A esto se agrega que la exposición a factores de riesgo como los descritos previamente, se presenta con mayor magnitud e intensidad que en los países anglosajones (OMS, 2013; Ramos, 2018). Por lo anterior, un problema de investigación relevante para la salud mental pública, es conocer si las mujeres que interrumpen un embarazo legalmente en la Ciudad de México presentan algún desenlace negativo de salud mental, específicamente síntomas depresivos, con el fin de aportar evidencia sobre la realidad latinoamericana.

Entrados en la primera década del milenio, se produjo una nueva ola de estudios en los países anglosajones en torno a la relación entre el aborto inducido y la salud mental con mayor rigor metodológico y basados en las recomendaciones de las revisiones sistemáticas sobre el tema. Los hallazgos más recientes muestran que no existe una relación causal entre realizar un aborto voluntario y presentar alguna afectación en la salud mental (Steinberg et al, 2014; Biggs, et al, 2015 y 2017; Van Ditzhuijzen et al, 2018; Taft et al, 2019). La evidencia demuestra que la sintomatología, específicamente depresiva o ansiosa, que algunas mujeres desarrollan después del aborto voluntario, se explica debido a la exposición a otros factores (Biggs et al, 2017), entre ellos haber tenido previamente problemas de salud mental (van Ditzhuijzen et al., 2017), percibir de manera estigmatizada el aborto (Finer., et al., 2006; Shellenberg., et al 2011; Steinberg et al., 2016; Moreno et al., 2019, no contar con pareja o redes de apoyo (van Ditzhuijzen et al., 2017) o haber experimentado violencia de género, incluyendo la violencia sexual o la coerción (Biggs et al., 2016; Gómez, 2017).

También, un grupo de investigación estadounidense que realizó el estudio “*turnaway*”, previamente mencionado, y consistente en un diseño prospectivo a cinco años, mostró que son las mujeres con mayores dificultades económicas las que buscan un aborto; y que cuando no logran tener acceso a él y llegan a término con un embarazo no intencional, son también las que están en mayor riesgo de desempleo, pobreza y de asumir la responsabilidad de la crianza sin una pareja, en comparación con aquellas que sí lograron

acceder a un aborto (Finer et al., 2005; Kirkman et al., 2009; Biggs et al., 2013). En México, son justamente estas dificultades económicas y la falta de apoyo social, las circunstancias que se han reportado como factores de riesgo de la depresión o sus síntomas (Raffull et al., 2012; Berenzon et al., 2013). Sin embargo, la conexión de la evidencia que soporta estos argumentos acerca de las asociaciones y mecanismos que limitan o facilitan la toma de decisiones reproductivas y su impacto sobre la salud mental, es escasa e incipiente en todo el mundo.

El interés hacia la salud mental derivó en una línea de investigación que profundizó en los cuestionamientos por comprender qué es lo que permite a las mujeres tomar decisiones sobre la reproducción y cómo lo permiten. La noción de autonomía reproductiva apareció entonces. Este concepto hace referencia al recurso individual y necesario para determinar el uso de métodos anticonceptivos, la elección de cuántos hijos tener y de cómo se quiere criarlos (Upadhyay, 2014). Teóricamente ha sido descrita como una subdimensión del empoderamiento, sin embargo esta tesis pretende caracterizarla más bien como un espacio o un campo de acción móvil que se modifica en relación con las condiciones de las mujeres, a los actores con quienes negocian sus decisiones sobre el embarazo y al contexto social, cultural y legal en el que ocurren esas negociaciones (Ross, Derkas y Bridgewater, 2018; Mumatz y Salway, 2009; Rivas, Amuchastegui y Ortiz, 1999).

Las críticas sobre el empoderamiento provenientes de discursos no hegemónicos, han hecho visibles algunos puntos nodales en la aplicación de la perspectiva de derechos centrada sobre el ejercicio de éstos por parte de los individuos y específicamente de las mujeres, por ejemplo en la preocupación por el modo en el que se relacionan los grandes acuerdos internacionales con el ejercicio cotidiano de los derechos en la vida de las mujeres (Ortiz-Ortega, 1999). Se han construido durante décadas las nociones teóricas, incluso jurídicas y de evaluación de los DSyR. Sin embargo ha sido muy difícil incorporar en las lecturas de los datos, los contextos particulares y situados de las mujeres y adecuar las nociones más técnicas sobre el avance de apropiación de los derechos a sus realidades concretas.

De acuerdo con Ortiz–Ortega, 1999, para documentar los procesos agentivos y su impacto multiplicador cuando se gestan en transformaciones sociopolíticas y culturales, es necesario reconocer la reproducción como una noción amplia que no se reduce a la reproducción biológica sino que hace referencia a la reproducción social. Además, hay que realizar una aproximación más compleja a la mediación entre los espacios macros y micros, para explotar un universo de posibilidades en la negociación del ejercicio de derechos de los individuos en un escenario de influencia desigual de fuerzas locales e internacionales (Ortiz–Ortega, 1999).

En ese sentido, las preguntas por los mecanismos de la toma de decisiones reproductivas siguen pendientes y los cuestionamientos por los modos de medición también. Sin embargo, lo que se hace evidente es que la lectura de los datos en el contexto, no es suficiente si no se vuelve interpretable en la complejidad de relaciones, actores y escenarios (individuales, colectivos y políticos) que la realidad plantea. En la medida en que los datos tienen una utilidad política y una responsabilidad ética, es necesario que sirvan a la lectura del impacto que tienen las exposiciones diferenciadas a la adversidad en las trayectorias concretas de las mujeres que ejercen sus derechos y libertades en un momento determinado del entramado cultural e histórico.

Con ese horizonte, en este trabajo se propone en el marco teórico un ejercicio de remodelación de la autonomía reproductiva, que la plantea como un sistema de intercambio entre los ejes, flexible, con posibilidades de expansión y contracción a lo largo del tiempo, con el cual podrían sugerirse nuevas interpretaciones de los derechos sexuales y reproductivos y de sus efectos en distintos niveles. Todo ello para aportar una respuesta posible a las críticas hasta ahora hechas a los modelos de empoderamiento e incluso para dar contexto a las álgidas discusiones sobre aborto inducido y salud mental.

Incorporando contenido al modelo propuesto y con el objetivo de analizar las dimensiones que configuran el ejercicio de la autonomía reproductiva en mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo en un servicio público de la Ciudad de México, se da lectura a los datos cuantitativos de un estudio en el

que participaron 274 mujeres que interrumpieron con medicamentos un embarazo de primer trimestre. Estos datos fueron analizados con un Modelo de Clases latentes que arrojó dos grupos de mujeres con perfiles diferenciados y donde el estigma se juega de manera determinante.

Todas las mujeres incluidas en este estudio ejercieron y accionaron su autonomía reproductiva. No obstante, los hallazgos permiten vislumbrar elementos relevantes de lo que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha llamado “el derecho al libre desarrollo de la personalidad” en la sentencia sobre autonomía, al mostrar cómo se concatenan sus condiciones estructurales, las experiencias adversas que limitan las fuentes de empoderamiento y la agencia que las lleva a demandar servicios de salud para interrumpir un embarazo no intencional, así como el contexto que influye sobre la decisión de continuar o no con el embarazo en un momento determinado del ciclo vital.

A la luz de la perspectiva de protección del derecho a la salud que se ha impuesto en la narrativa vigente en México, este estudio busca aportar elementos interpretativos para la construcción de una noción de salud integral más profunda, compleja y articulada con las realidades de las mujeres que buscan servicios para interrumpir un embarazo en México y que expanden el campo de su autonomía reproductiva, ejerciéndola.

## **4. Antecedentes**

### **4.1 Género, desigualdad y salud**

La desigualdad de género atraviesa todos los ámbitos de la vida de las mujeres y va desde la vida doméstica hasta la vida política, influye sobre la vida de niñas, jóvenes y mujeres en infinidad de formas: en las pautas de alimentación, violencia, falta de acceso a recursos y oportunidades, falta de decisión sobre la propia salud, etc. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009). Las mujeres en general tienen menos voz, poder de decisión, autoridad y reconocimiento que los varones (OMS, 2009).

Hace más de una década que la OMS reconoció que las mujeres tienen más riesgo de desarrollar problemas de salud mental que los varones debido a cuestiones relacionadas con el género (OMS, 2018). Este planteamiento implica que existen sobrecargas relacionadas con las expectativas, tareas y roles asignados para las mujeres que las colocan en desventaja para tomar decisiones sobre ámbitos y cuestiones importantes y estratégicas en la vida y las expone, con mayor frecuencia, intensidad y cronicidad a la violencia. Estas dos cuestiones no hacen sino limitar la capacidad de las mujeres de controlar la propia vida. Esa limitación experimentada de manera sistemática se traduce en mayor riesgo de enfermar (OMS, 2002).

Desde la década de los noventa, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció la necesidad de abordar las desigualdades de género como parte del piso básico para incorporar una perspectiva de justicia social en la cooperación técnica entre los estados miembro. Se entiende la desigualdad como un concepto empírico que implica condiciones innecesarias, evitables e injustas. Por ello, la equidad implica eliminar las disparidades evitables en la salud y los determinantes entre grupos sociales con diferentes grados de privilegio social. En ese sentido, en 2002 la OPS reconoció que las causas evitables de enfermedad y muerte son diferentes en hombres y mujeres (Gómez, 2002)

Una de las experiencias que ha sido colocada en el centro de las expectativas sobre la equidad de género y quizás la más imbricada en cuanto al acceso a la salud de las mujeres es la reproducción y, por lo tanto, todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva (uso de métodos anticonceptivos, relaciones

sexuales, violencia de pareja, embarazo, aborto, etc.) (OMS, 2002). La interdependencia entre la salud sexual y reproductiva y la salud mental ha obtenido cada vez más reconocimiento durante la última década, tanto en términos de derechos humanos, específicamente relacionada con el máximo acceso al derecho a la salud, como en la investigación de distintos factores de riesgo y mecanismos de relación entre ellas (ONU, 2017).

Por ejemplo, en marzo de 2017, del Congreso Mundial sobre Salud Mental de las Mujeres emanó la Declaración de Dublín del 8 de marzo, en el que investigadoras e instancias internacionales de salud reconocieron la importancia del acceso garante de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para la protección de su bienestar y su salud mental (Declaración de Dublín, 2017). En junio de ese mismo año el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, llamó a un cambio de paradigma en las políticas sobre salud y para ello recomendó, entre otras cosas, a todos los estados parte: “reajustar las prioridades de la investigación en la esfera de salud mental; subsanar la falta de conocimientos con respecto a la salud mental basada en derechos y emprender iniciativas inmediatas para combatir los estereotipos de género nocivos y la violencia de género y asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva” (ONU, 2017). Asimismo, el relator propuso una evaluación sobre la carga global de obstáculos para documentar el impacto que tienen algunas determinantes sociales sobre el acceso a la salud (ONU, 2017).

En ese mismo tenor, la definición de salud de la OMS se refiere a ésta como la capacidad de adaptarse y enfrentarse a un medio ambiente, de tomar decisiones y de desarrollarse con autonomía (Lerner et al., 2016). En México, desde hace décadas se ha estado trabajando en la protección legal del derecho a la salud y eso ha incluido los derechos sexuales y reproductivos como una de las dimensiones. En varias ocasiones la constitución ha sido modificada para establecer primero que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y luego para asegurar el acceso a esos servicios. Las leyes mexicanas reconocen a la autonomía y el empoderamiento

como principios esenciales de esas decisiones y el compromiso del estado como elemento fundamental para la implementación de políticas y programas al respecto (Lerner et al., 2016).

El reconocimiento y protección de la libertad de la gente y en específico, de las mujeres para tomar decisiones relacionadas con su sexualidad y reproducción como un componente de bienestar ha ido incrementando en todo el mundo durante las últimas décadas (Cook et al., 2003). Cada vez se considera con más facilidad la necesidad de confrontar barreras de acceso a la salud reproductiva en todos los niveles – leyes, políticas, economía, normas y valores sociales -. “Mejorar el bienestar depende de qué tan capaces son los individuos de tomar decisiones sobre su propia vida sexual y reproductiva y respetar las decisiones de otros” (Starrs et al., 2018).

A pesar de ello, en el informe emitido en conjunto entre The Gutmaher Institute y The Lancet en el 2018, se reconoce que aun con los avances en las últimas décadas para la salud sexual y reproductiva, éstos han sido desiguales e inequitativos entre los países y al interior de estos y los servicios no han cumplido con los estándares de cobertura calidad, el acceso no ha sido suficiente y en muchos lugares del mundo no existe protección ni garantía de estos derechos (Starrs et al., 2018).

En esta investigación se propone realizar un recorrido panorámico por aquello que podría impactar sobre las trayectorias reproductivas de quienes deciden interrumpir un embarazo y dilucidar un poco de cómo las limitaciones del derecho a la salud reproductiva, impuestas por condiciones materiales y de acceso, repercuten sobre la salud de las mujeres que disputan constantemente la libertad suficiente para tomar decisiones fundamentales sobre su propia reproducción.

## **4.2 Panorama sobre el aborto en el mundo y en México**

Entre 2015 y 2019 ocurrieron en el mundo entre 112 y 131 millones de embarazos no intencionales y de ellos, seis de cada diez terminaron en aborto. La tasa de aborto en el mundo fluctúa entre 36 y 44 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 49 años. Durante las últimas tres décadas ocurrió un incremento en la proporción de embarazos no intencionales que terminan en un aborto, pasando en promedio de 51% a 61%, incluso en países donde las leyes sobre aborto son altamente restringidas. En América Latina este porcentaje aumentó 26% entre 1994 y 2019 (Bearak et al., 2020).

En el mundo, tres de cada cuatro países establecen legislaciones y castigos para el aborto que consideran un delito, tanto para las mujeres que lo buscan, como para las personas que les asisten. En toda la historia del mundo moderno, estas penas no han logrado disminuir el número de abortos, pero sí aumentar la probabilidad de exposición a procedimientos inseguros (Singh et al., 2018). A nivel mundial, alrededor del 6% de mujeres en edad fértil viven en países en donde el aborto está prohibido y el 37% en lugares en donde es permitido sin restricciones, el resto se encuentra en diversas gradaciones entre la prohibición y la legalización (Singh et al., 2018).

De acuerdo con la OMS, en países con legislaciones menos restrictivas 9 de cada 10 abortos son seguros, mientras que en los países con leyes punitivas tres de cada cuatro abortos son inseguros (OMS, 2021). Que un aborto sea inseguro significa que no se realizó la atención médica por una persona capacitada, en un entorno con norma sanitarias mínimas o que se llevó a cabo con procedimientos como el legrado que tiene una alta tasa de complicaciones, requiere infraestructura de mayor complejidad y se ha calificado por las asociaciones de ginecología y obstetricia como obsoleto (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2022). Entre los años 2000 y 2017, en 33 países ampliaron las circunstancias bajo las cuales el aborto es permitido legalmente, bajo argumentos de toda índole, pero sobre todo de salud pública.

La evidencia epidemiológica no solo muestra una asociación entre abortos inseguros y letalidad, sino también con morbilidad materna extremadamente grave, complicaciones, eventos adversos y muertes evitables con un alto costo para las personas, sus familias y los sistemas de salud, y que las consecuencias no mortales de un aborto complicado afectan seriamente la salud y la calidad de vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluidas niñas y adolescentes. Esto se debe a que la restricción no solo genera la búsqueda de procedimientos inseguros, sino también el retraso en la atención en los servicios de salud y la reproducción de ideas estigmatizantes alrededor de la toma de decisiones de las mujeres, que terminan exponiéndolas a procedimientos peligrosos, obsoletos e innecesarios con riesgos adicionales a los que el uso de las tecnologías adecuadas tienen, vulnerando el derecho a la salud de niñas, adolescentes y mujeres (CNEGSR, 2022).

En México el boletín de morbimortalidad materna ha mostrado que el aborto fluctúa todos los años entre la cuarta y la sexta causa de muerte materna, sin cambios en la última década. Entre 1990 y 2016, de las 32,284 muertes maternas que se registraron, 2,408 (7.5%) fueron por causas relacionadas con el aborto; 305 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años y 13 niñas de 10 a 14 años murieron por esta causa (Schiavon y Troncoso, 2020). En 2018, cerca del 9.5% de defunciones maternas fueron por este motivo, mientras que el embarazo ectópico causó entre 3 y 5% de dichas muertes (CNEGSR, 2022)

A pesar de las dificultades de registro por el contexto legal restrictivo y la histórica falta de disponibilidad de servicios de salud, las cifras en México permiten estimar por métodos indirectos que la tasa de abortos inducidos es de 34 por cada mil mujeres (Singh, 2018). Además, los datos de los sistemas de información en salud muestran que la tasa de hospitalización por aborto (aunque no se distingue por tipo) es de 7.3 por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, mientras que la tasa de mortalidad nacional es de 40.3 muertes por cada cien mil; con un rango desde 7.9 en Baja California Sur hasta 83.3 en Chiapas. Estas estimaciones muestran disparidades muy distantes según el contexto en cada entidad federativa (Schiavon y Troncoso, 2020).

La demanda de atención para el aborto – espontáneos o inducidos- es común en la vida reproductiva de las mujeres, pues 1 de cada 2 abortos ocurren en las primeras doce semanas de gestación (Dirección General de Información en Salud [DGIS], 2023). En ese sentido, las necesidades de las mujeres son diversas y dependen más de las características de ellas mismas, de los contextos sociales, comunicativos, familiares, individuales en los que viven. Cuando se trata de abortos inducidos, las razones por las que las mujeres eligen interrumpir un embarazo, son también diversos y se asocian a motivos de salud, calidad de vida, embarazos no intencionales, fallas de los métodos anticonceptivos, falta de información integral en sexualidad basada en información científica, dificultades económicas, violencia o falta de apoyo social (CNEGSR, 2022).

Las complicaciones y muertes por aborto se consideran evitables, porque no debieron suceder o pudieron ser prevenidas con el uso de la tecnología médica existente (Schiavon & Troncoso, 2020). Esta tendencia se revirtió en la Ciudad de México, donde en 2007 se despenalizó el aborto, cambiando el código penal de la Ciudad y la Ley de Salud, para incorporar la figura de la Interrupción Legal del Embarazo. La Ciudad de México tiene mayores tasas de utilización de los servicios por aborto comparado con el nivel nacional, su tasa de letalidad es menor y se observa un declive a partir de la introducción de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), alcanzando el valor más bajo en 2015 con 12 muertes por 100,000 casos. Por el contrario, las entidades del sureste con bajas tasas de utilización, tienen altas tasas de letalidad, como es el caso Guerrero y Chiapas con 96 y 84 muertes por 100,000 casos, respectivamente (CNEGSR, 2022).

La variabilidad en la epidemiología del aborto y otros indicadores de salud sexual y reproductiva da cuenta del acceso desigual a la salud, que se relaciona, entre otras cosas, con los diversos marcos legales sobre aborto (Schiavon y Troncoso, 2020). En México nos encontramos en una transición entre un sistema de causales a uno de protección de derechos humanos (Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], 2022) y en una incipiente implementación de políticas públicas al respecto (CNEGSR, 2020).

Aunque desde 2003 se intentó una ampliación de causales en el código penal del entonces Distrito Federal y ya se habían realizado varios intentos a raíz del caso Paulina, una niña de trece años que quedó embarazada por una violación y que, al solicitar un aborto -previa denuncia realizada-, en los servicios de salud de Baja California - donde se contemplaba el derecho en el código penal- el aborto le fue negado mediante retrasos, dilaciones e información sesgada (CIDH y OEA, 2007), fue hasta el 24 de abril de 2007 que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó una reforma que modificaba el código penal y la Ley General de Salud en la capital mexicana. Esta reforma eliminó las sanciones previstas para aquellas mujeres y prestadores que realizaran un aborto antes de la semana 12 de gestación. Además, proveía lineamientos para la instalación del programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE). El programa se instaló en 14 de 20 hospitales generales y materno infantiles (SEDESA, 2017). En ese momento, el se trataba del único en toda la región que ponderaba el derecho a la maternidad elegida y permitía la interrupción solo por petición de la mujer en un contexto de alta restricción y donde el aborto inseguro era la causa de 1 de cada 4 muertes maternas (Langer, 2011).

Desde entonces y hasta ahora, el programa de ILE en Ciudad de México se ha consolidado como un referente internacional porque ocurrió en la intersección de distintos factores que facilitaron el ambiente político y operativo para llevarlo a cabo. Por ejemplo: la postura del gobierno local en turno, el compromiso de los tomadores de decisiones en la Secretaría de Salud, la colaboración un cuerpo de investigación de alto nivel con grupos organizados de activistas y defensoras de derechos humanos de las mujeres y un sector de la población con opiniones favorables hacia el aborto a pesar de las expresiones conservadoras de la jerarquía católica (Langer, 2011).

Otra razón por la que el programa ha sido un referente internacional es porque desde que los servicios se instalaron, se trabajó en el diseño cuidadoso de una política que salvaguardara la salud, seguridad y privacidad de las mujeres. Esta política procuró la atención inmediata en instalaciones con altos estándares de calidad y la capacitación del personal comprometido con el tema. En las clínicas se ofrece

atención gratuita a las mujeres de la Ciudad de México y de otros estados, servicios de consejería, acompañamiento e información especializada y objetiva para que las mujeres puedan tomar una decisión sobre la ILE y los métodos anticonceptivos que podrían utilizar después (SEDESA, 2017).

En un estudio cualitativo sobre la experiencia que las mujeres mexicanas habían tenido en el servicio de aborto de la Ciudad de México, las usuarias reportaron satisfacción y experiencias positivas por la calidad del servicio (van Dijk et al., 2011). Otro estudio reconoció como beneficiosa la estrategia de instalar los servicios de ILE no solo en hospitales, sino también en centros de salud (Contreras, et al., 2017), estrategia que se generalizó después de 2008 cuando se inauguró la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva Beatriz Velasco de Alemán (SEDESA, 2017). Actualmente existen 13 clínicas distribuidas por toda la ciudad, cinco de ellas en centros de salud y ocho en hospitales (SEDESA, 2017).

Desde abril de 2007 y hasta el 31 de marzo del 2023, el servicio de Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud de la CDMX reporta haber realizado 260,836 procedimientos. El 79.23% (206,612) se ha realizado con medicamentos, el 19.62% (51,183) con Aspiración Manual Endouterina, mientras que el 1.16% (3041) con Legrado Uterino Instrumentado; más de la mitad de los procedimientos (87%) ocurren antes de la novena semana de gestación (SEDESA, 2023). El porcentaje de complicaciones es de 1% y la cobertura anticonceptiva post aborto de 90% (Schiavon y Gonzalez de Leon, 2017).

Luego de la reforma, en 2007, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Procuraduría General de la República interpusieron una acción de inconstitucionalidad que finalmente se resolvió por la Suprema Corte de Justicia de la Nación validando la competencia de la Asamblea para legislar sobre el tema y permitiendo la disponibilidad en los Servicios de Salud de la Ciudad de México. Después de la reforma, a lo largo y ancho del país 19 estados legislaron para incluir “la protección de la vida desde el momento de la concepción y hasta la muerte natural” (Kraus y Pérez-Tamayo, 2012). Estas legislaciones tuvieron efectos sobre la criminalización de las mujeres que necesitaban atención por abortar, incluso si se trataba de abortos

espontáneos, el estigma se extendía, produciendo también la oferta clandestina de servicios de aborto riesgos y con altos costos tanto para las mujeres como para los sistemas de salud (Lerner y Guillaume, 2008).

Con frecuencia, el propio personal de salud era quien denunciaba las complicaciones del aborto y se documentaron casos en todo el país de mujeres encarceladas por homicidio en razón de parentesco (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2018). Con la consolidación del servicio en la ciudad de México también ocurrió que muchas mujeres buscaran desplazarse para acceder a la ILE (Flores-Celis, 2016). Esto también era aplicable para las derechohabientes de los subsistemas como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, cuyos directivos argumentaban que no podrían realizar estos procedimientos al ser dependencias federales y la legislación de ordenamiento local.

No obstante, el ambiente se transformó paulatinamente en los últimos años. Desde el 2009 la Norma Oficial Mexicana 046 incluía el derecho de interrumpir el embarazo forzado para las víctimas de violación sexual, siempre que se interpusiera antes una denuncia (NOM046-SSA2-2005, 2009). Esto era aplicable a todo el Sistema Nacional de Salud y a todo el país, aún así el acceso sigue siendo muy restringido. En 2013, la Ley General de Víctimas incluyó también este derecho de manera explícita pero ya sin denuncia y, en 2016 la NOM046 se actualizó para nombrar la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que es el derecho de las víctimas de violación sexual a interrumpir un embarazo forzado a causa de este tipo de agresiones (CNEGSR, 2022).

La modificación de la NOM046-SSA2-2005 también incluyó eliminar las barreras administrativas como la denuncia y establecer que, cuando se presenta un embarazo como peor consecuencia de una violación sexual, se debe proveer consejería sobre la interrupción. Cuando la víctima así lo decida, interrumpir el embarazo sin necesidad de verificar el dicho de la víctima y actuando bajo el principio de buena fe, con el único requisito de que la usuaria presente una declaración firmada explicando que el embarazo es producto de violación (NOM046-SSA2-2005, 2016). Una oleada de discusiones sobre objeción

de conciencia se produjo y muchas unidades de salud se declararon objetoras, aún cuando este derecho se encuentra reservado para las personas que encuentran afectado su derecho a la libertad de conciencia si participan del procedimiento (Lerner et al., 2016). También en el 2019, ocurrió un cambio legislativo en Oaxaca que reformó el código penal del estado en el mismo sentido que la Ciudad de México (Gobierno del Estado de Oaxaca, 2019). Sin embargo, los servicios de salud no se instalaron alegando que la Ley de Salud estatal no se había reformado, reforma que ocurrió hasta el 2021 (Gobierno del Estado de Oaxaca, 2021).

Luego, la Secretaría de Salud de México, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, puso en marcha programas para mejorar el acceso a —y la calidad de— la salud sexual y reproductiva preventiva por parte de los grupos poblacionales más vulnerables. La política pública buscó universalizar el acceso a los servicios de aborto seguro y a los servicios de anticoncepción y planificación familiar, implementar entornos habilitantes y salas de labor, parto y recuperación, la incorporación de profesionales de enfermería y partería para la atención del trabajo de parto y de la persona recién nacida. Todo ello con base en la instrumentación de estrategias costo-efectivas basadas en evidencia científica, el respeto de los derechos sexuales y reproductivos y una atención de salud centrada en la persona (OPS, 2022).

A partir del 2020, se implementó con ello un Programa de Acción Específico en materia de Salud Sexual y Reproductiva 2020 – 2024, que incluyó por primera vez en la historia de la política pública mexicana acciones diferenciadas con un componente de aborto seguro (CNEGSR, 2020). Esta política retoma la definición de la OMS que entiende aborto seguro como la interrupción del embarazo antes de la semana 22 completa de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos, atendida por una persona con el entrenamiento necesario y suficiente para el uso de tecnologías adecuadas con la etapa gestacional, que incluye la consejería, que prioriza el abordaje ambulatorio y el acceso a métodos anticonceptivos postevento. Esto implica el uso de medicamentos y procedimientos ambulatorios para el manejo del dolor en embarazos de primer trimestre y otros elementos clave que no se reducen al abordaje clínico, sino que

buscan proveer un servicio centrado en la persona, basado en información científica, que brinde alternativas a las usuarias. (CNEGSR, 2022)

La instalación de Servicios de Aborto Seguro funcionó en colaboración con los Servicios Estatales de Salud modelando los estándares de calidad internacional para la atención de abortos espontáneos e inducidos de embarazos viables y no viables con tecnologías disponibles. Se publicó en junio del 2021 el Lineamiento Técnico para la atención del aborto seguro en México y en octubre del 2022 se actualizó. En el directorio de la Secretaría de Salud se encuentran disponibles 105 servicios extendidos en todo el país. (CNEGSR, 2022)

También, ocurrió que entre 2021 y 2022 ocho estados más (Baja California, Baja California Sur, Colima, Guerrero, Hidalgo, Sinaloa, Quintana Roo y Veracruz) han despenalizado el aborto hasta la semana doce en sus códigos penales y algunos han realizado cambios en sus legislaciones sobre salud. En el caso de Sinaloa la legislación permite la libre solicitud hasta la semana 13 de gestación.

De manera concurrente, ocurrió la discusión más importante en México que se ha presentado en la última década acerca del derecho a decidir. En septiembre del 2021 la Suprema Corte de Justicia de la Nación analizó varias acciones de inconstitucionalidad relevantes para el tema, particularmente la 148/2017 sobre el delito de aborto en el estado de Coahuila que penalizaba el delito de aborto, estipulaba un término de 90 días para el acceso a la IVE y sancionaba a las mujeres y profesionales de la salud que realizaran los procedimientos. En el engrose y en la sentencia, la Corte realiza un análisis de todos los obstáculos que enfrentan las mujeres para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción a lo largo del todo el ciclo vital, atribuye estas dificultades a la desigualdad estructural, incluyendo la pobreza, la falta de información basada en evidencia científica, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y la violencia (SCJN, 2022).

La sentencia con las resoluciones de la Corte sentó precedentes inéditos sobre el acceso al aborto al respecto de las apreciaciones para el ejercicio de la autonomía reproductiva articulada con otros derechos para su ejercicio como la igualdad, la integridad y la libertad porque concluye que el aborto no puede ser perseguido como delito, que es violatorio de los derechos humanos establecer un plazo para el acceso a la IVE y menciona que aplicable a todos los casos similares en las legislaciones de todo el país, exhortando a los legislativos de todas las entidades federativas a actualizar sus códigos penales en este sentido (SCJN, 2022). La resolución propone una transición del sistema de causales a una visión basada en los derechos humanos que centren el derecho a la salud desde un punto de vista de integralidad y amplía la posibilidad de certeza e interpretación legal para la instalación de servicios y garantías (González-Barreda, 2021).

En septiembre del 2023 se ganaron dos Amparos en Revisión (79/2023 y 267/2023) el primero para reconocer la invalidez del código penal estatal en Aguascalientes y exigir la disponibilidad de servicios de aborto seguro (SCJN, 2023a). El segundo para reconocer la inconstitucionalidad del Código Penal Federal e instar al Congreso de la Unión a modificarlo para despenalizar el aborto en la legislación federal (SCJN, 2023b). Este paso fortalecería la obligatoriedad del Sector Salud completo a brindar servicios de aborto seguro, más allá de los instalados en los Servicios Estatales de Salud.

Dicho lo anterior, aquello que parece estar en juego y condicionado por las leyes y las desigualdades que enfrentan las mujeres en distintos ámbitos e incluso lo analizado por la corte, es ¿qué tan libres son para embarazarse cuando así lo desean? O bien ¿qué tan libres son para prevenir un embarazo cuando no quieren tenerlo? Y una vez que lo tienen ¿en qué medida pueden decidir realmente si continúan o no con el embarazo? ¿existen condiciones en sus trayectorias para que puedan preguntárselo? ¿cuáles son y de qué dependen?

La investigación de la que desciende este estudio comenzó en 2014, incluso antes de la modificación a la NOM046. El levantamiento de los datos se llevó a cabo en 2018 y 2019 en un servicio público de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México y mucho ha cambiado el panorama del aborto en

México desde entonces, no sin la participación activa de este grupo de investigación en ese escenario. A pesar de los cambios y de la necesidad de extensión del paradigma actual de Derechos Humanos en el acceso al aborto a libre solicitud y sin necesidad de diagnósticos o justificaciones relacionadas con la violencia, está lejos de ocurrir de manera sistemática y equitativa y se presenta como un horizonte que tomará un tiempo de larga duración para la transformación de las mentalidades de quien lo legisla, administra, atiende y ejercita.

Las respuestas a las preguntas de la investigación por las condiciones que determinan la posibilidad de la toma de decisiones sobre continuar o no con un embarazo, guardan relación con una noción fundamental en el sistema de pensamiento occidental y en los sistemas democráticos modernos. Esta noción fue retomada y analizada también por la Corte: la libertad.

Aunque las libertades y su protección han sido ampliamente discutidas a lo largo de la historia política de la humanidad, el aterrizaje de la noción de autonomía centrada más sobre el individuo y específicamente sobre su sexualidad y reproducción, se puede ubicar de modo más reciente en los tratados sobre Derechos Humanos. En los siguientes apartados trataré de discutir y profundizar estos conceptos, sus relaciones y efectos en el cuerpo y la salud integral de las mujeres.

## **5. Marco teórico**

### **5.1 ¿Qué es y de dónde proviene la noción de autonomía reproductiva?**

En análisis que la Suprema Corte de Justicia de la Nación publicó en enero del 2022, se concluye que el derecho a decidir está reconocido en el artículo cuarto constitucional. La Corte define la autonomía reproductiva como “el derecho exclusivo a las mujeres y personas con capacidad de gestar a la autodeterminación en materia de maternidad” o bien, “Todas las elecciones que dan sentido al proyecto de vida de las personas como seres libres en el ámbito de un Estado moralmente plural y laico” esto incluye “la elección y libre acceso a todas las formas de anticoncepción, a las técnicas de reproducción asistida y a la eventual interrupción del embarazo”. De hecho, el engrose reconoce que el derecho a decidir es un instrumento para el ejercicio del libre desarrollo de la personalidad y que es obligación del Estado proveer las condiciones para que las mujeres y las personas con capacidad de gestar puedan ejercer su derecho a decidir en términos de la justicia reproductiva (SCJN, 2022) ¿cómo llegamos hasta ahí? ¿qué es necesario en el entramado social para que este ejercicio de derechos combinados sea posible?

En su acepción más básica y probablemente más cercana a la bioética, la autonomía es una capacidad que implica al menos dos condiciones: La primera es la capacidad de deliberar y reflexionar sobre una acción, las alternativas para ejecutarla y sus consecuencias; la segunda, la capacidad para llevar a cabo esa acción (Kraus & Pérez-Tamayo, 2012). Para Kraus y Pérez, estas dos condiciones implican la centralidad de un sujeto que es responsable de sus actos y las consecuencias de éstos en el entorno y al mismo tiempo, implican la independencia de dicho sujeto para decidir libremente dependiendo de su modo de pensar. Por lo tanto, la condición de posibilidad de la autonomía es la existencia de un sujeto con suficientes capacidades/libertades de ejecución para una acción que se busca realizar.

En el caso de la reproducción, esa centralidad del sujeto no siempre ha estado colocada en el sujeto-mujer. De hecho, colocarlas en el centro de las decisiones reproductivas ha tomado décadas de parlamentos, discusiones de filosofía y derecho internacional, avances tecnológicos y hasta crímenes de odio. Pérez

Duarte ha historizado el tránsito de derechos civiles a políticos y luego a económicos-sociales-culturales, justamente describiendo cómo la noción de libertad y autonomía perteneció primero al Soberano y luego al Estado para finalmente transitar hacia los individuos (Lerner et al., 2016; Pérez Duarte, 1999).

Para llegar hasta la enunciación de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) en México, se pueden trazar al menos tres grandes transiciones. La primera, desde los años de la postrevolución y hasta principios de los setenta. Ante las elevadas tasas de mortalidad infantil y los bajos niveles de fecundidad, el objetivo del Estado mexicano era poblar todo el territorio nacional y distribuir a las familias hasta las zonas más alejadas. Por eso, las políticas pronatalistas contemplaban la prohibición para importar, distribuir y usar métodos anticonceptivos y sancionaban el aborto. Las decisiones reproductivas se tomaban en el ámbito privado con normatividades religiosas y morales, en función de la capacidad familiar para acceder a instancias médicas para regular la fecundidad (Lerner et al., 2016) y la autoridad de la toma de decisiones era conferida desde el Estado hacia el jefe de familia -varón- (Pérez Duarte, 1999).

A finales de los sesenta, con los cambios en el sistema mundo, la narrativa internacional cambió, para colocar la idea de que el crecimiento de la población debía ser controlado con la finalidad de mitigar, o al menos contener, la pobreza (Lerner et al., 2016). Como los discursos locales sobre la reproducción no estaban aislados de lo internacional, pasadas las dos guerras mundiales, en plena carrera armamentista y de disputa tecnológica, podemos hallar una segunda transición que abarcaría desde principios de los años setenta y hasta mediados de los noventa. La perspectiva de la racionalidad sobre los procesos reproductivos se instaló con ayuda de la medicina y la tecnología (De Barbieri, 1999), siempre con el objetivo de alcanzar el estado de bienestar de la modernidad.

Los cambios en esos años son fundamentales para entender la lucha que heredamos y la configuración de lo que hoy disputamos como DSyR. Bajo la idea de alcanzar el desarrollo de un país de primer mundo, el Estado mexicano tenía la labor de emparejar las políticas demográficas con las de desarrollo económico y social y mejorar las condiciones de vida al mismo tiempo que se trataba de “inducir

con pleno respeto la libertad individual, la reducción de la fecundidad y el crecimiento de la población” (De Barbieri, 1999: 115). Para ello, se impulsaron las políticas de planificación familiar, una nueva Ley de Población y otra de Salud (De Barbieri, 1999). Se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y se estableció su primer Programa de Planificación Familiar, se modificó el Artículo 4º constitucional, para agregar el derecho de toda persona a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como la necesidad de incluir servicios de salud para estos propósitos (Lerner et al., 2016). Los centros dedicados a los estudios de género progresaron en las universidades públicas, impactando sobre la rearticulación en diversos campos de las ciencias sociales (Ortiz-Ortega, 1999). Las financiadoras comenzaron a invertir en México y algunas pasaron de ser colectivas de mujeres organizadas a constituirse como organizaciones no gubernamentales (De Barbieri, 1999).

México comenzó a participar en las Conferencias Mundiales de Población y Desarrollo de la Organización de las Naciones Unidas desde los sesenta. En ellas, paulatinamente los movimientos organizados de mujeres jugaron -y lo siguen haciendo- un papel fundamental, pues con su trabajo comenzaron a poner en escena los derechos sobre la reproducción, entre otros (Lerner et al., 2016). El movimiento feminista se colocó como interlocutor del gobierno y partidos políticos, algunas feministas incluso tomaron la vía electoral como posible para la influencia sobre las políticas estatales (Ortiz-Ortega, 1999).

En esas décadas, con la crisis económica mundial y local, se requirió que las mujeres se incorporaran al mercado de trabajo y se afianzaron los discursos sobre igualdad de género (De Barbieri, 1999). Las transformaciones sociales dieron pie a que las mujeres demandaran medios para regular la fecundidad, lo cual contribuyó a un cambio en los valores, normas y hábitos relacionados (Lerner et al., 2016). Para el principio de los años noventa, la política antinatalista en México había sido muy efectiva y las tasas de fecundidad habían disminuido aceleradamente (De Barbieri, 1999).

A pesar de la efectividad de la política, en quienes realmente se había centrado el poder para decidir sobre la reproducción fue sobre los médicos y los servicios de salud -que no necesariamente habían recibido capacitación e infraestructura suficiente y adecuada-. Se documentó que los servicios eran de mala calidad y operaban muchas veces sin otorgar información sobre riesgos, beneficios o irreversibilidad sobre los métodos anticonceptivos (De Barbieri, 1999); la cobertura anticonceptiva no era la misma en todos los estratos sociales y el resto de las políticas de desarrollo no avanzaron al mismo paso que los procesos económicos y de urbanización (De Barbieri, 1999; Ortiz-Ortega, 1999; Lerner, et al., 2016).

En México la familia pequeña nunca llegó a vivir mejor<sup>5</sup>, aunque esto era algo que estaba ocurriendo en todo el mundo. El discurso feminista internacional apuntaló la discusión alegando que los enfoques basados en metas cuantitativas de reducción eran ineficientes sin las consideraciones éticas acerca de las necesidades reproductivas. Las mujeres habían sido utilizadas como un medio para la reducción de la tasa de crecimiento poblacional pero no eran sujetos destinatarios de bienestar, lo que constituía una práctica antidemocrática y una flagrante violación a los derechos humanos (Ortiz-Ortega, 1999).

Aquí es donde ubicamos la tercera transición. Los DSYR vieron la luz en 1994, El Cairo definió la salud sexual y reproductiva como:

un estado general de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y proceso. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícita el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y que den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Cook, 2003: 75).

---

<sup>5</sup> En 1974 “la familia pequeña vive mejor” y “planifica, es cuestión de querer” eran lemas de la estrategia de comunicación gubernamental para la política de población.

Luego, en Beijing se colocó por primera vez en el centro la integridad corporal individual. “La integridad corporal significa que las mujeres deben ser libres de cualquier abuso y que pueden ser tomadoras directas y principales de decisiones en el área de la sexualidad y reproducción” (Ortiz-Ortega, 1999:55). De ahí han derivado numerosos instrumentos internacionales, acuerdos, conferencias y convenciones donde casi todos los países del mundo han suscrito el compromiso de garantizar los DSyR. Además se han hecho propuestas de evaluación y se ha sostenido el discurso de la necesidad de invertir y medir los indicadores poblacionales para la evaluación del ejercicio de estos derechos.

El nuevo planteamiento tuvo como centro la toma de decisiones reproductivas individualizadas. Se pueden encontrar diversas versiones, dependiendo de las autoras que se consulten, pero nosotras ubicamos aquí la primera aparición de la autonomía reproductiva como una capacidad de actuar centrada en el sujeto-mujer y aterrizada sobre las personas individuales.

## **5.2 La cuestión sobre autonomía reproductiva**

El impacto de las políticas de población mundiales y locales sobre la investigación realizada en ciertos temas es clara y contundente. Las agendas internacionales instaladas con base en los consensos de las conferencias mundiales han reforzado la idea de que invertir en políticas de protección a los Derechos Sexuales y Reproductivos significa invertir en políticas de desarrollo y obtener ganancias en ese sentido porque representa un ahorro en los costos de atención de los sistemas de salud a largo plazo. Asimismo, el estado de bienestar de la población y condiciones más equitativas podrían traducirse en mejor productividad y en la elevación del ingreso en los hogares, lo que representaría beneficios multigeneracionales para la salud y el bienestar (Starrs et al., 2018).

Sin embargo, la relación no es tan directa por que la autonomía reproductiva de las personas tiene lugar en contextos sociales, económicos, culturales y de cuidados de la salud determinados. Después de la primera propuesta del reconocimiento de los DSyR como Derechos Humanos, se han propuesto al menos tres agendas para la evaluación de indicadores que permitan monitorear el cumplimiento de la protección a esos derechos y su impacto en el desarrollo social (Starrs et al., 2018). Actualmente la Agenda 20 – 30 o las metas que se han acordado como parte de los Objetivos Sustentables buscan asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, el acceso a la información y la integración de estrategias de salud reproductiva a las estrategias nacionales.

Estas agendas políticas han tenido un fuerte impacto en las evaluaciones de salud pública. Por ejemplo, existen distintas mediciones respecto de la autonomía relacionada con la sexualidad o la reproducción en estudios que buscan generar evidencia empírica y en encuestas de evaluación de las características de la población, como la Demographic Health Survey (DHS), las tasas y razones de mortalidad materna, la participación de mujeres en puestos de elección popular, etc (Upadhyay et al., 2014a). En ese sentido, cabe destacar que todas las mediciones sobre autonomía reproductiva se han realizado dentro del marco conceptual del empoderamiento de las mujeres porque ha sido caracterizada como una dimensión de este.

El Banco Mundial ha definido el empoderamiento como la extensión en la habilidad que tienen las mujeres para la toma de decisiones estratégicas en su vida en ámbitos donde antes esta habilidad había estado restringida (Malhotra et al., 2015). En ese tenor, la autonomía reproductiva se refiere al poder que tienen las mujeres para lograr sus intenciones reproductivas por lo que es evaluada como el grado de habilidad que tienen las mujeres para decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos, el embarazo y la maternidad (Upadhyay et al., 2014).

Por ello, la mayoría de los estudios que indagan sobre la reproducción de las mujeres, lo hacen explorando las condiciones psicológicas o individuales que impactan sobre el control que tienen de sus intenciones reproductivas (decidir cómo y cuándo tener un embarazo o interrumpirlo). Sin embargo, considerar la autonomía dentro del dominio semántico del empoderamiento implica reconocer que los deseos reproductivos de las mujeres podrían ser también resultado de influencias de mecanismos de poder relacionados con los patrones culturales y sociales, por ejemplo, con la desigualdad de género que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres al dominio masculino en la toma de decisiones sobre los deseos y necesidades (Mandal et al., 2017; Upadhyay et al., 2014a).

Esos mecanismos y el intercambio de poderes son claramente fluctuantes a lo largo del tiempo y de las situaciones o los actores relacionados (Blanc, 2001). No es lo mismo el ejercicio de poder sobre los deseos reproductivos de las mujeres cuando se negocia con la madre, que con la pareja. Tampoco es lo mismo la habilidad para decidir sobre la reproducción que tiene una mujer con más acceso a métodos anticonceptivos que aquella que vive en una comunidad con valores muy tradicionales sobre la maternidad. Además, las mujeres pueden estar más empoderadas en algunos dominios en comparación con otros, por ejemplo: pueden tomar decisiones sobre la crianza, pero no sobre interrumpir un embarazo (Mandal et al., 2017).

De acuerdo con los planteamientos de Malhotra, Schuler y Boender (2002) para la “expansión del poder” en ámbitos como el reproductivo, es decir, para el ejercicio de la autonomía reproductiva, son necesarias dos cuestiones fundamentales: 1) que existan fuentes de empoderamiento (p.ej. educación sexual, disponibilidad de métodos anticonceptivos, servicios de salud, etc.) o bien, que se trabaje en desaparecer las barreras que impiden el acceso a dichas fuentes y 2) que exista agencia o acción individual y/o colectiva para el aprovechamiento de estas fuentes.

Por lo tanto, para decir que las mujeres están empoderadas en una sociedad no basta con medir la existencia de las fuentes porque eso no garantiza su utilización. Del mismo modo, la participación comunitaria y la movilización social no bastan para aprovechar una fuente de empoderamiento que no existe. El poder de tomar decisiones sobre cómo, cuándo y con quién tener relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, cuándo y cuántos hijos tener es también un derecho constitucional y se resume en una palabra: autonomía.

La autonomía sexual y reproductiva no es una capacidad o habilidad que aparece espontáneamente a partir de cierta edad. Se trata más bien de un estado de cosas o de las condiciones mínimas indispensables para que las personas, y concretamente las mujeres, hagan elecciones al respecto (Medina, 2017). En todo caso, la falta de estimulación, protección o procuración de estas condiciones, es también un ejercicio de violencia, y tiene repercusiones materiales, prácticas y visibles que alimentan un ciclo sin fin. La autonomía por lo tanto, no puede ser leída solo como una capacidad psicológica, sino que remite a la interacción con lo disponible en el ambiente.

### **5.3 La necesidad de otras intersecciones para el ejercicio de la libertad**

En el ámbito internacional, distintas posturas críticas se han posicionado para discutir la pertinencia de la autonomía reproductiva como noción central de los DSyR. Probablemente la más famosa ha sido la de una de las tradiciones de pensamiento al interior del feminismo. Desde mediados de los setenta, las feministas negras se separaron del discurso individualista de la salud reproductiva haciendo una crítica de los movimientos de mujeres que promovían la igualdad de género en los marcos más institucionales. Este grupo propuso como noción central a la justicia reproductiva, entendida como una “teoría, práctica y estrategia” que reconoce que la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas se encuentra mediada y obstaculizada por intersecciones de opresión sistémica tales como el racismo, sexismo, clasismo y heterosexismo, por lo

que las inequidades son fundamentales para reconocer las desventajas en que se encuentran las mujeres (Ross, Derkas y Bridgewater, 2018).

La literatura que produjeron estos estudios problematiza la posición de las mujeres negras (incluidas las latinas) y analiza el impacto que tienen las estructuras de poder fáctico y las normas socioculturales sobre su salud y proponen procesos organizativos informales o no institucionales entre mujeres como modos de resistir y lidiar con esas desventajas, tomando en cuenta estrategias que otros grupos de mujeres han puesto en marcha en el pasado y suscribiéndose a ellas como parte de una tradición (Ross, Derkas y Bridgewater, 2018).

Otra postura emblemática fue la de las mujeres asiáticas que apuntaron que la autonomía reproductiva, entendida dentro del campo del empoderamiento, podría no ser pertinente en sus contextos en la medida en que por ejemplo, las mujeres en Pakistán se organizan de otros modos en la comunidad y la opinión de otras mujeres como la suegra o la madre e incluso las hermanas son fundamentales para tomar decisiones sobre la vida reproductiva. Pedirles a estas mujeres la ejecución de conductas individuales en un entramado social de integración comunitaria donde la reproducción es ordenadora del estatus social podría ser no solo poco plausible, sino violento (Mumtaz & Salway, 2009).

La ambigüedad del concepto de autonomía reproductiva y el acuerdo sobre las diversas dimensiones que podría contener, ocasiona que su aplicación se realice sin tener en cuenta las condiciones de las realidades sociales, culturales, económicas y políticas de las mujeres, sobre todo cuando se utilizan estas nociones como base para el desarrollo de políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Se plantea con ello la necesidad de enfoques teóricos más matizados que conceptualicen con más detalle y sobretodo de modo situado, las desigualdades de género y la comprensión del bienestar reproductivo de las mujeres (Mumtaz & Salway, 2009).

En México, se participa de los indicadores internacionales en las Agendas de Desarrollo Sostenible. No obstante, los desarrollos teóricos más críticos han tendido al mismo sentido: Ortiz- Ortega (1999) menciona que “los estudios han ilustrado el impacto desigual que políticas, estudios, discursos y recreaciones en torno a la sexualidad y la reproducción tienen en la toma de decisiones y éstos han abierto el campo que muestra la responsabilidad institucional en inequidades sociales que impiden el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción y que coartan, limitan y configuran el ejercicio individual” (Ortega – Ortiz, 1999:29).

Solo por mencionar un ejemplo de esos estudios, Rivas, Amuchástegui y Ortiz (1999) encontraron en un grupo de mujeres de bajos recursos económicos que asistían a un grupo para mejorar sus condiciones, que en realidad es la maternidad la que autoriza a las mujeres a buscar el primer método anticonceptivo, lo que da pistas para suponer que en realidad no estaban buscando prevenir un embarazo, sino limitar su maternidad. Ésta fue descrita como una experiencia que significaba sufrimiento y riesgos para la salud pero que al mismo tiempo, las autorizaba para luchar por la satisfacción de ciertas necesidades personales que de otros modos no son reconocidas.

Aunque por un lado estaba el acatamiento de los poderes masculinos y familiares, la maternidad autorizaba a las mujeres para tomar decisiones o actuar de manera deliberada con relación a su salud e integridad, por ejemplo con respecto a la violencia de pareja. “Entre más sienten las mujeres que han alcanzado el ideal de la maternidad dentro de su comunidad, más se autorizan para controlar su reproducción”. El control de la reproducción para las mujeres entrevistadas se obtenía después de muchas adversidades tales como el limitado conocimiento de la sexualidad, el comienzo temprano de la vida sexual, y el control, maltrato y cuidados limitados durante el embarazo y el parto por parte del compañero (Rivas, Amuchástegui y Ortiz, 1999:312).

En ese sentido, la apropiación de los DSyR se asocia con ausencia de reconocimiento de las mujeres como ciudadanas y se inserta en un entramado cultural de inferiorización y discriminación. Los DSR se ganan solo mediante mecanismos de resistencia y acomodación de las mujeres, por eso es indispensable considerar los vínculos de la toma de decisiones reproductivas con las relaciones de poder y las fuerzas que se disputan entre las mujeres y los actores de distintas instancias y niveles sociales (Rivas, Amuchástegui y Ortiz, 1999:328).

### **5.3 La autonomía reproductiva como campo de acción: una reinterpretación basada en analogías espaciales**

El control de la natalidad transitó de un marco sociopolítico, legal y cultural en el que el Estado tenía la responsabilidad de regularlo, a uno centrado en los derechos humanos, particularmente en el derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. El nuevo planteamiento tuvo como eje la centralidad de los individuos en la toma de decisiones reproductivas. De ese planteamiento, han derivado numerosos instrumentos internacionales, acuerdos, conferencias y convenciones donde casi todos los países del mundo han suscrito el compromiso de garantizar los DSR. Además se han hecho propuestas de evaluación y se ha sostenido el discurso de la necesidad de invertir y medir los indicadores poblacionales para la evaluación del ejercicio de estos derechos.

Sin embargo, las críticas de discursos menos hegemónicos han hecho visibles algunos puntos nodales en la aplicación de la perspectiva de derechos centrada sobre el ejercicio de estos por parte de los individuos y específicamente de las mujeres. Por ejemplo la preocupación por el modo en que se relacionan los grandes acuerdos internacionales con el ejercicio cotidiano de los derechos en la vida de las mujeres (Ortiz Ortega, 1999: 29). Se han construido durante décadas las nociones teóricas, incluso jurídicas y de evaluación de los DSR, sin embargo cuando han intentado ser evaluados en la práctica y no solo por indicadores, los resultados muestran que los individuos tienen muchos problemas para apropiarse de esos

discursos como propios y para reflexionar en que ciertas acciones podrían caracterizarse como el ejercicio de sus derechos.

“Un derecho es construido con base en el interés o la necesidad de una persona, en la medida en la que exista un deber que obligue a otro a respetar dicho interés. La fuerza obligatoria puede ser legal o moral o ambas” (Cook et al., 2003). Los derechos humanos en el siglo XX han evolucionado junto con los movimientos sociales que han trabajado en su defensa y materialidad. Una sociedad democrática conlleva la preocupación por la violación de estos derechos y permite que su defensa se conciba como “una muestra de humanidad y aspiración de lo político. Por lo tanto, la importancia de los derechos sexuales y reproductivos radica en su carácter aspiracional y en el reconocimiento pragmático de su ejercicio individual” (Ortega – Ortiz, 1999:37).

El ejercicio individual implica la apropiación del cuerpo para construir los derechos y la ciudadanía. No obstante ni la apropiación, ni el ejercicio de derechos puede lograrse si no hay instituciones que legitimen, organicen y preserven esa apropiación. Aún cuando existan elementos subjetivos, si no existen las condiciones políticas, sociales y culturales, los derechos humanos son imposibles de ejercer. En México la democratización y la participación civil son experiencias que los individuos y las mujeres específicamente reportan como extrañas y a menudo son consideradas como privilegio de clase (Rivas, Amuchástegui y Ortiz, 1999).

La mayor crítica radica en que para el ejercicio de los DSR lo que se necesita es contar con información y servicios que el estado no provee o lo hace en condiciones inequitativas y de desigualdad. Sin embargo, “no se puede suponer la universalidad de los DSR mientras no se conozcan esos contextos locales y el modo en que las mujeres negocian los asuntos de salud en su vida diaria. No se puede suponer que esos derechos sean una meta de las mujeres y que tengan aplicabilidad. Al adoptar como premisa la aprobación subjetiva del derecho, el concepto de ciudadanía pasa por la necesidad de construir el derecho a tener derechos” (Ortega – Ortiz, 1999:41).

En ese sentido, las mediciones de DSR que proponen la evaluación de la autonomía como una capacidad, la han medido indirectamente o reducido a una capacidad psicológica o cognitiva que no alcanza a dar cuenta de la importancia política que implica el acceso a cierta toma de decisiones o bien, a la limitación de la influencia de otros en el campo de la reproducción.

Además, la reproducción es una actividad que conecta muchas experiencias y tareas de la actividad cotidiana de las mujeres, incluso de la actividad comunitaria y laboral. Eso implica que se puede concebir más como una “carrera reproductiva” que no solo está presente durante los años fértiles, sino toda la vida. Por lo tanto, la toma de decisiones en ese sentido implica la vida familiar, social y comunitaria y se rearticula en distintos niveles de producción y reproducción. La reproducción entonces implica relaciones y tensiones de poder con otros actores y solo en la medida en que conozcamos como las mujeres negocian sus derechos en esos contextos reales, tendríamos idea de lo que ocurre o es necesario para llevar a cabo el ejercicio de la ciudadanía (Ortiz- Ortega, 1999).

En México, en realidad no se ha intentado medir la autonomía reproductiva de las mujeres como tal. Sin embargo, la postura de los estudios acerca de la toma de decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos, sobre todo en el campo antropológico y sociológico, ha sido que la reproducción es un elemento comunitario fundamental y que la desigualdad estructural e inequidades sociales son una barrera en la plausibilidad de la aplicación de las políticas de DSyR y por lo tanto una limitante del libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción (Ortiz-Ortega, 1999). Por eso es indispensable considerar los vínculos de la toma de decisiones reproductivas con las relaciones de poder, así como las fuerzas que se disputan las mujeres con los actores de distintas instancias y niveles sociales (Rivas, Amuchástegui y Ortiz, 1999).

Estas críticas muestran la necesidad de buscar una interpretación de la autonomía reproductiva que no la reduzca a una capacidad psicológica o cognitiva que no alcanza a dar cuenta de la importancia política que implica el acceso a cierta toma de decisiones o bien, a la limitación de la influencia de otros en el campo de la reproducción. Una interpretación que responda a la necesidad de enfoques teóricos más matizados,

que conceptualicen de modo situado las desigualdades de género y la comprensión del bienestar reproductivo de las mujeres (Mumtaz & Salway, 2009). Es claro que la estructura original basada en el marco teórico del empoderamiento de las mujeres no era suficiente para dar lectura a la información recolectada en este estudio. Por ello, nos vimos en la necesidad de construir un modelo interpretativo diferente.

Si consideramos que *la reproducción es una actividad* que conecta muchas experiencias y tareas de la vida cotidiana de las mujeres, incluso de la actividad comunitaria y laboral, entonces implica la vida familiar, social y comunitaria y se rearticula en distintos niveles de producción y reproducción (Ortiz-Ortega, 1999).

Partir de la noción de actividad, nos obliga necesariamente a pensar en el movimiento. Sabemos de éste, que cuando algo cambia de estado, situación o posición, modifica el entorno porque existe una fuerza que se opone a una tensión. Ahora bien, la fuerza es comprendida como el poder de una cosa para influir sobre otra (Landau & Lifshitz, 2002). De hecho, de acuerdo con Foucault, el poder se caracteriza por una oposición de estrategias en el que intervienen sujetos o instancias susceptibles de libertad, en donde la confrontación de los antagonistas encuentra su límite en el otro o bien cuando una de las dos alcanza la dominación de la otra (Foucault, 1988).

Esto significa que la reproducción ocurre entre relaciones y tensiones de poder con otros actores. El poder para decidir sobre el propio cuerpo planteado en los DSyR, no sería entonces un ejercicio libre de la influencia de otros actores (la madre, la pareja, el médico, el Estado), sino que las acciones o movimientos se realizan a pesar de esas tensiones; pues nunca desaparecen sino que se convive con ellas. Ahora bien, lo que se produce cuando ocurre el movimiento mediante el ejercicio de fuerzas -o el poder-, es un espacio. Si los actos tienen lugar mediante el ejercicio del poder en el espacio, por analogía, la reproducción que se ejerce mediante el poder (de decidir) tiene lugar también en un espacio. *Ese espacio que se produce es la autonomía reproductiva.*

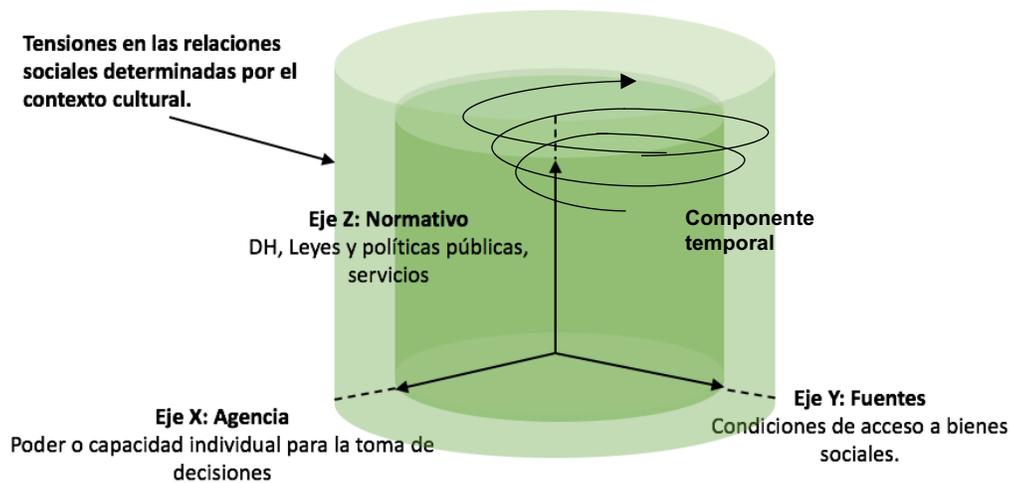
Esta analogía es útil porque permite dimensionar cómo la acción individual es negociada entre las personas en el terreno social, tanto entre ellas, como en las transacciones con las condiciones normativas locales y las determinantes macro sociales en las que se encuentran. Es decir, la autonomía no ocurre en un vacío, lo que existe alrededor de ese espacio son fuerzas desplazadas o tensiones de las relaciones sociales con otros actores inmediatamente relacionados: la pareja, la familia, los otros hijos (as), el médico. Además, todas estas relaciones están inmersas en pautas culturales específicas, situadas y determinadas histórica, social, económica y políticamente y producen tensión, porque las negociaciones y modo de relación con esos personajes son también prácticas o acciones. En consecuencia, la autonomía reproductiva puede pensarse como un ejercicio móvil, capaz de contraerse o expandirse en función precisamente de la medida en la que las mujeres logran negociar y desplazarse.

El siguiente punto de la analogía, sería pensar que el espacio visto desde la física clásica posee dimensiones que permiten ubicar coordenadas para especificar la ubicación de un objeto u evento: ancho, largo y alto (Landau y Lifshitz, 2002) en las tradiciones filosóficas occidentales el espacio es un elemento indispensable para la experiencia. Ya mencionábamos que la autonomía se refiere a la ausencia de la influencia de otros y en esa medida lo que debe ser evaluado es el espacio que se produce cuando esa influencia se moviliza y desplaza o amplifica aquello que ocurre dentro del espacio que se produce, como una caja que se encoje-expande. La expansión del espacio es solo posible cuando una de las dimensiones se desplaza o extiende mediante las acciones o el movimiento. Si se reconoce la autonomía reproductiva como eje central en el discurso de DSR que son parte del Derecho a la Salud, su expansión representa también la expansión de dicho derecho y por lo tanto su limitación tiene repercusiones directas sobre la salud de los individuos- entendida como concepto integral -.

¿Cuáles serían las dimensiones necesarias para ponderar la autonomía reproductiva en lo ancho, largo y alto? Es posible localizar tres ejes y un elemento temporal en los discursos de DSR desde finales del siglo XX: La agencia subjetiva de las personas en el ejercicio de libertades y poderes; las fuentes como

disposiciones normativas que configuran y dan límite a las experiencias sociales y sus afectos y el marco legal de protección de los Derechos Humanos como marco normativo de la experiencia reproductiva. En la Figura 1, se muestra una propuesta de la autonomía como un espacio para la acción en el tiempo.

**Figura 1. Propuesta esquematizada de las dimensiones de la autonomía reproductiva como espacio.**



En dicha figura se observan tres dimensiones:

- Eje Z. Normas: Se refiere a la protección de los Derechos Humanos actual, las leyes y políticas públicas que hacen posible la existencia de servicios. Es una dimensión que está más relacionada con la disponibilidad de los servicios y la obligación del Estado de garantizar el acceso a una serie de beneficios sociales y que se conecta con las determinaciones estructurales en la base de lo social.
- Eje Y. Fuentes: Dan cuenta de las condiciones estructurales en las que tiene lugar el ejercicio de la agencia de las mujeres. No se trata de medir la disponibilidad de fuentes en el sentido de la existencia o eficacia de los servicios, sino en una trayectoria concreta, a qué han tenido acceso o a qué realidades han estado expuestas las mujeres que podrían limitar o delinear su ejercicio de libertades. Por ejemplo

la exposición a la violencia durante la infancia o en las relaciones de pareja en forma de coerción reproductiva son sucesos que restringen dichas libertades.

- Eje X. Agencia: Se refiere a la potencia para el ejercicio de derechos y libertades y la posibilidad de la toma de decisiones y conductas consecuentes a las expectativas o deseos en un momento dado con respecto a la reproducción. Por ejemplo, la posibilidad de que las mujeres decidan cuándo utilizar un método anticonceptivo, cuál utilizar o poder preguntarse si quieren estar embarazadas en ese momento de la vida.
- Componente temporal: La autonomía no es la misma en todos los momentos de la vida, está modulada por las tensiones externas e internas, el desplazamiento de las fuerzas o la experiencia y tiene lugar en el tiempo. Un ejemplo sería el reporte de las mujeres acerca de sentirse más autorizadas para pedir un método anticonceptivo después del primer parto (Rivas, Amuchástegui y Ortiz, 1999) o la sensación de control sobre la propia vida que se refiere después de un aborto (Ortiz, 2010) en la literatura científica internacional.

Entonces, si el volumen o capacidad de un espacio es calculado en función de la multiplicación de sus tres ejes, es posible plantear a la salud pública como una herramienta de medida transdisciplinar de las ciencias sociales y políticas, así como de interpretación de información y conocimiento epidemiológico para dar lectura a las dimensiones de cada eje y al resultado global del espacio y sus posibilidades para contener objetos o acciones. La propuesta consiste en un modelo tridimensional con interjuegos en sus dimensiones que dan cuenta del nivel de expansión o contracción puesto que “la salud pública depende de la existencia de múltiples elementos tejidos íntimamente con la red que constituye la sociedad contemporánea, de modo que puede usarse como una medida de calidad de vida que proporcionan las estructuras sociales” (Kraus y Pérez Tamayo, 2007: 185).

La finalidad última del modelo es la posibilidad de profundizar en la lectura de los indicadores y datos cuantitativos, sin reducir el ejercicio individual de los DSR a condiciones psicologicistas. Plantear la autonomía como un sistema de intercambio entre las dimensiones, flexible con posibilidades de expansión y contracción podría prometer nuevas interpretaciones de los DSR, sus efectos en distintos niveles y vincularse con una respuesta posible a las críticas hasta ahora hechas a los modelos previos de empoderamiento. A continuación, se dará contenido a cada uno de los ejes.

### **5.3.1 Eje Z: La base normativa y estructural**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos comienza diciendo que la libertad, la justicia y la paz, tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todas las personas humanas. Antes que un código jurídico, estos derechos son valores éticos y morales que los países se comprometen a cumplir mediante ciertas conductas porque comparten esos valores. Por lo tanto, las conductas contrarias a esa ética violan los derechos y los valores éticos en los que se basan.

Los DSR no se encuentran en un código particular, sino que se trata de una preocupación compartida sobre el ejercicio de la capacidad de procrear como una de las realizaciones de la libertad y la igualdad de las personas que permite la expresión de las diferencias. Son derechos – como todos los derechos humanos – individuales, inalienables e imprescriptibles. Nadie puede obligar, prohibir o sustituir la voluntad de cada persona para reproducirse o no (De Barbieri, 1999)

Además, en la ética y en el derecho, se pueden distinguir dos tipos de derechos: negativos y positivos. Los primeros, se refieren a no sufrir interferencias y por lo tanto garantizan la posibilidad de conductas que se consideran adecuadas o correctas sin el sometimiento a controles por parte de entidades gubernamentales. Los derechos positivos en cambio dependen de que un ente responsable ejecute ciertos deberes mediante actos afirmativos que faciliten el disfrute y de recursos distintos a los propios del individuo. El respeto de un derecho negativo requiere una acción legislativa positiva que derogue una ley

abusiva, pero una vez tomada la acción cualquier intervención quedará limitada. Por ejemplo en el caso de los DSR, cuando la legislación apoya el poder opresivo del gobierno, los derechos negativos exigen la derogación de las leyes que permiten la interferencia del Estado en el ejercicio de derechos. Por otro lado, de nada sirve proporcionar derechos que permitan la libertad de las personas a elegir el método anticonceptivo que más les convenga si no existen derechos que propicien que acceda a los servicios (Cook et al., 2003).

En casos donde la tradición de intervención gubernamental ha sido fuerte y autoritaria, la defensa de los derechos humanos en positivo puede ser complicada, ya que muchas veces los servicios dependen de los recursos financieros y políticos y pueden enfrentar tensiones con poderes fácticos que no necesariamente están en el aparato gubernamental, como la Iglesia (Cook et al., 2003).

Vistos en conjunto, los derechos positivos y negativos limitan el poder del Estado para obligar a los individuos a justificar sus decisiones reproductivas o poner sus capacidades al servicio de las preferencias gubernamentales. Aunque los gobiernos pueden influir en mecanismos para la toma de decisiones reproductivas y proponer incentivos o desestimular, no pueden utilizar medios obligatorios ni coercitivos en el menoscabo de la posibilidad de los individuos para disfrutar de su vida sexual .

Los DSR recurren a la naturaleza positiva del derecho y le dan contexto de salud y dignidad humana. Estos derechos son protegidos a través de otros porque son interactivos con el grado de cumplimiento, son interdependientes. Por ejemplo han pensados en conexión son los derechos de la vida, la libertad, seguridad, a estar libre de tortura y tratos inhumanos y degradantes, a la información, educación, no discriminación, a los beneficios del desarrollo científico, etc. En ese sentido, el derecho a la vida implica no solo a no ser privado de ésta, sino el derecho a que no se impidan las condiciones de acceso que garanticen la existencia digna y son los Estados que tienen la obligación de crear esas condiciones. Por eso, y porque las barreras de acceso derivan de las condiciones sociales, culturales, económicas, jurídicas y otras relacionadas, es que

para su ejercicio es indispensable examinar y comprender el contexto en el que viven los individuos – familiar, comunitario, cultural –. (Cook et al., 2003).

Una evaluación de derechos humanos puede visibilizar los obstáculos sociales para los DSR, así como las condiciones subyacentes que aumentan los factores de riesgo para una mala salud sexual y reproductiva, entre ellas, legislaciones que perpetúan la inferioridad de mujeres o limitan el acceso a los servicios y afectan su capacidad de toma de decisiones. También puede identificar daños a la salud y es posible que el daño no solo exija cuestionar determinadas prácticas o leyes, sino modificar costumbres y actitudes sociales.

Es obligación de los Estados abstenerse de poner trabas a las medidas adoptadas por las mujeres para conseguir sus DSR. Esto exige que los gobiernos estén informados del modo en que es necesario prestar servicios de salud públicos y privados y de proteger la salud de las mujeres mediante el cumplimiento de sus funciones de agentes y funcionarios, así como de particulares y organizaciones. Los Estados pueden imponer sanciones a quienes cometan violaciones de derechos y las medidas siempre son de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico o de otra índole que permitan que las mujeres disfruten de sus derechos (Cook et al., 2003).

En ese sentido el eje Z estaría conectado con los derechos ganados y el tránsito de las decisiones reproductivas del Estado hasta el sujeto mujer del que se hablaba en apartados anteriores y determina de algún modo el escenario reproductivo actual y su relación con las determinantes sociales a su alrededor, como el acceso al empleo, al plan de vida, a la educación, etc.

### *5.3.1.1 Condiciones estructurales, toma de decisiones y justicia reproductiva*

El panorama reproductivo de las mujeres en México es complejo. Las condiciones en las que las mujeres se embarazan en nuestro país no son equitativas. Basta señalar que la Tasa Global de Fecundidad en el país es de 2.07 hijos por cada mujer, mientras que en la Ciudad de México es de 1.34 hijos y en estados donde las políticas que protegen los derechos sexuales y reproductivos han sido menos favorecidas, por ejemplo en Chiapas es del triple, es decir 2.80 hijos. Así mismo, la tasa de fecundidad entre mujeres que solo cuentan con la primaria es de 2.82 hijos, mientras que quienes cursaron educación media y superior es de 1.75 hijos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

En el mismo sentido, la ENADID 2014 mostró que la edad promedio en la que las mexicanas tienen su primer hijo es de 19.5 años. Sin embargo, para las mujeres que no cuentan con educación básica es de 17.5 años, mientras que para aquellas que tienen secundaria o más se eleva hasta los 20 años. Al analizar este mismo dato por lugar de residencia, se visualiza que en las zonas rurales las mujeres tienen su primer hijo en promedio a los 18.9 años y en zonas urbanas es casi un año después, a la edad de 20 años. Sin embargo, la mitad de las mujeres de todo el país que tuvieron a su primer hijo, tendrán al segundo solo un año después y una de cada tres, lo tendrá dos años después, sin importar su edad o el lugar en donde viva (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2018).

Pero las desigualdades no comienzan en el nacimiento del primero hijo, sino desde mucho antes. En todo el mundo el uso de anticonceptivos modernos ha dotado a muchas mujeres de mayor control sobre su cuerpo y vida reproductiva y la disminución de la tasa de fecundidad se tradujo en una disminución del tiempo que destinan a gestar y criar a sus hijos, así como a la mejora en el nivel educativo (OMS, 2009). En México, los datos muestran variabilidad del control reproductivo de acuerdo con el grado de escolaridad o el tamaño y ubicación de los lugares que habitan las mujeres.

El 39.9% de las mujeres en edad fértil que participaron en la ENADID 2018 mencionó que usó método anticonceptivo en su primera relación sexual. Existe una gran distancia a nivel estatal para este

indicador, mientras que la Ciudad de México alcanza el 56.4%, en Chiapas este porcentaje es de 19.6%, en Guerrero de 27.7% y Oaxaca de 29.8% (INEGI, 2018). Quince millones de mujeres (15,979,222) no utilizaron método en su primera relación sexual, de ellas, el 76% se encontraba unida y 40% contaba con estudios de secundaria solamente.

Aunque la cobertura anticonceptiva en todo el país es de 75.4% de mujeres sexualmente activas que utilizaban anticonceptivos cuando se les entrevistó para la ENADID 2018, en la Ciudad de México la proporción es de 81.6%, mientras que Chiapas, Guerrero y Zacatecas, apenas llegan al 70%. Con respecto a la escolaridad, el 70.3% de las mujeres sexualmente activas y sin escolaridad usan algún tipo de método anticonceptivo y solo en el 5.5% de los casos existe participación masculina al respecto, mientras esta proporción se eleva a 76.2% entre quienes tienen preparatoria y más, mientras que en el 23.5% de los casos los varones participan. Esta heterogeneidad es producto de la desigualdad con la que acceden no solo a los métodos anticonceptivos o procedimientos de aborto, sino en general a la educación sexual, información científica de calidad y las oportunidades de desarrollo.

Para CONAPO el embarazo no planeado es considerado cuando las mujeres declaran que sí querían embarazarse, pero querían esperar más tiempo para hacerlo y el embarazo no deseado se contabiliza cuando las mujeres declaran que no querían embarazarse. Los datos muestran que para 2014, las mujeres embarazadas al momento de la encuesta reportaron que el 21% sus embarazos fueron no planeados y el 15.5% no deseados. Es decir, en total, en México para 2014, uno de cada tres embarazos era no deseado o no planeado (CONAPO, 2018).

La ENADID 2014 muestra también que el número ideal de hijos es de 2.6 en promedio. Aun así, más de la mitad de las mujeres que tienen 3 hijos dijo que ese era su ideal. No obstante, el 1.4% de ellas no quería tener hijos, el 4.3% solo quería tener uno y el 14.2% quería tener dos. Al indagar, en general, por las razones por las que las mujeres tuvieron más hijos de los que deseaban, se encontró que el 34.8% declaró

que no utilizó métodos anticonceptivos, 23.2% reportó una falla en éstos y el 17.1% mencionó que su esposo quería más hijos de los que ellas deseaban (CONAPO, 2018).

En ese mismo orden de ideas, para la ENADID del 2018, una de cada tres mujeres que respondieron, que se encontraban embarazadas en ese momento y que no tenían hijos o que tenían un hijo vivo, mencionaron que querían esperar o no deseaban embarazarse, mientras que una de cada dos de quienes tenían dos o más hijos vivos, dijeron que su embarazo era no deseado o no planeado. Estas proporciones se mantienen entre las adultas jóvenes, mientras que, para las adolescentes de 15 a 19 años, uno de cada dos embarazos es no deseado o no planeado, sin importar si ya tienen hijos o no (INEGI, 2018).

La ENADID también compara las preferencias reproductivas de mujeres en edad fértil en contextos urbanos y rurales. De las mujeres que reportaron haber tenido más hijos de lo que consideraban el ideal, en el contexto urbano el 34.9% dijo que era porque no usó método anticonceptivo, esta cifra es del 37.2% para el contexto rural. En uno de cada tres casos las mujeres de contextos urbanos mencionaron que les falló el método y solo el 4.7% dijo que no lo conocían, mientras que en contextos rurales una de cada cinco dijo que su método había fallado y el 11.1% mencionó que no lo conocía. Una de cada cinco mujeres que respondieron la encuesta y que tenía menos hijos de lo que consideraba el ideal mencionó que no tenía más hijos por falta de dinero o por motivos de salud, sin importar si el contexto era rural o urbano (INEGI, 2018).

En los datos de 2014, entre las adolescentes se reporta una mayor proporción de embarazos no planeados (30.6%) que no deseados (17.8%). Entre mujeres más grandes esta tendencia se iguala y luego se invierte (Tabla 1) (CONAPO, 2018).

**Tabla 1. Proporción de embarazo no deseado y no planeado en México según grupo de edad.**

<b>ENADID 2014</b>		
<b><i>Edad</i></b>	<b>No planeado</b>	<b>No deseado</b>
15 – 19 años	30.6%	17.8%
20 – 24 años	25.8%	12.6%
25 – 29 años	16.7%	15.1%
30 – 34 años	15.9%	10.9%
35 y más	3.8%	27.4%

Así mismo, las mujeres con baja escolaridad tienen proporciones más elevadas de embarazo no deseado que las de mayor escolaridad (28.1% para quienes no tienen educación primaria y 20.8% para quienes cuentan con educación secundaria). Ocurre a la inversa con el embarazo no planeado (el 13.5% de las que tienen primario o menos reportaron un embarazo no planeado y el 19.4% de las que tienen secundaria o más) (CONAPO, 2018).

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, desde abril de 2007 y al 31 de marzo del 2023, la mayor proporción (45%) de mujeres que han sido atendidas en los servicios de ILE de la Ciudad de México tenían entre 18 y 24 años, seguidas por mujeres de 25 a 29 años (24%) y de 30 a 34 (14%). Solo el 6% tenía menos de 18 años. El 43% de ellas contaba con preparatoria, el 31% con secundaria y el 18% contaba con educación superior (SEDESA, 2023).

El 70% de estas mujeres tenía al menos un hijo. Una de cada dos (54%) estaba soltera, el 29% se encontraba en unión libre y el 11% casada. Una de cada tres (30%) se dedicaba al hogar, el 24% era estudiante y el 29% empleada (SEDESA, 2023).

En este eje se han abordado las condiciones estructurales de los derechos civiles y sociales ganados en el último siglo, específicamente en el caso de las mujeres, por ejemplo, la escolaridad, el trabajo y las preferencias reproductivas. No obstante, para el ejercicio de dichas preferencias, más allá de las condiciones estructurales de base, como la despenalización en la Ciudad de México o el artículo 4to Constitucional que protege la libre elección de cuántos hijos y en qué momento tener, hace falta la disponibilidad de condiciones que podrían traducirse en servicios de toda índole en el entramado social. Por eso en el eje siguiente, se habla de las fuentes.

### **5.3.2 Eje Y: Las fuentes como *límite de la experiencia***

Los derechos humanos en realidad están protegidos por las convenciones regionales, internacionales y las constituciones y leyes de cada país. Se trata de instrumentos que orientan las políticas, los principios, el lenguaje y los mecanismos para hacer valer los intereses de los individuos de manera legítima. Específicamente los DSR son derechos humanos ya reconocidos por las leyes (Cook et al., 2003).

En las leyes propuestas para la protección de los DSR se pueden describir tres enfoques: 1) la penalización, 2) la promoción de la salud y el bienestar y 3) el énfasis en los derechos humanos y la justicia. No se trata de posturas mutuamente excluyentes. La mayoría de los países se ha comprometido a respetar la libertad de las personas y su dignidad mediante sus constituciones locales y otras leyes emanadas de éstas. En ese sentido las opciones reproductivas entendidas como derechos negativos han sido defendidas con decisiones judiciales que restringen la intervención gubernamental, pero no han sido tan exitosamente desarrolladas como derecho positivo pues las cortes a menudo tienen menos disposición o mecanismos para orientar la discrecionalidad gubernamental por ejemplo en términos de asignación de recursos (Cook et al., 2003).

Los organismos de Derechos Humanos se han preocupado cada vez con más frecuencia y han sido críticos de las leyes que se interpretan negando la posibilidad de que el aborto sea legal violando el derecho a la vida de las mujeres que mueren por esta causa. En el caso de las mujeres que han enfrentado violencia sexual, negar el aborto constituye además una violación al derecho de estar libre de tratos inhumanos y degradantes (Cook et al., 2003).

Por eso, la posibilidad de que las mujeres obtengan servicios de aborto está afectada por la legislación vigente en un país específico y por la forma en que dicha legislación se interpreta y aplica. El caso de la legislación en la ciudad de México es un ejemplo exitoso de un derecho negativo que limitó las decisiones del estado en materia reproductiva y puso en marcha la protección acciones positivas en la implementación y evaluación de los servicios.

No obstante, el acceso a los servicios y la disponibilidad de estos, no ocurren en un vacío social. Las normativas legislativas, no son las únicas que rigen la vida de una comunidad. En ese orden de ideas, el Lineamiento Técnico para la atención del aborto seguro en México, hace énfasis en la mirada integral y centrada en la persona con la que deben proveerse los servicios y reconoce que la experiencia del aborto no se reduce al abordaje clínico, lo cual, hace indispensable considerar los factores de riesgo y vulnerabilidad que influyen en las necesidades de salud de las usuarias cuando acceden a estos servicios. El Lineamiento, menciona que el servicio debe contar con una atención en un ambiente de confianza y seguridad que ofrezca un espacio de expresión sobre necesidades, preocupaciones, ideas e inquietudes (CNEGSR, 2022).

Algunas de las consideraciones para el acceso efectivo a los servicios de aborto tendría que ser el reconocimiento de necesidades de las usuarias a partir de factores como la edad, etnia, ubicación geográfica o cualquier otra condición que pudiera generar discriminación, la generación de estrategias y medidas del reconocimiento de las características específicas de las usuarias desde un enfoque interseccional y el principio de equidad, el respeto a la decisión de no estar acompañada y de no divulgar datos sensibles.

Resalta que el principio de seguridad además, contempla la provisión del cuidado del procedimiento del aborto centrado no solo en el uso de las tecnologías médicas y la infraestructura, sino también de las capacidades interpersonales y competencias técnicas del personal de salud, pues parten del reconocimiento de que las actitudes, creencias y valores de quienes prestan servicios y quienes acceden a ellos, podrían afectar la experiencia del procedimientos. En esa medida, el Lineamiento hace énfasis en brindar la atención con una perspectiva afirmativa de la experiencia, pues todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud y esto incluye una atención digna y respetuosa (CNEGSR, 2022).

Si los cuidados forman parte de uno de los mecanismos de acceso para la garantía y protección del derecho a la salud ¿de qué se debe cuidar a las mujeres durante la experiencia? ¿cuáles son las características específicas o los factores de vulnerabilidad que impactan sobre la experiencia? En la literatura científica se pueden encontrar una serie de pequeñas cadenas de causalidad relacionadas con la salud psicosocial que

impactan sobre la vida reproductiva y la toma de decisiones de las mujeres. La salud mental y algunas experiencias que la impactan, juegan un papel fundamental en la experiencia reproductiva, como ya se reconocía en Dublín en 2017.

### ***5.3.2.1 Estigma***

La evidencia ha mostrado que el estigma ocasiona retraso en la atención médica, aun cuando las mujeres detecten signos de alarma durante un aborto y es uno de los factores con mayor impacto en la salud física y mental. Está suficientemente documentado que el estigma puede asociarse con síntomas psicoafectivos antes, durante y después del procedimiento del aborto y hacer sentir culpables o avergonzadas a las mujeres por el rechazo o desaprobación de las personas que les rodean (CNEGSR, 2022).

El estigma por abortar se refiere a un “atributo negativo adherente a las mujeres que buscan terminar un embarazo y que las marca interna o externamente como inferiores para los ideales de la feminidad” (Kumar et al., 2009). Algunas autoras señalan que el estigma es una de la principal barrera para acceder al aborto y específicamente al aborto seguro (Shellenberg et al., 2011).

Russo (1976) hipotetizó que el deseo de ser madre es central para ser una buena mujer y las nociones de que las mujeres deberían solo tener sexo para reproducirse refuerzan la idea de que el sexo por placer es ilícito para las mujeres. El aborto por lo tanto es estigmatizado porque sostienen la idea de que las mujeres no tuvieron sexo para procrear y que están buscando ejercer el control sobre su propia reproducción y sexualidad. Estas dos acciones amenazan las normas de género tradicionales (Norris et al., 2011).

También Kumar, Hessini y Mitchell (2009) llegaron a la conclusión de que las mujeres que abortan desafían tres de las premisas culturales básicas sobre la “naturaleza” del ser mujer: 1) la mujer solamente tiene relaciones sexuales para procrear, 2) la maternidad es inevitable y 3) la mujer es naturalmente vulnerable. No obstante, existen variantes en la forma en la que se expresa dicho estigma, con base en las construcciones históricas y culturales de cada sociedad en particular.

La investigación disponible sugiere que el estigma por abortar tiene al menos tres dimensiones: 1) estigma percibido: se trata de la preocupación que tienen las mujeres acerca de las actitudes y acciones discriminatorias que otros pudieran tomar hacia ellas por haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo; 2) estigma internalizado: se refiere a que las mismas mujeres podrían incorporar estas normas sociales y les implica una sensación de vergüenza, culpa u otros sentimientos negativos; 3) el estigma latente que se puede traducir en las conductas discriminatorias que enfrentan otros actores que están directamente relacionados con el hecho, por ejemplo los prestadores de servicios de salud o los discursos en el espacio público como los medios de comunicación, etc. (Cockrill et al., 2013).

La evidencia sobre estigma por abortar muestra que distintas instituciones sociales operan como causas principales, por ejemplo: las instituciones médicas, o las instituciones sociales integradas por los otros significativos como la familia, amigos, parejas sexuales. Incluso la legislación operante en cada país, entendida como una de las barreras más importantes que las mujeres encuentran para acceder a un aborto seguro se ha planteado como una de las principales fuentes de aumento de estigma latente (Hanschmidt et al., 2016).

Tanto las creencias asociadas al aborto clandestino como sucio o poco saludable, como las creencias que lo ligan con enfermedades como el cáncer o la infertilidad y las que atribuyen personificación al feto mediante el uso de imágenes como el ultrasonido, son fácilmente propagables en contextos legalmente restrictivos y fácilmente confundidas con las representaciones sociales del aborto en condiciones legales y seguras o con medicamentos (procedimientos en los que se ha hecho menos investigación sobre estigma). Además, estas ideas son incluidas en las agendas de grupos que promueven la penalización (Norris et al., 2011).

Hanschmidt et al., llevó a cabo en 2016 una revisión sistemática de la evidencia reportada hasta el momento sobre el estigma por abortar. De acuerdo con las autoras, las mediciones cuantitativas se han llevado a cabo con distintas escalas o instrumentos que no siempre permiten hacer generalizables los

resultados. Aun así, los hallazgos son comunes entre las investigadoras que trabajan sobre el tema: el mantenimiento del secreto, la preocupación por el juicio de otros y las emociones negativas asociadas.

En 2014 Cockirll et al., encontraron en el desarrollo de una escala que evaluaba el estigma asociado al aborto, que entre mujeres de Estados Unidos las respuestas acerca de las preocupaciones con respecto al juicio de otros cercanos realmente no eran tan elevadas como las preocupaciones por los juicios de la comunidad en la que se encontraban. Así mismo, en la subescala de auto enjuiciamiento reportaron puntajes que iban de medios a altos para las emociones de vergüenza, culpa, egoísmo, etc.

En el mismo sentido, los estudios cualitativos muestran que las mujeres encuentran al aborto como un evento socialmente inaceptable y potencialmente desacreditador porque anticipan un juicio negativo para ser consideradas malas, anormales e incluso asesinas y por ello también anticipan discriminación al respecto de dicha acción (Hanschmidt et al., 2016). En otro estudio, se reportó que entre los predictores más importantes para que las adolescentes mencionaran que no se sentirían bien después del aborto se encontraban las preocupaciones sobre el perdón de Dios y pensar que abortar es como matar a un bebé que todavía no ha nacido (Ralph et al., 2017).

Sin embargo, la relación entre la experiencia del estigma y el posible malestar en las mujeres es compleja, pues podría estar mediada por otras determinantes. Por ejemplo, es más probable que la alta percepción de estigma se encuentre entre mujeres que tienen poco apoyo social emocional de parte de sus familiares, amigos o pareja (Hanschmidt et al., 2016). Otro ejemplo es el de Weidner y Griffitt (1984), que encontraron que las mujeres universitarias que habían interrumpido un embarazo eran mucho menos deseables para los hombres como esposas o novias en comparación con las mujeres que no tenían esta historia.

Además, el incremento de malestar o las emociones negativas se ven exacerbadas en mujeres que tienen un punto de vista sobre el aborto más negativo debido a las creencias religiosas. (Kimport et al., 2011; Rocca, 2015). En estados Unidos las mujeres hispanas tienen más probabilidad de percibir estigma de sus

amigos o personas cercanas en comparación con otros grupos raciales (Shellenberg & Tsui, 2012). En este mismo estudio (Shellenberg & Tsui, 2012) se encontró que las mujeres hispanas que se autodenominan católicas tienen 60% más riesgo de sentir que deben mantener la experiencia en secreto y de tener más sentimientos de culpa (estigma internalizado) que las mujeres sin afiliación religiosa. Además, Cockrill y Hessini (2014) han descrito que el estigma internalizado fue más pronunciado en mujeres que tienen familias con actitudes fuertemente en contra del aborto.

#### Consecuencias del estigma en la salud y la toma de decisiones reproductivas

De acuerdo con Hanschmidt et al., (2016) los estudios sobre el tema muestran que el estigma tiene un potencial impacto en la vida de las mujeres en distintos modos. En general el proceso de internalizar o lidiar con el estigma, más aún si las mujeres deben guardar el secreto, ha sido relacionado directamente con un impacto sobre la percepción que las mujeres tienen de sí mismas y los problemas de salud mental como la depresión (Shellenberg & Tsui, 2012). Por ejemplo, Major y Gramzow (1999) mostraron que las mujeres que perciben estigma alrededor de su decisión fueron mucho más propensas a no decírselo a sus amigos y familia. Así mismo, encontraron que la sensación de estar guardando un secreto se relaciona con el incremento del riesgo de la presencia de supresión de emociones y pensamientos acerca de que otros se entrometen en sus asuntos privados. La presencia de estos pensamientos se asoció con estrés y malestar en las participantes.

Aunque de acuerdo con Kumar, Hessini y Mitchell (2009) la experiencia del estigma por abortar podría variar de acuerdo con características individuales: valores culturales o nivel socioeconómico; en todo el mundo se ha encontrado que una de cada dos mujeres que interrumpen el embarazo mencionan la necesidad de mantenerlo en secreto (Norris et al., 2011). Esto podría generar una carga psicológica para las mujeres, no solo porque podría traducirse en experiencias de soledad o supresión de emociones (Major et al., 2000), sino porque implica consecuencias en otros ámbitos de la vida. Por ejemplo: Jones, Finer y Singh (2010) encontraron en un estudio realizado en Estados Unidos, que el 30% de las mujeres que

interrumpieron el embarazo y que contaban con un seguro médico que lo cubría, prefirieron pagarlo directamente de su bolsillo para mantenerlo en secreto. También se ha encontrado que las mujeres con altos niveles de estigma prefieren llevar a cabo un aborto por sí mismas y sin atención médica (Norris et al., 2011), muchas veces sin suficiente información, lo que podría poner en riesgo su salud física o su vida.

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, Steinberg et al., (2016) mostraron que el mayor predictor para síntomas de depresión ( $\beta=3.20$ ,  $SE=0.41$ ,  $p< 0.0005$ ) y ansiedad ( $\beta=2.03$ ,  $SE=0.29$ ,  $p< 0.0005$ ) antes de un aborto inducido era el estigma percibido, aun controlando por las características sociodemográficas, las características del procedimiento del aborto, las adversidades durante la infancia, la violencia e pareja, el contexto de la relación y las intenciones del embarazo. O'Donnell, O'Carroll & Toole (2018) mostraron resultados parecidos en donde el estigma internalizado se asociaba con un decremento del bienestar. Las mujeres que participaron en su estudio reportaron con mayor frecuencia sentirse ansiosas, tristes, avergonzadas y alejarse deliberadamente de otros.

En México, después de la despenalización en la Ciudad de México se han realizado estudios, en su mayoría cualitativos, sobre este tema con proveedores de servicios de salud o en mujeres de la población general, que no necesariamente han abortado y que no abordan dimensiones de salud mental (Lafaurie et al., 2005; Erviti, J., Castro, R., y Sánchez, I., 2006; Lamas, 2014; Sorhaindo et al., 2014, 2016). Por otro lado, a pesar de la despenalización en la Ciudad de México, existe un contexto generalizado de estigmatización y criminalización de las personas directamente involucradas, sobre todo focalizado sobre las mujeres que lo llevan a cabo y los prestadores (as) en los servicios de salud (Lerner et al., 2016).

En 2014, Sorhaindo et al., realizaron una investigación cualitativa en la que se incluyeron grupos focales de mujeres que sí habían interrumpido el embarazo y de sus parejas en varias ciudades mexicanas para explorar las fuentes, experiencias y consecuencias del estigma por aborto. Las mujeres que participaron en dicho estudio no sólo se sentían juzgadas por haber abortado, sino que además sentían que era probable que tuviera consecuencias – a modo de castigo- por ejemplo: la infertilidad. Además, ellas y sus parejas

preferían mantener la experiencia en silencio debido a que sentían miedo del juicio de sus familiares y amigos.

A pesar de que todas las mujeres participantes pensaban que habían tomado la mejor decisión en función de sus propias circunstancias, sí reportaron sentir dolor, vergüenza, tristeza, miedo y culpa relacionados con el aborto. Asimismo, reconocieron que el miedo al castigo divino asociado con la prohibición del aborto por parte de la iglesia católica, les agregaba sensaciones de ansiedad y exacerbaba la culpa y la vergüenza por haberlo llevado a cabo, sobre todo cuando la familia participaba de dichas creencias (Sorhaindo et al., 2016).

No obstante, se han descrito varias maneras de lidiar con el estigma. Por ejemplo, las mujeres que reportan que a sus redes sociales como cercanas y que tienen una comunidad de soporte, se sienten menos culpables y avergonzadas (Norris et al., 2011). Así mismo, las participantes del estudio de Sorhaindo et al., (2014) también reportaron que la experiencia del aborto les daba la sensación de haber resuelto un problema grave, de tener buenas habilidades de toma de decisiones y de haber priorizado su bienestar en una situación complicada. Estas sensaciones les ayudaban a lidiar con las emociones producidas por el estigma internalizado.

En América Latina se ha señalado la necesidad de abordar la relación que guarda esta variable con los desenlaces de salud mental, en relación con la desmitificación del llamado “síndrome postaborto” (Zamberlin, 2015). En resumen, el estigma afecta directa o indirectamente los desenlaces de problemas de salud psicosocial en quienes interrumpen el embarazo, independientemente de sus características individuales; porque los contextos de alta restricción legal y social, como el mexicano, podrían agravar dichas consecuencias, y porque la experiencia del estigma podría estar relacionada con otras características de la experiencia, por ejemplo la red de apoyo con la que cuentan las mujeres, el trato que les brindaron los profesionales en el consultorio o las emociones presentes durante el procedimiento e incluso las experiencias de discriminación subsecuentes.

### ***5.3.2.2 Salud mental: historia previa de depresión, embarazo no deseado y aborto***

Algunos estudios mencionan que el embarazo tiene un efecto amplificador en las condiciones de vida de las mujeres y sus parejas, no solo por la cuestión hormonal sino porque implica un cambio –a veces de largo plazo- en roles y actividades de organización familiar, de pareja, económica, etc. (Glazier et al., 2004). Estos cambios parecen más difíciles de afrontar cuando la situación del embarazo no se estaba buscando. Se ha reportado que un embarazo no planeado podría estar relacionado con el incremento de riesgo en la adversidad familiar, menores índices de ajuste en la relación entre madres/padres e hijos (Boden et al., 2015) e incluso tener consecuencias en la salud mental de las mujeres décadas después del nacimiento de los hijos (Herd et al., 2016). En ese sentido, el aborto ha sido planteado incluso como un factor protector siempre que sea decidido libremente por las mujeres y llevado a cabo en condiciones seguras.

En México, Lara y colaboradoras realizaron una investigación en 2006, en tres instituciones de salud en la Ciudad de México que tenía como objetivo buscar los factores asociados a los síntomas depresivos en el embarazo, con 300 mujeres de 15 a 44 años. Los resultados que obtuvieron son que los antecedentes familiares que se relacionan con los síntomas depresivos fueron: haber sido separadas de sus madres o padres antes de los 11 años; cuando hubo posible depresión en la madre o el padre y si hubo consumo problemático de alcohol por parte de la mamá o el papá. Uno de los principales predictores de depresión fue la posible depresión de la madre, ya que las mujeres que reportaron posible depresión en la madre tienen 80% más riesgo de presentar depresión que las mujeres que no la reportaron (OR= 1.80, IC95%= 1.04-3.11). Además, las mujeres que reportaron tener sintomatología depresiva previa, tuvieron casi dos veces más riesgo de presentar depresión que las mujeres que no reportaron tener síntomas de depresión previos (OR= 2.08, IC95%= 1.18-3.67).

Entre el 10% y el 27% de las mujeres presentan síntomas depresivos durante el embarazo, de ellas, entre 2% y 11% experimentan desorden depresivo mayor (Hamid, Asif, Haider, 2008). Se han descrito distintos factores de riesgo, por ejemplo: Truijens, Spek, van Son, et al., (2017) en un estudio realizado con mujeres embarazadas de los Países Bajos, reportaron mediciones en tres momentos diferentes del periodo de embarazo (semana 12, 22 y 32) y encontraron relación de síntomas depresivos elevados con una historia previa de problemas de salud mental y el embarazo no planificado.

En México se reporta que entre 12% y 14% de las embarazadas presenta depresión y entre 21.7% y 30.7%, sintomatología depresiva (Lara et al., 2015). De hecho, uno de los factores de riesgo descritos en la literatura es ser mujer y tener hijos menores de 5 años (de Castro et al., 2015). El embarazo y específicamente el embarazo no deseado ha sido descrito como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos, específicamente depresión o sintomatología depresiva elevada.

Por otro lado, Hall y colaboradores (2014) realizaron una investigación sobre los factores de riesgo para tener un embarazo no planeado con dos grupos de mujeres en Estados Unidos: 1) mujeres que habían tenido un embarazo previo al actual y 2) mujeres sin embarazo previo al actual. En este estudio se encontró que las mujeres sin un embarazo previo que presentaban síntomas de estrés y depresión tenían 1.3 veces más riesgo de embarazarse en comparación con las mujeres que no reportaban ningún síntoma de salud mental (OR= 2.3, CI95% 1.2-4.3).

En otro estudio, la historia de depresión, en específico, se encontró relacionada con un incremento de 36% más de riesgo de tener embarazos no deseados en mujeres que la reportaban (OR= 1.36 CI 95%= 1.02-1.80) en comparación con las mujeres que no reportaban tener una historia de depresión (Aztlán et al, 2018). La evidencia muestra que, en el caso de las mujeres que realizan un aborto, la historia de salud mental afecta la manera en que las mujeres experimentan el procedimiento, antes y después de realizarlo. Las mujeres que presentan una historia de trastornos mentales en general, tienen 1.23 veces más de riesgo de

experimentar el embarazo no deseado y el proceso de interrupción como una carga en comparación con aquellas que no presentan dicha historia (OR=2.23 CI 95%= 1.34-3.70) (J. van Ditzhuijzen et al., 2017).

En ese mismo estudio, se encontró que quienes habían tenido un aborto, tenían casi dos veces más probabilidad de tener historia psiquiátrica previa (depresión mayor, distimia o trastorno bipolar) en comparación con quienes nunca habían interrumpido un embarazo (OR= 2.30, CI 95%= 1.78-2.98). De acuerdo con las autoras, este podría ser un indicador por un lado de un aumento de embarazos no deseados entre quienes enfrentaron problemas de salud mental previamente y por otro de que son precisamente las mujeres con problemas de salud mental previos quienes eligen con mayor probabilidad interrumpir el embarazo en comparación con quienes no han presentado este tipo de problemas. Algunos factores relacionados con esta hipótesis podrían ser: la baja autoestima, dudas sobre sus habilidades parentales, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, comportamiento antisocial, agresión o por presión ejercida por parte de la pareja o familia (J. van Ditzhuijzen et al., 2017).

La evidencia señala que el embarazo no planeado y no deseado, así como ciertas condiciones pre-existentes a éste, son los factores que podrían explicar la mayor proporción de varianza en problemas de salud mental tras un aborto voluntario (Russo, 2014; comunicación personal). Entre estas condiciones destacan dos: la historia psiquiátrica previa (Steinberg et al., 2014) y la violencia experimentada, ya sea en la infancia –principalmente el abuso sexual- (Steinberg & Tschann, 2013) o en la relación de pareja (Pallitto et al., 2013). Asimismo, la evidencia sugiere que el estigma internalizado y el apoyo social, son factores que pueden asociarse con los problemas de salud mental de las mujeres que interrumpen el embarazo.

Existen debates sobre si el aborto inducido podría configurarse como un factor de riesgo para que las mujeres desarrollen problemas de salud mental y la depresión o sus síntomas han sido algunos de los desenlaces más abordados en los estudios. Luego de una serie de revisiones metodológicas, no existe evidencia de que esto sea así (Major, 2009, Russo, 2014). Con base en los estudios realizados con el mayor

rigor metodológico, es posible señalar que los desenlaces de problemas de salud mental en mujeres que abortan de modo legal y seguro, están relacionados con los antecedentes de las mujeres (Rondón, 2009).

De acuerdo con los resultados de estas revisiones, los estudios metodológicamente mejor diseñados no encuentran una *asociación directa* entre la interrupción voluntaria del embarazo y la presencia de problemas de salud mental en condiciones en que esta interrupción es legal (Russo, 2014). Sin embargo, para algunas mujeres sí puede configurarse como un estresor crónico con efectos de larga duración, principalmente problemas de ansiedad, depresión, ideación e intento suicida, y abuso de alcohol o drogas (Fergusson et al., 2013). No obstante, la evidencia parece apuntar a que el aborto voluntario no es una experiencia traumática per se, sino que es un evento de vida estresante de tipo agudo que puede llevar a algunas alteraciones emocionales, -particularmente por las implicaciones que tiene tomar una decisión de este tipo- y como tal, tiene pocas consecuencias a largo plazo en la salud mental.

Efectivamente muchas de las mujeres que mencionaron haber interrumpido el embarazo sienten tristeza, culpa o pesar después de abortar, pero señalan que más que un trastorno psiquiátrico, dichas reacciones corresponden a un sentimiento relacionado al evento (Rocca, 2015). Estos estudios dan cuenta de que, si bien es probable que se sientan angustiadas en la situación previa al procedimiento, una vez que lo realizan una mayoría las mujeres reportan sentir alivio, manifestación a la que agregan la posibilidad de retomar el control de su vida. A pesar de que en las respuestas de las mujeres se presenta una mezcla de emociones positivas y negativas, cuando se les pregunta si la decisión que tomaron fue la correcta, se observa una especie de desplazamiento de la sensación de alivio, pues también responden que el haber recurrido al aborto fue una correcta decisión (Casey, et al. 2010; Rocca et al. 2013). Esto ha llevado a plantear que incluso interrumpir voluntariamente un embarazo no deseado o no planeado puede disminuir la presencia de problemas de salud mental (ver el estudio de (Fergusson et al., 2013) al respecto).

En ese sentido, existe una gran diversidad en la experiencia psicológica del aborto; la que ocurre en función de las características personales, los sucesos asociados con el embarazo, las circunstancias actuales de la vida y de las relaciones en el momento en que las mujeres deciden interrumpir el embarazo, las razones para hacerlo, qué tipo de aborto se realiza y en qué tiempo; también esta experiencia se ve influida por los sucesos y condiciones de vida que ocurren durante y después de un aborto, y por el contexto sociopolítico más amplio en el que se realice (Major et al, 2009).

Para Rocca et al. (2013) la idea de que el aborto es dañino emocionalmente se basa en tres supuestos que no siempre son considerados en las investigaciones. Primero, se presume que las emociones negativas de la mujer se derivan del aborto y no de otras fuentes, como el propio embarazo o la pérdida de una relación; otras sienten culpa o rabia por haberse embarazado sin haberlo deseado. Segundo, la idea de que el aborto daña, con frecuencia no considera las emociones positivas y negativas mencionadas. Tercero, se asume que la salud emocional de las mujeres con embarazos no deseados que optaron por el aborto, estaría mejor si hubieran llevado su embarazo a término.

Según la revisión de Major y cols. (2009) entre los factores que se han asociado con reacciones psicológicas más negativas son en primer lugar la historia de problemas de salud mental previos al embarazo, interrumpir un embarazo deseado o importante, percibir presión de otros para abortar, y ciertos rasgos de personalidad que incrementan la vulnerabilidad a estresores, como el pesimismo y bajo control percibido. Dado que muchos de estos factores son los mismos que predicen la evaluación, enfrentamiento y reacción psicológica u otros eventos de vida estresantes, pueden ser también factores de riesgo para reacciones adversas a la maternidad no deseada o considerar dar en adopción al producto como una de las alternativas.

Es importante tomar en cuenta precisamente que las condiciones socioculturales afectan de múltiples maneras el proceso del estrés y su enfrentamiento respecto al embarazo. De manera tal que las variables relacionadas con el contexto pueden reducir o incrementar el grado de estrés que genera la interrupción del embarazo. Entre los aspectos más investigados en Estados Unidos, se señala el del estigma, que afecta tanto a ciertas mujeres por embarazarse (las adolescentes por ejemplo) y las mujeres que abortan, como al personal de salud que los lleva a cabo (Major et al., 2009 ). Cuando el estigma es internalizado en las mujeres que abortan, pueden estar vulnerables al malestar psicológico posterior. Asimismo los mensajes sociales que promueven el evaluar el aborto como un pecado o un asesinato, pueden incrementar los sentimientos de culpa y de malestar, incluso cuando ha pasado tiempo. Si agregamos además la perspectiva de los factores de riesgo co-ocurrentes, podemos considerar que los problemas de salud mental que se desarrollan tras un aborto pueden no ser causados por el suceso mismo, sino reflejar otros factores asociados con tener por ejemplo un embarazo no deseado o factores antecedentes no relacionados ni al embarazo ni al aborto como la pobreza o la violencia de pareja.

Ahora bien, es en los países más desarrollados, donde ocurre la menor cantidad de abortos (16% a nivel mundial), y es en los que se ha realizado investigación sobre los posibles efectos emocionales y mentales de un embarazo voluntariamente interrumpido. En países de América Latina, donde el aborto suele estar penalizado, los estudios sobre el tema son muy escasos o inexistentes. La evidencia proviene de países donde es más probable que los abortos sean legales y seguros (Russo 2014).

En 2016, Flores indagó en México la relación entre las emociones presentes, antes, durante y después del procedimiento de la ILE y la sintomatología depresiva elevada que algunas mujeres manifestaron tras el proceso. Los resultados muestran que el 20.17% de quienes presentaron sintomatología depresiva después de la ILE reportaron haberse sentido deprimidas alguna vez en la vida. Así mismo el 22.93% de quienes mencionaron que su madre estuvo deprimida alguna vez en la vida reportaron sintomatología depresiva elevada después de la ILE. En el análisis bivariado se encontró una asociación de

casi 4 veces más entre la percepción de la depresión de la madre y la presencia de sintomatología depresiva elevada posterior al aborto (OR=4.86, IC95% 1.54 – 15.26). Emociones como la culpa y el enojo fueron los principales factores asociados para puntuar alto en la evaluación de los síntomas. Esto no es indicativo de un trastorno, no obstante, en México no existen otros datos al respecto de la salud mental de esta población (Flores-Celis, 2016).

### ***5.3.2.3 Violencia contra las mujeres***

#### ***5.3.2.3.1 Violencia de pareja***

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la violencia de pareja como “el comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control” . En 2013 la OMS en conjunto con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica, realizó un análisis sobre violencia de pareja donde se utilizaron los datos de 24.000 mujeres de 10 países. Los resultados demostraron que entre el 15% y 71% de mujeres de entre 15 y 49 años que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física o sexual (Pallitto et al., 2013). Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En México, La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, artículo siete, define la violencia de pareja como: “El acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho” (INMUJERES, 2009).

Sin embargo, existen múltiples propuestas para abordar el tema, una que resulta importante rescatar por su esfuerzo teórico con base en estudios estadísticos sobre violencia masculina hacia las mujeres en México es la de Ramos y Saltijeral (2008) para la violencia física en parejas heterosexuales. Ramos y Saltijeral (2008) retoman la propuesta de Johnson (1995) para hablar de dos tipos de violencia física: “episódica” y lo que denomina como “terrorismo íntimo”:

“La primera, puede ocurrir y ser ejercida por uno o ambos integrantes de la pareja, cuando el control no está presente como una dimensión asociada, ni ocurre por un deseo de dominar a la pareja. Se presenta si ciertas situaciones de conflicto escalan y llevan a actos de agresión física en que también llega a participar la mujer; esta violencia es sustentada por el supuesto de una simetría en su ejercicio por parte de hombres y mujeres. La segunda, denominada «terrorismo íntimo», se comprende como un intento violento del hombre por ejercer control por medio de una serie de tácticas de abuso emocional para establecer y mantener un dominio sobre los comportamientos, pensamientos y sentimientos de la pareja” (Ramos y Saltijeral, 2008, p.p. 471).

Referente a la violencia psicológica o emocional, Ramos y Saltijeral (2008) mencionan tres dimensiones que la componen:

1. Devaluación, “que implica conductas orientadas a restar importancia a los sentimientos, aptitudes intelectuales y características físicas de la mujer, así como a mostrar indiferencia hacia sus necesidades, lo que suele asociarse con una sensación de minusvalía y de falta de atributos positivos”.
2. Amenazas e intimidación, “que hacen referencia a comportamientos, incluidos expresiones verbales, gestos y conductas, que muestran la intención de generar un daño emocional o físico grave, por lo que se asocian principalmente con el miedo o el terror”

3. Hostilidad y expectativas abusivas, “que implican enojos, críticas y regaños derivados de supuestas transgresiones a las expectativas del hombre en torno al papel de género que debe cumplir la mujer con el fin de hacerla sentir atemorizada y avergonzada por no hacerlo”.

Es importante mencionar la complejidad del tema ya que existen múltiples variables involucradas necesarias de incluir en el análisis de la violencia de pareja como son: las características demográficas de las mujeres (edad, estado civil, número de hijos o no, escolaridad), el desempeño de alguna actividad económica, la distribución del trabajo doméstico en las familias de las mujeres, y el uso de alcohol por parte de los hombres como factor de riesgo.

La evidencia muestra el impacto que tiene este tipo de violencia sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres en combinación con el impacto en su salud mental. Valentine et al., (2011) realizó un estudio observacional prospectivo en mujeres latinas desde su embarazo hasta los trece meses de posparto con el objetivo de determinar si la IPV (Intimate Partner Violence) representa un factor de riesgo prenatal para la depresión posparto (PPD). Se entrevistó a 210 mujeres con al menos 12 semanas de embarazo, mayores de 18 años y con auto adscripción latina, usuarias de un centro médico privado. Se les realizó una entrevista para examinar su exposición a IPV, con el objetivo de formar dos grupos con igualdad de representación para la realización de un análisis comparativo: 1) mujeres embarazadas expuestas a IPV (n=92) y mujeres embarazadas no expuestas a IPV (n=118).

Los resultados del estudio informaron el 21.4% (n = 46) reportaron exposición reciente a IVP, 21.4% (n = 46) reportaron exposición remota a IPV, y 56.2% (n = 118) informaron que no hay antecedentes de exposición a IPV. Se encontró una tasa de depresión alta durante el primer año de posparto con un 43.7% (n=83), en el periodo prenatal 33.2% de las mujeres cumplieron los criterios para síntomas de depresión, el 20.5% reportaron exposición reciente a IPV y el 23.2% reportó exposición remota a IVP. Como conclusión, Valentine encontró para esta muestra que la depresión prenatal es un predictor de la depresión en el primer año de posparto, así como la exposición reciente a IPV. Las participantes eran predominantemente de bajos

ingresos, monolingües (hablantes de español) y nacidas en el extranjero, con una edad promedio de 27.7 años, con reportes de IPV reciente, depresión prenatal, trauma no relacionado con IPV y baja en apoyo social. Para IPV reciente y depresión prenatal se muestra una asociación significativa con mayores probabilidades de PPD asociado con IPV reciente que con depresión prenatal (OR ajustado = 5,38,  $p < 0,0001$  para IPV reciente y ajustado OR = 3.48,  $p < 0,0001$  para la depresión prenatal) (Valentine et al., 2011).

Luego en 2012, Pallitto et al., (2012) realizó una investigación multicultural con el objetivo de explorar la asociación entre IVP, embarazo no planificado y aborto principalmente en países de bajos y medianos ingresos en 15 sitios de 10 países (Ciudad y provincia de Bangladesh, ciudad y provincia de Brasil, provincia de Etiopía, ciudad de Japón, ciudad de Namibia, ciudad y provincia de Perú, Samoa, ciudad de Serbia y Montenegro, ciudad y provincia de Tailandia, ciudad y provincia de la República Unida de Tanzania). Los resultados obtenidos informan que mujeres con antecedentes de IVP muestran más probabilidades de un embarazo no deseado y término del mismo por medio de abortos inducidos en una variedad de contextos (12 de 15 sitios) en comparación con mujeres que no experimenta IVP. La asociación más fuerte fue para el aborto, con mujeres que experimentaron violencia física y/o sexual en la pareja, teniendo casi tres veces más probabilidades de tener un aborto (OR ajustado 2.68, 95%CI, 2.34-3.06). Del mismo modo, las mujeres que informaron experimentar violencia física y/o sexual tenían casi el doble de probabilidades de tener un embarazo involuntario (OR ajustado 1.69, IC 95%, 1.53-1.86).

También Azevédo (2013) realizó una investigación con el objetivo de analizar la relación entre embarazo no deseado con la violencia de la pareja íntima antes del mismo (IVP por sus siglas en inglés). El estudio se realizó desde la perspectiva de género para el análisis del comportamiento de las parejas, actuales o anteriores de las mujeres y para indagar sobre autonomía social, sexual y reproductiva. Se entrevistó a 1,054 mujeres que habían estado en una relación sexual- afectiva durante al menos seis meses, de 18 a 49 años en Recife, Brasil en un periodo de tiempo de julio 2005 a marzo 2006. El análisis multivariado

demuestra la prevalencia de IVP durante el embarazo tomando en cuenta las variables: 1) características demográficas y socioeconómicas de las mujeres, 2) dinámica de la relación, 3) comportamiento de la pareja y, 4) actitudes e intenciones respecto al embarazo.

De las 1.054 mujeres entrevistadas, 60.3% (636) informaron embarazo no deseado. Las tasas fueron más altas entre los más jóvenes (menores de 30 años), menos educados (8 años de estudio o menos), y mujeres desempleadas, así como aquellos que aún asisten a la escuela. La mayoría de las parejas de mujeres estaban desempleados, presentan abuso de alcohol y son usuarios de drogas ilícitas. Se dividió en dos grupos a l total de la muestra: mujeres que habían sufrido IVP antes del embarazo y mujeres que no habían sufrido IVP. Los resultados obtenidos por Azevédo et al., (2013) reportan la prevalencia de IVP antes del embarazo en el 32.4% de las mujeres entrevistadas, el 85.1% de estas reportan al padre del niño como el agresor. En los casos donde se informa de IVP se reporta embarazo no deseado en 60.3% (636) de las mujeres entrevistadas con un  $OR_{adj} = 1.57$ ; IC 95%: 1.17-2.11, cuando se ajusta a tres de las cuatro variables analizadas en el estudio: características sociodemográficas de la mujer, el comportamiento del compañero, y la relación dinámica. Cuando la asociación se ajustó para el uso de anticonceptivos y la negativa de la pareja a usar anticonceptivos, la asociación no era significativa, lo cual sugiere una asociación entre la IVP Y el embarazo involuntario mediado por las tres primeras variables.

Cervantes (2016) realizó un estudio en 102 mexicanas mujeres embarazadas de 20 a 35 años, derechohabientes IMSS adscritas a la UMF 171, a las cuales se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y el instrumento índice de severidad de violencia de pareja (SVAWS por sus siglas en inglés). Se menciona una prevalencia de violencia doméstica del 18.6% (n = 19). De estas, la violencia física se presentó en el 10.8 % (n = 11), seguida de la violencia psicológica en un 5.9 % (n = 6) y la violencia sexual en 4 % (n = 4). Se empleó chi cuadrada entre la variable violencia y cada uno de los factores sociodemográficos: 52.6 % (n = 10) eran casadas (p 0.005), 26.3 % (n = 5) tenían licenciatura (p 0.074), 57.8 % (n = 11) habían planeado su embarazo, 47.3 % (n = 9) cursaban el tercer trimestre de embarazo y 78.95 % (n = 15) tenían

un trabajo entre obreras, comerciantes o profesionistas (p 0.016). Cervantes (2016) concluye que la violencia de pareja en mujeres embarazadas puede aumentar las probabilidades de sufrir daños físicos severos como: abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso del producto al nacer, lo que puede ser causa de depresión, trastornos por estrés postraumático (TEPT), insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio.

La evidencia de un mayor riesgo para las mujeres de tener un embarazo no deseado, embarazos repetidos y abortos voluntarios o coaccionados cuando experimentan violencia en las relaciones íntimas es contundente (Cripe et al., 2008; Roberts, Auinger y Klein, 2005; Stockman, Lucea y Campbell, 2013) y se ha tratado de explicar a través del concepto “coerción reproductiva”, que es parte del continuo de la violencia de pareja y hace referencia a comportamientos de los varones para mantener el poder y el control de las mujeres a través de la reproducción: por ejemplo el sabotaje al control del embarazo (romper condones a propósito, esconder, destruir o rechazar comprar anticonceptivos), el presionar para que ocurra (amenazar con dejar a la persona si no se embaraza o buscar a otra para hacerlo) y/o el coaccionar para que el embarazo siga o finalice (forzar la decisión) (Miller et al., 2014).

Cripe et al., (2008) mostró que en Perú las mujeres que reportaron violencia física y sexual, tuvieron un riesgo mayor de presentar un embarazo involuntario. Las autoras plantean que las mujeres que experimentan violencia, y que viven en un ambiente de dominación masculina y machismo tenderán a someterse sexualmente a sus parejas por temor a que se incremente la violencia, por lo que estas mujeres pueden rechazar menos las relaciones sexuales, negociar menos el uso de anticonceptivos, o usar métodos menos efectivos de anticoncepción, lo que puede llevar a un embarazo no planeado. Así mismo, en una revisión sistemática sobre coerción reproductiva (Grace, 2016) una de las conclusiones consistentes es que la prevalencia de embarazo no intencional es más elevada entre quienes enfrentan coerción sexual, no solo entre las mujeres que la experimentan con la pareja de la que se embarazan, sino también entre mujeres que la experimentaron en el pasado.

Stockman, Lucea y Campbell (2013) señalan que la violencia y la amenaza de violencia pueden disminuir la capacidad de las mujeres para protegerse adecuadamente de la infección por VIH o para tomar decisiones sexuales saludables. Se reporta que mujeres adolescentes en relaciones físicamente violentas, tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas que las que no han tenido este tipo de relación (Roberts, Auinger y Klein, 2005). Se sabe también que entre las madres adolescentes que acudieron a servicios públicos de salud y reportaron haber experimentado violencia de pareja recientemente, alrededor de dos terceras partes reportaron sabotaje al control natal por parte de su pareja (Raphael, 2005). Por lo anterior, no sería sorpresivo pensar que experimentar violencia de pareja y coerción reproductiva, se asocie con el deterioro de la salud mental y los embarazos no deseados que terminan en aborto.

#### **5.3.2.3.2 Violencia Sexual**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OMS, 2013).

En México, La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, en el artículo seis, fracción V, define la violencia sexual como: “Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto” (INMUJERES, 2009).

Desde la perspectiva de género y los estudios sobre salud mental y emocional en mujeres mexicanas, Ramos (2001:183 define la violencia sexual como: “abuso basado en el género... frecuentemente perpetrada por un varón en el que la mujer confía y de quien espera protección, como el padre, el tío, el esposo, alguna autoridad, etcétera. Sin embargo, esta violencia también es llevada cabo por desconocidos en diferentes

circunstancias”. Ramos (2001) destaca el aporte del movimiento feminista en la transformación y reconocimiento de la violencia sexual en un problema de abuso a los derechos humanos básicos de las mujeres y salud pública a nivel mundial.

La violencia sexual puede ser perpetrada por la pareja o por personas que no son la pareja de las mujeres como algún familiar o por una persona desconocida. Sin embargo, la violencia sexual en la pareja parece ser más prevalente. El informe sobre el estudio multipaís realizado por la OMS (2013) la prevalencia de violencia sexual de pareja reportada por mujeres de 15 a 49 años variaba entre 6% en Japón y 59% en Etiopía, con tasas de 10% a 50% en la mayoría de los entornos. Un análisis comparativo de las encuestas realizadas en América Latina y el Caribe encontró que las tasas de violencia sexual infligida por la pareja fluctuaban entre 5% y 15%. (OMS, 2013).

En Bolivia, el 53% de las mujeres respondió haber sufrido estas formas de violencia alguna vez en su vida mientras que el 25% dijo haber pasado por situaciones como esas en el último año. En Colombia y Perú 4 de cada 10 mujeres manifiestan haber sufrido violencia física o sexual de parte de sus compañeros íntimos alguna vez mientras que los porcentajes para los últimos 12 meses son significativamente menores (22% en Colombia, 15% en Perú). Muchas de estas mujeres declararon haber sido forzadas a mantener relaciones sexuales por una pareja (Gherardi et al., 2015).

En México, Ramos y Saltijeral (2001) realizaron un estudio con el objetivo de estimar la frecuencia de distintas formas de violencia sexual y su asociación con sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, uso de alcohol y otras drogas en algún momento de la vida. El estudio se conformó por 345 mujeres mexicanas usuarias de un centro de salud. Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres de 18 a 65 años, que se encontraran viviendo con su pareja por lo menos en el último año, y b) participación voluntaria bajo consentimiento informado. Se construyó un cuestionario estructurado conformado con los siguientes apartados: a) violencia sexual; b) violencia sexual por parte de la pareja; c) sintomatología depresiva e ideación suicida; d) intento suicida; e) uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. Para el apartado

b se utilizaron reactivos del instrumento de Ramírez y Patiño (1997), para el apartado c se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en su versión para población mexicana ( $\alpha=0.93$ ) incluyendo los reactivos de ideación suicida de la misma.

Para observar la relación de estas violencias con problemas de salud mental se clasificó a las mujeres en los siguientes grupos:

- a. Mujeres que no reportaron violencia sexual ( $n=228, 66\%$ ).
- b. Mujeres que reportaron haber sufrido al menos una forma de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja alguna vez en la vida ( $n=50, 15\%$ ).
- c. Mujeres que reportaron al menos una forma de violencia sexual por parte de la pareja en el último año ( $n=43, 13\%$ ).
- d. Mujeres que reportaron haber experimentado al menos una forma de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja alguna vez en la vida, y al menos una forma de violencia sexual en el contexto de esta relación en el último año ( $n=24, 7\%$ ).

La mitad de las mujeres que habían sufrido violencia sexual dentro fuera de la relación de pareja, así como de las que la habían sufrido exclusivamente en el contexto de la relación íntima, mostraron ser casos de depresión en porcentajes significativamente más elevados que los otros grupos [ $\chi^2= 45.79, (339, 3) \text{ gl}, p<0.001$ ]. En estos mismos grupos, las mujeres presentaron también porcentajes más elevados de ideación suicida comparativamente con las otras mujeres [ $\chi^2= 21.97 (342, 3) \text{ gl } p<0.001$ ]. Una cuarta parte de las mujeres con experiencias de violencia sexual dentro y fuera de la relación de pareja, así como las que las habían sufrido fuera del contexto íntimo, habían intentado suicidarse en un porcentaje significativamente más elevado que los otros grupos [ $\chi^2= 24.86 (342,3) \text{ gl } p<0.001$ ]. No se reportaron diferencias significativas en el uso de alcohol, pero sí en el uso de psicofármacos (antidepresivos, anfetaminas, tranquilizantes y estimulantes) [ $\chi^2= 9.94 (342,3) \text{ gl } p>0.05$ ].

La prevalencia de violencia en la pareja en México según datos de la ENDIREH (2021) es de 39.9% a lo largo de la relación o en la última, y de 20.7% en los últimos 12 meses. También en el ámbito de la pareja, 6.9% ha enfrentado agresiones sexuales a lo largo de la relación y 2.1% las ha enfrentado en el último año. Aunque la psicológica sigue siendo la más frecuente con 18.4% en los últimos 12 meses.

En el análisis de Frías (2018) sobre los datos de la ENDIREH 2016, sobre violencia sexual menciona que casi seis de cada cien mujeres mexicanas han padecido un intento de violación alguna vez en su vida y 4.4 por ciento han sido violadas por parte de una persona distinta a la pareja romántica, antes de los 15 años un 5.1% de las mujeres mexicanas han sido violadas o han intentado violarlas. En general, a 7.8 por ciento de las mujeres mexicanas las han violado o han intentado hacerlo a lo largo de su vida, aproximadamente tres millones 560 mil mujeres. Según Frías la cifra aumenta si se contempla la violación dentro de una relación de pareja, actual o última pareja, ya que 3.6 por ciento de las mujeres, aproximadamente un millón 540 mil, reportó haber sido violada por su actual pareja o expareja. De entre éstas, poco más de tres de cada diez (31.6%) además de ser violada por su actual o última pareja ha padecido una violación o un intento de violación en algún momento de su vida.

Siguiendo a Frías (2018) los datos de la ENDIREH 2016 muestran que 11 de cada mil mujeres que han trabajado alguna vez en su vida, intentaron violarla en el trabajo, y a casi cuatro de cada mil la violaron en el trabajo. Las instituciones educativas también son un espacio peligroso para las mujeres ya que a casi siete de cada mil mujeres que alguna vez ha asistido a la escuela han intentado violarla, y a casi tres de cada mil la violaron. En el contexto público, comunitario, o de ausencia de relación laboral, educativa, familiar y de pareja, a 13 de cada mil mujeres intentaron violarla y a seis de cada mil la violaron. Estas cifras sugieren que al menos a 30 de cada mil mujeres (3.1 por ciento) la han violado o intentado violar después de los 15 años en alguna ocasión alguna persona diferente a una pareja. Si además tenemos en cuenta los casos en que las mujeres reportaron que su primera relación sexual no fue consentida, el porcentaje después de los 15 años se incrementa a 4.16 por ciento. La prevalencia de violación y/o intento de violación en el último

año es que 3.6 de cada mil mujeres fue objeto de alguna de estas conductas en el ámbito público o contexto comunitario; 3.8 de cada mil en el trabajo; 2.8 de cada mil en la escuela y 4.7 mujeres de cada mil en su familia. En total, casi una de cada cien mujeres (0.978) fue objeto de violación o intento de violación por parte de alguien distinto a su pareja en el último año. Esto equivale aproximadamente a 475 mil mujeres.

En el estudio de la CEPAL, Contreras et. al (2016) menciona que la violencia sexual puede tener múltiples consecuencias como son: problemas de salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual (ITS, VIH y SIDA) embarazos no planeados, pérdidas de embarazo, disfunción sexual y problemas ginecológicos. Menciona que pueden existir consecuencias socioeconómicas como: estigma, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación política y laboral, así como la continuación del ciclo intergeneracional de violencia.

De igual forma se reporta que el acto sexual forzado sin protección y la reproducción forzada tienen graves consecuencias negativas para niñas y mujeres, como maternidad no deseada e ITS. El estudio señala que los investigadores dedicados al estudio sobre violencia sexual coinciden que, en lugares con ingresos moderados o más altos, entre las adolescentes en Latinoamérica y el Caribe existen altos niveles de relaciones sexuales sin protección, maternidad a temprana edad y embarazo no deseado. Un factor responsable es la negativa de las parejas de sexo masculino a usar condones o a permitir que sus parejas usen otros métodos anticonceptivos. En algunos casos, su negativa refleja no sólo irresponsabilidad, sino también una estrategia explícita para lograr que la mujer quede embarazada, a veces en contra de su voluntad.

Contreras y colaboradores (2016) señalan que en los casos de mujeres que son violadas por alguien que no es su pareja, existe la posibilidad de quedar embarazadas como resultado. El estudio retoma los datos de Amnistía Internacional que informa que para el 20% de las mujeres que buscaron tratamiento por violación en un servicio de salud en Puerto Príncipe, Haití, quedaron encintas a consecuencia de la agresión. En México, los estudios han encontrado que entre el 7% y el 26% de las víctimas de violación quedan

embarazadas. En lugares donde el acceso los servicios de aborto seguro es sumamente restringido, las mujeres y niñas que quedan embarazadas a consecuencia de una violación no tienen más opciones que llevar a término el embarazo o recurrir a servicios de aborto inseguro.

### **5.3.2.3.3 Abuso sexual infantil**

La Organización Mundial de la Salud (2017) ha definido al abuso sexual infantil como la participación de un niño o adolescente en una actividad sexual que no comprende completamente y para la que no otorgar su consentimiento o para la cual el/la niño(a) o adolescente no está preparado(a) por las condiciones de su desarrollo y no puede dar su consentimiento, o que viola las leyes o los tabúes sociales de la sociedad. Los niños pueden ser abusados sexualmente tanto por adultos como por otros niños que, en virtud de su edad o etapa de desarrollo, están en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima. Incluye el incesto que involucra el abuso de un familiar o pariente cercano. El abuso sexual implica la intención de satisfacer o satisfacer las necesidades del perpetrador u otro tercero, incluido el de buscar poder sobre el niño. Los adolescentes también pueden experimentar abuso sexual a manos de sus compañeros, incluso en el contexto de citas o relaciones íntimas. A menudo se distinguen tres tipos de abuso sexual infantil:

- Abuso sexual sin contacto físico (amenazas de abuso sexual, acoso sexual verbal, exposición indecente, exposición a la pornografía);
- Abuso sexual de contacto que involucra relaciones sexuales (agresión sexual o violación)
- Abuso sexual de contacto excluyendo las relaciones sexuales pero que involucra otros actos tales como manoseo, caricias o besos inapropiados.

El abuso sexual infantil a menudo se lleva a cabo sin fuerza física, sino con manipulación (por ejemplo, psicológica, emocional o material). Puede ocurrir con frecuencia durante semanas o incluso años, como episodios repetidos que se vuelven más invasivos con el tiempo, y también puede ocurrir en una sola ocasión.

Los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención. Se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas. En situaciones de conflicto armado y entre los refugiados, las niñas son especialmente vulnerables a la violencia, explotación y abusos sexuales por parte de los combatientes, fuerzas de seguridad, miembros de su comunidad, trabajadores de la asistencia humanitaria y otros (OMS, 2016) .

Una revisión sistemática de 2011 y un metanálisis de la prevalencia del abuso sexual infantil en todo el mundo sitúa la prevalencia entre las niñas en alrededor del 20% y entre los niños en alrededor del 8%. Otro metaanálisis de 2013 sobre la prevalencia actual de abuso sexual infantil (<18 años) en todo el mundo sugiere que alrededor del 9% de las niñas y el 3% de los varones experimentan coito forzado o intencional (oral, vaginal o anal) y 13 % de niñas y 6% de niños experimentan algún tipo de abuso sexual por contacto. Los datos de las encuestas sobre la violencia contra los niños en nueve países de ingresos bajos y medianos (PIMB), uno en el que se entrevistó a niños y jóvenes de 13-24 años, mostraron que para los encuestados de 18 a 24 años, la prevalencia de cualquier forma de la violencia sexual en la infancia (0-17 años) varió del 4.4% al 37.6% entre las niñas de Camboya y Swazilandia, respectivamente. Esta prevalencia fue superior al 25% para la mayoría de los nueve países. Para los niños, la prevalencia de cualquier forma de violencia sexual en la infancia (0-18 años) varió de 5.6% en Camboya a 8.9% en Zimbabwe y 21.2% en Haití.

La prevalencia de por vida de las relaciones sexuales forzadas o presionadas / forzadas físicamente entre las niñas (0 a 18 años) varió de un mínimo de 1.5% en Camboya a un máximo de 17.5% en Swazilandia. Para los niños, esta cifra varió del 0.2% en Camboya al 7.6% en Haití. Un estudio de 2014 basado en tres encuestas telefónicas nacionales de jóvenes (15-17 años) de los Estados Unidos de América (EE. UU.) Encontró que el 26,6% de las niñas y el 5,1% de los niños habían sufrido abuso sexual y agresión sexual en el momento en que fueron 17 años de edad (OMS, 2017).

Es difícil calcular el número de casos de abuso sexual infantil —tanto en el ámbito local como internacional—, todos los estudios confirman que no es un evento raro ni poco frecuente. Las razones de la dificultad para obtener una cifra exacta van desde la falta concreta de estadísticas hasta las diferencias en la definición de la problemática a censar, pero el problema principal, que aparentemente repercute en un subreporte general es el secreto (Baita, S., & Moreno, P., 2015). El secreto está relacionado con el estigma, la vergüenza, el temor a las represalias o con la dificultad para hablar del tema debido a las consecuencias traumáticas del hecho y las barreras relacionadas con la obtención de apoyo institucional adecuado (OMS, 2017).

Por ejemplo, en el sureste de Estados Unidos, Sutherland, Fantasía, & McClain (2013) en uno de sus estudios reportan que las mujeres con antecedentes de abuso sexual tenían un número significativamente mayor de parejas sexuales de por vida, eran más propensas a informar dolor con las relaciones sexuales, y tenían más probabilidades de informar un historial médico de un frotis de Papanicolaou anormal. Las mujeres participantes de dicho estudio reportaron tener violencia de pareja, consumo de sustancias y experiencias de abuso sexual. Un historial de abuso sexual en la infancia puede tener resultados negativos en la salud de las mujeres que continúan hasta la edad adulta. Estos resultados pueden incluir infecciones de transmisión sexual, quejas reproductivas, y uso y abuso de alcohol y sustancias. El aumento del conocimiento y la detección de violencia de por vida, incluido abuso sexual infantil, es un primer paso necesario para identificar a las mujeres que pueden necesitar atención continua y de seguimiento a largo

plazo para abordar los problemas de abuso que contribuyen a los comportamientos de riesgo y los resultados de salud negativos.

También, Sigurdardottir, S., & Halldorsdottir, S. (2013) realizaron un estudio cuyo propósito fue examinar las consecuencias del abuso sexual infantil para la salud y el bienestar de las mujeres. Entrevistaron a 7 mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil, dos veces con un intervalo de 1-6 meses. Para todas las mujeres, el abuso comenzó cuando tenían entre 4 y 5. Fueron violadas y traumatizadas en repetidas ocasiones y aún seguían siendo víctimas al momento de las entrevistas. Todas las mujeres describieron presentar problemas de aprendizaje durante la niñez, así como experiencias de intimidación y síntomas físicos inexplicables. En la edad adulta, reportan sufrir múltiples síntomas físicos y psicológicos: 5 de ellas presentaban fibromialgia; todas reportaron haber sufrido dolor crónico y generalizado así como sintomatología depresiva, dificultades con relaciones cercanas, así como problemas para confiar en los demás.

En Estados Unidos, se realizó un estudio para evaluar los eventos de vida estresantes, así como eventos de vida traumáticos (por ejemplo, abuso sexual) con una muestra muestra de 259 mujeres, que pertenecen a un sistema integrado de prestación de atención médica que atiende a una población amplia y representativa en el norte de California, A los participantes se les asignó un punto por cada evento que aprobaron haber experimentado en la infancia y que se definió como entre las edades de 0 a 12 años. Además, se calcularon 3 puntajes de subescala, una de las escalas incluidas es el historial de abuso, que consistió en 2 ítems: (1) abuso físico y (2) abuso sexual. Con cada aumento de 1 unidad en eventos de vida estresantes relacionados con el abuso (es decir, nunca haber experimentado abuso [codificado 0]; versus haber experimentado abuso físico o abuso sexual [codificado 1]; abuso sexual [codificado 2]), las mujeres tenían 2.6 veces más probabilidades de tener 2+ abortos en comparación con tener 0 abortos (OR = 2.56, IC 95% = 1.15-5.71) y casi 6 veces más probabilidades de tener 2+ abortos en comparación con tener 1 aborto (OR = 5.83, IC 95% = 1.71-19.89). Los resultados mostraron que las mujeres que informaron eventos

estresantes relacionados con el abuso sexual tenían más probabilidades de tener más de 2 abortos en comparación con 0 (OR = 3.41, IC 95% = 1.05-11.09) y 1 aborto (OR = 9.12, IC 95% = 1.70 -48,97), las mujeres que informaron eventos de vida estresantes relacionados con el abuso físico no tenían más probabilidades de tener 2+ en comparación con 0 (OR = 3,23, IC 95% = 0,80-13,12), 2+ en comparación con 1 (OR = 6,45, 95% CI = 0.87-47.98), o 1 en comparación con 0 (OR = 0.66, IC 95% = 0.13-3.24) abortos (Bleil et al., 2011).

También en Alemania, Leeners et al. (2013) investigaron el impacto negativo de la exposición a abuso sexual infantil (ASI) en mujeres adultas, en atención prenatal y se compararon datos de 85 mujeres después con ASI vs datos de 170 mujeres emparejadas sin tales experiencias. Las mujeres expuestas a ASI tuvieron menos de cinco consultas prenatales con más frecuencia que las mujeres no expuestas (26% / 7%,  $P < 0,0001$ ). De las 85 mujeres con una historia positiva de ASI, el 9.4% había tenido tales antecedentes, el 36.5% tenía recuerdos intensos sobre situaciones de abuso originales durante el embarazo, el 56.6% mencionaba las consecuencias específicas de la ASI en la atención prenatal y el 61.2% estaba satisfecho con el apoyo obstétrico. Según su propia estimación, el 20% ( $n = 17$ ) de las mujeres sintió un mayor miedo con respecto al embarazo y al parto, el 5,9% ( $n = 5$ ) tuvieron dificultades para detectar su propio cuerpo durante el embarazo, el 7,0% ( $n = 6$ ) no pudieron reconocer adecuadamente y darse cuenta de sus propias necesidades y el 17.6% ( $n = 15$ ) mencionó una confianza deteriorada hacia los profesionales médicos. De las 85 mujeres expuestas, 57.6% ( $n = 49$ ) experimentaron disociación conscientemente (es decir, entumecimiento de partes del cuerpo o ver toda la situación desde un lugar fuera del cuerpo). El 12.5% ( $n = 5$ ) deseaba hablar sobre las experiencias como parte integral de la atención prenatal. El 17.1% ( $n = 7$ ) de las mujeres propuso atención prenatal adaptada a las necesidades especiales de las mujeres con experiencias de ASI. Un mayor número de mujeres con antecedentes de ASI en comparación con los controles habían tenido abortos inducidos (29.4% vs. 11.8%,  $P < 0.001$ ). Las mujeres expuestas (62.4%) se sintieron significativamente menos preparadas para el parto que las mujeres no expuestas (75.9%) ( $P < 0.0001$ ).

Lukasse et al. (2015) realizaron un estudio con el objetivo de presentar la prevalencia de embarazos no deseados en seis países europeos entre las mujeres embarazadas que asisten a la atención prenatal de rutina, y para investigar la asociación con un historial de abuso físico, sexual y emocional. Contactaron a mujeres de seis países (Bélgica, Islandia, Dinamarca, Estonia, Noruega y Suecia) de mujeres que asisten a atención prenatal de rutina, entre marzo de 2008 y agosto 2010, es un estudio previo. De las cuales participaron 7102 mujeres embarazadas. Se aplicaron diez preguntas descriptivas que miden el abuso emocional, físico y sexual a niveles crecientes de severidad, es decir, leve, moderado y severo. Para cada tipo y nivel de abuso, las categorías de respuesta fueron "no", "sí como un niño", "sí como adulto" o "sí, tanto de niño como de adulto". Las respuestas se clasificaron según el nivel más grave informado y categorizado como abuso de adultos o de niños. Se definió a las mujeres como víctimas de abuso/abuso perpetuo si respondían afirmativamente a al menos una de las preguntas sobre abuso sexual, emocional y físico. Además, se les preguntó si habían experimentado el abuso durante los últimos 12 meses. Como resultados, se obtuvo que una quinta parte (19.2%) de todas las mujeres informaron que su embarazo actual no fue intencional. La prevalencia de un embarazo no deseado entre las mujeres que no informaron ningún abuso fue del 15.8% en comparación con el 24.5% entre aquellos que informaron abuso de por vida. Las mujeres con un historial de abuso tenían probabilidades más altas de embarazos no deseados.

Un estudio llevado a cabo con información de mujeres en Suecia, tuvo como objetivo describir la prevalencia de abuso emocional, físico y sexual y analizar las asociaciones con síntomas de depresión y estrés postraumático (EP) en el embarazo, de acuerdo con el origen étnico de las mujeres. Participaron 1003 mujeres embarazadas 78.6% nativas y el 21.4% eran hablantes suecas no nativas. El abuso sexual en la edad adulta fue más frecuente entre las nativas. El abuso emocional y sexual se asoció con síntomas de depresión tanto para nativas como para no nativas. El abuso físico se asoció con los síntomas de la depresión para las no nativas. Todos los tipos de abuso se asociaron con los síntomas de EP tanto para nativas como no nativas. La prevalencia de los síntomas de la depresión (puntuación EDS  $\geq 7$ ) fue mayor entre las no nativas (21.9%,

$p < 0,001$ ) que en las nativas (11,5%). La prevalencia de abuso emocional durante toda la vida fue del 15.9%, física del 14.2% y sexual del 15.5%. El abuso emocional moderado en la infancia fue significativamente más común en las no nativas ( $p = 0,002$ ) en comparación con las nativas. El abuso físico moderado y severo como un niño fue significativamente más común entre las no nativas ( $p = 0.024$ ). El abuso sexual como adulta fue significativamente más común entre las nativas ( $p = 0.012$ ) (Wangel, A. M., et al., 2016).

En otro estudio con el objetivo de identificar los factores de salud física, sexual y social asociados con las trayectorias de los síntomas depresivos maternos desde el embarazo hasta los 4 años posparto, participaron 1102 mujeres en Melbourne, Australia. Se completaron cuestionarios autoadministrados al inicio del estudio (<24 semanas de gestación) y a los 3, 6, 12, y 18 meses, y 4 años después del parto. Las participantes del estudio se compararon con mujeres que daban a luz en los hospitales participantes utilizando datos perinatales recolectados rutinariamente. Se identificaron tres clases de síntomas: depresivos mínimos (58.4%), síntomas subclínicos (32.7%) y síntomas persistentemente altos desde el embarazo hasta 4 años postparto (9.0%). Los factores de riesgo de síntomas depresivos subclínicos y persistentemente elevados fueron haber migrado de un país que no habla inglés, no tener empleo remunerado durante el embarazo, antecedentes de abuso físico infantil, antecedentes de síntomas depresivos, problemas de relación con la pareja durante el embarazo, agotamiento a los 3 meses postparto, tres o más problemas de salud sexual a los 3 meses después del parto, y temor a una pareja desde el nacimiento a los 6 meses después del parto. Este estudio resalta la complejidad de las relaciones entre salud emocional, física, sexual y social, y subraya la necesidad de que los profesionales de la salud pregunten a las mujeres sobre su salud física y sexual, y consideren el impacto sobre su salud mental durante el embarazo y el posparto temprano (Giallo et al., 2017).

En México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades (salud, educación, protección a la infancia o justicia). Es decir, no hay manera de saber si los casos que reporta uno de estos sectores son los mismos registrados en otro. De igual modo, no debe olvidarse que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados, y quedan, por tanto, fuera de los registros.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2021), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), incorporó a partir del 2016 nuevas secciones que permiten una aproximación, además recopila información, sobre los agresores y los lugares donde ocurrieron las agresiones. Esta información permite dimensionar y caracterizar la violencia ocurrida a lo largo de la vida de las mujeres y la que aconteció de manera reciente (ENDIREH, 2021). De acuerdo con estos datos el 12.6% experimentó violencia sexual en la infancia a diferencia del 2016 cuando se reportó una prevalencia de 9.4%, los principales agresores fueron sus tíos, primos y un vecino o conocido.

En México, Nieto, Lara, & Navarrete. (2017) reportan que el abuso sexual en la infancia es uno de los factores más fuertemente asociados con los trastornos psiquiátricos en la edad adulta y el apego materno, o los sentimientos y comportamientos de la madre hacia su hijo. El abuso sexual en la infancia puede reducir la confianza de las mujeres en su crianza, aumentando sus niveles de estrés y haciéndolas demasiado dependientes de sus hijos para satisfacer sus necesidades emocionales. El objetivo de su investigación fue evaluar los predictores perinatales del apego materno a los 6 meses de postparto a través de un análisis de datos secundarios de una muestra de mujeres mexicanas con riesgo de depresión. Estos predictores incluyen síntomas depresivos prenatales, intención del embarazo, satisfacción de la relación de pareja, soporte social, antecedentes maternos de abuso sexual en la infancia y síntomas depresivos posparto, que pueden estar entrelazados. Participaron 156 mujeres mexicanas embarazadas con alto riesgo de depresión que fueron reclutadas en tres clínicas que brindan atención prenatal en la Ciudad de México. El abuso sexual en la niñez se midió con tres preguntas del cuestionario sobre experiencia y abuso de la experiencia infantil (CECA-Q)

(1) ¿Cuando eras niño o adolescente, ¿alguna vez tuviste alguna experiencia sexual no deseada? (2) ¿Alguien te forzó o te persuadió de tener relaciones sexuales en contra de tus deseos antes de la 17 ?; y (3) ¿Puedes pensar en experiencias sexuales molestas antes de los 17 años con un adulto relacionado o alguien con autoridad, por ejemplo, un maestro?, encontrando que las regresiones logísticas univariadas mostraron un riesgo significativamente mayor de apego materno baja a los 6 meses después del parto con síntomas depresivos prenatales (OR 2.50), bajo ajuste con la pareja (OR 3.38), soporte social bajo (OR 2.82) e historial de abuso sexual en la infancia (OR 2.47).

Finalmente en el 2020 se publicó otro análisis basado en la ENSANUT 2018 con representatividad estatal, que incluye población adolescente de 10 a 19 años. Se consideró abuso sexual mediante la pregunta ¿A lo largo de tu vida, alguien te manoseó, tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo o tuvo relaciones sexuales contigo cuando eras muy pequeño/a? Se reportó una prevalencia nacional de abuso sexual infantil de 2.5% (3.8% para mujeres y 1.2% para hombres). En el caso de las mujeres se encontró asociación con tener sintomatología depresiva (OR=2.09, IC95% 1.43-3.05) e ideación suicida (OR=5.77, IC95% 3.98-8.38) (Valdez-Santiago et al., 2020).

Se ha hecho aquí un recuento de condiciones que impactan de manera estructural y en la trayectoria individual en la toma de decisiones de las mujeres al respecto de su reproducción, queda por describir el aspecto subjetivo e individual que lleva a la búsqueda de disposición de las fuentes. El siguiente eje se dedica a analizar estas conexiones.

### **5.3.3 Eje X: La agencia como acto político**

En este apartado se pretende hacer énfasis en que las elecciones individuales no solo se tratan de opciones privadas. De acuerdo con Ortiz-Ortega (1999: 34) “la gran revolución política de la modernidad es la afirmación del individuo como centro decisorio insustituible de la organización comunitaria”. En ese sentido los DSR no son solo aspiracionales sino ejercicios individuales y por eso son los individuos y sus derechos los que están en condiciones de guiar al Estado y velar por el cumplimiento de deberes y no a la inversa (Ortiz-Ortega, 1999). Entonces es necesario reconocer que la diferencia entre hombres y mujeres es la capacidad reproductiva y que en la medida en que cada una pueda controlar ese poder, se puede hablar de la constitución de un sujeto de derechos mujer (De Barbieri, 1999).

No obstante, en los debates sobre ciudadanía existe una polarización teórica entre lo individual y lo colectivo que debería ser superada por una propuesta de individualidad más bien como una construcción social. En el caso de los DSR poner énfasis en las mujeres podría ayudar a teorizar y documentar las experiencias femeninas de la construcción de ciudadanía, en tanto que permite un acercamiento a las formas de distribución de los saberes y prácticas en grupos con posiciones desiguales de poder, por ejemplo: entre clases, etnias o edades (Ortega – Ortiz, 1999:33).

No hace falta profundizar además en que los sistemas de parentesco regulan las relaciones entre varones y mujeres a través de normas, valores y prácticas que no tienen que ver con leyes escritas pero que se acuerdan en los espacios de diversidad cultural. De modo que la libertad de procreación está mediada y matizada además por un entramado de relaciones y no se reduce solo a la conciencia individual (De Barbieri, 1999).

La lectura de este eje se propone la exploración de tensiones entre los reclamos de las necesidades de las mujeres en el área de la sexualidad y la reproducción en terrenos como el de la familia o la pareja y en resonancia con dominios más públicos como las clínicas o las legislaciones. Siguiendo a Petchesky (1999) hay dos ejes, el de la percepción que tiene que ver con la apropiación y aspiraciones de las normas

para gestión de las necesidades emocionales y otro en las relaciones de poder que tiene que ver con las negociaciones para apropiación de los derechos.

Dado que las mujeres participan en dichas negociaciones como agentes activos y no como víctimas pasivas, aunque puedan vencer sus esfuerzos las circunstancias y aquellos con más poder. Ilustrar las formas en que las mujeres no solo buscan influir en su entorno más inmediato, sino expandir el espacio de lo posible, resulta un hallazgo de sumo valor, ya que rompe con las nociones funcionalistas de las mujeres como depositarias de los valores de la comunidad, así como las de las concepciones religiosas fundamentalistas o incluso feministas. Que colocan a la mujer en el papel de la víctima, aunque con distintas aspiraciones de cambio o permanencia (Ortega – Ortiz, 1999:42).

Las mujeres tienen como estrategias de negociación la resistencia y la adaptación. No tienen un rol pasivo, sino que en circunstancias limitadas, el éxito significa ir más allá de la víctima y colocarse como sobreviviente. Entonces, las estrategias que no son confrontativas, alcanzan un cierto grado de autonomía gradualmente, al mismo tiempo que armonizan sus prácticas con las necesidades de sus comunidades y pretenden mantener su lugar en la familia y en la comunidad.

Ortiz-Ortega (1999:50) señala que:

Las mujeres verbalizan un nivel de insatisfacción y en ello se reconoce una capacidad para adaptarse a cuestiones adversas al mismo tiempo que un deseo de cambio o de modificación en su beneficio. A menudo las mujeres eligen continuar con expectativas tradicionales que no les gustan, incluso las que violan abiertamente su sentido de integridad corporal o su bienestar, a fin de obtener ventajas dentro de sus relaciones domésticas de poder, así como dentro de las comunidades en las que se restringe su grado de maniobra. Esto enfatiza como las mujeres adoptan estrategias no lineales de la adaptación y resistencia en un contexto de dominación subordinación y poder limitado.

Entonces, para documentar los procesos agentivos y su impacto multiplicador cuando se gestan en transformaciones sociopolíticas y culturales, es necesario reconocer la reproducción como una noción ampliada que no se reduce a la reproducción biológica sino que hace referencia a la reproducción social. Además, hay que realizar una aproximación más compleja a la mediación entre los espacios macro sociales y los micro, para explotar un universo de posibilidades en la negociación el ejercicio de derechos de los individuos en un escenario de influencia desigual de fuerzas locales e internacionales. No basta con el señalamiento de normas o discursos dominantes, sino que hay que interpretar las formas de resistencia que

ejercen las mujeres, pues una interpretación basada en la pasividad generalizada solo termina colocando al individuo como víctima de las condiciones históricas (Ortiz – Ortega, 1999).

En las últimas décadas se ha producido información que ha puesto en jaque las nociones que se consideraban obvias y por lo tanto las certezas que se tenían sobre si el reporte de las mujeres coincide con su deseo, plan o intención de embarazarse y la información asociada al modo en el que se ha preguntado por dicha información (Barrett & Wellings, 2002a). Tanto en la investigación como en las Encuestas Nacionales a lo largo y ancho de todo el mundo, se ha asumido una coherencia lógica entre las intenciones del embarazo y el desenlace reproductivo, es decir, las mujeres que desean tener hijos siempre elegirán continuar con un embarazo, mientras que las que no quieren ni han planeado tenerlos, buscarán interrumpirlo. Sin embargo, la evidencia muestra que esto no necesariamente ocurre así por varias razones. Una de ellas es que las preguntas que se realizan en estas encuestas están tradicionalmente diseñadas para mujeres casadas o unidas y poco toman en cuenta los grandes cambios socioculturales de las últimas décadas que modificaron las relaciones de pareja, las nociones sobre la maternidad y el acceso de las mujeres a otro tipo de oportunidades y expectativas en el plan de vida (Barrett & Wellings, 2002a).

Aunado a lo anterior, existen una serie de creencias y mitos alrededor del embarazo y la postura que las mujeres deben adquirir al respecto de dicha noticia (Kumar et al., 2009). Sin embargo, literatura reciente sobre el embarazo, da cuenta de que este proceso no siempre atraviesa por una toma de decisiones y no siempre ocurre en el momento óptimo en el que las mujeres desearían que ocurriera, lo que modifica la forma en que las mujeres interpretan la noticia de saberse embarazadas. De hecho, aunque el embarazo fuera intencional, los reportes muestran que la experiencia implica una compleja combinación de emociones, expectativas y evaluaciones. Así como la consideración de otros actores

¿Qué elementos toman en cuenta las mujeres cuando toman la decisión de embarazarse o cuando se enteran de que lo están? En un entramado de alta valoración de la maternidad ¿toman una decisión? ¿Qué pasa cuando eso no coincide con el plan o deseo? ¿qué otros actores están involucrados con las decisiones? A continuación se abordará la evidencia empírica que hay alrededor de estas preguntas subyacentes.

### **5.3.3.1 Intenciones de embarazo**

El estudio sobre las intenciones de embarazo es relativamente reciente en el mundo. Se refiere al reporte que las mujeres realizan acerca de si su embarazo coincidió con su elección/deseo/planeación de estar embarazadas. No obstante, la noción de la intención del embarazo es heterogénea, multidimensional y se trata más de un continuo que de una dicotomía (Harnett, 2012). La noción es fundamental en la toma de decisiones y diseño de política pública en todo el mundo; es un tema que se incluye en todas las encuestas demográficas y de familias en el mundo occidental y es uno de los indicadores más importantes en los sistemas de salud porque se relaciona con los costos directos e indirectos de atención en salud reproductiva.

El inicio de la discusión conceptual sobre el tema se puede localizar por lo menos a mediados del siglo XX. En la investigación sobre todo anglosajona, se han descrito y utilizado términos como “unplanned”, “unwanted”, “mistimed” o “unintentional” para referirse a un embarazo que las mujeres no querían tener en ese momento de su vida, cada uno con sus especificidades. Por ejemplo, mientras que la no planeación (*unplanned*) se relaciona más con el uso o no de métodos anticonceptivos, el inoportuno (*mistimed*) se asocia con la evaluación del “tiempo correcto” en que ocurre el embarazo, y el no deseado (*unwanted*) con el anhelo de embarazarse/tener un hijo, que se ha relacionado más con las emociones que las mujeres reportan al enterarse de la noticia del embarazo. Las encuestas y los estudios anglosajones utilizan la categoría de no intencional (*unintentional*) para referirse a aquellos embarazos que no llegaron a tiempo y que no fueron planeados (Barrett et al., 2002; Aiken et al., 2015; Herd et al., 2016).

En ese sentido, la intencionalidad del embarazo está relacionada no solo con los deseos y expectativas que tengan las mujeres al respecto, sino con un entramado complejo de circunstancias en varios ámbitos de su vida (de pareja, familiar, laboral, económico y personal) e incluso con sus experiencias de violencia o problemas de salud mental previos. Estas intenciones no necesariamente son congruentes con sus emociones y con sus conductas. De esta manera cuando las mujeres no encuentran favorables estas circunstancias y la ambivalencia está presente, es más probable que evalúen su embarazo como no intencional, lo que podría convertirse claramente en una fuente de estrés y modificar los desenlaces de salud mental en la experiencia del aborto o del embarazo.

Existe evidencia que señala que los embarazos no intencionales tienen graves repercusiones sociales, de salud e incluso económicas para las mujeres y sus familias (Singh, Sedgh y Hussain, 2010). Los embarazos no deseados muchas veces se han asociado con el aborto inseguro o clandestino en contexto de alta restricción legal que podrían llevar a la muerte a las mujeres. Además, el deseo o la planeación del embarazo guardan relación con la salud física y mental durante y después del embarazo, e incluso tiene efectos a largo plazo, por ejemplo, altas tasas de tabaquismo y uso de alcohol entre las madres (Aiken et al., 2015; Herd, 2016). Otros estudios han probado su relación con la salud física y emocional de los hijos como bajas tasas de lactancia y nacimientos prematuros. (Aiken et al., 2015; Barrett & Wellings, 2002a).

En 2002 Barrett llevó a cabo un estudio con el propósito de averiguar sobre las intenciones del embarazo directamente con las mujeres en el Reino Unido. La autora señala que en la búsqueda no encontró ninguna otra investigación que hubiera preguntado directamente a las mujeres cómo entendían las categorías que tradicionalmente se utilizan para denominar un embarazo no intencional. La conclusión más importante es que las mujeres no utilizan estos términos de manera espontánea para referirse a su embarazo y que cuando se les proponen, aparece una gran variabilidad en su significado. Por ejemplo, las mujeres mayores de treinta años, blancas, con alto grado de escolaridad, casadas y de nivel socioeconómico más elevado que el resto de la muestra, calificó su embarazo de planeado. Mientras que las más jóvenes y con escolaridad

variable tendieron a utilizar los términos no planeado o no intencional. Las únicas dos mujeres de la muestra que calificaron su embarazo como no deseado, lo interrumpieron (Barrett & Wellings, 2002a).

Para las mujeres, un embarazo planeado se refiere a aquel que ocurrió cuando lo discutieron con sus compañeros, estuvieron de acuerdo en llevarlo a cabo y fue una decisión consciente; algunas mencionaron que era posible planearlo sin pareja, pero era poco usual. Así mismo, el término intencional podía utilizarse como sinónimo de planeado, aunque este último tenía más relación con dejar de utilizar el método anticonceptivo para embarazarse. Sin embargo, lo no intencional no es sinónimo de no planeado, por ejemplo, hay mujeres que intentan quedar embarazadas, pero no saben con exactitud cuándo lo lograrán y en ese sentido no lo definen como planeado. Algunas mujeres refirieron que dejaron de utilizar métodos anticonceptivos luego de hablarlo con su pareja y comenzaron a intentar embarazarse, pero dado que no sabían cuando lo lograrían en realidad no podían calificarlo como planeado (Barrett & Wellings, 2002a).

Al preguntarles por el significado de lo no intencional, las mujeres mencionaron el deseo de no quedar embarazada, aun cuando ello no guardara relación con el comportamiento anticonceptivo. Los términos no intencional y no deseado no son términos con los que las mujeres se sientan cómodas; durante las entrevistas expusieron su incomodidad al respecto. En ese sentido, lo no intencional estaba más relacionado con la sorpresa de estar embarazadas y con el *timing*, es decir, con no esperar al bebé en ese momento, lo que podría relacionarse con la falla anticonceptiva. En cuanto al término no deseado mencionaron que lo sentían más como un juicio moral hacia el posible hijo que hacia el embarazo y que era difícil usar el término considerando que el proceso es bastante ambivalente: quieren el embarazo, pero no lo quieren, es decir, están contentas de estar embarazadas, pero no ahora o no con ese compañero o en esas circunstancias en las que no pueden darle lo mejor al bebé (Barrett y Wellings, 2002a).

Otro dato interesante reportado por Barrett (2002), es que muchas de las mujeres que ahora reportaban el embarazo como deseado, mencionaron que antes habían tenido uno que fue no planeado y algunas incluso habían interrumpido estos embarazos. Las mujeres que no quisieron utilizar ninguno de los términos para su embarazo (planeado, no planeado, no deseado) explicaron que les parecían más bien términos médicos. Una de ellas, explicó que en realidad ella no quería saber con precisión cuándo llegaría su embarazo, pero una vez que se indagó más sobre esta aseveración, en realidad esta mujer reportó que tenía miedo de intentar embarazarse y no lograrlo y así enterarse que no era fértil. Esta es una creencia fatalista sobre la reproducción que repetidamente ocurre entre las mujeres (Barrett y Wellings, 2002a).

En resumen, parece que las características de un embarazo *planeado* son más o menos claras para las mujeres: 1) haber tenido la intención de quedar embarazada, 2) haber dejado de utilizar métodos anticonceptivos, 3) haberlo acordado con el compañero y 4) que hubiera ocurrido en el momento correcto de su vida. Sin embargo, cuando tratan de hablar de las otras categorías, lo que se evidencia es no se refieren a significados mutuamente excluyentes o binarios, sino que se trata más bien de un continuo de posibilidades en el que no basta tomar en cuenta una sola dimensión, sino que son importantes todas, tanto el comportamiento anticonceptivo, como los deseos de la mujer, el acuerdo con la pareja y las circunstancias vitales en las que les ocurre el embarazo.

También en 2011, el National Collaborating Center for Mental Health realizó en Estados Unidos un análisis con datos de la Encuesta Nacional de Familias (NSEG por sus siglas en inglés) y mostró que no todas las fallas anticonceptivas son reportadas como embarazos no deseados. De acuerdo con estos resultados, el 90% de las mujeres que mencionaron que su embarazo fue consecuencia de una falla del método anticonceptivo, decían que su embarazo era deseado y manifestaron sentirse felices al respecto. En realidad, solo el 60% de quienes clasificaron su embarazo como resultado de la falla anticonceptiva, aceptaron que su embarazo era no deseado y que no se sentían felices al respecto (National Collaborating Center for Mental Health, 2011).

Esta ambivalencia es un fenómeno frecuente entre las mujeres latinas que utilizan anticonceptivos orales, en particular entre las adolescentes mexicanas, y por ello se le ha denominado “la paradoja hispana” (Aiken y Potter, 2013). Este fenómeno podría estar relacionado con las valoraciones culturales positivas que persisten acerca de la maternidad y por lo tanto con la idea de que necesariamente serán madres en algún momento de su vida. Por lo tanto, cuando utilizan métodos anticonceptivos no están tratando de evitar un embarazo sino de posponerlo hasta encontrarse en un momento idóneo en el que algunas o todas las condiciones adecuadas se cumplan. Por eso, en esta ambivalencia también la pareja juega un papel determinante; se encontró que si el varón está de acuerdo con el embarazo y está dispuesto a acompañar a la mujer durante el mismo, es posible que ésta decida continuarlo aunque haya estado utilizando anticonceptivos previamente y el embarazo haya ocurrido de manera no intencional (Aiken y Potter, 2013).

Esta paradoja es todavía campo abierto en términos de investigación pues aparecen en escena la ambivalencia emocional y la complejidad psicológica de los deseos del embarazo. Para las mujeres, evitar la concepción no guarda relación con no considerar a la maternidad y a la crianza como eventos gozosos, pues tanto las mujeres “congruentes” como las que no, mencionaron a los niños como fuente de felicidad (Aiken et al., 2015).

Aiken (2015) y colaboradoras realizaron un estudio cualitativo para ampliar la información sobre la paradoja mexicana. A partir de una encuesta sobre anticoncepción en el posparto donde se preguntó por las intenciones y las emociones relacionadas con el embarazo, se seleccionó a dos grupos de mujeres que luego fueron entrevistadas a profundidad: 1) mujeres que habían manifestado que no estaban buscando un embarazo y que no se sentían felices al respecto (intenciones y emociones “congruentes”) y 2) mujeres que no estaban buscando un embarazo pero que manifestaron que se encontraban felices con la noticia (intenciones y emociones “incongruentes”).

De acuerdo con las autoras, en ambos grupos existió la manifestación de ya no querer tener más hijos y el deseo de utilizar métodos anticonceptivos; aunque la mayoría habló con frustración sobre conseguir uno adecuado y efectivo, incluso entre quienes estaban felices con su embarazo. En ambos grupos el deseo de no querer más hijos se debía a las dificultades financieras que eso implica, incluso las mujeres de estratos socioeconómicos más altos. Llama la atención que entre aquellas mujeres cuyas intenciones y emociones eran congruentes, la preocupación más importante eran las dificultades emocionales y el estrés psicológico que otro embarazo podría causarles. Las autoras mencionan una especie de punto de inflexión en el que para las mujeres otro embarazo podría traer impactos muy negativos en sus vidas, sobre todo en términos de la carga de trabajo y la distribución de energía para el cuidado de los otros niños. Las mujeres mencionaban con frecuencia que estaban “al máximo”. Estas mujeres mencionaban frecuentemente preocupaciones prácticas al respecto del embarazo y la crianza: el dinero, la energía emocional, el estrés del cuidado (Aiken et al., 2015).

En contraste, las mujeres con intenciones y emociones incongruentes, en realidad tendieron a ver el embarazo y la crianza como eventos maravillosos y a pesar del estrés que representaría la carga económica, mencionaron que otro niño es siempre una bendición y que los hijos son siempre motivo de amor y gozo. A pesar de haber mencionado la dificultad para encontrar un método anticonceptivo, estas mujeres dimensionaron el embarazo como un asunto divino relacionado con sus creencias en Dios – si eran latinas - o en el destino – si eran mujeres blancas -. Otra característica común en el grupo de mujeres con intenciones y emociones incongruentes es que su atención al respecto del embarazo se centraba en aspectos relacionados con la crianza y las emociones que ésta les implicaba, en general la idea de los niños era una idea feliz y ellas sentían la necesidad de hacerles saber a los hijos que lo estaban (Aiken et al., 2015).

Un dato relevante es que algunas de las mujeres que en la encuesta primero mencionaron que estaban felices de tener un embarazo, aunque no lo hubiesen buscado, en la entrevista reconocieron que no lo estaban tanto. Estas mujeres eran en su mayoría mujeres mexicanas nacidas en Estados Unidos. Ellas mismas explicaron que la expectativa de tener un hijo se ve socialmente como un suceso positivo y que la idea de crecer, casarse y convertirse en madre es un conjunto de normas sociales que se les inculca desde jóvenes, de modo que la idea de sugerir que un niño pueda ser una carga emocional es inaceptable (Aiken et al., 2015).

Estos resultados son parecidos a los de Harnett (2012) quien encontró una asociación entre felicidad por el embarazo no intencional y religiosidad entre mujeres latinas en Estados Unidos que habían nacido fuera— esta asociación no se sostuvo para las mujeres de otro origen—. En este estudio además se probaron hipótesis relacionadas con el nivel socioeconómico y con el estado civil. Solo se encontró que aquellas que estaban casadas al momento de la concepción y las que lo seguían estando al momento del nacimiento estaban más felices que quienes estaban solteras o deseaban esperar a tener un bebé con un compañero en particular. En ese sentido, no hubo diferencias por origen étnico.

#### **5.3.3.1.1 London Measure for Unplanned Pregnancy**

Con la idea de proveer un instrumento más realista y mejor adaptado a los cambios sociales y la voz de las mujeres, Barrett (2004) resolvió este problema proponiendo una escala de seis ítems integrada por tres dimensiones, a saber: posición frente al embarazo, contexto y conducta. Cada dimensión contiene dos ítems que preguntan por un tema relevante y congruente con lo que mencionaron las mujeres en el estudio cualitativo: intenciones expresas (posición), deseo de la maternidad (posición), uso de métodos anticonceptivos (conducta), preparación (conducta), *timing* (contexto) y la influencia del compañero (contexto). Este modelo toma en cuenta la posibilidad de ambivalencia de las mujeres y no asume que existe congruencia entre las dimensiones; concibe la intención del embarazo como un fenómeno continuo que debe analizarse dentro de un contexto y que por lo tanto más que dar cuenta de una dicotomía entre embarazos

planeados *vs* no planeados, o deseados *vs* no deseados, habla de una continuidad en el grado de intenciones que las mujeres tienen para llevarlo a cabo. Además, no hace aseveraciones sobre la naturaleza de las relaciones que tienen las mujeres ni asume una forma particular de construir una familia (Barrett et al., 2004).

El constructo que propone medir el grado de intenciones o el grado de planeación del embarazo actual o reciente y no hace distinción entre estos dos conceptos. Considera que las intenciones son un continuo por lo que a mayor puntaje mayores intenciones. Sin embargo, se pueden establecer puntos de corte para el grado de intenciones: intencional (9 – 12), ambivalente (4 – 8) y no intencional (0 – 3). Las intenciones del embarazo son un fenómeno que depende los patrones sociales particulares por la distribución de los patrones de puntajes del LMUP dependen de la composición de la muestra (Hall et al., 2017)

El LMUP ha sido traducido y su validez de contenido y constructo ha sido evaluada en Estados Unidos, Pakistan, India, Brasil, Irán, Bélgica, Malawi y Arabia Saudita, obteniendo propiedades psicométricas adecuadas para su uso. Hall (2013) realizó una comparación entre las propiedades reportadas en distintas versiones (Tabla 2).

**Tabla 2. Comparación de las propiedades psicométricas en distintas versiones del LMUP.**

	$\alpha$	Eigenvalues	Test-retest ( <i>K</i> )
<i>UK</i>	0.92	4.33	0.97 – 0.86
<i>USA-English</i>	0.78	2.9	0.72
<i>USA-Spanish</i>	0.84	3.4	0.77
<i>India-Kannada</i>	0.76	2.66- 1.05	0.43
<i>India-Tamil</i>	0.71	2.66- 1.05	0.43
<i>Malawi</i>	0.78	3.1 – 1.00	0.80

Estimar cuándo es el momento adecuado en la vida para cursar con un embarazo, solo es posible en el supuesto de la posibilidad de decidirlo y de reflexionar sobre la expectativa vital o lo que la Suprema Corte de la Nación ha llamado el derecho al libre desarrollo de la personalidad ¿qué implica ese derecho en la vida concreta de los individuos? ¿cómo y de qué depende el ejercicio de las preferencias reproductivas?

### **5.3.3.2 La dimensión psicológica de la autonomía reproductiva**

Consecuentes con la definición de la autonomía como una capacidad o habilidad del orden psicológico, la mayoría de los estudios han tratado de evaluarla como un indicador cuantitativo sobre el peso que tienen las decisiones de las mujeres al respecto de acciones cotidianas relacionadas con tensiones de poder con la pareja, como decisiones acerca de en qué gastar el dinero, libertad de movimiento para visitar a las amigas o familiares, uso de métodos anticonceptivos, etc. (Blanc, 2001)

También se han incorporado mediciones de variables sociodemográficas con la finalidad de observar la influencia de determinantes sociales en la salud sexual y reproductiva y en la distribución de poder entre las parejas tales como la edad, las diferencias educativas, laborales o incluso económicas (salariales) de las parejas. Por ejemplo: a principios de siglo, Pulerwitz et al (2000 en Blanc 2001) desarrolló una escala que incorporaba dos dimensiones: la dominancia en la toma de decisiones y el control de la relación. Cuando las mujeres tenían altos puntajes de autonomía los de violencia física en la pareja eran bajos y el uso del condón elevado.

Otra dimensión que ha sido incluida en estas evaluaciones cuantitativas es la comunicación entre las parejas. Los hallazgos muestran que la comunicación verbal entre parejas acerca de la sexualidad en muchos países en desarrollo en realidad es muy poca y se relaciona con las inequidades de distribución de poder basadas en el género. Por ejemplo: el porcentaje de mujeres casadas que discuten la planificación familiar con sus parejas es menos del 50% en países de África Subsahariana, en contraste con el 65% o más que discute de planificación familiar en países de América Latina o del Sureste de Asia. Entre las discusiones más relevantes sobre el tema entre las parejas está precisamente el tener uno o más hijos (Blanc, 2001).

Las investigaciones sugieren que cuando hay más equidad en la distribución del poder en las relaciones, las discusiones aumentan. Otro hallazgo es que los hombres parecen involucrarse poco en las discusiones y muestran menos habilidades de comunicación, por lo que las mujeres solicitan con frecuencia que se les incluya en los programas educativos con la finalidad de que los varones (sus parejas) comprendan

que sus comportamientos influyen en la salud de ellas y de sus familias. En América Latina la proporción de mujeres que no saben si sus maridos aprueban la planificación familiar es especialmente alta (Blanc, 2001).

La evidencia muestra que hablar de sexo no es tan fácil entre las parejas. Algunas investigadoras de la India han mostrado que bajo el supuesto de que las mujeres “no deberían” saber sobre sexo, se sienten menos cómodas en las conversaciones al respecto, particularmente cuando se habla de su propia satisfacción, porque están preocupadas por ser percibidas como promiscuas. De hecho, el lenguaje no verbal juega un papel muy importante en la comunicación sexual y se han enumerado estrategias de este tipo en los estudios dirigidos a conocer cómo es la iniciación de las relaciones sexuales o el rechazo de éstas. Por ejemplo las mujeres cocinan cenas especiales, preparan el baño, mandan a los hijos a dormir temprano y los varones procuran regalos especiales o halagos a las mujeres (Blanc, 2001).

Otro tema de discusión son las preferencias reproductivas entre las parejas, por ejemplo se ha observado que quienes tienen un mayor porcentaje de acuerdo son aquellas parejas que ya no quieren tener más hijos, mientras que entre las que hubo desacuerdo destacaban aquellas en que los varones querían tener más hijos en comparación con sus esposas (Blanc, 2001). Al respecto, en la década de los noventa se realizó un estudio longitudinal sobre Salud y Nutrición en Filipinas (Upadhyay & Hindin, 2005). Entre otros objetivos, se pretendía observar cómo el estatus y la autonomía afectaban los intervalos progenésicos<sup>66</sup>. Se siguieron por cinco años a un poco más de mil mujeres en edad fértil y se les preguntó acerca de si su último embarazo había ocurrido en el momento adecuado. La autonomía fue medida indagando acerca de si la mujer tenía la última palabra sobre diez situaciones distintas del hogar. Los resultados muestran que las mujeres con más autonomía en la toma de decisiones tienen intervalos progenésicos más amplios en

---

<sup>66</sup> Tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a).

comparación con quienes tienen menos autonomía, aún ajustando el modelo por el uso de métodos anticonceptivos y la información sociodemográfica de las mujeres.

Otro factor relacionado con este tema es el de la violencia. La evidencia de que las mujeres que experimentan violencia en las relaciones íntimas tienen un mayor riesgo de tener un embarazo no deseado, embarazos repetidos y abortos voluntarios o coaccionados (Cripe et al., 2008; Roberts, Auinger y Klein, 2005; Stockman, Lucea y Campbell, 2013) (Cripe et al., 2010; Stockman et al., 2013a) se ha tratado de explicar a través del concepto “coerción reproductiva”, que es parte del continuo de la violencia de pareja y se refiere a los comportamientos que tienen los varones para mantener el poder y el control de las mujeres a través de la reproducción. Estos incluyen el sabotaje al control del embarazo (romper condones a propósito, esconder, destruir o rechazar comprar anticonceptivos), el presionar para que ocurra (amenazar con dejar a la persona si no se embaraza o buscar a otra para hacerlo) y/o el coaccionar para que el embarazo siga o finalice (forzar la decisión) (Miller et al., 2014).

Stockman, Lucea y Campbell (2013) señalan que la violencia y la amenaza de violencia pueden disminuir la capacidad de las mujeres para protegerse adecuadamente de la infección por VIH o para tomar decisiones sexuales saludables. Mujeres adolescentes en relaciones físicamente violentas, tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas que las que no han tenido este tipo de relación (Roberts, Auinger y Klein, 2005). Se sabe también que entre las madres adolescentes que acudieron a servicios públicos de salud y reportaron haber experimentado violencia de pareja recientemente, alrededor de dos terceras partes reportaron sabotaje al control natal por parte de su pareja (Raphael, 2005).

En 2014 un grupo de investigación en Estados Unidos realizó un estudio para proponer una escala que midiera la autonomía reproductiva y pudiera evaluar el poder que tienen las mujeres para controlar aspectos relacionados con su reproducción, así como el incremento de la autonomía en las intervenciones dirigidas a incrementarla. La escala fue diseñada a partir un proceso de entrevistas cognitivas, jueceo y aplicación en 13 servicios de planificación familiar y 6 clínicas de aborto para realizar las pruebas de

validación. La propuesta inicial constaba de cinco dimensiones: autoeficacia, poder en la toma de decisiones, habilidad de comunicación, actitudes equitativas sobre los roles de género y manejo de la coerción. Además, se retomaron algunos reactivos de la DHS y de la Sexual Relationship Power Scale de Pulerwitz y se reconoció que existían otros determinantes a nivel familiar, comunitario, social e incluso legal que no iban a ser evaluados. El banco de reactivos fue revisado por expertas en salud reproductiva y se realizaron entrevistas cognitivas para la prueba de aplicabilidad (Upadhyay et al., 2014a).

La escala se aplicó con 1892 mujeres en Estados Unidos y finalmente constó de 14 ítems (60.8% de varianza explicada) con una confiabilidad de  $\alpha = 0.77$ . El análisis factorial mostró tres dimensiones: 1) Ausencia de coerción (5 ítems,  $\alpha = 0.82$ ), 2) Comunicación (5 ítems,  $\alpha = 0.73$ ) y 3) Toma de decisiones (4 ítems,  $\alpha = 0.75$ ). Las opciones de respuesta para la subescala de Ausencia de coerción y para Comunicación son una escala de Likert (4=Totalmente de acuerdo, 3=de acuerdo, 2=en desacuerdo, 1=totalmente en desacuerdo). Las opciones de respuesta para la subescala de Toma de decisiones son 0=mi compañero o alguien más, 1=mi compañero y yo de forma equitativa, 2= solamente yo (Upadhyay et al., 2014).

Hasta ahora la escala solo ha sido aplicada en Estados Unidos y ha mostrado que altos niveles de autonomía reproductiva se relacionan con menos embarazos no deseados. Los puntajes de la subescala de Ausencia de coerción y Comunicación fueron más elevados para las mujeres blancas y con mayor escolaridad en comparación con las mujeres latinas y negras con menor escolaridad. Esa desventaja parece estar relacionada con más embarazos no deseados, lo que sugiere que la menor autonomía reproductiva podría explicar en parte las tasas de embarazo no deseado a pesar de la cobertura de métodos anticonceptivos (Upadhyay et al., 2014).

Estar casada se asoció con mayores niveles de comunicación, pero menores en la toma de decisiones, lo que podría sugerir que a pesar de la comunicación en el matrimonio se establecen patrones de poder y dinámicas de relación que implican una menor centralidad de las mujeres en la toma de decisiones. Así mismo, las mujeres tendieron con más frecuencia a considerar las decisiones sobre la prevención del

embarazo y el aborto como decisiones o preocupaciones individuales y el tener un bebé como una preocupación para la que debe haber un acuerdo tácito con la pareja. Las mujeres en relaciones casuales tomaban más frecuentemente todas las decisiones individualmente en comparación con aquellas que estaban en una relación estable y tomaron en cuenta a sus compañeros. Esto muestra una paradoja: tener mayor influencia en la toma de decisiones es signo de autonomía, pero el que la pareja participe en esta toma de decisiones cuando se planea un embarazo, podría ser indicativo de una actitud más equitativa en los roles de género y por lo tanto de empoderamiento (Upadhyay et al., 2014).

Las autoras mencionan que la escala podría ser útil para evaluar los resultados de intervenciones que busquen incrementar la autonomía reproductiva en las mujeres (Upadhyay et al., 2014), se utilizará entonces para buscar una aproximación al caso de las mujeres mexicanas que interrumpen el embarazo de manera legal.

Finalmente, se ha sugerido que la posibilidad de tomar decisiones sobre la reproducción se relaciona con sensaciones de mayor control sobre elecciones en otros ámbitos de la vida. También, reportes cualitativos de acompañamiento psicológico posterior al aborto mencionan que las mujeres refieren que haber tenido la posibilidad de decidir interrumpir un embarazo que no querían en ese momento, les permitió tomar decisiones sobre su relación de pareja y les proveyó de una mayor sensación de dominio sobre su propia vida (Rowlands, 2008)(Rowlands, 2008; Ortiz, 2010). Investigaciones cuantitativas por su parte, han reportado que las mujeres que estaban seguras de no tener intención de embarazarse están menos ansiosas (Toffol et al., 2016) y sienten alivio y confianza después del procedimiento (Rocca, 2015). Esto coincide con los resultados del estudio prospectivo en Estados Unidos antes referido, donde las mujeres que no tuvieron acceso a un aborto durante el primer trimestre presentaron mayores síntomas de ansiedad, menor autoestima y satisfacción por la vida en comparación con aquellas mujeres que habían tenido acceso al aborto una semana después de haberlo solicitado ((Biggs et al., 2014).

## **6 Material y métodos**

### **6.1 Planteamiento del problema**

Para comprender qué es lo que permite a las mujeres tomar decisiones sobre la reproducción, se ha propuesto el concepto de autonomía reproductiva, que hace referencia al recurso individual y necesario para determinar el uso de métodos anticonceptivos, la elección de cuántos hijos tener y el cómo se quiere criarlos (Upadhyay et al., 2014b). Teóricamente, la autonomía ha sido descrita como una dimensión del empoderamiento. Sin embargo, esta tesis propone un modelo de lectura que la caracteriza más bien como un espacio o un campo de acción móvil que se expande o se contrae.

El movimiento proviene de un sistema de relaciones e interjuegos entre dimensiones: 1) lo normativo y la protección de derechos humanos, reflejada en las condiciones estructurales en las que las mujeres toman decisiones sobre la reproducción, 2) Las fuentes como límite de la experiencia, que refiere a aquello a lo que las mujeres han estado expuestas y que permite un piso para la toma de decisiones, se trata de experiencias como el estigma, la historia de salud mental o la violencia, 3) la agencia como la posibilidad de cada sujeto de valorar las condiciones que desea, vive y ejecuta alrededor de su experiencia reproductiva y los elementos que considera en la toma de decisiones.

Como indicadores relevantes de dichas condiciones, se consideran las características sociodemográficas, la exposición a experiencias psicosociales adversas y la valoración que las propias mujeres realizan sobre sus preferencias reproductivas. Es necesario tener en cuenta que esta valoración sobre las intenciones de embarazarse no solo incluye aspectos cognitivos y racionales, sino también afectivos y relacionales y no necesariamente son estables o coherentes entre sí (Barrett, 2002 y 2004). Además, en el campo de la autonomía reproductiva y sus dimensiones, se involucran actores con quienes las mujeres negocian sus decisiones sobre el embarazo, dentro de un contexto social, cultural y legal en el que ocurren esas transacciones (Ross, Derkas y Bridgewater, 2018; Mumatz y Salway, 2009; Rivas, Amuchastegui y Ortiz, 1999).

Tras lo planteado, el planteamiento respecto a si la autonomía se encuentra modulada por las condiciones estructurales, las fuentes y la agencia de las mujeres me llevó a preguntar más concretamente, ¿qué características y experiencias de las mujeres influyen en su toma de decisiones cuando van a interrumpir un embarazo? ¿esas características y experiencias son dimensiones de la autonomía reproductiva? ¿cómo se relacionan esas dimensiones?

## **6.2 Objetivo general**

Analizar las dimensiones que configuran el ejercicio de la autonomía reproductiva en mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo en un servicio público de la Ciudad de México.

## **6.3 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas, las experiencias psicosociales adversas y las intenciones del embarazo de mujeres que interrumpieron un embarazo en un servicio legal de la Ciudad de México
- Analizar los perfiles de autonomía reproductiva de las mujeres que interrumpieron un embarazo en un servicio legal de la Ciudad de México.
- Analizar la relación entre las condiciones estructurales, las fuentes de acceso, la agencia y las condiciones temporales con base en las características sociodemográficas, las experiencias psicosociales adversas y las intenciones del embarazo

## **6.4 Diseño**

Transversal analítico. Se presentan aquí resultados de la línea base de un estudio longitudinal prospectivo que dio seguimiento a las participantes a lo largo de 13 semanas. Esta investigación se deriva de un trabajo más amplio acerca de los factores psicosociales que impactan la salud mental de las mujeres que interrumpen el embarazo en la Ciudad de México que estuvo a cargo de la Dra. Luciana Ramos Lira, contó con un financiamiento CONACYT (CB-2015-01-0254877) y con un equipo de investigación conformado, tanto

por investigadoras como por becarias de licenciatura coordinadas por la autora de esta tesis y supervisadas por la Dra. Ramos.

## **6.5 Estrategia metodológica y escenarios**

El estudio se dividió en dos fases debido a que se incluyeron escalas de medición que no habían sido utilizadas en México, por lo que fue necesario traducirlas del inglés al español y adaptarlas a la población mexicana.

→ Fase 1. Traducción y adaptación de escalas (Agosto – Octubre 2018): Se realizaron todos los procedimientos indicados en los consensos internacionales documentados en el informe sobre buenas prácticas de *Traducción y Adaptación Cultural para la Evaluación de Desenlaces Reportados por Pacientes (PRO)*, producido por el *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force* (Wild et al., 2005). Entre los procedimientos de adaptación cultural, se realizaron 14 entrevistas cognitivas con pruebas verbales retrospectivas a mujeres mayores de edad con distintos desenlaces reproductivos, en una clínica privada de ginecología de la Ciudad de México. Las entrevistas fueron semiestructuradas con base en un formato diseñado *ad hoc* para cada instrumento según el catálogo de Smith y Molina (2011). Los resultados se describen en el Apéndice A de este trabajo.

→ Fase 2. Recolección de datos (Noviembre 2018 – Diciembre 2019): En el servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) de un Hospital General de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México se llevó a cabo un estudio prospectivo longitudinal, en el que se realizaron cuatro mediciones:

- 1) Pre (T-1): Cuestionario autoaplicable de cinco reactivos que indaga por síntomas de anhedonia y disforia. El día que las mujeres llegan a solicitar el servicio de aborto, el cuestionario es entregado por la trabajadora social junto con el resto de los formatos que da a llenar.

- 2) Línea base (T0): Entrevista semiestructurada con base en un cuestionario que incluyó los cuestionarios previamente adaptados, además de otras mediciones. Se realizó durante la cita de alta de la ILE con medicamentos, 15 días después de realizar el aborto. La entrevista se realiza después de la invitación y la firma de consentimiento informado y tiene una duración aproximada de 60 minutos. Al finalizar la entrevista se agenda el primer seguimiento.
- 3) Primer seguimiento (T1): Entrevista estructurada con base en un cuestionario breve. Se realiza presencial o vía telefónica a las tres semanas de la última entrevista y tiene una duración aproximada de 20 minutos.
- 4) Segundo seguimiento (T2) a las ocho semanas de la última entrevista, con base en el mismo cuestionario breve y con duración aproximada de 20 minutos.

Para los fines relacionados con esta tesis, se trabajó únicamente con el análisis de los datos relativos a la Línea base (T0) en la que se aplicó la entrevista más amplia y se indagó por una mayor cantidad de factores relacionados con los perfiles de las participantes, centrados sobre los antecedentes sociodemográficos, psicosociales y de intenciones del embarazo. Esta decisión se encuentra basada en la relevancia de la noción de autonomía reproductiva como una línea de investigación subyacente a la principal, que se encuentra centrada sobre desenlaces de salud mental y que es en la que se concentra el planteamiento prospectivo.

## **6.6 Participantes**

En total se incluyó a 274 mujeres mayores de 15 años, residentes de la Ciudad de México, que interrumpieron un embarazo de primer trimestre con medicamentos en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en un Hospital General y que acudieron a su cita de alta quince días después del procedimiento. La muestra fue no probabilística, se invitó a participar a todas las mujeres que cumplieran los criterios y que hayan solicitado la ILE entre noviembre del 2018 y noviembre del 2019. En la sección del procedimiento se profundiza sobre la selección durante la ruta de atención.

Los criterios de exclusión son haber realizado el procedimiento por cualquier otro método que no sean los medicamentos, haber tenido un espacio de contención con alguna de las integrantes del equipo previo a la invitación al estudio o tener una discapacidad grave que le impidiera consentir la entrevista o contestar a las preguntas.

Entre los criterios de eliminación se encuentran haber solicitado la ILE por algún motivo relacionado con las causales legales vigentes al momento de la entrevista (violación, peligro de la vida de la mujer, malformación genética). En esos casos se entrevistó a las usuarias y una vez identificada esta solicitud se dejó anotado en el cuestionario para no considerarles en los análisis estadísticos. . Se detalla la frecuencia de estos casos en los resultados.

## **6.7 Instrumentos**

1. *Características sociodemográficas.* Edad (continua), escolaridad y ocupación (cerradas de opción múltiple), relación de pareja actual (dicotómicas).

En el caso del nivel socioeconómico, es asignado por el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria. Para ello, la trabajadora social del área realizaba un diagnóstico social con base en la suma de los factores de riesgo para la salud en el entorno de las mujeres, evaluando las condiciones de vida (ingreso familiar, cobertura de necesidades básicas, lugar y entorno de residencia, derechohabencia, condiciones de vivienda y estado de salud de la familia). Se clasifica en cuatro niveles que van desde muy alta marginalidad hasta muy baja.

Se incluyeron también las características reproductivas como embarazos previos, edad del primer embarazo, número de hijos (abiertas), abortos inducidos y/o espontáneos previos, uso de métodos anticonceptivos previos y el acuerdo que habían tenido con la pareja para realizar la ILE (cerradas de opción múltiple).

## 2. Experiencias psicosociales adversas

### a. Salud mental

- *Sintomatología depresiva actual.* Se utilizó el Center for Epidemiological Studies Depression Scale, versión de 35 reactivos (González-Forteza, 2011). Diseñado por Radloff en 1977 para detectar sintomatología depresiva. Se ha validado en población mexicana adolescente y embarazada (Lara et al., 2006). En el 2008 fue adaptado a los criterios del DSM-IV, se probaron y validaron un total de 35 reactivos que indagan por los 9 síntomas y su presencia en las últimas dos semanas, posteriormente se utilizó con mujeres que interrumpieron el embarazo (Ramos-Lira et al., 2001a). Las opciones de respuesta son cinco cerradas de “0 días” a “de 8 a 14 días” ( $\alpha = .93$ ).
- *Autoreporte de depresión en el último año.* Se agregó después del CESD-R-35 una pregunta con referencia temporal que dice: “*En los últimos 12 meses o desde (el mes de la entrevista) del año pasado y hasta que acudió a la consulta de la ILE ¿había tenido síntomas como los que le acabo de mencionar al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted diría que estaba deprimida?*” con opción de respuesta dicotómica (No = 0 y Sí = 1) y luego preguntas sobre si ha recibido atención al respecto “*¿Ha consultado a algún psiquiatra o psicólogo por algún problema de este tipo?*” con opción de respuesta dicotómica, una pregunta abierta sobre si habían recibido algún diagnóstico y finalmente “*¿cuándo fue?*” Las opciones de respuesta son menos de un año o más de un año.
- *Percepción de la depresión de la madre y el padre.* En cuanto a los padres, se preguntó: “*¿Su mamá/papá ha estado deprimida(o)? Esto quiere decir que haya presentado síntomas como sentirse sola (o), triste o no tener ganas de hacer nada, al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted pensaría que estaba deprimida (o)*” con opción de respuesta dicotómica (No = 0 y Sí = 1) y

“El/ella ¿ha acudido a consulta psiquiátrica? Con opción de respuesta múltiple (No = 0 y Sí = 1, No sé = 2) y finalmente ¿sabe qué diagnóstico le dieron? Con respuesta abierta.

b. Antecedentes de violencia

- *Violencia de pareja en los últimos 12 meses y violencia sexual en la infancia.* Se utilizaron las preguntas de Ramos Lira & Saltijeral (2008) que indagan de manera dicotómica por estas conductas. Para la violencia de pareja, se incluyeron preguntas sobre violencia emocional (2 ítems), física (1 ítem), patrimonial (1 ítem), económica (1 ítem) y sexual (1 ítem) con la pareja con la que se embarazó durante los últimos 12 meses hasta el día en que recibió el medicamento. Las opciones de respuesta son dicotómicas (Ramos-Lira et al., 1998, 2001; Ramos Lira et al., 2008). Además se incluyó una pregunta ad hoc, acerca de si enfrentó alguna de estas violencias durante los últimos 15 días y cuál fue.
- *Abuso sexual.* Se preguntó “Antes de que cumpliera 15 años ¿Alguna vez alguien – sea o no de su familia- la manoseo, tocó o acarició alguna parte de su cuerpo; le hizo tocar alguna parte de su cuerpo o tuvo relaciones sexuales con usted cuanto era muy pequeña o contra su voluntad?”. Estas preguntas fueron utilizadas en estudios previos (Ramos-Lira et al., 1998, 2001; Ramos Lira et al., 2008). Además se agregaron preguntas sobre el número de veces que ocurrió, la edad de la primera agresión y la relación con el abusador. Finalmente también se preguntó si después de los 15 años alguien le había obligado a tener relaciones sexuales. Del mismo modo se indagó por el número de veces que ocurrió, la edad y la relación con el abusador.

c. *Estigma por abortar*

- Cockrill et al., desarrollaron en 2013 una escala para evaluar el estigma con base en sus propios desarrollos conceptuales (Cockrill et al., 2013) sobre las dimensiones individuales del estigma por aborto y con base en las mediciones de otro tipo de estigmas. Se realizaron entrevistas cualitativas con mujeres que habían tenido abortos y mediante el análisis de contenido se propusieron 61

reactivos que fueron probados y mejorados en entrevistas cognitivas en clínicas de planificación familiar en Estados Unidos. En el estudio para probar las propiedades psicométricas de la escala participaron 672 mujeres que habían tenido un aborto (Cockrill et al., 2013).

El análisis factorial mostró un modelo de 20 reactivos agrupados en cuatro factores que mostraron confiabilidad adecuada ( $\alpha$  total = 0.88): 1) Preocupación por el estigma ( $\alpha = 0.94$ ), 2) Aislamiento ( $\alpha = 0.83$ ), 3) Autocrítica ( $\alpha = 0.84$ ) y 4) Condena social ( $\alpha = 0.78$ ). Se realizaron pruebas a la validez de constructo por medio de pruebas de hipótesis probadas con regresiones logísticas para explorar la relación entre los resultados de la escala y una medida independiente de secrecía. Cada subescala se encuentra relacionada con la escala completa pero no tienen correlaciones altas entre si y pueden ser utilizadas por separado (Cockrill et al., 2013).

Las opciones de respuesta están graduadas en una escala de Likert de cuatro opciones en el caso de las preocupaciones por el estigma (que van de “No me preocupaba”=1 a “Me preocupaba en extremo”=4) y de aislamiento (que van de “Nunca”=1 a “Muchas veces”=4). En las otras dos dimensiones se trata de una escala de Likert de 5 puntos que en la de autocrítica va desde “Totalmente en desacuerdo”=0 hasta “Totalmente de acuerdo”=5 y en la de condena social desde “Ninguna”=0 hasta “la mayoría de las personas”=5. El puntaje elevado en la escala y en cada subescala indican altos niveles de estigma. Los puntajes de la escala completa y de las subescalas se obtienen sumando los puntajes de las opciones de respuesta y dividiéndolas entre 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).

### 3. Intenciones del embarazo

- Intenciones de embarazo. El LMUP fue desarrollado con base en un trabajo cualitativo en Londres por Barrett et al., (2002). El constructo que propone medir el grado de intenciones o el grado de

planeación del embarazo actual o reciente y no hace distinción entre estos dos conceptos. Considera tres dimensiones con dos reactivos cada una: a) contexto, b) las conductas, c) la disposición. Considera que las intenciones son un continuo por lo que a mayor puntaje mayores intenciones. Sin embargo, se pueden establecer puntos de corte para el grado de intenciones: intencional (9 – 12), ambivalente (4 – 8) y no intencional (0 – 3). Las intenciones del embarazo son un fenómeno que depende los patrones sociales particulares por la distribución de los patrones de puntajes del LMUP dependen de la composición de la muestra (Hall, 2016). El LMUP ha sido traducido y su validez de contenido y constructo ha sido evaluada en Estados Unidos, Pakistan, India, Brasil, Irán, Bélgica, Malawi y Arabia Saudita, obteniendo propiedades psicométricas adecuadas para su uso. Actualmente se encuentra en evaluación en distintos países de África y en México mediante este protocolo.

- *Autonomía Reproductiva como capacidad:* Se utilizó la escala de Autonomía Reproductiva propuesta por Upadhyay et al., (2014) que mide el grado de habilidad que las mujeres tienen para lograr sus intenciones reproductivas, es decir el poder para controlar asuntos relacionados con el uso de anticoncepción, el embarazo y la maternidad. Se trata de 14 ítems agrupados en tres subescalas: a) ausencia de coerción, 2) comunicación y 3) toma de decisiones. La autonomía reproductiva es medida como una variable continua, mayor puntaje mayor es interpretado como mayor autonomía. La validez de constructo de la escala ha sido evaluada con el puntaje de 1892 mujeres en Estados Unidos en 13 centros de planificación familiar, incluyendo centros de interrupción del embarazo (Upadhyay et al., 2014). La escala ha sido adaptada y probada en un grupo de mujeres de comunidades religiosas ( $\alpha=0.92 - 0.78$ ), donde se mostró su interacción con criterios de agencia y juicio percibido (Kahn, 2014).

## **6.8 Procedimiento**

La recolección de información se llevó a cabo en un Hospital General de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Las mujeres que llegan a solicitar la ILE se acercaban a un módulo de atención ciudadana donde les daba información sobre los comprobantes necesarios para la solicitud de un turno: identificación, comprobante de domicilio, carnet de seguro popular -etc.

Todos los días entre lunes y viernes, se hacía una fila en la entrada de urgencias del hospital desde las 6:30am. A las 7 am que abre la puerta de consulta externa del hospital, las mujeres pasan al cubículo de atención ciudadana. El personal de atención ciudadana del Hospital les explicaba la logística a seguir y recogía el papeleo. Después, las mujeres pasaban a la sala de espera. El personal de archivo les abre un expediente y la trabajadora social les entrega distintos formatos que deberán llenar, así como un consentimiento informado acerca de los procedimientos médicos que seguirán.

Después, la trabajadora social les entregaba un pase para las pruebas de sangre en el laboratorio. Una vez hechas estas pruebas, pasaban a imagenología donde se les realizaba un ultrasonido intravaginal. Al finalizar este proceso las mujeres informaban a la trabajadora social el número de semanas que se calcularon con el ultrasonido y se archivan sus laboratorios en el expediente. Una vez que todas completaban las pruebas de laboratorio e imagen, la trabajadora social realizaba la consejería grupal en su cubículo donde se les explicaba el procedimiento (según sea el caso por el número de semanas, con medicamentos o quirúrgico), las señales de alarma e información sobre métodos anticonceptivos y sus beneficios. Finalmente, las mujeres fueron citadas al día siguiente de la consulta inicial para la consulta subsecuente a las 7:30 am.

Las mujeres con cita subsecuente pasaban a consulta con el médico que evaluaba los resultados clínicos y de laboratorio e indicaba la dosis del medicamento y las instrucciones o bien, realizaba el procedimiento de AMEU según el número de semanas que se hayan calculado con el ultrasonido. Cuando las mujeres tienen hasta 10 semanas de embarazo se utilizan medicamentos y después de la consulta son citadas dos semanas después para realizar un ultrasonido y comprobar que el aborto se completó.

Dos semanas después las mujeres fueron citadas en el mismo horario (7:30 am) para el alta. En esta cita entregaban directamente su carnet a la trabajadora social y esperaban a ser llamadas por el doctor para que realizara el ultrasonido, verificara que el procedimiento se completo y finalmente eligieran un método anticonceptivo. Si el aborto no había sido completado, dependiendo del número de semanas el doctor repetía la dosis de medicamento y se citaban a la siguiente semana, o bien, se programaba un AMEU al día siguiente. Las mujeres que asistían a la cita de alta eran atendidas al final del día, una vez que el doctor había terminado con las consultas de las pacientes subsecuentes por lo que el tiempo de espera oscilaba entre 3 y 4 horas.

Las entrevistas semiestructuradas de la línea base se llevaron a cabo precisamente durante la cita de alta. Una trabajadora social del hospital recogía los carnets y proporcionaba los datos a las investigadoras. Luego, una de las investigadoras voceaba a las mujeres en la sala de espera y las hacía pasar a un cubículo de atención ciudadana donde se realizó la invitación al estudio.

Las invitaciones y entrevistas fueron realizadas por una persona del equipo de investigación durante el tiempo de espera de la consulta médica para el alta en un cubículo del hospital o en la biblioteca. En caso de que durante la invitación más de una usuaria se hubiera interesado en participar en el estudio, una entrevistadora y una mujer permanecían en el cubículo y ahí llevan a cabo todo el procedimiento y otra pareja (entrevistadora + usuaria) bajaban a un aula ubicada en la biblioteca en el sótano del hospital.

Una vez instaladas en el espacio, se realizó la firma de la carta de consentimiento informado y se aclararon dudas sobre la participación, incluyendo dudas sobre el seguimiento. Luego, con base en un cuestionario se realizó una entrevista estructurada y se hizo una devolución a las mujeres en caso de que se

mostrarán preocupadas o dudosas o se ubicara alguna necesidad de atención con respecto a la exposición a la violencia o la salud mental, así como información sobre la elección de métodos anticonceptivos. La entrevista duraba aproximadamente 60 minutos.

Una vez finalizada la entrevista se agendaba la cita para la medición siguiente, tres semanas posteriores y se le daba la opción de llevarlo a cabo en el hospital de modo presencial o vía telefónica. Además, se les entregó un espejo de bolsillo de obsequio que contenía un teléfono del equipo de investigación donde podía marcar o enviar un mensaje en caso de tener alguna duda o comentario sobre los temas tratados en la investigación.

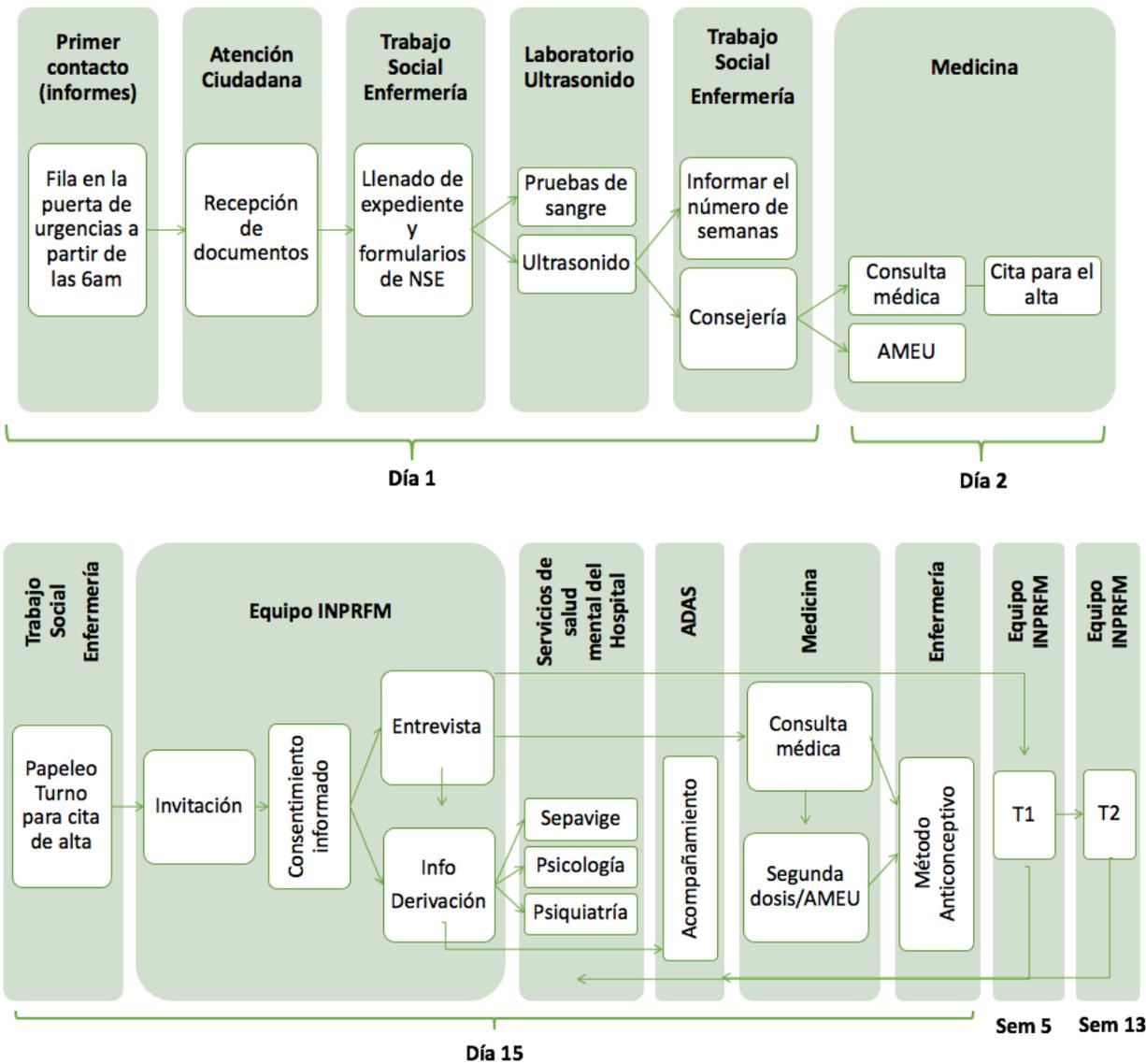
Al finalizar la entrevista, la participante era dirigida a la sala de espera. Una vez que terminaban con la consulta médica, se consultó a la enfermera del servicio y se registró si el aborto fue completo y por lo tanto le otorgaron algún método anticonceptivo y la dieron de alta o si el aborto no se completó y repitieron la dosis de tratamiento.

◆ *Seguimientos 1 y 2 (T1 y T2)*: Las mujeres recibían un mensaje o una llamada un día antes de su cita. La llamada la hacía alguna integrante del equipo y acordaba la modalidad, fecha y hora. Quienes elegían realizar la entrevista de modo presencial son citadas en el hospital en un horario entre 8 y 13 horas. Quienes eligían el modo telefónico acuerdan la hora para el día siguiente. La entrevista es estructurada con base en un cuestionario que contiene escalas para la evaluación de las variables dependientes y de control, incluidos los métodos anticonceptivos que eligieron en la línea base. Una vez finalizado el cuestionario, se le asigna cita para dentro de 2 meses a partir de la fecha del primer seguimiento y se le da a elegir la modalidad. Luego, en el caso de la modalidad presencial se le otorgaba una tarjeta de regalo por 150 pesos de una tienda de autoservicio como retribución por su tiempo y en el caso de la modalidad telefónica se le hacía un depósito de tiempo aire por la misma cantidad.

El segundo seguimiento (T2) seguía el mismo procedimiento con excepción del incentivo.

Para mayor claridad, en el Esquema 1 se muestra la ruta de atención determinada por el propio servicio y el procedimiento de la investigación con la invitación y las tres entrevistas organizadas en la propia logística del servicio.

**Esquema 1. Procedimiento de la investigación enlazado con la ruta de atención en el servicio de ILE**



## 6.9 Consideraciones éticas

La investigación de la que se deriva esta tesis fue aprobada el 13 de enero de 2015 por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, con el número de referencia *CEI/C/001/2015* (Anexo 1). Hay dos consideraciones importantes de mencionar, la primera es que el riesgo que implica el estudio es mayor que el mínimo pues se incluyen mujeres con menos de 18 años y la segunda es que el cuestionario contempla preguntas sobre antecedentes de abuso sexual infantil y violencia sexual que podrían activar algún tipo de conflicto o problema que requiriera contención, intervención en crisis o referencia a algún servicio de salud.

Sobre el primer punto se realizó un *addendum* que también fue aprobado por el Comité de Ética con fecha del 3 de agosto de 2015 y número de referencia *CEI/C/045/2015* (Anexo 2) considerando la pauta 14 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas que menciona que en el caso de mujeres casadas o embarazadas menores de edad se puede realizar consentimiento informado:

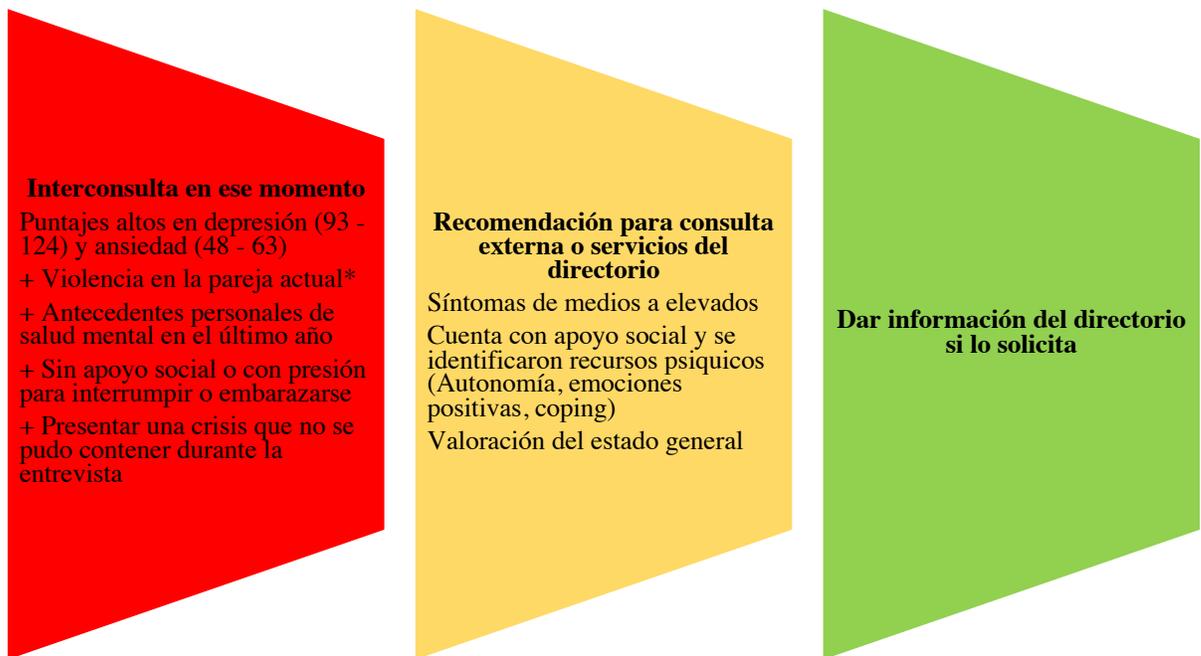
En ciertas jurisdicciones, algunos individuos que aún no han alcanzado la edad general para consentir son considerados como “emancipados” o “menores adultos o maduros” y autorizados para consentir sin el acuerdo o incluso el conocimiento de sus padres o tutores. Pueden estar casados, la mujer embarazada, ser progenitores o vivir independientemente. Algunos estudios incluyen investigación de las creencias y comportamiento adolescente en relación con la sexualidad o utilización de drogas de uso recreativo; otras investigaciones abordan el estudio de violencia doméstica o abuso de niños. Para tales estudios, los comités de evaluación ética pueden prescindir de la autorización de los padres si, por ejemplo, el conocimiento por parte de ellos puede poner a los adolescentes en riesgo de ser cuestionados o incluso intimidados por sus padres (CIOMS y OMS, Pauta 14, 2002) .

Por lo anterior, el Comité de Ética acordó con el equipo de investigación agregar al formato de consentimiento informado una pregunta sobre si las entrevistadas menores de edad daban su autorización en caso de que el adulto que las acompañara quisiera información de la entrevista, sin que esto pusiera en peligro el principio de confidencialidad. Se anexa el consentimiento informado (Anexo 3).

Con respecto al segundo punto, el equipo de investigación fue capacitado en un taller sobre la aplicación de los instrumentos, técnicas de contención durante la entrevista e información necesaria para la devolución personalizada *in situ* de la información vertida en el cuestionario. Además, se acordó con las

autoridades del hospital que en caso de localizar criterios de derivación urgente, se realizará una interconsulta con el área de salud mental del mismo servicio. Los criterios de derivación fueron construidos por el equipo y señalizados en un semáforo (Esquema 2).

### Esquema 2. Semáforo con criterios de derivación



También, el equipo de becarias construyó y verificó un directorio actualizado que incluye datos de contacto, horarios, costos y rutas de atención sobre diversos servicios de atención en salud mental con y sin costo y de distintos niveles de atención, así como servicios especializados en violencia doméstica y sexual e instituciones que atienden temas relacionados con la salud sexual y reproductiva donde se referirán las mujeres con antecedentes de violencia sexual o quienes manifestaron tener alguna inquietud o necesidad para recibir atención de salud mental que requieren atención pero no de manera urgente.

## **6.10 Análisis estadístico**

Se utilizó Stata 16.0. Se realizaron análisis descriptivos como un primer paso. Las variables de interés se recodificaron para identificar grupos de análisis. La edad se agrupó por décadas, el número de hijos se dicotomizó (tiene o no tiene hijos). Para estigma se utilizó el puntaje total como una variable continua. Debido a los resultados sobre validez de las escalas de autonomía reproductiva e intenciones del embarazo se excluyeron estos resultados en el análisis con la muestra final.

Finalmente Se realizó un análisis con clases latentes (ACL) que estima probabilidades condicionadas de pertenecer a un segmento de población dado que se tiene cierto comportamiento y a través de los modelos de regresión evalúa la contribución diferencial de cada variable observada en función de dicha pertenencia (Monroy Cazorla, Vidal Uribe & Saade Hazin, 2009), es particularmente útil en muestras pequeñas (Reyna, C., & Brussino, 2011; Strunin, et al., 2015; Cordero-Oropeza, García-Méndez, Cordero-Oropeza & Corona-Maldonado, 2021).

Se evaluaron tres modelos a través de los Criterios de Información Bayesiana (BIC) ponderando la bondad de ajuste del modelo a través del valor de máxima verosimilitud (LL). La parsimonia se evaluó con los criterios de información de Akaike (AIC) (Monroy Cazorla, Vidal Uribe & Saade Hazin, 2009).

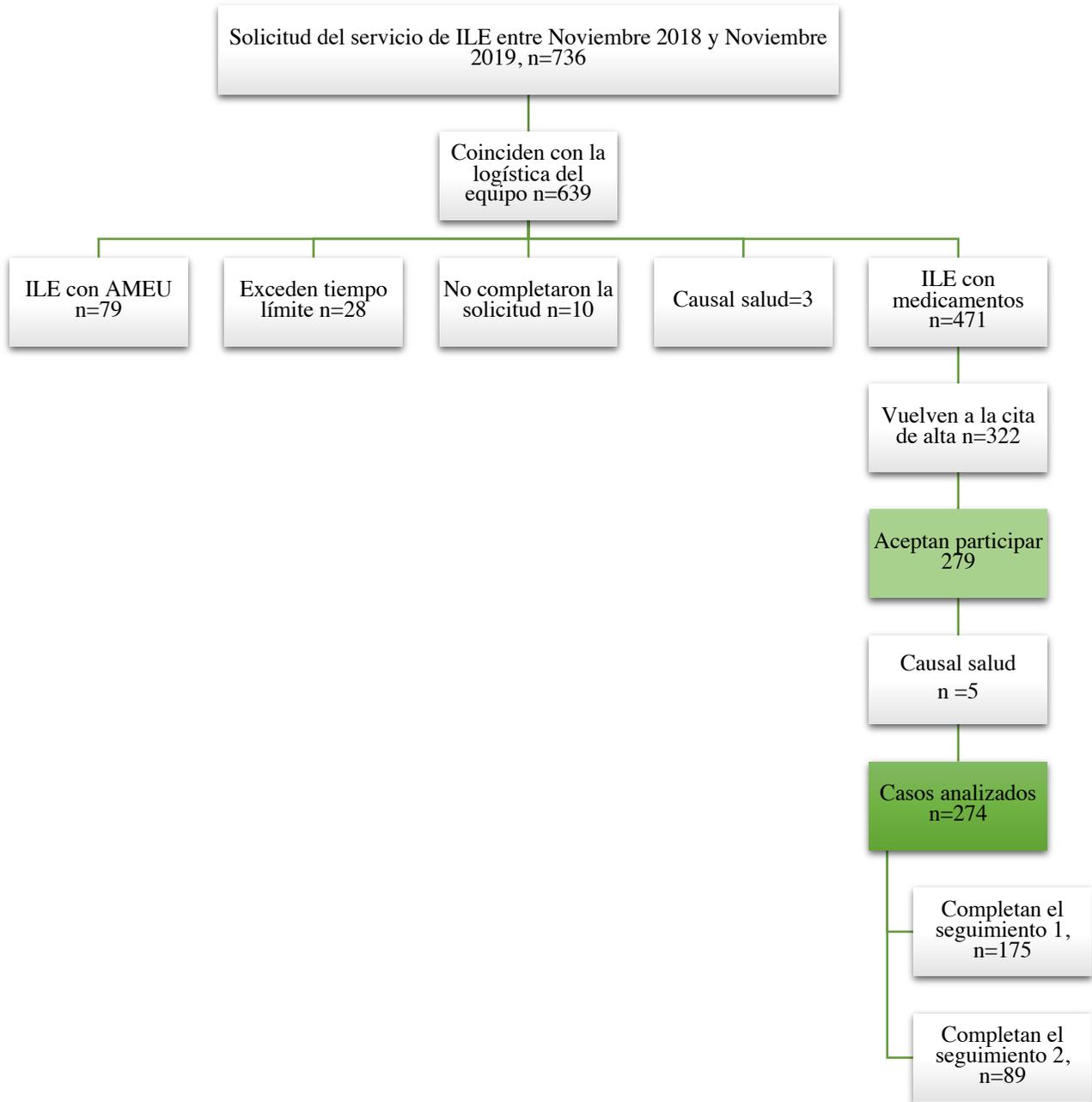
Se eligió el modelo de dos clases por presentar mejor ajuste a partir a los criterios de información bayesiana (BIC) y de información de Akaike (AIC) índice de mejor ajuste (LL), con diferencias estadísticamente significativas. Finalmente se probó una regresión con el puntaje de estigma como variable predictora.

## **7 Resultados**

Se realizaron las entrevistas entre el 5 de noviembre de 2018 y el 29 de noviembre de 2019. En ese período 776 mujeres solicitaron el servicio, de las cuales 639 (82.3%) coincidieron con la presencia que el equipo de investigación tuvo en la logística de la atención en el servicio. De las 639 mujeres, a 471 (73.7%) se les asignó, de acuerdo con el tiempo de gestación, un procedimiento con medicamentos, a 79 (12.3%) AMEU, 28 (4.3%) mujeres excedían el tiempo legal permitido por la ley para la ILE de doce semanas, 10 (1.5%) mujeres se retiraron del servicio sin completar la solicitud de ILE y 3 (0.5%) interrumpieron el embarazo por motivos relacionados con su salud. En 59 (9.2%) casos no se registró en la bitácora de control del hospital el tipo de procedimiento que se les realizó (Esquema 2).

De las 471 usuarias atendidas con medicamentos, acudieron a la cita de alta 322 (68.3%). Todas ellas fueron invitadas a participar en el estudio y 279 aceptaron la entrevista. La tasa de rechazo fue de 13.3%. De las 279 que fueron entrevistadas, se excluyeron del análisis cinco participantes debido a que durante la entrevista, revelaron motivos relacionados con su salud para la interrupción. La muestra total fue de 274 mujeres para la línea base. En el primer seguimiento participaron 175 mujeres y en el segundo 89 (Esquema 2).

**Esquema 2. Flujograma de elegibilidad y participación en el estudio.**



## 7.1 Características sociodemográficas

Se consideran aquí todas las características sociodemográficas que fueron registradas, aun cuando en el modelaje de datos solo se incluyan las seleccionadas en función de la literatura. En promedio las mujeres que participaron en la línea base tenían 25.16 años ( $\sigma=6.08$ ), la mediana de edad fue de  $Md=24$  años. La más joven tenía 15 años y la mayor 43 años. La mitad de las mujeres contaba con estudios de preparatoria o bachillerato (50.4%), una cuarta parte (24.1%) con estudios de secundaria, seguidas de una quinta parte (21.2%) que contaba con estudios de licenciatura. Así mismo, la mitad de las participantes realiza una actividad por la que recibe remuneración (50.4%) y una tercera no recibe remuneración por las actividades que realiza p.ej. amas de casa (29.4%). Una quinta parte de la muestra (20.2%) era estudiante (Tabla 1).

La mayor parte de las mujeres entrevistadas pertenecen al nivel socioeconómico I y II, evaluado como de alta marginalidad (55.5% y 10.2% respectivamente), seguidas por el nivel 0 (de muy alta marginalidad 33.9%). Esto implica que la mayoría tiene deficiencias en la cobertura de las condiciones de vida más importantes como acceso a la vivienda, derechohabiencia y condiciones de salud individual y familiar<sup>7</sup> (Tabla 1).

Del total de las participantes, el 78.1% tenía pareja al momento de la línea base (Tabla 1). La mitad (49.5%) vivían con esta pareja y una pequeña proporción estaban casadas (8.9%). En promedio llevaban 4 años y medio de relación. La mayor parte de la muestra tenía 7 años o menos de relación. El menor tiempo de duración de la relación fue de 9 meses y el mayor fue de 27 años juntos. La edad de la pareja fue en

---

<sup>7</sup>Con respecto a la evaluación del nivel socioeconómico, cabe mencionar que el servicio donde se realizó el levantamiento de datos, correspondía al segundo nivel de atención en salud. Por esta razón, a partir del nivel socioeconómico II, todos los servicios, incluida la ILE, eran cobrados con una cuota preestablecida de 1800 pesos en promedio. Sin embargo, de acuerdo con los lineamientos legales y el protocolo establecido por la Coordinación de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, cuando las mujeres que solicitaron una ILE son evaluadas con este nivel económico se realiza una referencia a alguno de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva de primer nivel para que accedan al servicio de ILE con gratuidad como indica la ley. Por otro lado, de acuerdo con el reporte de la trabajadora social, el diagnóstico social utilizado en el hospital obedecía a categorías antiguas que podrían subestimar el nivel económico de las mujeres en comparación con evaluaciones utilizadas en otros sistemas de registro hospitalario o bien en el estandarizado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística.

promedio 28.16 años, la mediana de edad era de 27 y la mayor parte eran menores de 32 años. El varón más joven tenía 15 años y el mayor 57 años.

El 34.3% de las mujeres interrumpió su primer embarazo, el 23.4% ya había estado embarazada previamente una vez y el 22.6% dos veces. Una quinta parte de las participantes había tenido tres o más embarazos previos al que se encontraban interrumpiendo. El 44.9% de las participantes no tiene hijos, pero la mayoría (55.1% sumando el resto de las categorías) tiene al menos un hijo. La edad promedio a la que ocurrió el primer embarazo es de 19.4 años, la menor edad a la que se reportó el primer embarazo fue a los 16 años, mientras que la mayor edad fue a los 20.5 (Tabla 1).

El 62.7% de las mujeres realizaba una ILE por primera vez. Una cuarta parte (26.6%) había interrumpido un embarazo con anterioridad y una pequeña proporción (9.4%) habían interrumpido un embarazo dos o tres veces antes de la actual. La gran mayoría (86.1%) no tenía antecedentes de abortos espontáneos en el pasado (Tabla 1).

Acerca del uso de métodos anticonceptivos antes de el embarazo que interrumpieron, el 57.7% dijo que sí lo estaba utilizando. El 66.7% mencionó utilizar condón masculino, seguidas de quienes utilizaban pastillas anticonceptivas (13.7%) y DIU de cobre (9.8%) (Tabla 1).

A pesar de que el 57.3% de las mujeres estuvo de acuerdo con su pareja en interrumpir el embarazo, llama la atención que al menos 1 de cada 4 parejas no estaba de acuerdo o no estaba seguro de interrumpir el embarazo (Tabla 1).

**Tabla 1. Características sociodemográficas**

<b>Edad (años)</b>		
Media (DS)	25.16 (6.08)	
Mediana (Q1-Q3)	24 (20-29)	
Min-Max	15-43	
<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Primaria	10	3.6
Secundaria	66	24.1
Preparatoria o bachillerato	138	50.4
Profesional	58	21.2
Posgrado	2	0.7
Total	274	100.0
<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Actividad Remunerada	137	50.4
Actividad No Remunerada	80	29.4
Estudiante	55	20.2
Total	272	100.0
<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0	93	33.9
I	152	55.5
II	28	10.2
III	1	0.4
Total	274	100.0
<b>Relación de pareja</b>		
<b>Actualmente tiene pareja</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	60	21.9
Sí	214	78.1
Total	274	100
<b>Viven juntos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	108	50.5
Sí	106	49.5
Total	214	100.0
<b>Están casados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	195	91.1
Sí	19	8.9
Total	214	100.0
<b>Tiempo de relación (años)</b>		
Media (SD)	4.49 (0.31)	
Md (Q1 - Q3)	3 (1 - 7)	
Min - Max	0.08 - 27.0	
<b>Edad de la pareja</b>		
Media (SD)	28.16 (0.50)	
Md (Q1 - Q3)	27 (23 - 32)	
Min - Max	15 - 57	

Continúa...

**Tabla 1. Características sociodemográficas**

<b>Vida reproductiva</b>		
<b>Embarazos previos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ninguno	94	34.3
Uno	64	23.4
Dos	62	22.6
Tres	26	9.5
Cuatro	22	8.0
Cinco o más	6	2.2
Total	274	100.0
<b>Edad del primer embarazo (n=180)</b>		
Media (DS)		19.4
Mediana (Q1-Q3)		18 (16 – 20.5)
Min-Max		14 – 35
<b>Número de hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin hijos	122	44.9
Un hijo	80	29.4
Dos hijos	46	16.9
3 o más hijos	24	8.8
Total	272	100.0
<b>ILE previa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ninguna	113	62.7
Una vez	48	26.6
Dos o tres veces	17	9.4
Total	180	100.0
<b>Abortos espontáneos previos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ninguno	149	86.1
Uno	23	13.3
Dos	1	0.6
Total	173	100.0
<b>Uso de métodos anticonceptivos previos a la ILE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	112	42.3
Sí	153	57.7
Total	265	100.0
<b>Tipo de Método</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
DIU de cobre	15	9.8
DIU Mirena	5	3.3
Inyecciones	13	8.5
Pastillas	21	13.7
Condón masculino	102	66.7
Condón femenino	1	0.7
Anticoncepción de emergencia	6	3.9
Parches	10	6.5
Implante	3	2.0
Vasectomía	1	0.7
Ritmo o coito interrumpido	3	2.0
<b>Acuerdo con la pareja sobre interrumpir el embarazo</b>		
Estuvo de acuerdo	152	57.36
No estaba de acuerdo o no estaba seguro	43	25.29
No fue parte de la decisión	46	17.36

## **7.2 Experiencias psicosociales adversas**

### **7.2.1 Salud mental**

#### *7.2.1.1 Antecedentes personales y familiares de depresión*

El 39.9% de las participantes afirmaron haberse sentido deprimidas durante los últimos 12 meses. De ellas, el 38% habían consultado un psiquiatra por problemas de este tipo alguna vez en la vida. En promedio esta consulta había ocurrido hace 3 años, aunque la más reciente ocurrió en los últimos 12 meses y la más lejana hace 25 años. La mayor cantidad de asistencias a consulta psiquiátrica había ocurrido hace menos de 5 años. Aunque la mayoría de quienes sí habían ido a algún servicio psiquiátrico no tenían un diagnóstico claro, el 15% habían sido diagnosticadas con depresión y alguna comorbilidad, mientras que el 5% habían sido diagnosticadas solo con depresión (Tabla 2).

Acerca de los antecedentes familiares, el 64.2% de las mujeres reportaron que sí habían percibido a su madre deprimida alguna vez en la vida. Una cuarta parte (24.5%) de las mujeres mencionó que su madre había ido al psiquiatra alguna vez en la vida. La mayoría no conocía el diagnóstico (58.5%), pero de quienes sí habían ido al psiquiatra el 12.3% (8 mujeres) habían sido diagnosticadas con depresión. El 8.5% del total de las participantes reportaron que su madre había bebido en exceso de modo que le ocasionó problemas con la familia (Tabla 2).

Acerca del padre, el 34.8% de las mujeres respondieron que sí lo percibieron deprimido alguna vez en la vida. El 8.3% sí consultó a un psiquiatra y de ellos el 25% había sido diagnosticado con depresión. Del total de las participantes, el 38.5% reportó que su padre había bebido en exceso de modo que le ocasionaba problemas con la familia. Destaca en todas las preguntas la gran proporción de mujeres que desconocía esta información del padre, incluso algunas reportaron durante la entrevista que no lo conocían o no habían tenido contacto con él (Tabla 2).

**Tabla 2. Experiencias psicosociales adversas sobre salud mental**

<b>Antecedentes Personales</b>			
<b>Autoreporte de depresión en los últimos 12 meses</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No		163	60.1
Si		108	39.9
Total		271	100.0
<b>Ha consultado al psiquiatra alguna vez</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No		67	62.0
Si		41	38.0
Total		108	100.0
<b>¿Hace cuánto? (años)</b>			
M(DS)		3.8	(0.74)
Md (Q1-Q3)		2	(0.46 – 5)
Min – Max		0	– 25
<b>Diagnóstico</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ninguno		29	70.7
Depresión		2	4.9
Depresión y ansiedad		4	9.8
Depresión posparto		1	2.4
Depresión y THDA		1	2.4
Ansiedad		2	4.9
Adicciones		1	2.4
Trastorno límite de la personalidad		1	2.4
Total		41	100.0
<b>Antecedentes familiares</b>			
<b>Percepción de la depresión de la madre</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No		77	28.4
Si		174	64.2
No sé		20	7.4
Total		271	100.0
<b>Percepción de la depresión del padre</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No		114	42.2
Si		94	34.8
No sé		62	23.0
Total		270	100.0
<b>Su madre ha consultado al psiquiatra alguna vez</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No		189	71.3
Sí		65	24.5
No sabe		11	4.2
Total		265	100.0
<b>Su padre ha consultado al psiquiatra alguna vez</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No		184	76.3
Sí		20	8.3
No sabe		37	15.4
Total		241	100.0
<b>Diagnóstico de la madre (n=65)</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No sabe		38	58.5
Ansiedad		2	3.1
Trastorno bipolar		1	1.5
Depresión		8	12.3
Esquizofrenia		1	1.5
Lesión neurológica		1	1.5

*Continúa...*

**Tabla 2. Experiencias psicosociales adversas sobre salud mental**

<b>Antecedentes familiares</b>		
<b>Diagnóstico de la madre (n=65)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adicciones	0	0
Alzheimer	0	0
Otros <sup>a</sup>	14	21.5
Total	65	100.0
<b>Diagnóstico del padre (n=20)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No sabe	12	60.0
Ansiedad	0	0
Trastorno bipolar	0	0
Depresión	5	25.0
Esquizofrenia	0	0
Lesión neurológica	0	0
Adicciones	1	5.0
Alzheimer	1	5.0
Otros <sup>a</sup>	1	5.0
Total	20	100.00
<b>Su madre ha bebido en exceso que le ocasionaba problemas con la familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	247	91.5
Sí	23	8.5
No sé	0	0
Total	270	100.0
<b>Su padre ha bebido en exceso que le ocasionaba problemas con la familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	151	59.9
Sí	97	38.5
No sé	4	1.6
Total	252	100.0

Notas: <sup>a</sup>Otros está asociado a los motivos y no al diagnóstico, aparecen casos de violencia, abuso sexual, trauma por accidentes y problemas familiares como intento de suicidio de los hijos.

### 7.2.2 Experiencias de violencia de pareja y violencia sexual

Acerca de la violencia de pareja, el 47.1% de las mujeres la había enfrentado durante el último año. De ellas, la mayor proporción reportaron violencia emocional (76.6%), seguida de violencia económica (57%) y finalmente violencia física y sexual (43%). Además el 24.9% había sido maltratada físicamente por alguna pareja anterior a la actual (Tabla 3). El 10% (28 participantes) de las participantes había enfrentado algún incidente de violencia de pareja en las últimas dos semanas a raíz del aborto (Tabla 3). El incidente más frecuente en las última dos semanas fueron gritos o insultos (89.4%), seguido de maltrato físico (35.7%) y de amenazas de daño o muerte (17.9%).

Sobre la violencia sexual, cabe destacar que una tercera parte de las participantes (32.1%) tenían antecedentes de abuso sexual infantil antes de los 15 años de edad. De ellas, a un poco menos de una tercera parte le había ocurrido de manera crónica (27.6%), otra tercera parte (31%) le había ocurrido dos o tres veces y un poco más de una tercera parte había enfrentado un único evento (41.4%). En promedio, les ocurrió a los 8 años. Aunque a la mayoría le ocurrió antes de los 12 años, quien reportó la menor edad cuando ocurrió el incidente tenía 3 años (Tabla 3).

El 95% de los agresores habían sido hombres y había sido una persona conocida y cercana (28.7%), un tío (27.6%) o un primo (23%). En promedio estos agresores le llevaban 18.6 años a las participantes cuando perpetraron el abuso sexual. La menor diferencia de edad entre la participante cuando ocurrió el abuso y su agresor fue de dos años y la mayor de 60 años (Tabla 3).

Además, el 12.1% reportó haber sido obligada a tener relaciones sexuales después de los 15 años. A la mayoría de las mujeres (45.5%) le ocurrió dos o tres veces y a una tercera parte (30.3%) una sola vez, mientras que a una cuarta parte (24.3%) de quienes reportaron este tipo de agresión, le ocurrió de manera crónica. La mayor proporción de agresiones (50%) fue perpetrada por la pareja de las participantes, seguido por alguna otra persona cercana y conocida (21.9%) o por un amigo (12.5%). La mayor parte de los agresores era mayor que las participantes cuando ocurrió la agresión y les llevaba en promedio 8.6 años. La diferencia mínima fue de un año y la máxima de 40. Solamente dos participantes reportaron que su agresión era menor que ellas (no se reporta en la tabla) en el momento del incidente y en promedio la diferencia fue de 1.5 años menos que ellas (Tabla 3).

**Tabla 3. Experiencias psicosociales adversas de violencia de pareja y violencia sexual**

<b>Violencia de pareja</b>		
<b>En los últimos 12 meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	144	52.9
Sí	128	47.1
Total	272	100.0
<b>Violencia emocional en los últimos 12 meses</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	30	23.4
Sí	98	76.6
Total	128	100.0
<b>Violencia física y sexual en los últimos 12 meses</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	73	57.0
Sí	55	43.0
Total	128	100.0
<b>Violencia económica en los últimos 12 meses</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	55	43.0
Sí	73	57.0
Total	128	100.0
<b>Violencia física por parte de alguna otra pareja previamente</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	184	75.1
Si	61	24.9
Total	245	100.0
<b>Violencia de pareja en las últimas dos semanas</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	236	89.4
Si	28	10.6
Total	264	100.0
<b>Tipos de agresión en las últimas dos semanas</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Gritos o insultos	23	82.1
Amenazas de daño físico o muerte	5	17.9
Maltrato físico	10	35.7
Relaciones sexuales forzadas	4	14.3
Violencia económica	2	7.1
Reclamos sobre cómo gasta el dinero	3	10.7
<b>Violencia sexual</b>		
<b>Abuso sexual antes de los 15 años</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	184	67.9
Sí	87	32.1
Total	271	100.0
<b>¿Cuántas veces le ocurrió?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Una vez	36	41.4
Dos o tres veces	27	31.0
Muchas veces	24	27.6
Total	87	100.0
<b>Edad a la que le ocurrió</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Media (DS)	8.9 (0.34)	
Md (Q1 - Q3)	8 (6 - 12)	
Min - Max	3.0 - 15.0	
<b>Sexo del agresor(a)</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Hombre	83	95.4
Mujer	4	4.6
Total	87	100.0

Continúa...

**Tabla 3. Experiencias psicosociales adversas de violencia de pareja y violencia sexual**

<b>Violencia sexual</b>		
<b>Abuso sexual antes de los 15 años</b>		
<b>Relación con el agresor (a)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Padre/Madre	2	2.3
Padrastro/madrastra	6	6.9
Tío	24	27.6
Primo/a	20	23.0
Abuelo/a	2	2.3
Autoridad	1	1.1
Desconocido/a	7	8.0
Otra persona cercana	25	28.7
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>
<b>Diferencia de edad con el agresor</b>		
X (DS)	18.6 (1.58)	
Md (Q1 - Q3)	15 (7 - 30)	
Min - Max	2.0- 60.0	
<b>Violación después de los 15 años</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	240	87.9
Si	33	12.1
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100.0</b>
<b>¿Cuántas veces le ocurrió?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Una vez	10	30.3
Dos o tres veces	15	45.5
Muchas veces	8	24.2
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>
<b>Relación con el agresor</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Padrastro	2	6.3
Tío	1	3.1
Amigo	4	12.5
Pareja	16	50.0
Desconocido	2	6.3
Otra persona cercana	7	21.9
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>
<b>Diferencia de edad con el agresor</b>		
X (DS)	8.6 (1.89)	
Md (Q1 - Q3)	5 (3 - 9)	
Min - Max	1.0 - 40.0	

### 7.2.3 Estigma por abortar

La escala de estigma (Cockrill, 2014) consta de cuatro dimensiones que obtuvieron elevadas alphas de Cronbach ( $\alpha=0.835$  -  $\alpha=0.886$ ). El coeficiente de consistencia interna para toda la escala fue de  $\alpha=0.846$ .

La escala total consta de 20 preguntas con opciones de respuesta de cuatro y cinco opciones; entre mayor puntaje mayor estigma por abortar. La suma de las opciones dividida entre el número de reactivos dio un promedio de  $M=2.40$  puntos en un rango teórico que va de 1 a 4.35, la mediana fue de  $Md=2.38$  y se observa

que la mayor parte de las puntuaciones están entre  $Q1=1.92$  y  $Q3=2.87$  por lo que se trata de una asimetría positiva (Tabla 4). Entonces, como puede observarse los niveles de estigma por abortar de las participantes eran bajos.

La dimensión de Preocupación tiene una mediana ( $Md=2$ ) y tercer cuartil ( $Q3=2.71$ ) más elevados que aislamiento ( $Md=1.75$ ,  $Q3=2.5$ ). El rechazo comunitario tiene la misma mediana que autocrítica ( $Md=2.5$  y  $Md=2.15$  respectivamente), pero su tercer cuartil es mucho más elevado ( $Q3=4.5$  vs  $Q3=3.4$ ) e incluso alcanzó un puntaje máximo ( $Max=5$  vs  $Max=4.6$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4. Puntajes de la escala de estigma por abortar**

Subescala	Núm. de ítems	Alpha	X	DS	Md	Q1	Q3	Rango teórico	Mín.	Máx.
Aislamiento	7	0.886	1.92	0.83	1.75	1.17	2.50	1.0-4.0	1.00	4.00
Preocupación	6	0.843	2.15	0.86	2.00	1.43	2.71	1.0-4.0	1.00	4.00
Autocrítica	5	0.835	2.51	1.07	2.50	1.60	3.40	1.0-5.0	1.00	4.60
Rechazo comunitario	2	0.937	3.01	1.33	2.50	2.00	4.50	1.0-5.0	1.00	5.00
Escala Total	20	0.846	2.40	0.67	2.38	1.92	2.87	1 - 4.35	1.04	4.15

### 7.3 Intenciones del embarazo

Las intenciones del embarazo se evaluaron con el London Measure for Unplanned Pregnancy que consiste en tres indicadores (Contexto, Conducta y Posición frente a la maternidad) de dos preguntas cada uno. En el Apéndice A se reportan las tareas metodológicas para la adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de esta escala, que se utilizó por primera vez en México.

La mayor proporción de las participantes (39.2%) mencionó no usar métodos anticonceptivos en el mes en el que quedó embarazada. Esta proporción se aproxima a la de la pregunta de las características reproductivas, donde 42% de las mujeres dijeron no utilizar método antes del embarazo que habían interrumpido. Una tercera parte de las mujeres mencionó que usaban métodos anticonceptivos pero habían fallado (28.6%) y otra tercera parte (29.3%) dijo que los usaban pero no siempre. Una proporción muy pequeña (2.9%) mencionó usarlos siempre.

La gran mayoría de las mujeres consideró que su embarazo había ocurrido en el momento incorrecto (83.2%), aunque un 16.5% consideró que a pesar de eso, estaba bien. El 88.3% de las mujeres dijo que no

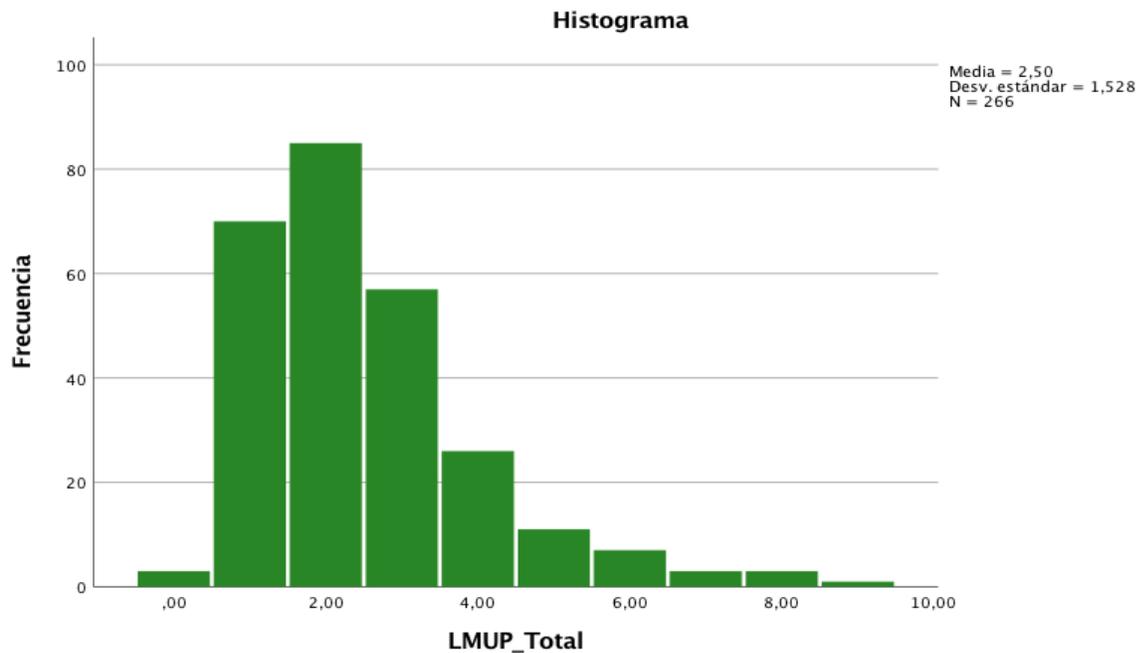
tenía la intención de embarazarse y el 8.8% que sus intenciones cambiaban con frecuencia. No obstante, solo el 66.3% mencionó que no quería tener un bebé y un tercio de las participantes dijo tener sentimientos encontrados al respecto (31.5%). Sobre los acuerdos con la pareja, el 59.9% dijo que lo había platicado con su pareja y el acuerdo había sido no embarazarse por el momento. Una quinta parte (21.7%) dijo que no habían llegado a un acuerdo y el 13.2% no lo había hablado nunca. Aún así, casi 10% de las mujeres habían realizado alguna acción para prepararse para el embarazo, incluido tomar ácido fólico, dejar de fumar o beber alcohol y buscar asesoría médica.

**Tabla 5. Porcentajes de respuesta para el London Measure for Unplanned Pregnancy**

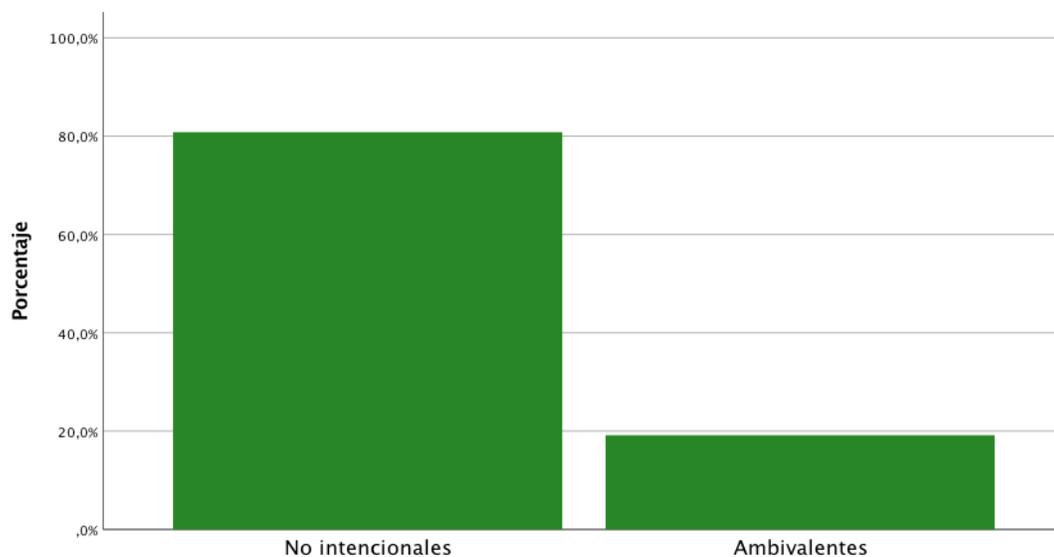
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>1. En el mes en el que quedé embarazada...</b>		
Siempre usábamos métodos anticonceptivos	8	2.9
Siempre usábamos métodos anticonceptivos pero fallaron	78	28.6
Usábamos métodos pero no en todas las ocasiones	80	29.3
No usábamos métodos anticonceptivos	107	39.2
Total	273	100.0
<b>2. Siento que mi embarazo sucedió</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
En el momento incorrecto	227	83.2
No en el mejor momento pero está bien	45	16.5
En el momento incorrecto	1	0.4
Total	273	100.0
<b>3. Justo antes de quedar embarazada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No tenía la intención de embarazarme	241	88.3
Mis intenciones cambiaban con frecuencia	24	8.8
Tenía la intención de quedar embarazada	8	2.9
Total	273	100.0
<b>4. Justo antes de quedar embarazada</b>		
No quería tener un bebé	177	66.3
Tenía sentimientos encontrados	84	31.5
Deseaba tener un bebé	6	2.2
Total	267	100.0
<b>5. Antes de quedar embarazada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca habíamos hablado sobre tener hijos juntos	36	13.2
Habíamos platicado pero acordamos que no me embarazaría en este momento	163	59.9
Habíamos platicado pero no habíamos acordado nada	59	21.7
Mi pareja y yo habíamos acordado que me embarazaría	14	5.1
Total	272	100.0
<b>6. Antes de quedar embarazada hizo algo para mejorar su salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nada	247	90.1
Una acción	17	6.2
Dos o más acciones	10	3.6
Total	274	100.0
<b>7. Acciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Tomar ácido fólico	7	25.9
Dejar de fumar o fumar menos	7	25.9
Dejar de tomar o tomar menos alcohol	7	25.9

De acuerdo con la autora (Barrett y Willings, 2004), el puntaje de cada respuesta se suma y la interpretación puede tratarse como un puntaje total, donde el mayor puntaje indica mayores intenciones del embarazo o bien, pueden utilizarse puntos de corte para tres categorías de intenciones del embarazo: 1) no intencional, 2) ambivalente y 3) intencional. En la Gráfica 1, se puede observar que la distribución del puntaje total muestra una asimetría positiva y leptocúrtica. La mediana del puntaje fue  $Md=2$ , la mayor parte de los casos alcanzaron un puntaje de 3 o menos ( $Q1=1$  y  $Q3=3$ ) y el máximo puntaje alcanzado fue de 9 puntos. Al ordenar este puntaje en categorías, se puede observar que el 80% (215 casos) de las participantes reportaron un embarazo no intencional, mientras que un 20% (51 casos) se encontraba ambivalente (Gráfica 2).

**Gráfica 1. Histograma del puntaje del LMUP en mujeres que interrumpieron el embarazo en un servicio de la Ciudad de México**



**Gráfica 2. Categorías de intenciones del embarazo del LMUP en mujeres que interrumpieron el embarazo en un servicio de la Ciudad de México**



### *7.3.1 Autonomía Reproductiva como capacidad psicológica*

La escala fue analizada por subescala. Acerca de la toma de decisiones reproductivas, lo que es posible leer en la Tabla 6 es que siete de cada diez mujeres (67.3%) entrevistadas mencionó que solo ella tomó la decisión sobre si usaba un método, cuál usaba (75.9%) y sobre interrumpir el embarazo (68.7%). Lo anterior, en comparación con cinco de cada diez que dijo tener la última palabra acerca de cuándo tener un bebé (56.7%). Llama la atención que, en comparación con el resto de las preguntas de esta subescala, la consideración de la pareja para tener la última palabra acerca de cuándo tener un bebé (39%), es más importante que para decidir sobre otras cuestiones como usar métodos anticonceptivos (27.7% sobre si usarlo y 17.3% sobre cuál usar) y sobre todo para tomar la decisión de interrumpir el embarazo. En esa última pregunta, solo una de cada tres mencionó que la opinión de su pareja tenía el mismo peso que la suya (29%) (Tabla 6). Esta escala obtuvo un  $\alpha = 0.527$

Acerca de la subescala de coerción reproductiva, llama la atención que si bien la gran mayoría de las mujeres (entre 85.3% y 97.1%) mencionó que su pareja nunca tuvo este tipo de conductas, cabe señalar que al menos una de cada diez mencionó que algunas veces le impidieron o le hicieron difícil usar métodos anticonceptivos (10.8% para el ítem 5 y 10.1% para el ítem 6). Destaca también que el 2.9% eligió la respuesta “siempre” para el ítem 8: “si yo quisiera usar un método anticonceptivo mi pareja me detendría o lo impediría” y 2.2% la eligió también para el ítem 9 “mi pareja me ha presionado para quedar embarazada” (Tabla 6). Esta escala obtuvo un  $\alpha=0.758$ .

Finalmente, en la subescala de comunicación, 7 de cada 10 mujeres están en total acuerdo con las afirmaciones planteadas (66.8% - 74.5%). Destaca de nuevo, que el 2.9% eligió “totalmente en desacuerdo” para responder acerca del apoyo que tendría de su pareja para utilizar un método anticonceptivo o el 4% que eligió esta respuesta para el ítem 14: “Si yo realmente no quisiera embarazarme, podría hacer que mi pareja esté de acuerdo conmigo” (Tabla 6). Esta subescala obtuvo un  $\alpha=0.792$

**Tabla 6. Resultados de la Escala de Autonomía Reproductiva.**

Toma de decisiones	Opciones de respuesta			
	—	Mi pareja o alguien más	Mi pareja y yo <sup>a</sup>	Yo
1. ¿Quién tuvo la última palabra sobre si usted utilizaba un método para prevenir el embarazo?	—	5%	27.70%	67.30%
2. ¿Quién tuvo la última palabra sobre cuál método utilizar para prevenir un embarazo?	—	6.80%	17.30%	75.90%
3. ¿Quién tuvo la última palabra sobre cuándo tener un bebé?	—	4.30%	39%	56.70%
4. Cuando se embarazó ¿quién tuvo la última palabra sobre tener al bebé, darlo en adopción o interrumpir el embarazo?	—	2.20%	29.10%	68.70%
Experiencias de coerción reproductiva	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. Mi pareja me impidió usar un método anticonceptivo para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	86.3%	10.8%	1.8%	1.1%
6. Mi pareja obstaculizó o hizo difícil el uso de un método para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	85.3%	10.1%	2.9%	1.8%
7. Mi pareja me hizo utilizar un método para prevenir el embarazo cuando yo no quería usarlo	97.1%	2.5%	0.4%	0.0%
8. Si yo quisiera usar un método para prevenir un embarazo, mi pareja me detendría o lo impediría	91.4%	5.0%	0.7%	2.9%
9. Mi pareja me ha presionado para quedar embarazada	88.8%	7.2%	1.8%	2.2%

Continúa...

**Tabla 6. Resultados de la Escala de Autonomía Reproductiva.**

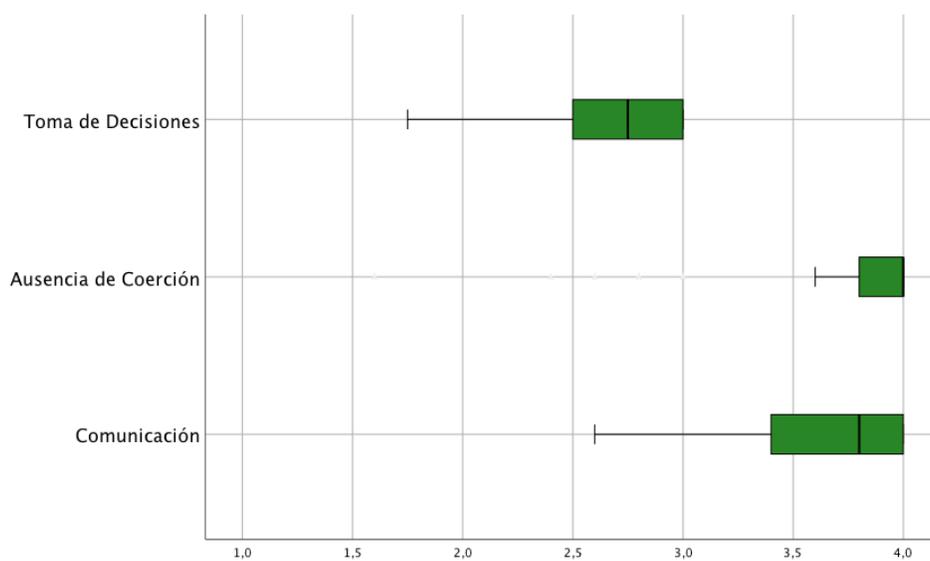
Habilidades de comunicación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Mi pareja me apoyaría si yo quisiera usar un método para prevenir el embarazo	2.9%	4.3%	20.5%	72.3%
11. Es fácil para mí hablar de sexo con mi pareja	1.8%	2.9%	21.6%	73.7%
12. <i>Si yo no quisiera tener sexo, podría decirle a mi pareja</i>	1.4%	4.0%	20.2%	74.4%
13. <i>Podría comentarle a mi pareja si me preocupara quedar embarazada</i>	0.7%	2.2%	22.7%	74.5%
14. Si yo realmente no quisiera embarazarme, podría hacer que mi pareja esté de acuerdo conmigo	4.0%	6.9%	22.4%	66.8%

<sup>a</sup>La opción original es: Tanto mi pareja como yo en igualdad

*Las cursivas indican las preguntas que se modificaron para la adaptación mexicana.*

Las autoras de la escala (Upadhyay, et al., 2014) utilizan una calificación que promedia las respuestas a cada pregunta y proponen que a mayor puntaje en cada subescala y en la escala total, mayor autonomía reproductiva. Como se puede observar en la gráfica 3, las participantes alcanzaron medias muy elevadas de autonomía reproductiva. En un rango teórico de 1 a 3, las mujeres alcanzaron una mediana de Md=2.75 (RIQ= 0.5) para la toma de decisiones; mientras que en un rango teórico de 1 a 4, la ausencia de coerción alcanzó una mediana de Md=4 (RIQ=0.20) y la subescala de comunicación tuvo mediana de Md=3.8 (RIQ=0.6).

**Gráfica 6. Puntaje en las subescalas de la Escala de Autonomía Reproductiva**



## 7.4 Análisis de clases latentes

Una vez conocidas las variables de toda la línea base, se revisaron los análisis de frecuencias para observar qué variables estaban suficientemente distribuidas y se tomó la decisión de recodificarlas para incluirlas en el modelo de clases latentes. Se probaron modelos con todas las variables y se fueron descartando por la ausencia de significancia hasta obtener modelos estadísticamente significativos y teóricamente coherentes.

En la Tabla 7 se pueden observar las variables recodificadas y utilizadas para el modelo.

**Tabla 7. Características de las mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo con medicamentos en un Hospital de la Ciudad de México**

<b>Características sociodemográficas</b>		
Edad (años)	Frecuencia	%
15 - 19 años	55	20.07
20 - 29 años	158	57.66
30 y más años	61	22.26
Escolaridad	Frecuencia	%
Educación básica	76	27.74
Educación media	138	50.36
Educación superior	60	21.89
Ocupación	Frecuencia	%
Actividad Remunerada	137	50.40
Actividad No Remunerada	80	29.40
Estudiante	55	20.20
Nivel socioeconómico*	Frecuencia	%
Muy bajo	93	33.94
Bajo	152	55.47
Medio/Alto	29	10.58
Actualmente tiene pareja	214	78.10
Edad del primer embarazo		
Media (DS)		19.4
Mediana (Q1-Q3)	18 (16 – 20.5)	
Min-Max		14 – 35
Vida Reproductiva	Frecuencia	%
Tiene hijos	150	54.74
Abortos inducidos previos	65	23.72
Acuerdo con la pareja		
Estuvo de acuerdo	152	57.36
No estaba de acuerdo o no estaba seguro	43	25.29
No sabía o no fue parte de la decisión	46	17.36
<b>Experiencias psicosociales adversas</b>		
Salud mental	Frecuencia	%
Sintomatología depresiva actual	47	17.28
Autoreporte de depresión en los últimos 12 meses	108	39.41
Percepción de la depresión de la madre	174	63.50
Violencia de pareja y violencia sexual		
Violencia de pareja en los últimos 12 meses	128	46.71
Abuso sexual infantil	87	31.75

*Continua...*

**Tabla 7. Características de las mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo con medicamentos en un Hospital de la Ciudad de México**

<b>Experiencias psicosociales adversas</b>	
Estigma	
Media (DS)	2.40 (.67)
Mediana (Q1-Q3)	2.38 (1.92-2.87)
Min-Max	1.04-4.15
Preocupación por ser juzgada	2.15 (0.85)
Autoenjuiciamiento	2.50 (1.07)
Aislamiento	1.92 (0.82)
Condena Comunitaria	3.01 (1.33)
*Evaluado por la trabajadora social del servicio de ILE utilizando el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria (SAMIH)	

Finalmente se probaron tres modelos con las variables finales incluidas. A pesar de que en el modelo de tres clases se obtuvieron valores AIC, BIC y LL menores, no alcanzó la significancia estadística y se observaron valores nulos en las variables que lo conformaron. Se eligió el de dos clases que identifica características sociodemográficas, reproductivas y psicosociales (Tabla 8).

**Tabla 8. Modelos de clases latentes**

<b>Modelo</b>	<b>Log likelihood</b>	<b>n</b>	<b>p</b>	<b>df</b>	<b>AIC</b>	<b>BIC</b>	<b>LL</b>
1	-2,870.281	274	-	17	6,292.27	6,360.92	-3,127.14
2	-3,043.524	274	< .001	39	6,165.16	6,306.07	-3,043.55
3	-2,988.402	274	.776	56	6,105.72	6,311.67	-2,988.35

*Nota:* AIC=Criterio de Información de Akaike. BIC=Criterio de Información Bayesiana. LL=Índice Estadístico de mejor ajuste del Modelo

En la Tabla 9 se pueden observar dos clases. La primera lo conforma 68.34% de las mujeres y la segunda concentra 31.65% ( $p < 0.01$ ). El perfil para la primera agrupó una mayor proporción de mujeres adultas, quienes presentaron una mayor proporción de educación básica (34% vs 14.1%); ocho de cada diez tenían una pareja estable, 76.5% tenía al menos un hijo (a), tuvieron su primer embarazo en promedio a los 19.5 años y más de la mitad de las parejas estuvieron de acuerdo en llevar a cabo la ILE (53.65%). Una mayor proporción presentó sintomatología depresiva elevada al momento de la entrevista (18.4% vs. 14.8%) y había percibido a su madre deprimida alguna vez en la vida (70.4 vs 66.9%), 54.6% enfrentó eventos de violencia de pareja en los últimos 12 meses.

En contraste, el grupo de jóvenes eran estudiantes de bachillerato o universidad (57.2% y 28.7% respectivamente), reportaron con menor frecuencia tener una relación de pareja, 8.7% tenía hijos y 16.2% había tenido al menos un aborto inducido. Su primer embarazo fue a los 17.8 años. El 64.8% de quienes tenían pareja, reportó que ésta estuvo de acuerdo en interrumpirlo. Aunque en comparación con las adultas, las jóvenes se autopercebieron con más frecuencia deprimidas en los últimos 12 meses (49.9% vs 35.3%), después del aborto reportaron en menor frecuencia síntomas elevados de depresión (14.8%). Comparativamente habían experimentado menos violencia por parte de su pareja en el último año (30.5%) (Tabla 9).

**Tabla 9. Perfil de las mujeres que interrumpen su embarazo**

	Clase 1 / Adultas (n=184)			Clase 2 / Jóvenes (n=90)		
	Porcentaje / Media	IC 95%		Porcentaje/ Media	IC 95%	
<b>Total por clase</b>	68.34%	.61	.75	31.65%	.25	.39
Edad						
15 - 19 años	6.93%	.04	.12	48.44%	.37	.60
20 - 29 años	60.49%	.53	.67	51.55%	.40	.63
30 y más años	32.57%	.26	.40	0.86%	.00	.99
Escolaridad						
Educación básica	34.02%	.27	.41	14.15%	.08	.24
Educación media	47.21%	.40	.55	57.17%	.45	.68
Educación superior	18.76%	.13	.26	28.66%	.19	.40
Ocupación						
Actividad Remunerada	55.81%	.48	.63	38.51%	.27	.52
Actividad No Remunerada	42.93%	.36	.51	0.05%	.00	1.00
Estudiante	1.25%	.00	.07	61.48%	.48	.73
Nivel socioeconómico						
Muy bajo	38.81%	.32	.46	23.42%	.15	.38
Bajo	51.64%	.44	.59	62.58%	.51	.73
Medio/Alto	9.53%	.06	.15	13.99%	.08	.24
Actualmente tiene pareja	82.58%	.76	.88	68.43%	.57	.78
Tiene hijos	76.50%	.68	.83	8.68%	.04	.20
Edad del primer embarazo (media)	19.592	18.88	20.29	17.855	15.87	19.84
Abortos inducidos previos	28.96%	.23	.36	16.21%	.09	.27
Acuerdo con la pareja sobre la ILE						
Estuvo de acuerdo	53.65%	.46	.61	65.46%	.54	.76
No estaba de acuerdo o no estaba seguro	28.22%	.22	.35	18.84%	.11	.30
No fue parte de la decisión	18.12%	.13	.25	15.68%	.09	.26
Sintomatología depresiva actual	18.43%	.13	.25	14.76%	.08	.25
Autoreporte de depresión en los últimos 12 meses	35.30%	.28	.43	49.86%	.38	.61
Percepción de la depresión de la madre	70.43%	.63	.77	66.91%	.55	.77
Violencia de pareja en los últimos 12 meses	54.65%	.47	.62	30.52%	.21	.42
Abuso sexual infantil	32.53%	.26	.40	31.17%	.22	.42

En la regresión, el puntaje de estigma se asoció de manera inversa en las jóvenes ( $f(x) = -.5056, p = 0.02$ ); es decir, las jóvenes que interrumpieron su embarazo tienen menos probabilidad de percibirse estigmatizadas. La Tabla 10 muestra además que experiencias previas al aborto se comportan de manera diferencial entre las clases. En el caso de las jóvenes tener hijos, haber tenido abortos inducidos, no estar de acuerdo con la pareja o que no haya sido parte de la decisión, haber experimentado violencia de pareja en los últimos 12 meses y/o ser sobreviviente de abuso sexual infantil se relacionan de manera inversa con la probabilidad de tener puntajes elevados de estigma. Mientras que, con las adultas, tener entre 20 y 29 años, tener pareja y haberse embarazado por primera vez antes de cumplir 20 años, se relaciona con la probabilidad de presentar mayor estigma (Tabla 10).

**Tabla 10. Regresión logística con estigma como variable predictora de la clase**

	Clase 1 / Adultas (n=184)			Clase 2 / Jóvenes (n=90)		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Edad						
15 - 19 años	1.00			1.00		
20 - 29 años	2.164	1.541	2.787	.084	-.39	.557
30 y más años	1.553	.907	2.200	-17.563	-5641	5605
Escolaridad						
Educación básica	1.00			1.00		
Educación media	.344	.013	.676	1.38	.695	2.064
Educación superior	-0.592	-1.04	-.144	.729	-.031	1.49
Ocupación						
Actividad Remunerada	1.00			1.00		
Actividad No Remunerada	-.261	-.568	.046	-15.284	-2225	2194
Estudiante	-3.791	-5.613	-1.969	.464	-.67	.994
Nivel socioeconómico*						
Muy bajo	1.00			1.00		
Bajo	.285	-.031	.600	.958	.400	1.517
Medio/Alto	-1.41	-1.947	-.874	-.599	-1.376	.179
Actualmente tiene pareja	1.55	1.153	1.947	.811	.318	1.303
Tiene hijos	1.186	.786	1.585	-2.366	-3.305	-1.427
Edad del primer embarazo (media)	2.976	2.94	3.012	2.884	2.771	2.996
Abortos inducidos previos	-.894	-1.225	-.562	-1.655	-2.317	-0.992
Acuerdo con la pareja sobre la ILE						
Estuvo de acuerdo	1.00			1.00		
No estaba de acuerdo o no estaba seguro	-.631	-.981	-.282	-1.317	-1.954	-.679
No fue parte de la decisión	-1.084	-1.496	-.673	-1.407	-2.059	-.755
Sintomatología depresiva actual	-1.47	-1.849	-1.092	-1.797	-2.443	-1.151
Autoreporte de depresión en los últimos 12 meses	-.604	-.916	-.292	-.01	-.479	.459
Percepción de la depresión de la madre	.872	.533	1.21	.697	.201	1.193
Violencia de pareja en los últimos 12 meses	.193	-.111	.497	-.836	-1.355	-.338
Abuso sexual infantil	-.724	-1.042	-.407	-.803	-1.293	-.313

## **8. Discusión**

### **8.1 La autonomía reproductiva como un acto**

En el análisis conceptual de este trabajo se planteó una analogía espacial que dependía de tres ejes y un elemento temporal: Eje X: lo normativo y estructural (analizado como características sociodemográficas), Eje Y: Las Fuentes como límite de la experiencia (analizado como experiencias psicosociales adversas como los antecedentes de salud mental, violencia y estigma), Eje Z: La Agencia (analizado como las intenciones del embarazo y la autonomía reproductiva como una característica psicológica).

En el análisis cuantitativo de las entrevistas se obtuvo un modelo de Clases Latentes que permitió diferenciar dos grupos de mujeres que, aunque atravesaron por la misma experiencia del aborto en un servicio con condiciones similares, tienen perfiles distintos. Se distingue un grupo de mujeres adultas y un grupo de mujeres jóvenes con perfiles que se relacionan diferencialmente con la probabilidad de presentar puntajes elevados de estigma según se pertenezca a una clase o la otra, se tengan ciertas características sociodemográficas y se hayan tenido experiencias psicosociales determinadas. A mayor puntaje de estigma, mayor probabilidad de pertenecer al grupo de las adultas.

A continuación se da lectura al análisis de clases latentes y perfiles en la articulación de cada dimensión y sus relaciones dentro del modelo relacional de autonomía reproductiva propuesto.

### **8.2 Eje Z: Las Normas y las condiciones estructurales expresadas en las características sociodemográficas**

En general las participantes de este estudio presentaron características muy similares a las reportadas en el histórico de estadísticas de la ILE. Son mujeres jóvenes pero no adolescentes, mayores de 20 años, con alta escolaridad en comparación con la población mexicana, la mayoría con actividad remunerada y una proporción de estudiantes, con una pareja con la que cohabitan. Los resultados además muestran que el promedio de tiempo que llevan en la relación son cuatro años y medio, aunque había quien acababa de

iniciar la relación esta no era la generalidad. La edad de la pareja era en promedio 28 años, por lo que la distancia promedio de edades era de 3 años.

Estos resultados muestran una base de antecedentes marco en el que las mujeres se encuentran en distintos ámbitos de su plan de vida, estas características son al mismo tiempo resultado de las determinantes sobre la protección de derechos sociales y económicos en las que se encuentran inmersas y funcionan como una base subjetiva para las decisiones reproductivas.

Se observa que las mujeres adultas han estado en mayor desventaja en relación con la protección de estos derechos y que se trata de mujeres menos favorecidas en la protección de derechos económicos. En el análisis de clases latentes, se puede observar que una mayor proporción de mujeres adultas cuentan únicamente con educación básica en comparación con las jóvenes (34.02% vs 14.15%). Mientras que una mayor proporción de jóvenes tienen educación superior (28.66%) a diferencia de las adultas (18.76%) y de hecho, el 61.48% de las jóvenes son estudiantes, mientras que el 42.93% de las adultas se dedican a una actividad no remunerada.

Sobre la evaluación del nivel socioeconómico que se hizo en el hospital, llama la atención este mismo comportamiento de la información, mientras que casi 2 de cada cinco (38.81%) mujeres adultas tienen el nivel socioeconómico más bajo en la evaluación, una menor proporción de jóvenes se encuentra en este nivel (23.42%). Mientras que en el nivel más alto de la escala está el 13.99% de las jóvenes, en este nivel se encuentra solo el 9.53% de las adultas.

Lo que muestra el análisis de clases latentes sobre las características sociodemográficas coincide con lo reportado en México con poblaciones similares. Los hallazgos de Menkes y Suárez (2013) muestran que los factores demográficos y socioeconómicos se vinculan con el deseo del embarazo. Las jóvenes de estrato socioeconómico más alto tienen un riesgo mayor (OR=2.1, IC95%) de no desearlo y de acuerdo con las autoras, esto podría deberse a la diferencia de oportunidades de desarrollo personal que pueden enmarcar las experiencias de las mujeres. En los estratos más bajos existe una mayor dificultad para prevenir los

embarazos, lo que se explica por subordinaciones culturales de clase y género, y también por la educación sexual y conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos (Menkes y Suárez, 2013).

Otro estudio comparó a mujeres que interrumpieron un embarazo no deseado con mujeres que lo continuaron (Figuerola-Lara et al., 2010), encontrando que la ocupación y el empleo remunerado son variables importantes para definir el deseo del embarazo y la búsqueda de la interrupción. La regresión logística arrojó que las variables relacionadas con la búsqueda de servicios de ILE fueron los años de escolaridad (OR=1.47, 1.04-2.07,  $p<.05$ ), la ocupación (ser estudiante OR=7.31, 1.58 – 33.95; tener empleo remunerado OR=13.43, 2.04-88.54) y el número de interrupciones previas (OR=11.41, 1.65-79.09) (Figuerola-Lara et al., 2010).

También los resultados derivados de entrevistas cualitativas en México, arrojaron que los motivos para tener un embarazo no deseado entre las mujeres más jóvenes se relacionaron con desarrollo personal, inexperiencia, responsabilidad de la pareja y toma de decisiones; mientras que para las mujeres mayores la responsabilidad parecía recaer en ellas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y la preocupación por los recursos económicos de la familia y los otros hijos pequeños (Orozco, 2011).

Otra investigación con mujeres alemanas muestra que las estudiantes tuvieron el doble de probabilidad de percibir su embarazo como no deseado y las mujeres con menor escolaridad tenían menor probabilidad de reportarlo así. La edad, la escolaridad y la ocupación parecen estar relacionadas, pues en los reportes cualitativos las mujeres más jóvenes consideraban tener un hijo como una imposibilidad de ganar independencia económica y de terminar su educación para tener un mejor estatus social (Helfferich et al., 2014a).

Se puede observar que las condiciones de nivel socioeconómico se relacionan con las preferencias reproductivas y su cumplimiento o alcance. Por ejemplo si se mira la muestra en general, se observa que la mayor proporción de las mujeres tienen uno o más hijos (55%), el 70% de ellas ha estado embarazada. De las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez en la vida una cuarta parte de las mujeres (48)

mencionaron que había tenido una ILE previamente. Pero si se observa en particular, ya en el modelo de clases, las mujeres adultas cuentan con mayor experiencia reproductiva, una gran mayoría de las mujeres tiene hijos y una de cada tres ha tenido abortos inducidos previamente mientras que solo una de cada 10 jóvenes ha buscado interrumpir antes un embarazo.

Esta información también coincide con hallazgos previos que han descrito que en México la búsqueda de un servicio de ILE se ha asociado con tener interrupciones del embarazo como experiencias previas (OR = 11.41, IC 95% = [1.65, 79.09]; (Figuroa-Lara et al., 2012). Tener hijos aumenta la probabilidad de no desear el embarazo actual (Figuroa-Lara et al., 2012; Helfferich et al., 2014a). Los reportes cualitativos señalan que la preocupación de tener otro(a) hijo(a) versa sobre las implicaciones de tener más tareas de cuidado y repartirlas entre los miembros de la familia, así como distribuir el ingreso entre un integrante más del núcleo familiar. Las labores de cuidado y crianza durante los primeros años se perciben también como una barrera para el desarrollo profesional (Helfferich et al., 2014a).

En Estados Unidos, un estudio longitudinal de cinco años mostró que son las mujeres con mayores dificultades económicas quienes buscan un aborto; y cuando no lo consiguen y continúan un embarazo no intencional, son también quienes enfrentan mayor riesgo de desempleo, pobreza y de asumir la responsabilidad de la crianza sin una pareja (Biggs et al., 2013; Finer et al., 2005; Kirkman et al., 2009).

Llama la atención que más jóvenes que adultas, estuvieron de acuerdo con su pareja en interrumpir el embarazo (65.46% vs 53.65%), mientras que una de cada tres adultas reportó que su pareja no estaba de acuerdo o no estaba seguro, solamente el 18.8% de las jóvenes reportó que su pareja tenía esta opinión sobre el aborto. Esto coincide con una paradoja planteada en una investigación sobre el nivel de autonomía reproductiva. Ésta se ha teorizado como una capacidad personal de decisión, pero el acuerdo con la pareja aparece como un signo de mayor autonomía. Por ejemplo, el que se acuerde el usar o no métodos anticonceptivos y el tener o no tener hijos(as)/ abortos, parece ser un acto de comunicación más valorado por las mujeres en una relación estable, en comparación con que la pareja no se involucre en estas decisiones

(Upadhyay et al., 2014). Esto quizás apunta al consenso como una forma de mejores capacidades de negociación o menor disparidad.

Luego, aunque el uso de métodos anticonceptivos no fue una variable que prevaleciera en el modelo final, los datos en general nos muestran que solamente el 57.7% de las mujeres utilizaba algún método anticonceptivo previo a la ILE y que el más frecuente era el condón masculino. En este sentido, la propia Corte reconoció que la desigualdad, la pobreza y la marginación son factores que impactan en el acceso efectivo del derecho a la educación. Estos obstáculos son clave en las barreras de acceso a derechos sexuales y reproductivos, así como la posibilidad de contar con acompañamiento de planificación familiar y uso de métodos (SCJN, 2022, párrafo 133). Esto coincide con lo respondido en el LMUP, donde una de cada tres mujeres respondió que usaban métodos a veces y el 40% que de manera categórica no los usaban. Al mismo tiempo podría conectar con lo descrito más adelante sobre la violencia de pareja y la salud mental.

Esta evidencia permite observar cómo el perfil sociodemográfico de las clases descritas podría plantearse como un esquema de desigualdad estructural con el que, las participantes cuentan como base diferencial asociada al tipo de elecciones que llevan a cabo sobre su vida sexual y reproductiva. La evidencia no da cuenta del Derecho en abstracto, sino del desenlace que se produce cuando las condiciones vitales mínimas como el derecho al empleo, a la salud, a la información, a la educación se expresan en la vida concreta de las personas. Las características sociodemográficas permiten operacionalizar las condiciones estructurales en las que una persona vive y ejerce la autonomía ¿cómo se relacionan con sus experiencias?

### **8.3 Eje Y: Las Fuentes: experiencias psicosociales adversas como límites en la toma de decisiones reproductivas**

En este estudio se indagó por tres experiencias psicosociales fundamentales que la evidencia científica ha mostrado como imbricados en la toma de decisiones reproductivas: la salud mental, la violencia y el estigma. Los resultados muestran que cerca de la mitad de las mujeres (40%) se había sentido deprimida en los últimos 12 meses, el 40% había consultado al psiquiatra alguna vez y la mayor parte de las etiquetas que reportaron para sus padecimientos fue depresión. Este ambiente era una constante en su familia, pues 6 de cada 10 mujeres reportó que su madre había estado deprimida alguna vez en la vida y una de cada tres (34%) mencionó lo mismo para su padre. Al revisar estas experiencias psicosociales en el Modelo de Clases Latentes, las jóvenes reportaron con más frecuencia autoperibirse con síntomas depresivos un año antes del aborto. No obstante, las adultas alcanzaron una mayor prevalencia de sintomatología depresiva elevada dos semanas después del procedimiento (18.43% vs 14.76%).

Sobre los síntomas de depresión, un estudio holandés encontró que haber tenido depresión en los últimos 12 meses incrementaba la probabilidad de buscar un aborto y a su vez, la probabilidad de presentar sintomatología depresiva después de éste (J. M. van Ditzhuijzen, 2017). Lo anterior coincide con los resultados en México sobre la relación entre sintomatología depresiva elevada después de un aborto y su asociación con niveles elevados de estigma donde se ha reportado que un mayor puntaje de estigma externalizado, particularmente miedo a ser juzgadas, se relaciona con puntajes más elevados de síntomas depresivos (Moreno López et al., 2019) ¿a qué se deben estos malestares? Una posible hipótesis es que tengan que ver con el ambiente de violencia generalizado que experimentan las mujeres en México.

Acerca de la violencia, se indagó por las experiencias en el ámbito de la pareja y por la violencia sexual que fueron las encontradas en la literatura como las más relevantes. Llama la atención que en la muestra general, una de cada dos participantes había experimentado de violencia de pareja en los últimos 12 meses, la más frecuente fue la violencia emocional, pero 43% de las entrevistadas experimentaron

violencia física y sexual en el ámbito de la pareja y una cuarta parte la había experimentado en el pasado. Una de cada diez de las participantes experimentó violencia durante el proceso del aborto en forma de gritos, insultos o violencia física.

También dentro de los antecedentes de violencia, una de cada tres participantes reportó abuso sexual en la infancia. De quienes dijeron que sí, la tercera parte reportó una situación crónica. En promedio, la edad de la primera agresión fue a los 8.9 años. No obstante, la participante con la menor edad a la fecha de la agresión tenía tres años. De manera coincidente con las estadísticas nacionales (ENDIREH, 2021), la mayor parte de los agresores fueron primos y tíos, con una diferencia de edad de al menos 10 años al momento de la agresión. Una de cada 10 mujeres había sido obligada a tener relaciones sexuales después de los 15 años por alguna pareja u otra persona cercana. Destaca también que, en el Modelo de Clases, las adultas reportaron con mucho mayor frecuencia violencia de pareja en los últimos 12 meses en comparación con las jóvenes (54.65% vs 30.52%). No obstante, no hubo diferencia en la proporción de jóvenes y adultas que reportaron abuso sexual infantil (32.53% vs 31.17%).

En ese sentido, se ha señalado que la violencia podría impactar la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre la sexualidad y la reproducción (Stockman et al., 2013b). En un metaanálisis sobre coerción reproductiva (Grace & Anderson, 2016), una de las conclusiones consistentes es que el embarazo no intencional es más elevado entre quienes experimentan esta forma de violencia con la pareja actual. Esta experiencia no está desconectada de la violencia sexual en la infancia. La mayor presencia de adversidades en la infancia se asocia con realizar múltiples abortos (Steinberg et al., 2016) y con experimentar adversidades en la juventud y la adultez, incluida la violencia de pareja y/o la victimización sexual (Stockman et al., 2013b). Llama la atención que la proporción de abuso sexual infantil en adultas y jóvenes de este estudio es más elevada (32.53% y 31.17% respectivamente) que la reportada por otros estudios en México, que ronda el 10% (INEGI, 2022; Valdez-Santiago et al., 2020)

Esto coincide con los hallazgos de Helfferich (et al., 2014b) con mujeres alemanas, pues la calidad de la relación fue relevante en este grupo de mujeres. Para las mayores de 25 años la probabilidad de que percibieran su embarazo como no deseado fue 17 veces mayor si reportaron una relación difícil de pareja. La estabilidad de la relación se conectó con la decisión común y consensuada de tener o no hijos. En las relaciones “difíciles” se describió a las parejas como violentas. dominantes. incapaces de ser padres o como malas personas. incluyendo desinterés en la anticoncepción (Helfferich et al., 2014a).

La SCJN (2022) también ha reconocido a la violencia como un hilo conductor en la experiencia reproductiva de las mujeres. En el engrose de la acción de inconstitucionalidad 148/2017 sobre autonomía reproductiva, reconoce que existe una desigualdad estructural basada en el género, que se traduce en violencia estructural e institucional (y de otros tipos) que funcionan como limitantes e impiden a las mujeres tomar decisiones reproductivas un espacio de libertad – que por cierto, afirma, el derecho constitucional a decidir les confiere-. La Corte aterriza el enfoque de justicia reproductiva argumentando que la exposición a la violencia de manera sistemática, generalizada y a lo largo de la vida, obstaculiza y constituye barreras sistemáticas también para ejercer el derecho a decidir a cabalidad.

Aún a pesar de la infinidad de tratados internacionales que se han firmado, de las políticas públicas al respecto y de las legislaciones, el derecho a una vida libre de violencia para las mexicanas no es patente. Estos hechos se encuentran en la base cultural de desigualdad estructural y se materializan en la falta de acceso a los servicios de salud, a una educación laica e integral sobre sexualidad, los eventos de violencia en la infancia, los eventos de violencia en la pareja, eventos de violencia institucional. En ese sentido, la Corte, reconoce que “no es suficiente con tener la libertad para adoptar autónomamente, las decisiones acerca de la propia salud y la libertad reproductiva, pues es fundamental contar con la correlativa asistencia para poder ejecutarlas adecuadamente” (SCJN, 2022, párrafo 121).

### 8.3.1 Estigma como predictor de la clase

En el Modelo de Clases Latentes, el estigma fue la variable que predijo la pertenencia a una clase o la otra. A menor puntaje de estigma, menor probabilidad de pertenecer a la clase de adultas. La escala utilizada, contaba con veinte preguntas divididas en cuatro dimensiones: aislamiento, preocupación, autocrítica y rechazo comunitario. El rango teórico iba de 1 a 4.35 y la media total del grupo fue de 2.40 (sd=0.67). Las escalas de autocrítica y rechazo comunitario alcanzaron el puntaje más elevado entre las dimensiones, mientras que aislamiento y preocupación conservaron puntajes por debajo de la media grupal. Ya en la agrupación por clase, aunque se intentó la prueba incluyendo dimensión por dimensión de la escala, para el modelo final solo fue relevante el puntaje total. En ese sentido, se observa un mayor puntaje en el grupo de las adultas ( $X= 2.460$ , IC95% 2.230 – 2.689) en comparación con las jóvenes ( $X=2.273$ , IC95% 1.951 – 2.585).

En la evidencia previa, el estigma por abortar se ha descrito como la variable que explica la mayor proporción de varianza sobre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre mujeres que interrumpen el embarazo (Steinberg et al., 2016). En 2016 Sorhaindo et al., desarrollaron una escala de 23 ítems que evaluó el estigma asociado al aborto en la comunidad ( $\alpha=0.80 - 0.90$ ), incluyeron una muestra representativa de personas que respondieron el instrumento en todo el país. El análisis factorial confirmatorio arrojó cinco subescalas previamente hipotetizadas: autonomía, secrecía, religión, discriminación y culpa o vergüenza. Las tres últimas altamente relacionadas entre sí. Las pruebas de hipótesis mostraron que los altos niveles de estigma, particularmente en las subescalas de religión y discriminación se relacionan con mayor edad, menor nivel de escolaridad y vivir en el norte del país (Sorhaindo et al., 2016).

Los resultados cualitativos de ese mismo grupo de investigación con mujeres que realizaron una ILE en la Ciudad de México, muestran que todas las entrevistadas se sienten juzgadas y reportan sentimientos de culpa, vergüenza y mencionan que el aborto fue una situación difícil. Sin embargo, particularmente las jóvenes, mencionaron sentir simultáneamente orgullo por haber resuelto un problema

grave en su vida y porque su decisión significaba priorizar su salud y bienestar (Sorhaindo et al., 2016b). Estas observaciones coinciden con lo reportado en el presente estudio.

En el discurso del estigma latente, existe la perspectiva de que hay razones por las que el aborto podría estar mejor justificado y por lo tanto menos estigmatizado. Entre las “buenas” razones están las malformaciones genéticas, el fallo de los métodos anticonceptivos, la violación o el incesto, e incluso haber tomado la decisión con el compañero en una relación monógama. Mientras que las malas razones están asociadas con ser egoísta, tener abortos múltiples o múltiples parejas sexuales (Norris et al., 2013).

Algunas investigadoras incluso señalan que el estigma asociado al aborto no solo se encuentra relacionado con el mero procedimiento, sino con toda una cadena de acontecimientos asociados al embarazo no intencional. Por ejemplo, con haber concebido un embarazo no deseado, con sentimientos de vergüenza o culpa por las prácticas sexuales, con el fallo de los métodos anticonceptivos o con la elección de una pareja que luego las decepcionó. Es decir, lo que marca la experiencia del aborto son decisiones erróneas en la serie de elecciones que llevaron a las mujeres hasta el embarazo (Norris et al., 2013). De modo que, en contextos de alta penalización legal o social, es probable que las opciones de las mujeres se reduzcan a dos salidas: recurren a un aborto clandestino o tratan de conciliar y lidiar con un embarazo no intencional (Singh, Moor, Bankole, 2006). Esta información lleva a hipotetizar que entre mujeres embarazadas que decidieron llevar a término un embarazo no intencional los niveles de estigma son elevados.

No obstante, los resultados reiteran la evidencia previa sobre el estigma por abortar, como la variable más importante de intervenir en la toma de decisiones reproductivas. Esto es necesario aún en contextos de legalidad y alta homogeneidad en los servicios. Los mecanismos del estigma no parecen reproducirse del mismo modo entre las generaciones de mujeres entrevistadas, mostrando que las jóvenes con trayectorias menos adversas transitan por la experiencia con menor nivel de estigma y con menor proporción de malestar posterior al aborto. Realizar consejería centrada en desmitificar ideas erróneas o distorsionadas sobre el aborto puede sugerirse como una urgencia y prioridad en el planteamiento de política pública al respecto.

Aunque este estudio no permite conocer las cadenas causales y/o los mecanismos sobre cómo se relacionan las variables analizadas, la literatura ha señalado la asociación entre la violencia y los problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad. Ambos desenlaces se relacionan con las dificultades que enfrentan las mujeres para controlar su reproducción, desde la demanda de servicios, hasta la elección y constancia en el uso de métodos anticonceptivos como ya se ha planteado en la introducción de este trabajo. Se añade a esta combinación de variables el estigma que aparece como una sensación de clandestinidad constante y circundante alrededor de todo el proceso y a partir de la noticia del embarazo. En esta investigación, dicha variable mostró un papel determinante para diferenciar la relación entre condiciones estructurales y las fuentes.

Finalmente estas experiencias adversas mezcladas con las diferencias de protección de sus derechos sociales y económicos, se asocian reduciendo el campo de acción (o ampliándolo según sea el caso) de las mujeres que toman la decisión de interrumpir su embarazo. Si las mujeres encuentran una serie de limitantes para decidir sobre su sexualidad y reproducción y a eso se suman las experiencias adversas que han atravesado y que darán un marco interpretativo posible a la decisión y su paso por el servicio ¿Qué es lo que las llevó a tomar la decisión de interrumpir el embarazo?

#### **8.4 Eje X: La agencia movilizada por la ausencia de intenciones del embarazo**

En esta investigación se ha planteado que las intenciones del embarazo son la característica individual que se relaciona con la agencia. Su medición no se incluyó en el análisis de clases latentes porque no fue posible probar la validez de constructo de las escalas. Sin embargo, se cuenta con suficiente evidencia al respecto de su validez de contenido utilizando la teoría de respuesta al ítem para estimar la probabilidad de respuesta de acuerdo con el supuesto conceptual de cada pregunta. Se hace la descripción de estos resultados en el Apéndice A.

Se observa cierta contundencia en los resultados descriptivos pues las participantes obtuvieron puntajes en el límite inferior de la calificación del LMUP- o sea, no tenían intenciones de embarazarse-, y en el límite superior para autonomía reproductiva. Con respecto de las preguntas acerca de las intenciones del embarazo, tal como se observó en el corte para la prueba de propiedades psicométricas, con respecto a las preguntas de métodos anticonceptivos, se observa que la mayor proporción no los usaba s (39.2%) y el 29.3% los usaba pero no en todas las ocasiones. A pesar de ello, 8 de cada 10 mujeres dijeron que era el momento incorrecto y que no tenía la intención de embarazarse en ese momento y tres de cada cinco dijo que no quería tener un bebé. Llama la atención el 31.5% que reportó tener sentimientos encontrados al respecto. De hecho, en las gráficas de probabilidad reportadas en el Apéndice, esta respuesta suele discriminar con un menor puntaje cuando se trata de intenciones ambivalentes. El 80% de las participantes entró en la categoría de embarazo no intencional, mientras que el otro 20% se encontraban ambivalentes al respecto.

Esto coincide de alguna manera con los datos poblacionales de las mexicanas reportados en la ENADID que muestran que para 2014, las mujeres embarazadas al momento de la encuesta reportaron que el 21% sus embarazos fueron no planeados y el 15.5% no deseados. Para esta medición el embarazo no planeado es considerado aquel en el que las mujeres declaran que sí querían embarazarse, pero querían esperar más tiempo para hacerlo, y el embarazo no deseado se contabiliza cuando las mujeres declaran que

no querían embarazarse. Una cuestión interesante de señalar sobre los resultados del estudio, es que el ítem de usar o no métodos anticonceptivos no discrimina sobre las intenciones del embarazo. Es decir, para la población entrevistada la probabilidad de usar métodos anticonceptivos es la misma sin importar el grado de intenciones de embarazarse que tenían.

Además, de acuerdo con CONAPO (2016) los porcentajes de deseo y planeación del embarazo varían con respecto a las características sociodemográficas de las mujeres, por ejemplo: entre las adolescentes el 30.6% fueron embarazos no planeados y el 17.8% no deseados; entre aquellas que tenían de 20 a 24 años el porcentaje de embarazo no planeado fue de 25.8% y de no deseado de 12.6%; entre las mujeres de 25 a 29 años el porcentaje de embarazo no planeado fue de 16.7% y de no deseado de 15.1; entre las de 30 a 34 años el embarazo no planeado ocurrió el 15.9% de las veces y el no deseado el 10.9% y entre las de 35 y más solo el 3.8% se trató de un embarazo no planeado mientras que el 27.4% era no deseado. Lo mismo ocurre con la escolaridad, por ejemplo: las mujeres que no contaban con primaria refirieron que el 18.5% de los embarazos fueron no planeados y el 21.7% no deseados, mientras que las que tenían secundaria y más el 21.9% se trataba de un embarazo no planeado y el 14.1% no deseado (CONAPO, 2016).

En esa misma encuesta, con respecto a la planeación del último hijo nacido vivo, la proporción de embarazos no planeados es de 18.5% y de embarazos no deseados es de 21.9%. Las mujeres jóvenes reportan los porcentajes más elevados de embarazos no planeados (entre 15 y 19 – 25.6%; entre 20 y 24 – 26.7%; entre 25 y 29 – 20.8%). Mientras que el embarazo no deseado ocurre con más frecuencia entre mujeres de más de 40 años (entre 40 y 44 – 32% y entre 45 y 49 - 39.5%), una proporción constante se registra entre las jóvenes, por ejemplo: entre las adolescentes es de 24.3% y para las que tienen entre 20 y 24 años el porcentaje es de 20.4%.

En México en general, las mujeres con baja escolaridad tienen proporciones más elevadas de embarazo no deseado que las de mayor escolaridad (28.1% para quienes no tienen educación primaria y 20.8% para quienes cuentan con educación secundaria). Ocurre a la inversa con el embarazo no planeado

(el 13.5% de las que tienen primario o menos reportaron un embarazo no planeado y el 19.4% de las que tienen secundaria o más) (CONAPO, 2016).

Sobre la autonomía reproductiva medida como una dimensión psicológica, cabe destacar que la mayor proporción de las participantes alcanzaron puntuaciones mayores a 3.5 en un rango teórico de 1 a 4, los puntajes más elevados se encuentran sobre todo en las dimensiones de ausencia de coerción y de comunicación, mientras que la mediana (2.8) de toma de decisiones es menor.

Aunque en el LMUP una de cada cinco mujeres reportó haber hablado con su pareja acerca de tener hijos pero no acordaron nada al respecto, llama la atención que en la subescala de toma de decisiones de la escala de autonomía reproductiva, al menos una de cada tres mencionó compartir la responsabilidad con su pareja sobre si utilizar un método, sobre cuando tener un bebé o cuándo tener un aborto. Particularmente, la pregunta sobre cuál método usar alcanzó menor proporción para esta responsabilidad compartida (17.3%). Mientras que la pregunta sobre quién tuvo la última pregunta sobre cuándo tener un bebé fue la que tuvo una menor proporción de respuestas donde solo ella participaba.

Sobre la coerción, 9 de cada 10 participantes dijeron que nunca les habían ocurrido estas situaciones. Sin embargo, en el 10.8% de los casos se mencionó que la pareja le había impedido o que le había hecho difícil algunas veces utilizar un método anticonceptivo, aun cuando ella quería usarlo. La dimensión de coerción reproductiva de la escala de autonomía resultó con valores más aceptables de confiabilidad ( $\alpha=0.825$ ) y las cuatro preguntas que precisamente abordan la influencia de la pareja sobre la toma de decisiones en el uso de métodos anticonceptivos y/o la presión que ejerce la pareja para quedar embarazada.

Estos datos podrían discutirse a la luz de la influencia de la violencia de pareja sobre la toma de decisiones. También podrían relacionarse con los resultados acerca de los antecedentes de salud mental de esta muestra, pues, como ya se mencionaba, la sintomatología depresiva se ha asociado con la ausencia de uso de métodos anticonceptivos o dificultades para negociarlos. En el análisis del perfil, dos de cada cinco

mujeres reportaron auto percibirse como deprimidas en los últimos 12 meses. La mayoría de ellas, en el grupo de jóvenes (49.86%).

Sobre la comunicación ,siete de cada 10 participantes estuvo totalmente de acuerdo y 1 de cada cinco solo de acuerdo en las situaciones planteadas, como poder hablar de sexo o sentirse apoyada para usar métodos, hablar de preocupaciones con respecto al embarazo. Llama la atención sin embargo que se alcanzaron proporciones más altas (6.9% vs 2%) para la proporción de mujeres en desacuerdo para el ítem “si yo realmente no quisiera embarazarme, podría hacer que mi pareja esté de acuerdo conmigo”.

A pesar de las pistas que permiten suponer que las mujeres han enfrentado dificultades para negociar el uso de métodos anticonceptivos, al indagar por el acuerdo con la pareja para el aborto, con mucha más frecuencia las jóvenes estuvieron de acuerdo con las parejas en comparación con las adultas (65.46% vs 53.65%) mientras que una mayor proporción de mujeres adultas dijeron que la pareja no estaba de acuerdo o no estaba seguro (28.22% vs 18.84%) o que no fue parte de la decisión (18.12% vs 15.68%)

En ese sentido, estos resultados apuntan a lo que se ha planteado previamente que la agencia no ocurre en un vacío. La percepción de tener un embarazo no intencional en un momento determinado de la vida, en consecuencia la toma de decisiones para buscar un servicio y llevar a cabo la interrupción de dicho embarazo, ocurre en medio de las tensiones con la desigualdad estructural, las experiencias psicosociales previas, incluidas las adversas y las relaciones de parentesco. Estas decisiones ocurren particularmente en el marco de la pareja que se vuelve tan relevante para la toma de decisiones reproductivas.

¿Qué fue lo que las llevó a las participantes a realizar el aborto de cualquier modo aún con la falta de acuerdo de la pareja y con los obstáculos de su historia para la toma de decisiones reproductivas? Claramente la evaluación de las bajas o nulas intenciones de embarazarse y la estimación de la capacidad psicológica de elección/negociación, donde no todo el acuerdo se tramita en términos racionales y explícitamente hablados. En el apartado del marco teórico se describió la resistencia y la acomodación como mecanismos de la agencia que las mujeres operan para producir negociación con los otros que buscan

influir sus decisiones vitales. En este apartado, se sugiere que son esos mismos mecanismos los que permiten llevar a cabo esa evaluación de no intenciones del embarazo y búsqueda del servicio, a pesar de las contradicciones entre condiciones estructurales ya conocidas, lo relativo a las intenciones y la capacidad de tomar decisiones.

### **8.5 Componente temporal ¿trayectoria individual o negociación colectiva?**

Tenemos finalmente, la agencia de mujeres que evaluaron que ese no era el mejor momento para encontrarse embarazadas y continuar con un embarazo no intencional. Las jóvenes particularmente son quienes experimentaron la experiencia con una menor cantidad de estigma y con una base menos desaventajada que las adultas, pues en general tenían un mayor acceso a ciertos beneficios sociales, habían estado menos expuestas a la violencia de pareja, se sentían menos afectadas por síntomas de depresión después del aborto y parecen haber tomado la decisión en acuerdo con la pareja.

Inicialmente en este trabajo se planteó el componente temporal como una analogía de una pregunta por la autonomía reproductiva, que solo es capaz de responderse cada vez que se negocia y se actúa, en el marco de los tres ejes planteados y con la participación o negociación con la legislación, las instituciones y los actores de la red de soporte. No obstante, estos resultados apuntan a una experiencia distinta entre mujeres adultas y jóvenes.

La diferencia entre las dos clases es de aproximadamente 10 años de edad; mientras que las adultas tienen entre 20 y 30 años, las jóvenes tienen menos de 19 años. Si bien es el estigma el que finalmente predice la pertenencia a una clase o la otra ¿qué es lo que hace que el estigma sea más reducido entre las jóvenes? ¿existe un marco de derechos más amplio para ellas que para las adultas? ¿la visibilidad de las luchas sociales para la despenalización del aborto en América Latina ha vuelto más aceptable el acceso al aborto? ¿cómo se relaciona la despenalización legal con la social?

Estas preguntas no cuentan con evidencia de soporte en este estudio para llegar a una conclusión al respecto. Sin embargo, siguiendo con la analogía y a la luz de la interpretación de los datos, me atrevo a

plantear que el elemento temporal de la autonomía no solo se puede pensar en una trayectoria individual, sino en el marco social del ejercicio de la libertad de un grupo determinado y que el grupo de jóvenes pudieron acceder a un aborto legal, en un tejido de relaciones menos desigual, con menores exposiciones a experiencias adversas y que produjo menos malestar después del aborto.

No se puede afirmar a la luz de estos datos, que existe un cambio generacional en el modo de vivir el aborto o en las condiciones producidas por la desigualdad en el sistema sexo-género y la violencia estructural que produce. Sin embargo, el acceso de las jóvenes al servicio y la configuración de la experiencia no fue solo producto de la disponibilidad del servicio, de la propia agencia de las jóvenes y de la decisión individual en una trayectoria subjetiva, sino también parte de una negociación colectiva por la ampliación de la autonomía, como ya veníamos apuntando en la introducción de este documento.

### **8.6 Alcances y limitaciones**

Este estudio cuenta con limitaciones metodológicas, relacionadas con la selección de la muestra, pues no fue probabilística, se invitó a todas las mujeres que asistieron a la cita de alta en solo uno de los catorce servicios en la ciudad. Además, se incluyeron exclusivamente mujeres que utilizaron medicamentos para abortar, atendidas por personal altamente especializado y dedicado únicamente a realizar dichos procedimientos. No se realizaron entrevistas con mujeres que presentaran otros desenlaces reproductivos, lo que implicó no obtener suficiente variabilidad en las respuestas de las escalas de intenciones del embarazo y autonomía reproductiva.

Por otro lado, el tamaño de la muestra no permitió realizar análisis de senderos para dilucidar la relación entre las variables en caminos específicos y los resultados no son representativos de toda la población que abortó en la Ciudad de México, aunque conservan las proporciones de la población que ha accedido a la ILE en los últimos 16 años.

Se presentan aquí resultados relacionados con la línea base del estudio más amplio y no del seguimiento longitudinal de 13 semanas que se realizó en estudio completo. Las entrevistas posteriores no

incluían repetición de las mediciones sobre todas las variables sino solo los desenlaces de salud mental, por lo que no se conoce la variabilidad en el tiempo sobre el estigma y otras variables relevantes que pudieron haber cambiado con el tiempo.

No obstante, estos resultados son relevantes no solo por lo que permiten considerar de la propia población, sino porque existe una muy escasa cantidad de resultados de investigación publicados en español sobre mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo en América Latina, la mayor proporción de la literatura contempla muestras de mujeres en países anglosajones o europeos debido a la menor restricción en los cambios legales.

En la Ciudad de México este derecho es vigente desde el 2007, pero no es extensivo a todo el país y aunque la Suprema Corte de Justicia y la Secretaría de Salud han actuado con decisiones y políticas progresistas al respecto, este tema sigue siendo altamente estigmatizado en todos los ámbitos, incluyendo el académico. Estas dificultades implican también acceso restringido a este tipo de población, así como numerosas dificultades para su seguimiento, en primer lugar porque son escasos los servicios y en segundo porque la tasa de seguimiento en el propio servicio es baja en comparación con otros. Esta población es comparable solo con la que actualmente puede acceder al derecho a decidir en la nación Argentina; en el resto de América Latina se sostiene una legislación asociada a causales y no a derechos humanos.

Además, los hallazgos se intersectan con la discusión sobre los efectos del aborto voluntario en la salud mental de las mujeres que tantos debates han motivado en el ámbito académico y muestran características de las circunstancias en las que las mujeres toman la decisión de abortar, lo que permite abonar al conocimiento para desestigmatizar a las mujeres que deciden interrumpir, conocer mejor sus condiciones y desarrollar mejores intervenciones tanto para mujeres como para el personal de salud, y servicios de salud más aceptables.

## 8.7 Comentarios finales

Los resultados de esta investigación aportan evidencia para dar soporte a un modelo que permite conceptualizar la autonomía reproductiva como campo de negociación que se despliega, expande y contiene. El movimiento es producto de la protección que vuelve a las personas garantes de derechos y se refleja en las condiciones estructurales que configuran las características sociodemográficas y de la vida reproductiva de una persona. Es producto también de cómo esas condiciones se relacionan con la disponibilidad de normas explícitas e implícitas en las relaciones sociales e institucionales que se vuelven accesibles en función las experiencias psicosociales – adversas o no - que marcan un límite en las posibilidades del acceso a la protección de los derechos, como el de la salud o el de la vida libre de violencia. A esto se suman las percepciones individuales con las que las personas eligen (racional y afectivamente) y actúan en el performance del ejercicio reproductivo.

Recapitulando, se ubica a las mujeres en un espacio para la toma de decisiones sobre su reproducción, específicamente sobre la interrupción legal de un embarazo que, según evaluaron, no consideraban que fuera el momento adecuado para continuar. El servicio público se encontraba disponible, en una ciudad donde la legislación dispone y protege el ejercicio de este tipo de derechos. El espacio de la autonomía reproductiva se produjo a partir de la interacción entre sus condiciones estructurales, la ley que posibilita la existencia del servicio, la agencia que las mujeres movilizaron para acudir a éste, cada una en circunstancias determinadas por su propia trayectoria y el poder que utilizaron como fuerza para sostener su decisión. Se produjo también, a pesar de las tensiones con otros actores relevantes como la pareja y a pesar de su trayectoria personal que podría actuar como límite de ese espacio. Desde esta perspectiva, el espacio para la toma de decisiones de esas mujeres ha quedado modificado y disponible para el futuro, luego de haber llevado a cabo la ILE. La expansión o contracción del espacio, dependerá de la nueva configuración de los ejes en un momento determinado posterior.

Esta evidencia muestra que, aunque la población que acude solicitando una ILE tiene características similares, existen algunos factores que podrían diferenciar a las usuarias, señalando la probabilidad de riesgo específica para asociarse con la percepción negativa de ellas mismas y de otras personas acerca de la decisión de interrumpir un embarazo. Construir intervenciones que impacten sobre el nivel de estigma entre usuarias y para personal de salud, podría contribuir de forma contundente a la ampliación de los límites y generar mejores condiciones para el derecho a decidir.

En el entramado de la toma de decisiones reproductiva, es más o menos imposible distinguir qué factores influyen en cada momento o construir cadenas de causalidad estables que permitan estimar una ponderación o carga de probabilidad para cada dimensión de la autonomía. Esta no solo parece una limitante metodológica por el corte cuantitativo del estudio, sino más allá de eso, da cuenta de la interrelación de corto y largo alcance de cada dimensión y los factores que le componen. Da cuenta de cómo las experiencias en el ciclo vital producen demandas de salud específicas cuya configuración no es lineal, ni racional del todo, sino que se encuentran afectadas por la base estructural de la sociedad, el marco interpretativo en el que ocurren las decisiones, las capacidades individuales de cada usuaria y los cambios temporales sensibles a la experiencia individual y colectiva.

Al respecto, también el engrose de la acción de inconstitucionalidad 148/2017 publicado por la SCJN, que precisamente discute sobre autonomía reproductiva, reconoce que es necesario emitir una sentencia en el contexto actual para responder a los cambios en la dinámica cultural de la sociedad mexicana y reconociendo que el Estado mexicano se basa en los principios de democracia, laicidad, pluralidad, respeto a los derechos humanos y la razón pública. La Corte reconoce también que la dignidad es prerrogativa para el libre desarrollo de la personalidad y define a ésta última como “la capacidad de elegir y materializar libremente planes de vida e ideales de excelencia humana, sin la intervención injustificada de terceros o del propio poder estatal” (SCJN, 2022, párrafo 52). Parece esta definición muy cercana a la de empoderamiento que hemos planteado antes y a la propia analogía sobre lo que la autonomía es.

En ese sentido, esta investigación aporta algunos hallazgos que podrían ser útiles para la construcción tridimensional de un modelo de autonomía reproductiva. Para su expansión es necesario contar con legislación, provisión y disponibilidad de servicios de salud (más allá de los servicios de aborto solamente) con criterios de calidad y que busque centrar la atención teniendo en cuenta las experiencias previas de las usuarias, sobre todo acerca de la salud mental y la violencia, así como en la experiencia concurrente de la interrupción del embarazo, estimulando las capacidades individuales que llevaron a cada mujer a decidir terminarlo. El horizonte es siempre, encontrar en la experiencia afirmativa, la sensación del control de la propia vida, o lo que la corte ha nombrado libre desarrollo de la personalidad, que solo es posible instrumentar a través del derecho a decidir, pues es éste el que permite a las mujeres determinar si subyace la voluntad y deseo que su vida personal atravesase por la faceta de la maternidad.

Los hallazgos de esta investigación sobre los perfiles y la tridimensionalidad de su interconexión, podrían coincidir con lo planteado en el engrose 148/2017 acerca de la existencia de bordes internos y externos del derecho a decidir. La SCJN (2022) construye una argumentación y análisis donde el acceso a la educación sexual como pilar de la política pública, el acceso a la información y la asesoría en planificación familiar se vinculan con las condiciones estructurales de acceso a una vida no precarizada y la búsqueda de menor desigualdad estructural. Esto guarda relación con lo planteado en el eje normativo (Z) donde se abordó el impacto que tiene la desigualdad en las preferencias reproductivas y su realización y con las desigualdades encontradas entre adultas y jóvenes en cuanto a educación, ocupación, nivel socioeconómico, experiencias reproductivas y uso de métodos anticonceptivos.

Después, la Corte señala la obligación del estado de garantizar el acompañamiento en la decisión, es decir, garantizar que existan alternativas seguras y factibles para que tanto la interrupción del embarazo, como su continuación sean opciones reales, con cuidados estatales y sociales asociados que permitan garantizar la elección, protegerla una vez que ha tomado y proveer servicios accesibles, gratuitos, confidenciales y seguros. Esta protección no se puede entender solo con la disposición de servicios como

los de la ILE en la Ciudad de México, pues implica también las fuentes de acceso sociales. Como ya se ha revisado en el eje Y, la garantía y factibilidad de la decisión atraviesan también por vivir una vida libre de violencia, recibir una atención libre de estigmas, recibir un soporte social e institucional tal que permita tener condiciones mínimas de salud mental para garantizar la toma de decisiones. También implica que, cuando se ha estado expuesta a estas adversidades a lo largo de la vida, se brinde atención centrada en las necesidades de cada persona y se posibilite el cuidado y acompañamiento de las alternativas a pesar de dichas adversidades, como sería el caso de las víctimas de violación sexual.

Los hallazgos sobre la diferenciación entre cómo atraviesan la experiencia de la ILE las mujeres en función de sus condiciones estructurales, experiencias psicosociales e intenciones del embarazo y capacidad de toma de decisiones, señalan caminos operativos para la prestación de servicios con condiciones de aceptabilidad. Cuando en política pública se habla de atención centrada en la persona, se trata de ajustar el recorrido y la provisión de servicios, precisamente considerando que la demanda de interrupción del embarazo podría ser solo el hilo conductor de una serie de necesidades de atención a la salud. Sería necesario entonces visualizar rutas de atención centradas en la persona y en función de los diferenciadores como el estigma y sus probabilidades asociadas. Estos ajustes contribuyen a pensar la aceptabilidad de un servicio que busca contribuir a que la experiencia del aborto no sea traumática y se viva desde el ejercicio de derechos y no desde la clandestinidad.

Finalmente, la Corte hace un reconocimiento explícito a la titularidad de las mujeres y personas con capacidad de gestar para el ejercicio del derecho a elegir su maternidad, como un instrumento de la realización de otros derechos fuente. Es decir, el engrose no se limita al análisis de que los derechos deben ser protegidos, sino que reconoce el espacio necesario para que las mujeres sean vistas como seres individuales, autónomos, racionales y consecuentes de las decisiones que eligen para conformar su plan de vida. Esto correspondería con aquello planteado sobre la agencia (Eje X). En el que se observó a través de los datos planteados en este trabajo, cómo la mayor proporción de mujeres que interrumpió el embarazo, lo

evaluó como no intencional y ejerció su capacidad cognitiva para la toma de decisiones, buscando alternativas en el servicio de ILE.

De modo más contundente:

La relación específica entre salud, bienestar e interrupción del embarazo reconoce la posibilidad de acceder a una interrupción del embarazo, que sea segura, como una circunstancia que contribuye al bienestar de las mujeres, no solo en aquellos casos en los que su integridad física se encuentre en riesgo, sino también cuando la continuación del embarazo se presenta como incompatible con su proyecto de vida (SCJN, 2022: párrafo 123).

Este trabajo contribuye con la exploración de lo que significa la salud integral, más allá de las consideraciones sobre las esferas de lo físico, mental y social, da cuenta de la relación entre las dimensiones y de su afectación bidireccional. La protección del derecho a decidir, reconoce la dignidad y libertad no solo en cada caso individual y en el momento de la demanda de atención, sino que, reconoce la dignidad y libertad del colectivo “mujeres” también en el futuro, ahí, donde antes, este espacio de negociación ha estado restringido y donde ha costado miles de vidas.

Partiendo del reconocimiento de la desigualdad estructural como determinante de la salud, el aborto aparece entonces como una operación del derecho a decidir. Se trata, de una intervención terapéutica frente a un embarazo no intencional que se ha evaluado como incompatible con el proyecto de vida. La autonomía reproductiva da paso al ejercicio del poder en el espacio de negociación. Al elegir se protege como fin último la dignidad de poder hacer lo que se desea con la propia vida.

## 9. Referencias

- Aiken, A. R. A., Dillaway, C., & Mevs-Korff, N. (2015). A blessing I can't afford: Factors underlying the paradox of happiness about unintended pregnancy. *Social Science & Medicine*, 132, 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.038>
- Asociación Internacional de Salud Mental de las Mujeres (2017). Declaración de Dublín. Séptimo Congreso Mundial de Salud Mental de las Mujeres. Dublín, 8 de marzo de 2017.
- Bankole, A., Moore, A. M., Singh, S., & Mirembe, F. (2006). Unintended Pregnancy And Induced Abortion In Uganda. <https://www.policyarchive.org/handle/10207/6018>
- Barrett, G., Smith, S. C., & Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(5), Article 5. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.014787>
- Barrett, G., & Wellings, K. (2002). What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Social Science & Medicine*, 55(4), Article 4. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00187-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00187-3)
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), Article 9. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-29>
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., Steinberg, J. R., & Foster, D. G. (2014). Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? *Quality of Life Research*, 23(9), Article 9. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0687-7>

- Blanc, A. K. (2001). The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence. *Studies in Family Planning*, 32(3), Article 3. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00189.x>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2015). Outcomes for Children and Families Following Unplanned Pregnancy: Findings from a Longitudinal Birth Cohort. *Child Indicators Research*, 8(2), 389–402. <https://doi.org/10.1007/s12187-014-9241-y>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2020). Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. Secretaría de Salud. <http://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2022). Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667?state=published>
- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., 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), Article 2. <https://doi.org/10.1363/4507913>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos y Organización de Estados Americanos. (2007). Ficha técnica informativa. Petición 161-02 Paulina del Carmen Ramírez Jacinto. Informe de Solución Amistosa No. 21/07. Cumplimiento Total (México). [http://www.oas.org/es/cidh/soluciones\\_amistosas/fichas/Mexico/Peticion161-02MX.pdf](http://www.oas.org/es/cidh/soluciones_amistosas/fichas/Mexico/Peticion161-02MX.pdf)
- Cook, R. J., Dickens, B. M., Fathalla, M. F., & Espriella, A. de la. (2003). Salud reproductiva y derechos humanos: Integración de la medicina, la ética y el derecho. Profamilia.

- Contreras, X., Van Dijk, M. G., Sanchez, T., & Smith, P. S. (2011). Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: A qualitative study. *Studies in Family Planning*, 42(3), 183-190.
- Cripe, S. M., Sanchez, S. E., Sanchez, E., Ayala Quintanilla, B., Hernández Alarcon, C., Gelaye, B., & Williams, M. A. (2010). Intimate Partner Violence During Pregnancy: A Pilot Intervention Program in Lima, Peru. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), Article 11. <https://doi.org/10.1177/0886260509354517>
- Cripe, S. M., Sanchez, S. E., Perales, M. T., Lam, N., Garcia, P., y Williams, M. A. (2008). Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 100(2), 104-108.
- Dirección General de Información en Salud. (2023). Cubo de Egresos Hospitalarios. [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc\\_egresoshosp\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html)
- Consejo Nacional de Población. (2018). Datos de Proyecciones. [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_Datos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos)
- De Castro, F., Place, J. M. S., Billings, D. L., Rivera, L., & Frongillo, E. A. (2015). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: The role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 463–471. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0472-1>
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664–674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>

- Figuerola-Lara, Aracena-Genao, Reyes-Morales, & Lamadrid-Figueroa. (2012). Factors associated with the seeking of legal induced abortion services in Mexico City in 2010. *Salud publica de Mexico*, 54(4), 401–409.
- Flores-Celis, Karla (2016) Las emociones y la sintomatología depresiva en mujeres que interrumpieron el embarazo en la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias. Facultad de Medicina UNAM – Instituto Nacional de Psiquiatría. Ciudad de México, México.
- Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110–118. <https://doi.org/10.1111/j.1931-2393.2005.tb00045.x>
- Gherardi, N., Gebruers, C., Teodori, C., & Camarotta, K. (2015). Derecho al aborto y violencia sexual en las relaciones intrafamiliares. Una aproximación a la aplicación de la causal violación en los servicios de salud del área metropolitana de Buenos Aires [Technical Report]. ELA; CEDES. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/854>
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3–4), Article 3–4. <https://doi.org/10.1080/01674820400024406>
- Gobierno del Estado de Oaxaca. (2019). Decreto 806 mediante el cual se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones al código penal para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca. Publicado en el Periódico Oficial el 24 de octubre del 2019. <http://www.periodicooficial.oaxaca.gob.mx/listado.php?d=2019-10-24>
- Gobierno del Estado de Oaxaca. (2021). Decreto 2769 mediante el cual se reforman la fracción V del artículo 29, la fracción III del artículo 59, el artículo 62; y se adiciona la fracción XII al artículo 63, y el capítulo V Bis denominado "Servicios de Interrupción del Embarazo" al título tercero "Prestación de los servicios de salud", integrado por los artículos 65 bis, 65 Ter, 65 Quáter, y 65 Quiques todos

- de la Ley Estatal de Salud. Publicado en el Periódico Oficial el 16 de octubre del 2021.  
[https://www.congresooaxaca.gob.mx/docs64.congresooaxaca.gob.mx/documents/decrets/POLXI\\_V\\_2769.pdf](https://www.congresooaxaca.gob.mx/docs64.congresooaxaca.gob.mx/documents/decrets/POLXI_V_2769.pdf)
- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: Retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 454–461. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500024>
- González-Forteza, C. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-Den un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México (Núm. 1). 34(1), Article 1.
- Gonzalez-Barreda, P. [Bioética, Salud y Bioderecho]. (2021). Módulo III. Aborto, Autonomía y Reproducción Humana Asistida. Dra Pilar González Barreda. IJ-UNAM. [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=x4LyCjJK7nc>
- Grace, K. T., & Anderson, J. C. (2016). Reproductive Coercion: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838016663935. <https://doi.org/10.1177/1524838016663935>
- Hall, J. A., Benton, L., Copas, A., & Stephenson, J. (2017). Pregnancy Intention and Pregnancy Outcome: Systematic Review and Meta-Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), Article 3. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2237-0>
- 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), Article 4. <https://doi.org/10.1363/48e8516>
- Helffferich, C., Hessling, A., Klindworth, H., & Wlosnewski, I. (2014a). Unintended pregnancy in the life-course perspective. *Advances in Life Course Research*, 21, 74–86. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2014.04.002>
- Helffferich, C., Hessling, A., Klindworth, H., & Wlosnewski, I. (2014b). Unintended pregnancy in the life-course perspective. *Advances in Life Course Research*, 21, 74–86. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2014.04.002>

- Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., & Merkurieva, I. (2016). The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *American Journal of Public Health*, 106(3), 421–429. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302973>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. ENADID. Prueba Estadística 2014-2018. Aspectos conceptuales, operativos y resultados. 148.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social Sources of Women’s Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women’s Abortion Narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), Article 2. <https://doi.org/10.1363/4310311>
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: A review of the literature. *Archives of Women’s Mental Health*, 12(6), Article 6. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>
- Kraus, A. & Pérez-Tamayo, R. (2012). *Diccionario incompleto de bioética*. Penguin Random House Grupo Editorial México. <https://books.google.com.mx/books?id=YCprAM04wxYC>
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), Article 6. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Langer, A. (2011). Introduction to the Special Section on Abortion Legalization in Mexico City. *Studies in Family Planning*, 42(3), 156–158. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2011.00276.x>
- Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Barba Martín, J. P., Navarro, J. L., & Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders*, 175, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>

- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F., & Juárez, F. (2006). Depressive symptoms in pregnancy and associated factors in patients of three health institutions in Mexico City. *Salud Mental*, 29(4), 55–62.
- Lerner, S. & Guillaume, A. (2008). La participación de los varones en la práctica del aborto. La construcción del conocimiento en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población*, 1(2), Article 2. <https://doi.org/10.31406/relap2008.v1.i1.n2.2>
- Lerner, S., Guillaume, A., & Melgar, L. (2016). Realidades y falacias en torno al aborto: Salud y derechos humanos. El Colegio de Mexico AC.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), Article 8. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.8.777>
- 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.
- Malhotra, A., Schuler, S. R., & Boender, C. (2015). Dimensions of women empowerment a case study of pakistan by Alexander Decker—Issuu. [https://issuu.com/alexanderdecker/docs/dimensions\\_of\\_women\\_empowerment-a\\_c](https://issuu.com/alexanderdecker/docs/dimensions_of_women_empowerment-a_c)
- Mandal, M., Muralidharan, A., & Pappa, S. (2017). A review of measures of women’s empowerment and related gender constructs in family planning and maternal health program evaluations in low- and middle-income countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(S2), Article S2. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1500-8>
- Medicina, A. de. (s/f). Las-emociones-y-sintomatologa-depresiva-en-mujeres-que-interrumpen-el-embarazo-en-la-Ciudad-de-Mexico. Studenta. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://es.studenta.com/content/113122771/las-emociones-y-sintomatologa-depresiva-en-mujeres-que-interrumpen-el-embarazo-e>

- Medina, S. Á. (2017). La autonomía reproductiva. Relaciones de género, filiación y justicia. *Revista RJUAM*, 35. <https://revistas.uam.es/revistajuridica/article/view/8902>
- México, D. G. de R. U., Universidad Nacional Autónoma de. (s/f). Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <http://repositorio.unam.mx>
- Miller, E., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Decker, M. R., Anderson, H., & Silverman, J. G. (2014). Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception*, 89(2), Article 2. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.10.011>
- 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 interrupt pregnancy in Mexico City. *Salud Mental*, 42(1), Article 1. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.004>
- Mumtaz, Z., & Salway, S. (2009). Understanding gendered influences on women's reproductive health in Pakistan: Moving beyond the autonomy paradigm. *Social Science & Medicine*, 68(7), Article 7. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.025>
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. (2016). MODIFICACIÓN de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de marzo del 2016. [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016)
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. (2009). Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de

abril de 2009. DOF 24-03-2016.

[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016)

Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues*, 21(3, Supplement), Article 3, Supplement. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Aborto. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Género y salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en labor de la OMS. [http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq2002\\_Li\\_onu.pdf](http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq2002_Li_onu.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Relator-ONU-derecho-salud.PDF>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Perfil de país—México. Salud en las Américas. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico>

Ortiz-Ortega, A. (1999). El papel de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la construcción de

ciudadanía para las mujeres en Ortiz-Ortega Adriana (comp.): Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México. México: EDAMEX-UAM-X.

Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C., & WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003>

Pérez-Duarte, A. (1999). Marco jurídico de los Derechos Reproductivos en Ortiz-Ortega Adriana (comp.): Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México. México: EDAMEX-UAM-X.

Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Diario Oficial de la Federación, 19 de enero del 2022. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5640922&fecha=19/01/2022](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5640922&fecha=19/01/2022)

Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2023a). Borrador de la Sentencia del Amparo en Revisión 79/2023. [Internet]. 30 de Agosto del 2023. [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento\\_dos/2023-06/230615-AR-79-2023.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-06/230615-AR-79-2023.pdf)

Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2023b). Borrador del Amparo en Revisión 267/2023. Suprema Corte de Justicia de la Nación, 6 de septiembre del 2023. [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento\\_dos/2023-08/230830-AR-267-2023.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-08/230830-AR-267-2023.pdf)

- Ralph, L. J., Foster, D. G., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. C. M. (2017). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception*, 95(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.008>
- Ramos Lira, L., Méndez, S., & Teresa, M. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud mental*, 31(6), Article 6. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0185-33252008000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252008000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Ramos-Lira, L., Saldívar-Hernández, G., Medina-Mora, M. E., Rojas-Guiot, E., & Villatoro-Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública de México*, 40, 221–233. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000300002>
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., & Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43, 182–191. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342001000300002>
- Raphael, J. (2005). Teens Having Babies: The Unexplored Role of Domestic Violence. *Prevention Researcher*, 12(1), 15–17.
- Rivas, M., Amuchástegui, A., & Ortiz-Ortega, A. (1999). La negociación de los derechos reproductivos en México. Ortiz-Ortega Adriana (comp.): *Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México*. México: EDAMEX-UAM-X.
- Rocca. (2015). Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128832>
- Rondón, M. (2009). Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido.
- Ross, L., Derkas, E., Peoples, W., Roberts, L., & Bridgewater, P. (Eds.). (2017). *Radical*

- Reproductive Justice: Foundation, Theory, Practice, Critique. Feminist Press at CUNY.
- Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *The journal of family planning and reproductive health care*, 34(3), Article 3. <https://doi.org/10.1783/147118908784734765>
- Russo, N. (2014). Aborto, maternidad no deseada y salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 283-291.
- Schiavon, R., & Gonzalez de Leon, D. (2017). Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Coyuntura Demográfica (México)*, 45.
- Schiavon, R., & Troncoso, E. (2020). Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(S1), Article S1. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13002>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2017) Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo Recuperado: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-20-de-abril-de-2017.pdf>
- Secretaria de Salud. (2023). Estadísticas sobre Interrupción Legal del Embarazo. Interrupción Legal del Embarazo (ILE). <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S., & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(sup1), Article sup1. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072>
- Shellenberg, K. M., & Tsui, A. O. (2012). Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: An exploration by race and Hispanic ethnicity. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S152–S159. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60015-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60015-0)
- Singh, S., Remez, Sedgh, Kwok, Onda. (2018). Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

- Sorhaindo, A. M., Karver, T. S., Karver, J. G., & Garcia, S. G. (2016). Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception*, 93(5), Article 5. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.01.013>
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Steinberg, J. R., McCulloch, C. E., & Adler, N. E. (2014). Abortion and Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey-Replication. *Obstetrics & Gynecology*, 123(2, PART 1), Article 2, PART 1. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000092>
- Steinberg, J. R., & Tschann, J. M. (2013). Childhood adversities and subsequent risk of one or multiple abortions. *Social Science & Medicine*, 81, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.011>
- Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., & Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social Science & Medicine*, 150, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>
- Stockman, J. K., Lucea, M. B., & Campbell, J. C. (2013). Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women: A global review of the literature. *AIDS and behavior*, 17(3), Article 3. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0361-4>
- Suárez, L., & Menkes, C. (2006). Domestic violence against Mexican teenagers. *Revista de saude publica*, 40(4), 611–609. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000500009>
- Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2016). Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: A prospective

- study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 95(10), Article 10.  
<https://doi.org/10.1111/aogs.12959>
- Upadhyay, U. D., Dworkin, S. L., Weitz, T. A., & Foster, D. G. (2014). Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Studies in Family Planning*, 45(1), Article 1.  
<https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x>
- Upadhyay, U. D., & Hindin, M. J. (2005). Do higher status and more autonomous women have longer birth intervals?: Results from Cebu, Philippines. *Social Science & Medicine*, 60(11), Article 11.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.032>
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., Flores-Celis, K., & Ramos-Lira, L. (2020). Abuso sexual infantil en México: Conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *salud pública de méxico*, 62(6), 661–671.
- Van Ditzhuijzen, J. M. (2017). Abortion and mental health: A longitudinal study of common mental disorders among women who terminated an unwanted pregnancy [Dissertation].  
<http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/348455>
- Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Lugtig, P., Van Nijnatten, C. H. C. J., & Vollebergh, W. A. M. (2017). Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 200–206.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.006>
- Wangel, A.-M., Ryding, E. L., Schei, B., Östman, M., Lukasse, M., & Bidens study group. (2016). Emotional, physical, and sexual abuse and the association with symptoms of depression and posttraumatic stress in a multi-ethnic pregnant population in southern Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 9, 7–13.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.003>

- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, 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(2), Article 2. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Zamberlin, N. (2015). Estigma y aborto. CLACAI; CEDES; PROMSEX; Population Council. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/675>

## **10. Apéndice A. Protocolo de traducción, adaptación y validación del London Measure for Unplanned Pregnancy y la Escala de Autonomía Reproductiva.**

### **Traducción y adaptación de instrumentos**

La Organización Mundial de la Salud propone algunos procesos básicos para la traducción y adaptación de instrumentos y destaca la importancia de la equivalencia lingüística para la aceptabilidad de las pruebas (OMS, 2018). Los pasos que propone son la traducción directa, un panel de expertos para la traducción inversa, un pretest y entrevistas cognitivas y la propuesta de una versión final.

No obstante, ha existido una seria preocupación por el acuerdo de términos y pasos básicos en el desarrollo, aplicación, calificación e interpretación de los test. La propuesta de esta tesis se basa en los principios de las buenas prácticas desarrollados en la *Traducción y Adaptación Cultural para la Evaluación de Desenlaces Reportados por Pacientes* (PRO), producido por el *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force* para la Traducción y Adaptación Cultural (Wild, 2005). Los principios PRO abarcan los requerimientos de la OMS y profundizan en ellos.

Desde 1999 este grupo de investigación se reunió con la finalidad de crear una guía sobre los estándares de traducción y adaptación cultural. El primer paso fue llevar a cabo una revisión sistemática que identificó la falta de consistencia en la terminología y en la metodología, así como en los procedimientos, encontrando ambigüedades en la adaptación de escalas que pretendían medir desenlaces médicos en pacientes. El segundo fue realizar una revisión de las guías más importantes de traducción y adaptación cultural incluidas la de la Organización Mundial de la Salud y las distintas asociaciones médicas de todo el mundo. El tercero fue un consenso de los pasos mínimos indispensables que deben considerarse en el proceso de adaptación cultural, una guía descriptiva de los pasos mínimos indispensables, quienes deberían involucrarse en ellos y cuáles son los criterios aceptables. Esta guía ofrece lineamientos claros que deben ser leídos con suficiente flexibilidad dependiendo de los propósitos para los que se investiga, el nivel de

evidencia, el tipo de resultados y la audiencia a los que se dirigen, pero al mismo tiempo con suficiente rigurosidad como para tener en cuenta el riesgo de no incluir todos los pasos en el proceso.

### **Algunas especificaciones para la Evaluación cognitiva.**

Desde finales de la década de los ochenta comenzaron a utilizarse técnicas de la psicología cognitiva para el diseño de cuestionarios o de ítems, debido a la frecuencia con la que se presentan problemas relacionados con la falta de respuestas o con la falta de entendimiento de lo que se está preguntando en la aplicación de encuestas. Son óptimas en reactivos cuyo contenido conceptual implique mucha ambigüedad o poco acuerdo entre los investigadores y que se traduzcan en falta de respuestas en las encuestas debido a la poca comprensión que los respondientes tengan de los reactivos (Drennan, 2003).

Las entrevistas cognitivas consisten en proporcionar al entrevistado un borrador del cuestionario a probar, mientras se recolecta información adicional sobre el modo en que el cuestionario está siendo resuelto (Beatty y Willis, 2007). Esta información es utilizada para evaluar la calidad de las respuestas y para ayudar a determinar qué tanto se genera información sobre lo que el investigador realmente está buscando (Beatty y Willis, 2007).

Se trata de entender cómo los respondientes perciben e interpretan la pregunta y poder identificar problemas potenciales para el uso de cuestionarios en las encuestas. Implica un proceso previo al de la fase de levantamiento de datos. Estas técnicas han sido muy importantes en el desarrollo de la medición de desenlaces que pueden variar por la edad o el sexo o el nivel socioeconómico de los pacientes. En los últimos años ha tomado fuerza en la adaptación cultural de test en el campo de la salud porque cada vez más se evalúan los mismos desenlaces en poblaciones que antes no habían sido estudiadas para compararlas o para evaluar la magnitud del problema por ejemplo en otros grupos étnicos (Drennan, 2003).

Las técnicas sobre entrevistas cognitivas provienen de amalgamas metodológicas para solucionar estos vacíos (Dreenan, 2003). Pero existe una gran variedad de técnicas y formas de recopilación y evaluación de la información. Se han propuesto al menos tres preocupaciones centrales en las que el investigador debe poner atención:

1. los paradigmas dominantes en las ciencias cognitivas y las ventajas de elegir uno u otro para la interpretación de la información al respecto
2. las decisiones clave para conducir las entrevistas y que sean útiles para el estudio, por ejemplo, quienes serán entrevistadores, cuántas se realizarán, con qué finalidad, cómo se interpretarán
3. la evaluación sus estándares de evidencia para tomar decisiones sobre los hallazgos.

### **Paradigmas**

Las técnicas están basadas en supuestos básicos de la psicología cognitiva en donde es necesaria la puesta en marcha de funciones de procesamiento de información como la atención, el reconocimiento de palabras, la memoria, el lenguaje y razonamiento para solucionar problemas. Es decir, parten del supuesto de que para contestar un ítem el sujeto atraviesa por un proceso de codificación e interpretación de la información (Drennan, 2003).

El modelo de Tourangeau (Smith y Molina, 2011) es el que ha tenido más impacto sobre las técnicas de entrevista cognitiva. Lo que propone es que para contestar una pregunta se atraviesa por cuatro etapas no lineales e interrelacionadas:

- a) **Comprensión:** los sujetos hacen inferencias sobre el significado e intención de las preguntas con respecto a normas culturales tácitas, las personas tienen claves contextuales para responder cierta información demandada. En los cuestionarios las claves contextuales son las respuestas sugeridas, la ubicación de las preguntas, los periodos de referencia, la forma de aplicación y hasta la afiliación de los investigadores.

- b) **Recuperación:** procesos de memoria episódica son particularmente requeridos en los cuestionarios, es necesario que los sujetos tengan capacidades de autoreflexión, noción de pertenencia de los recuerdos y reconocimiento de la temporalidad. Las pistas contextuales son importantes para recuperar información y por ello podrían ponerse en juego ciertos sesgos de memoria y otros problemas de la recuperación de información.
- c) **Estimación.** Se utilizan heurísticos para dar una respuesta aproximada, por eso dicha aproximación depende de la forma en la que es planteada la pregunta por eso, deben ser evaluadas previo a la aplicación.
- d) **Ejecución de la respuesta.** Se refiere a explicar verbalmente o a escribir o enmarcar opciones de respuesta, se ha observado que previamente de escanean las ocasiones para identificar las que mejor se ajustan a la experiencia, por lo que el formato de las respuestas afecta directamente su ejecución. En este punto es importante considerar la deseabilidad social

Con base en ello, se han descrito al menos dos técnicas fundamentales para las entrevistas: una concurrente y otra retrospectiva. La concurrente parte de las teorías sobre el insight y de hecho fueron la primera propuesta para los laboratorios cognitivos (Beatty y Willis, 2007). Esta técnica ha ido evolucionando, desde dejar hablar en voz alta al entrevistado a partir de una pregunta detonadora para evaluar sesgos de memoria y producción de la información hasta técnicas más actuales que implican que el entrevistador pida al entrevistado que mencione en voz alta todo lo que va leyendo y lo parafrasee al mismo tiempo que expresa en voz alta lo que va pensando mientras responde el cuestionario (Beatty y Willis, 2007; Drennan, 2003). Lo importante del ejercicio de paráfrasis es que el entrevistado explicita en sus palabras los significados de lo que se le está preguntando y que dé cuenta de las dificultades que tiene para responder (Drennan, 2003).

Las pruebas concurrentes tienen como ventaja menos contaminación por la dirección del entrevistador y como desventaja menor estructura para la sistematización de la documentación y la toma de decisiones para la adaptación del instrumento, se ha descrito como menos artificial porque las dudas y

críticas del instrumento aparecen de manera más espontánea (Beatty y Willis, 2007). Puede servir para conocer opciones de respuesta inesperadas o espontáneas, pero depende de la habilidad verbal del entrevistado y necesita más tiempo de práctica al inicio de la entrevista para que el entrevistado se familiarice a pensar en voz alta (Drennan, 2003).

Las pruebas retrospectivas parten más bien del paradigma basado en la prueba, estas entrevistas son en general más intensivas, implica darle al entrevistado un borrador del instrumento a probar y luego pedirle que exprese en voz alta todo lo que pensó y pedirle que responda algunas preguntas previamente diseñadas sobre los elementos problemáticos del test o bien sobre sus partes indispensables (instrucciones, reactivos, opciones de respuesta) (Drennan, 2003).

Willis (2005; Smith y Molina 2011) han propuesto al menos 5 tipos de pruebas para detectar problemas en el procesamiento (referente a las 4 etapas del procesamiento):

- a) **Parafraseo:** Indagan sobre si las personas entienden el significado de las instrucciones ¿Podría decirme con sus propias palabras lo que acaba de leer?
- b) **Juicios de confianza:** ¿qué tan seguro está de esa respuesta?
- c) **Pruebas de recuerdo:** Indagan para ver qué tan bien se ha planteado una pregunta en el tiempo y cómo los sujetos recuperan la información ¿cómo llegó a recordar la respuesta?
- d) **Pruebas de especificación:** Indagan sobre si las personas entienden el significado de los términos o conceptos utilizados en los reactivos o bien si las preguntas pueden ser incómodas ¿qué significa para usted la palabra...?
- e) **Sondeo del proceso mental:** Indagan sobre el proceso final de ejecución de la respuesta, pueden servir para proponer otras posibles opciones de respuesta ¿qué hizo para llegar a esa respuesta? ¿Pudo encontrar respuestas que usted quería dar? ¿Qué significa para usted totalmente de acuerdo?

Estas pruebas pueden tener mayor contaminación, pero son más dirigidas y sistemáticas; aunque requieren de un mayor entrenamiento del entrevistador dependen menos de las habilidades del entrevistado, pueden producir sesgos en las respuestas del entrevistado e incluso un ambiente mucho más artificial que el de las técnicas en voz alta. Su elección depende del tipo de problemas que el investigador identifique previamente para el instrumento e incluso suelen combinarse ambas técnicas.

### **Decisiones prácticas**

De acuerdo con Smith y Molina (2011) hay 6 focos fundamentales de atención:

- a. Evaluar la comprensión de las instrucciones
- b. Evaluar y verificar el significado de los reactivos
- c. Considerar los supuestos o la lógica subyacente a las preguntas
- d. Detectar potenciales problemas para recordar la información solicitada
- e. Revisar las preguntas pueden ser incómodas para los participantes
- f. Verificar qué tan adecuadas son las opciones de respuesta.

Los entrevistados tienen las mismas características que los participantes de la encuesta, no es necesario que sea representativo, pero sí que abarque una cierta diversidad necesaria para detectar problemas en la aceptabilidad de la prueba para del universo de estudio. Así mismo es necesario utilizar criterios de saturación para calcular el tamaño de la muestra (Beatty y Willis, 2007). En ambas la observación de la conducta de los respondientes es particularmente importante, dónde responde, si son muchas hojas, si está desordenado el formato y todas las incomodidades no explícitas alrededor de las preguntas deben ser registradas (Drennan, 2003).

Acerca de los entrevistadores, Willis (2005) los ha comparado con detectives. En la entrevista cognitiva el entrevistador deberá tener cierta flexibilidad y libertad para identificar los problemas en la prueba e indagar más sobre ello, se da menos importancia a la estandarización de las entrevistas en pos de la profundidad con la que la información puede ser abordada. Sin embargo, el entrevistador deberá estar

suficientemente entrenado para enfatizar en el interés por el desarrollo del cuestionario, la observación de las entrevistas y la puesta en marcha de cierta experiencia para no definir o inducir respuestas.

### **Evaluación de hallazgos**

Por un lado, si bien el objetivo central de la entrevista cognitiva es ayudar al investigador a medir mejor los desenlaces que busca, en realidad esto no siempre ocurre. Un punto de vista alternativo podría ser que la información de la entrevista ayuda a explicar mejor los impases de la información o a interpretar mejor las pruebas. En todo caso es muy importante documentar todo el proceso.

Para la documentación del proceso se pueden escuchar las grabaciones y anotar en cada ítem los comentarios o se pueden realizar transcripciones, se pueden luego codificar la frecuencia con la que cada problema se presenta una muestra de participantes y determinar cuáles participantes reportaron el problema para finalmente decidir sobre los cambios que deben realizarse en los reactivos.

Por otro lado, existen una gran variedad de problemas que se han identificado con respecto al diseño de instrumentos. Una clasificación útil y clásica es la de Blair y Presser (1993):

- a) **Problemas de léxico:** problemas asociados con la falta de entendimiento del significado y uso de algunas palabras en contextos donde el cuestionario será aplicado. Tienden a ocurrir porque el investigador sobre estima el entendimiento del vocabulario conceptual, este problema ocurre especialmente en cuestionarios con términos médicos o de salud.
- b) **Problemas de inclusión/exclusión:** problemas relacionados con el entendimiento del propósito de las preguntas y el campo al que se refieren. Tienden a ocurrir cuando no se especifica a qué se refiere la pregunta con especificidad y pueden aparecer conceptos más amplios de los relacionados con el cuestionario.
- c) **Problemas temporales:** cuando el investigador no localiza la temporalidad con la que se está preguntando algo, por ejemplo, la utilización de términos poco específicos en el tiempo como “todo el tiempo”.

**d) Problemas lógicos:** problemas con las conexiones lógicas de la redacción, a veces se puede estar preguntando por dos cosas en un solo ítem y eso hace confusa la respuesta.

**e) Problemas computacionales:** incluyen preguntas demasiado complicadas en su estructura o en el cálculo que los respondientes tienen que hacer para responderlas.

Smith- Castro (2009) ha sugerido otras como: vaguedad y contradicción, términos difíciles, periodos de referencia inadecuados, supuestos ilógicos, problemas de memoria, desconocimiento, contenido sensible, categorías de respuesta confusas o inadecuadas, deseabilidad social, traslape de categorías de respuesta, incongruencia entre el reactivo y sus categorías de respuesta, etc.

### **Evaluación de las propiedades psicométricas**

Desde la década de los cincuenta se ha propuesto un prominente desarrollo en los estándares básicos y los marcos interpretativos de las pruebas y escalas en psicología. La publicación que realizaron en grupo la *American Psychological Association* con la *American Educational Research Association* y el *National Council on Measurement in Education* en 1999 es probablemente la mayor autoridad en la materia sobre las cuestiones básicas de desarrollo de pruebas (Lynn, 2006). Aunque la edición más actual es de 2014 son los estándares propuestos en 1999 los que se siguen discutiendo y actualizando y de hecho en el capitulo actual, toda la primera parte se dedica a la validez y confiabilidad como bases del diseño, aplicación e interpretación de las pruebas de las pruebas (Plake, 2014)

Entre las tareas más destacadas del desarrollo de pruebas *los estándares* proponen: a) la identificación del propósito del test, b) la delimitación del dominio medido, c) desarrollo de las especificaciones, d) la evaluación de esas especificaciones, e) el desarrollo de los ítems, f) las pruebas de campo o en la población, g) los procedimientos de calificación, h) la estandarización de las instrucciones, i) el análisis, j) la propuesta de una versión final y su evaluación, k) reportes de la calificación y materiales interpretativos (Lynn, 2006).

En todos estos pasos, la validez y confiabilidad de las pruebas son temas transversales que deben ser evaluados y ponderados. De acuerdo con los estándares, la validez es la consideración más importante que se debe tener sobre el desarrollo y evaluación de las pruebas (Lynn, 2006).

Así mismo, en salud existe un consenso al respecto de los estándares con los que deben cumplir las evaluaciones y mediciones sobre desenlaces reportados por pacientes o relacionados con la salud. La iniciativa es llamada COSMIN por sus siglas en inglés (Consensus-Based Standards for the selection of health Measurement Instruments). Una de las herramientas útiles es una taxonomía de medidas importantes para evaluar las propiedades de instrumentos que evalúan desenlaces en salud. Estas propiedades corresponden a tres dominios y un cuarto que no se evalúa dentro de las propiedades pero que se debe considerar (Prensen, 2018):

1. **Confiabilidad:** medidas de consistencia interna, confiabilidad y medidas de error.
2. **Validez:** medidas de la validez de contenido, incluyendo validez de face, validez de criterio y de constructo (validez de la estructura interna, test de hipótesis y validez inter cultural)
3. **Capacidad de respuesta:** la sensibilidad del instrumento para detectar el cambio en el tiempo del constructo evaluado.
4. **Interpretabilidad:** el grado en el cual se puede asignar un significado cualitativo a un instrumento con calificaciones o rangos cuantitativos o a los cambios en esos puntajes.

El COSMIN desarrolló un estudio Delphi que tuvo como objetivo: 1) proponer estándares para la evaluación de calidad en el desarrollo de instrumentos de desenlaces en salud, 2) actualizar los estándares sobre la validez de contenido acerca de instrumentos que miden desenlaces en salud, 3) desarrollar criterios para evaluar la validez de contenido y 4) desarrollar un sistema de calificación para resumir la evidencia sobre validez de los instrumentos en salud y graduar la calidad de la evidencia en revisiones sistemáticas sobre este tipo de instrumentos (Terwee, 2018).

Uno de los productos de dicho estudio fue un checklist para evaluar la calidad de los estudios de validez de contenido que ha sido calificada como la consideración más importante para la evaluación de instrumentos de desenlaces en salud. Un estudio se considera como una investigación sobre la validez de contenido cuando el instrumento se prueba en una muestra nueva independiente de aquellos que participaron en el desarrollo del test. El checklist propone y califica como criterios evaluar: si los pacientes fueron consultados sobre la relevancia, especificidad y comprensividad del desenlace y si los profesionales fueron consultados sobre la relevancia y especificidad. La recomendación del COSMIN sobre este tema es seguir los estándares propuestos por los criterios PRO del ISPOR (descritos anteriormente) (Prinsen, 2018).

### **Validez**

La validez se refiere al grado en el que la evidencia y la teoría soportan las interpretaciones de las calificaciones propuestas para el uso de los test (Kane, 2006; Mokkink, 2010). Otro modo de decirlo es que el test mide lo que pretende medir y no otra cosa, justificando las inferencias que se hacen sobre sus resultados (Smith y Molina, 2011).

Entonces, validar una interpretación propuesta, significa evaluar los supuestos en los que han sido basados las calificaciones de los test. La combinación específica de evidencia para la validación depende de las inferencias que han sido propuestas en la configuración de la prueba. Por lo tanto, existen distintos tipos de inferencias cuya evidencia es evaluable (Kane, 2006). Los *estándares* proponen al menos cinco tipos de evidencia para justificar la validez de un test y aunque los criterios COSMIN proponen una taxonomía distinta en la jerarquía entre los tipos de validez, consideran los mismos tipos, pero en distinto orden jerárquico. A continuación, se describen los tipos de validez tomando las definiciones de ambas clasificaciones, pero siguiendo la taxonomía COSMIN (Mokkink, 2010):

1) **Validez de contenido:** De acuerdo con los estándares el objetivo es saber si existe correspondencia entre el contenido del instrumento y el dominio que pretende medir. Según los criterios COSMIN es el grado en el que el contenido del instrumento refleja el constructo a medir (Mokkink,

2010). Las estrategias tradicionales son el acuerdo entre jueces, índices de Kappa o la correlación intraclass (Smith y Molina, 2011).

**a. Validez relacionada con el proceso de respuestas al instrumento o validez de face.** Su objetivo es demostrar que la naturaleza y el proceso de la respuesta concuerda con el constructo que se pretende medir. Para ello se pueden realizar entrevistas cognitivas y paneles de expertos (Smith y Molina, 2011).

2) **Validez de constructo:** El grado en el que las calificaciones del instrumento son consistentes con hipótesis basadas en supuestos teóricos del constructo (relaciones internas entre reactivos, relaciones del puntaje con otros instrumentos o diferencias entre grupos relevantes) (Mokkink, 2010).

**a. Validez relacionada con la estructura interna del test.** Evalúa si la covariación de los reactivos corresponde con las dimensiones propuestas en la teoría del constructo que se pretende medir. Normalmente se realizan análisis de factores confirmatorios o exploratorios (Smith y Molina, 2011).

**b. Validez relacionada con las asociaciones de las puntuaciones con los puntajes de variables externas al instrumento:** Evalúa si las puntuaciones del test permiten predecir criterios externos al propio instrumento. Se realizan pruebas de hipótesis de variables derivadas de la misma teoría o de variables categóricas como el sexo o el nivel socioeconómico, análisis de varianza, correlaciones bivariadas, regresiones múltiples o ecuaciones estructurales (Smith y Molina, 2011).

**c. Validez transcultural.** El grado en el que los ítems de un instrumento traducido y adaptado culturalmente se comportan igual que los ítems en la versión original del instrumento (Mokkink, 2010).

3) **Validez de criterio:** El grado en el que las calificaciones del instrumento son un reflejo adecuado de un “gold standard” (Mokkink, 2010)

a. **Validez convergente o discriminante.** Evalúa qué tanto las puntuaciones con medidas de otros instrumentos para el mismo constructo convergen con la de la prueba propuesta o qué tanto se diferencian con las medidas de otros constructos. Se utilizan correlaciones bivariadas (Smith y Molina, 2011).

4) **Validez relacionada con las consecuencias de su aplicación:** Evalúan si las decisiones tomadas a partir de los resultados tienen efectos adversos para los sujetos que los responden. El test debe mostrar que no favorece a ningún grupo de aplicantes en comparación con otros. Aplican para pruebas de aptitudes como inteligencia o pruebas de promoción y certificación. La prueba se realiza mediante análisis del funcionamiento diferencial del ítem que evalúa la probabilidad de acertar un ítem solo por pertenecer a un grupo (por ejemplo, ser mujer) comparando las frecuencias de aciertos y errores de un ítem en sujetos que pertenecen a distintas poblaciones, pero muestran el mismo nivel de puntuación en la prueba (Smith y Molina, 2011).

### **Confiabilidad**

Según los *estándares* se refiere a la consistencia entre la puntuación que obtienen los mismos sujetos en dos conjuntos de ítems equivalentes. Es decir, que, si los dos conjuntos son equivalentes, se espera que la puntuación fuera similar. Otro modo de decirlo es que se refiere a la precisión que muestra una prueba en una población determinada en condiciones normales de aplicación o qué tanto error contiene la prueba: entre menos errores más confiable (Smith y Molina, 2011). Esta última definición coincide con la propuesta por el COSMIN: “el grado en el que los instrumentos están libres de medidas de error”.

De acuerdo con el COSMIN la confiabilidad implica qué tanto las calificaciones de quienes no han tenido cambios en su estado de salud son las mismas si la evaluación se repite, por ejemplo, en distintos momentos del tiempo (test-retest), usando diferentes preguntas para evaluar el mismo desenlace

(consistencia interna), aplicado a distintas personas en la misma ocasión (inter-rater) o en diferentes ocasiones (intra-rater) (COSMIN).

Los criterios entonces suponen el grado en el que se relacionan los ítems entre sí (consistencia interna), la proporción de la varianza total en el instrumento que es entendida como una verdadera diferencia entre los sujetos (confiabilidad) y la evaluación del error aleatorio y sistemático (error) (COSMIN).

Estas aseveraciones se relacionan con la teoría clásica de los test que supone que en todas las mediciones existe un valor verdadero del constructo y errores aleatorios de medición que sumados dan la medición de la variable en cuestión. Cuando esos errores son realmente aleatorios las puntuaciones pueden ser a veces mayores o menores de lo que realmente pueden ser, pero sin un patrón sistemático. Cuando aparecen patrones se pueden llamar errores sistemáticos. En una prueba los errores aleatorios tienen muy pocas probabilidades de aparecer nuevamente en una segunda aplicación, por lo que las puntuaciones pueden ser reproducidas si se mide de nuevo el constructo en los mismos sujetos. Siguiendo este supuesto, la confiabilidad tiene tres grandes dimensiones:

- a) **La estabilidad de las puntuaciones.** Para evaluarla se aplica el método test – retest. La misma prueba en dos momentos distintos a las mismas personas y se calcula la correlación entre las puntuaciones de ambas ocasiones (Smith y Molina, 2011).
- b) **La consistencia interna.** El grado de interrelación entre los ítems (COSMIN, 200). Se calcula mediante métodos de covarianza o de equivalencia racional. Se parte de que un test está formado por un conjunto  $X$  de ítems y que éstos se pueden considerar como test paralelos. Después se deriva una ecuación para calcular el promedio de correlaciones de todos los test paralelos. Los coeficientes más usados son el *Alpha de Cronbach* y el coeficiente de *Kuder-Richardson* (Smith y Molina, 2011).
- c) **La congruencia entre calificadores.** Se aplica la prueba una sola vez y se entregan los resultados a los jueces que califican de manera independiente. Finalmente se estima el grado de acuerdo entre jueces en

la calificación mediante coeficientes de *Kappa* o *W de Kendall* en el caso de variables ordinales (Smith y Molina, 2011).

### **Criterios de idoneidad de la muestra**

Para evaluar la validez de constructo con respecto a la estructura interna, es necesario realizar un análisis factorial. Los criterios de idoneidad de la muestra que se requieren para llevarlo a cabo son: el número de ítems que definen cada factor, la homogeneidad de la muestra y la comunalidad de los ítems (Lloret-Segura, 2014). Existen tres condiciones:

1. Condición óptima: saturaciones superiores 0.70 y al menos tres factores con 4 ítems por factor y comunalidades superiores a 0.80. Tamaño muestral de 100 – 200 casos (Lloret-Segura, 2014).
2. Condición moderada: Comunalidades de 0.40 - 0.70; 3-4 ítems por factor. Tamaño de 200 casos (Lloret-Segura, 2014).
3. Condición mínima: Comunalidades en torno a 0.30 y 3 ítems o menos por factor. Tamaño de 400 casos o más (Lloret-Segura, 2014).

### **Análisis de las propiedades psicométricas según la Teoría Ítem Respuesta.**

La TRI es un conjunto de modelos matemáticos desarrollados desde mediados del siglo XX propuestos en la psicometría y perfeccionados durante las últimas décadas (Attorresi, 2009; Matas, 2010). Estos modelos evalúan la probabilidad de que algún sujeto con cierta cantidad de un rasgo dado ( $\theta$ ) conteste de cierta forma una pregunta. Esa probabilidad estará además en función de ciertos parámetros, más relacionados con el ítem o la escala y menos con el individuo que la responde y ésta es una de las grandes diferencias con la TCT (Matas, 2010).

En la teoría clásica los parámetros de los sujetos y de los ítems dependen de las características del test y de la muestra y el valor de la variable medida depende del instrumento utilizado y de las características

de dicho instrumento. Este modelo se ha criticado por tautológico. En la TRI los parámetros de los ítems no varían aunque se apliquen entre muestras distintas. (Navas, 1994).

Los parámetros que se evalúan para cada reactivo son el grado de dificultad ( $b$ ), el grado de discriminación ( $a$ ) y la probabilidad de acierto por azar ( $c$ ) (Gil, 2001). Esa probabilidad es la relación entre el rasgo latente supuesto y la respuesta de un sujeto a un ítem y se describe por medio de una función llamada Curva Característica del Ítem (CCI) que es una función no lineal monótona (Gil, 2001).

Del mismo modo que la TCT, la TRI supone requisitos mínimos: El primero se refiere a la unidimensionalidad del rasgo, que implica que se está midiendo un solo constructo en toda la escala y que se han localizado los componentes o variables latentes para describirlo. De modo que la distribución de la puntuación para un  $\theta$  fijo será la misma para todas las poblaciones porque no depende del rasgo de la población si no de las características del ítem (Gil, 2001). El segundo supuesto es el de la independencia local, es decir, que la probabilidad de contestar correctamente un conjunto de preguntas sea la intersección de las probabilidades de contestar cada ítem por separado. Si suponemos el mismo grado de rasgo latente para los sujetos la probabilidad de respuesta está en función de las características del ítem y no del sujeto (Gil, 2001). Cuando se cumplen estos dos supuestos, teóricamente se obtienen propiedades invariantes del test entre poblaciones, lo que permitiría hacer análisis incluso de muestras no representativas (Abal, 2014).

La alternativa de la TRI ante las críticas a la TCT para la estimación de la confiabilidad es una función de la información, que se puede calcular para cada ítem o para toda la escala. Esta función especifica la precisión con la que el ítem mide cada uno de los posibles valores de la escala del rasgo. La función de información varía a lo largo de la escala de  $\theta$  pero no depende del error de medición y por lo tanto no depende de la muestra de sujetos que respondieron si no solo de los ítems (Gil, 2001).

Existen diferentes clasificaciones de los modelos de TRI de acuerdo con el número de parámetros o los tipos de respuesta. Por ejemplo, en un primer momento este tipo de análisis solo estaba disponible con base en el parámetro de dificultad del ítem, más tarde se incorporaron los de discriminación y los de azar.

También, los primeros desarrollos fueron útiles para respuestas dicotómicas y más tarde se desarrollaron modelos para reactivos politómicos, ya fueran nominales u ordinales (Gil, 2001).

Durante la década de los setenta y luego en los noventa Samejima (1973 y 2016) desarrolló un modelo para respuestas graduadas y definió las Curvas Características de las Categorías de Respuesta al ítem como “*la probabilidad que tiene un individuo de optar por cierta categoría en función de su nivel de rasgo. Donde la probabilidad de elegir esa categoría es la resta de la probabilidad de elegir esa respuesta menos la probabilidad de elegir la respuesta siguiente*” (Hidalgo, 2016: 14). Se trata de un modelo de probabilidad acumulada. (Hidalgo, 2016).

Se utilizó aquí el Modelo de Respuestas Graduadas de Samejima para la exploración del LMUP. Las Curvas Características de las Categorías, las funciones de información y los parámetros describen en los resultados.

### **Objetivo metodológico**

Traducir, adaptar culturalmente y evaluar la validez de contenido, de constructo y la confiabilidad de la Escala de Autonomía Reproductiva (Upadhyay et al., 2014) y el London Measure for Unplanned Pregnancy (Barrett et al., 2004) con mujeres que acuden a un servicio de salud en la Ciudad de México

### **Participantes**

- Para la traducción y adaptación: Las entrevistas cognitivas fueron realizadas con 14 mujeres que asistieron a una cita ginecológica en un servicio privado de la CDMX. Durante septiembre de 2018. Las participantes fueron invitadas al estudio por la enfermera-recepcionista de la clínica. Las mujeres que se interesaban en el estudio pasaban a uno de los consultorios de la clínica y una de las integrantes del equipo las invitaba a participar explicando los objetivos del estudio más amplio y los objetivos específicos de la fase. Si aceptaban la participación se realizaba el proceso del consentimiento informado y se firmaba el formato de éste.

- Para el análisis de propiedades psicométricas: Entre noviembre del 2018 y la primera quincena de abril de 2019 se entrevistaron a 118 mujeres que cumplieron con los mismos criterios de inclusión, exclusión y eliminación que el estudio principal.

## **Instrumentos**

### **Intenciones de Embarazo**

El LMUP fue desarrollado con base en un trabajo cualitativo en Londres por Barrett et al., (2002). El constructo que propone medir el grado de intenciones o el grado de planeación del embarazo actual o reciente y no hace distinción entre estos dos conceptos. Considera tres dimensiones con dos reactivos cada una: a) contexto, b) las conductas, c) la disposición. Considera que las intenciones son un continuo por lo que a mayor puntaje mayores intenciones. Sin embargo, se pueden establecer puntos de corte para el grado de intenciones: intencional (9 – 12), ambivalente (4 – 8) y no intencional (0 – 3). Las intenciones del embarazo son un fenómeno que depende los patrones sociales particulares por la distribución de los patrones de puntajes del LMUP dependen de la composición de la muestra (Hall, 2016). Más sobre la discusión conceptual se aborda en el protocolo amplio de esta investigación.

El LMUP ha sido traducido y su validez de contenido y constructo ha sido evaluada en Estados Unidos, Pakistan, India, Brasil, Irán, Bélgica, Malawi y Arabia Saudita, obteniendo propiedades psicométricas adecuadas para su uso. Actualmente se encuentra en evaluación en distintos países de África y en México mediante este protocolo. Hall (2013) realizó una comparación entre las propiedades reportadas en distintas versiones (Tabla 1).

**Tabla 1. Comparación de las propiedades psicométricas en distintas versiones del LMUP.**

	$\alpha$	Eigenvalues	Test-retest ( <i>K</i> )
<b>UK</b>	0.92	4.33	0.97 – 0.86
<b>USA-English</b>	0.78	2.9	0.72
<b>USA-Spanish</b>	0.84	3.4	0.77
<b>India-Kannada</b>	0.76	2.66- 1.05	0.43
<b>India-Tamil</b>	0.71	2.66- 1.05	0.43
<b>Malawi</b>	0.78	3.1 – 1.00	0.80

Además, el LMUP no solo ha sido analizado en diversas poblaciones, sino con diferentes supuestos estadísticos para analizar sus propiedades psicométricas (Tabla 2).

**Tabla 2. Tipo de análisis que se ha realizado para explorar las propiedades psicométricas del LMUP en la evidencia internacional**

<b>País</b>	<b>Teoría</b>	<b>Participantes</b>	<b>Primera autora (Año)</b>
Londres	TCT	Mujeres embarazadas	Barret (2004)
India	TRI (Graded)	Mujeres casadas entre 16 y 25 años	Rocca (2010)
Malawi	TCT	Mujeres embarazadas	Hall (2014)
Estados Unidos	TCT	Mujeres embarazadas que buscaban interrumpirlo o continuarlo	Morof (2009)
Iran	TCT	Mujeres que habían tenido un hijo en los últimos 6 meses	Roshanaei (2015)
Brasil	TCT y TRI (Mokken)	Mujeres adolescentes que habían tenido un hijo Mujeres embarazadas Mujeres que habían tenido un aborto espontáneo o inducido	Borges (2016)
Pakistan	TCT	Mujeres embarazadas	Muhammad (2017)
Arabia Saudita	TCT	Mujeres que hubieran estado embarazadas alguna vez	Almaghashlah (2017)
Bélgica	TCT y TRI (Mokken)	Mujeres que habían tenido un hijo	Goossens (2018)

### **Autonomía Reproductiva**

La autonomía reproductiva ha sido discutida como un componente del empoderamiento de las mujeres y refiere a la habilidad de las mujeres para tomar decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, embarazos y crianza de los hijos. La escala de Autonomía Reproductiva propuesta por Upadhyay et al., (2014) mide el grado de habilidad que las mujeres tienen para lograr sus intenciones reproductivas, es decir el poder para controlar asuntos relacionados con el uso de anticoncepción, el embarazo y la maternidad. Se trata de 14 ítems agrupados en tres subescalas: a) ausencia de coerción, 2) comunicación y 3) toma de decisiones. La autonomía reproductiva es medida como una variable continua, mayor puntaje mayor es interpretado como mayor autonomía reproductiva. Más sobre la discusión conceptual será abordado en el protocolo general de esta investigación.

La validez de constructo de la escala ha sido evaluada con el puntaje de 1892 mujeres en Estados Unidos en 13 centros de planificación familiar, incluyendo centros de interrupción del embarazo (Upadhyay, 2014). La escala ha sido adaptada y probada en un grupo de mujeres de comunidades religiosas ( $\alpha=0.92 - 0.78$ ), donde se mostró su interacción con criterios de agencia y juicio percibido (Kahn, 2014).

Aunque la autora envió un link con la versión en español de la escala durante el proceso de preparación, la traducción era poco comprensible por lo que se decidió comenzar desde el paso 2 de los criterios PRO del ISPOR la traducción y adaptación cultural.

### **Procedimiento**

Se realizaron todos los procedimientos indicados en los consensos internacionales documentados en el informe sobre buenas prácticas para la *Traducción y Adaptación Cultural para la Evaluación de Desenlaces Reportados por Pacientes (PRO)*, producido por el *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force* (Wild, 2005). Los principios PRO abarcan los requerimientos de la OMS y profundizan en ellos. En la Tabla 3 se presenta un resumen de los procesos realizados.

**Tabla 3. Pasos realizados de los criterios PRO para la versión mexicana del LMUP y de la Escala de Autonomía Reproductiva (EAR).**

Proceso	1. Preparación	2. Traducción directa	3. Reconciliación	4. Traducción inversa	5. Revisión de la traducción inversa	6. Armonización	7. Evaluación cognitiva	8. Revisión de evaluación cognitiva	9. Lectura de prueba	10. Reporte Final
Descripción	<p><b>Finalizado</b></p> <p>Se contactó a las autoras, se les explicaron los objetivos de la validación y el proyecto posterior y de contó con su asesoría.</p>	<p><b>Finalizado</b></p> <p>Para el LMUP ya existía una versión en español que fue propuesta por Morof (2012) para su uso con mujeres latinas en Estados Unidos y que fue compartida por la autora.</p> <p>En el caso de la EAR también existía una versión en español del estudio original, cuya redacción no era comprensible por lo que se comenzó desde este paso el proceso.</p> <p>Una lingüista especializada en traducción inglés-español realizó la traducción directa de ambas escalas.</p>	<p><b>Finalizado</b></p> <p>Las dos versiones anteriores de cada escala fueron contrastadas entre sí por la responsable de país y la coordinadora del proyecto y se consensó una versión con la traductora directa.</p>	<p><b>Finalizado</b></p> <p>Una traductora cuya lengua materna es la inglesa realizó la traducción inversa con base en la propuesta en el paso anterior.</p>	<p><b>Finalizado</b></p> <p>La versión original, la versión en español para latinas, la traducción directa y la traducción inversa fueron contrastadas por la responsable de país y la coordinadora del proyecto. Los términos de difícil comprensión o ambiguos fueron señalados.</p>	<p><b>Finalizado</b></p> <p>Con base en las discrepancias encontradas en el paso anterior se realizó un panel de expertas con la traductora directa, una lingüista con certificación CEAL de Cambridge, la responsable del país y la coordinadora del proyecto. Se revisó término por término y se propuso una versión de cada escala para la prueba cognitiva</p>	<p><b>Finalizado</b></p> <p>Se diseñó un formato especial para este paso con base en los criterios de Smith y Molina (2011) de la Tabla 4.</p> <p>Un equipo de becarias y la responsable de país realizaron 6 entrevistas para el LMUP y 8 para la EAR en una clínica privada de servicios ginecológicos con mujeres.</p>	<p><b>Finalizado</b></p> <p>Se capturaron las respuestas de los formatos previamente diseñados a una base de datos y luego la información fue analizada en conjunto para cada escala.</p> <p>Para el LMUP no se sugirieron cambios pero sí se señaló que las opciones de respuesta eran muy largas para su aplicación en entrevista estructurada, por lo que se utilizaran tarjetas de respuesta.</p> <p>En el caso de la EAR se propuso el cambio de la escala de respuestas por frecuencias para los reactivos de la dimensión de Libertad de coerción.</p>	<p>En proceso</p> <p>Se agregará una prueba de piloteo de cada escala en el servicio.</p>	<p>En proceso</p> <p>Se agregará a los resultados de este protocolo.</p>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Wild (2005).

Autoras y colaboradoras: Dra. Geraldine Barrett y Dra. Jennifer Hall y la Dra. Ushma Upadhyay

Colaboradoras: Coordinadora del Proyecto: Dra. Luciana Ramos / Responsable de País: Mtra. Karla Flores/ Traductora directa: Lic. Tanya Almada, Traductora inversa: Mtra. Suzanne Stephens, Lingüista asesora: Mtra. Andrea Chávez/ Becarias: Psic. Ambar Rodríguez, Psic. Rocío Rojas y Psic. Haidee Bautista

A partir del paso 7, en la evaluación cognitiva, un equipo de becarias del proyecto Conacyt y la autora de este trabajo realizaron pruebas verbales retrospectivas con base en un formato diseñado específicamente para cada escala con base en el catálogo de Smith y Molina (2011) (Tabla 4).

**Tabla 4. Catálogo de pruebas de Smith y Molina (2011)**

<b>Tarea</b>	<b>Problema</b>	<b>Prueba</b>
Instrucciones	Explicaciones confusas o vagas	¿Podría decirme con sus propias palabras la instrucción que le acabo de dar o que acaba de leer?
Claridad de los reactivos	Preguntas largas, sintaxis complicadas, términos técnicos o ambiguos, periodos de tiempo no especificados	¿Puede decirme con sus propias palabras lo que le acabo de preguntar? ¿qué significa para usted este término? ¿en qué estaba pensando usted cuando le pregunte por...? ¿podría darme ejemplos? ¿puede recordar el periodo de tiempo por el que le estoy preguntando?
Supuestos o lógica subyacente a los reactivos	Supuestos sobre la experiencia inapropiados, se asume una conducta estable cuando no lo es, el reactivo hace referencia a más de una pregunta	¿qué tanto aplica esta pregunta a su experiencia? ¿diría usted que esto le pasa siempre? ¿depende de algo? ¿de qué?
Conocimiento Memoria	La persona no tiene experiencia o conocimiento sobre el tema, requiere de un proceso mental muy complejo.	¿qué tan seguro se siente hablando sobre el tema? ¿piensa en ello frecuentemente? ¿fue fácil o difícil pensarlo? ¿Cómo llegó a esa respuesta?
Sensibilidad	Los reactivos hacen referencia a tópicos privados o embarazosos, los términos son poco sensibles, ofensivos u ajenos. Las respuestas evocan deseabilidad social	¿está bien hablar de ese tema en una encuesta o le parece incómodo? ¿Este término le parece correcto o diría que hay otro más adecuado?
Categorías de Respuesta	Preguntas abiertas difíciles, desajuste entre el reactivo y la categoría, términos técnicos en las opciones de respuesta	¿Fue fácil elegir la respuesta? ¿otra respuesta sería más adecuada con su experiencia? De esta lista ¿qué significa para usted el término?

**Fuente:** Smith y Molina (2011: 59 – 61)

Para las entrevistas las participantes fueron invitadas al estudio por la enfermera-recepcionista de la clínica. Las mujeres que se interesaban en el estudio pasaban a uno de los consultorios de la clínica y una de las integrantes del equipo las invitaba a participar explicando los objetivos del estudio más amplio y los objetivos específicos de la fase. Si aceptaban la participación se realizaba el proceso del consentimiento informado y se firmaba el formato de éste.

Luego de la prueba verbal mediante una entrevista semiestructurada con base en el formato diseñado, la entrevistadora registraba todas las respuestas por escrito. El registro fue vaciado en una base de datos para cada instrumento y analizado para sugerir cambios en los instrumentos y regularidades en las respuestas que indagaban por los supuestos subyacentes.

Finalmente, se llevó a cabo una reunión con las becarias y asesoras del proyecto más amplio donde se presentaron las características sociodemográficas de las entrevistadas, las regularidades en los supuestos subyacentes y los cambios sugeridos a los instrumentos finales. Las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de las escalas se evaluaron con los datos obtenidos en un primer corte de la recolección de información en el estudio longitudinal

### **Análisis estadístico**

Se siguieron los procedimientos propuestos por las autoras en los artículos publicados para las dos escalas (referencia). En el caso del LMUP, se realizó además un análisis con base en un modelo de respuestas graduadas de Teoría de Respuesta al Ítem debido a que se cumple con el criterio de unidimensionalidad pero no de heterogeneidad de la muestra y la varianza obtenida no fue suficiente para analizarlo bajo los supuestos de la Teoría Clásica de los Test. Los datos fueron analizados con SPSS 21 y Stata 15 en el caso de los análisis de Teoría de Respuesta al Ítem.

### **Resultados**

#### **Pruebas verbales para la adaptación cultural**

Las entrevistas cognitivas fueron realizadas con 14 mujeres que asistieron a una cita ginecológica en un servicio privado de la CDMX durante septiembre de 2018. Ocho mujeres respondieron las pruebas para la escala de autonomía reproductiva. La mediana de edad fue de 38 años, la más joven tenía 24 años y la mayor 60. Todas residían en distintos lugares de la CDMX. La mitad tenía licenciatura y la mitad posgrado. En el

caso del LMUP seis mujeres respondieron las pruebas verbales. La mediana de edad fue de 43 años, la participante más joven tenía 32 años y la mayor 48 años. La mitad reside en el Estado de México, una en Yucatán y dos en la CDMX. Dos de las participantes tienen estudios de preparatoria y cuatro mujeres contaban con posgrado. Las características se describen en Tabla 5.

**Tabla 5. Características Sociodemográficas de las mujeres entrevistadas en las pruebas cognitivas para el LMUP y la EAR**

	<b>LMUP</b>	<b>EAR</b>
	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
	<b>(n=6)</b>	<b>(n=8)</b>
<b>Edad</b>		
Mediana	43 años	38 años
Mínimo	32 años	24 años
Máximo	48 años	60 años
<b>Lugar de residencia</b>		
EdoMex	3	0
Yucatán	1	0
CDMX	2	8
Benito Juárez	2	1
Cauhtémoc		2
Iztacalco		1
Iztapalapa		1
Venustiano Carranza		1
Xochimilco		1
<b>Grado escolar</b>		
Preparatoria	2	0
Licenciatura	0	4
Posgrado	4	4
<b>Embarazo previos</b>		
0	2	3
1	2	3
2	1	1
3	1	1
<b>Hijos</b>		
0	2	4
1	0	0
2	2	1
<b>Edad del 1er embarazo</b>		
20 – 30	2	1
31 – 40	4	2
<b>ILE previa</b>		
0	3*	1
1	1	3
<b>Edad de la ILE</b>		
20 – 30	1	1
31 – 40	0	2
<b>Aborto espontáneo</b>		
0	2*	1
1	0	2

<b>¿Actualmente tiene pareja?</b>		
No	1	2
Si	5	6
<b>Tiempo juntos</b>		
Mediana	12 años	10.5 años
Mínimo	1 año	1.5 años
Máximo	18 años	20 años
<b>Edad de la pareja</b>		
Mediana	41 años	38.5 años
Mínimo	31 años	34 años
Máximo	50 años	45 años
<b>Viven juntos</b>		
Si	5	6
No	0	
<b>Casados</b>		
No	1	1
Si	4	6*

Se registraron algunas inconsistencias en algunas respuestas debido a los saltos entre reactivos de la sección de antecedentes en el cuestionario. Por lo que la entrevista cognitiva fungió también como piloteo de la primera parte del cuestionario y se tomarán en cuenta esas inconsistencias para mejorarlo.

### **Regularidades en los supuestos subyacentes y claridad**

En el caso del LMUP, lo más importante fue observar si la noción de intenciones tenía sentido y significado para las mujeres y si coincidía con el de la prueba original. Para probar este supuesto se utilizó la pregunta “¿Qué entiende usted por intenciones de embarazo?” Las respuestas de las mujeres fueron en el sentido de la planeación y el deseo, lo cual coincide con lo propuesto por Barrett (2002). Además se hicieron otras dos preguntas con la finalidad de contrastar los supuestos sobre “en lo que respecta a ser madre”, aquí cabe mencionar que todas las participantes embarazadas querían tener un bebé y quienes no lo estaban y fueron interrogadas acerca de su último embarazo, también dijeron que en ese momento estaban buscando tener un bebé (Tabla 6).

Acerca del momento en el que llegó su embarazo las mujeres cuya respuesta fue que llegó en el momento correcto dijeron que había sido cuando lo decidieron junto con la pareja o bien cuando lo estaban buscando o planeando. Finalmente, la única mujer que contestó que “no era el mejor momento, pero estaba bien” se refería a que no estaba lista emocionalmente pero tuvo ayuda para mejorar (Tabla 9). Todas estas

respuestas coinciden con lo reportado en Barret (2002; 2004) y Aiken (2016) por lo que se considera que los reactivos y las opciones de respuesta fueron claras y evalúan lo mismo que en la versión original.

**Tabla 6. Respuestas en las regularidades de los supuestos subyacentes a las intenciones del embarazo**

¿Qué entiende usted por intenciones de embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quererse embarazar</li> <li>• Planearlo</li> <li>• Buscar el embarazo</li> <li>• Satisfacer la necesidad de maternidad</li> <li>• Voluntad o deseos</li> <li>• Estaban decididos a tenerlo</li> <li>• Esperaba quedar embarazada</li> </ul>
¿Qué significa para usted “en lo que respecta a ser madre”?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde el momento en el que me embaracé</li> <li>• El compromiso y la duda de lo que voy a hacer</li> <li>• Tener una familia</li> <li>• Responsabilidad y felicidad</li> <li>• Todo lo relacionado con la maternidad y tener un hijo</li> </ul>
¿Que significa para usted que su embarazó llegó...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El momento correcto fue el que decidimos mi pareja y yo</li> <li>• Estaba planeado</li> <li>• Que pretendía embarazarme</li> </ul>
... en el momento correcto/ no era el mejor momento, pero esta bien?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscaba ese embarazo</li> <li>• Que no fuera el mejor momento significaba que no era el momento porque emocionalmente no estaba lista, pero estuvo bien porque Dios me mandó a alguien que me ayudara.</li> </ul>

La Escala de Autonomía Reproductiva consta de tres dimensiones. La primera es la “Toma de decisiones” donde los reactivos se concentran en explorar quién tuvo la mayor influencia sobre una serie de decisiones relativas a la vida reproductiva de las mujeres. La segunda es la de “Libertad de coerción” en la que los reactivos exploran si la pareja de la entrevistada ha realizado este tipo de conductas. La tercera es la de Comunicación que explora qué tan sencillo es para las participantes abordar con sus parejas temas relacionados con al vida sexual y reproductiva.

La lógica de estos supuestos fue probada mediante tres preguntas incluidas en el formato de entrevista cognitiva (Tabla 7). Las respuestas de las mujeres muestran similitudes entre sí y coinciden con lo reportado por Upadhyay et al., (2014) para cada dimensión. Por lo que se considera que los supuestos son entendibles y evalúan los mismos constructos que en la propuesta original.

**Tabla 7. Respuestas en las regularidades de los supuestos subyacentes a la Autonomía Reproductiva**

Toma de decisión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decisión, información y persuasión</li><li>• La que debe decidir ante todo es la mujer</li></ul>
¿Qué significa tener la mayor influencia?	<ul style="list-style-type: none"><li>• La opinión de quién tiene más peso para tomar la decisión</li><li>• Qué es lo más conveniente en cada situación</li><li>• Que la decisión está en mí, lo cual no significa que la otra persona no participe</li><li>• Tener la decisión final</li><li>• Tener la razón</li><li>• Tomar las decisiones o manipular la situación para que las decisiones sean las que yo prefiero</li></ul>
Libertad de coerción	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coartar la libertad de decisión</li><li>• Cortar las alas</li></ul>
¿Qué significa que su pareja le haya impedido dificultado u obstaculizado?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imponer su voluntad</li><li>• Obligarse</li><li>• Que se opone o coacciona</li><li>• Si estás en pareja se puede dialogar, pero la imposición nunca</li><li>• Ser impositivo</li></ul>
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar de acuerdo, ocurre después de una plática o debate</li><li>• Escucha, comprensión y apoyo incondicional sin imposición</li></ul>
¿Qué significa que su pareja le apoyaría?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar presente</li><li>• Que comparte la forma de pensar y las consecuencias de tomar una decisión</li><li>• Estar conmigo en todo el proceso</li><li>• Confianza</li><li>• Buscar un punto medio para que los dos estén bien y tener comunicación</li></ul>

### **Cambios propuestos a los instrumentos**

En ambos casos todas las mujeres coincidieron con que las instrucciones de las escalas fueron claras y en ningún caso hablar de estos temas les pareció incómodo. En todos los casos las mujeres afirmaron que estas experiencias coincidían con la suya y eran situaciones que les habían pasado o que sabían que les ocurrían a las mujeres en general.

Sobre la claridad en las opciones de respuesta, en el caso del LMUP todas las opciones de respuesta fueron claras. Sin embargo, el equipo de investigación reportó que eran muy largas y en ocasiones había que permitir que las mujeres lean el cuestionario, de modo que se sugirió probar tarjetas con las opciones de respuesta para el piloteo. En la reunión de revisión de la evaluación cognitiva el equipo de investigación sugirió agregar una opción de respuesta (“Mi pareja y yo habíamos platicado acerca de tener hijos, pero habíamos acordado que no me embarazaría”) para el quinto reactivo acerca del acuerdo previo con la pareja.

La sugerencia se hizo con base en una aplicación previa del instrumento en un estudio de factibilidad (Ramos, 2017).

Para la EAR las entrevistadas reportaron que las opciones de respuesta de la dimensión de “Libertad de coerción” no eran adecuadas y que se sentirían más cómodas si se les preguntara por la frecuencia con la que les habían ocurrido las situaciones planteadas en los reactivos. Por ello, se sugirió cambiar la escala de Likert por una escala de frecuencias que será probada durante el piloteo. La versión final de cada instrumento se anexa en este documento.

### **Evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas**

Las pruebas estadísticas correspondientes se probaron con los datos de las entrevistas realizadas para el estudio longitudinal con un primer corte de todas las entrevistas recabadas hasta Abril del 2019. Entre noviembre y la primera quincena de abril de 2019 se entrevistaron a 118 mujeres que tenían entre 15 y 43 años de edad. La media de edad fue de  $\bar{X} = 24.966$  ( $\sigma = 6.121$ ). Una de cada tres mujeres tenía entre 20 y 24 años (36.4%). El grupo de edad con menos participantes fueron las adolescentes entre 15 y 19 años (19.5%). La mitad (53.4%) fue clasificada dentro del nivel socioeconómico I; seguida por el nivel 0 que alcanzó una proporción de 35.6% (Tabla 8).

Poco menos de la mitad (47.5%) cursó como último grado escolar la preparatoria o bachillerato, casi una de cada tres (28.8%) contaba únicamente con secundaria y solo una quinta parte con universidad (21.2). El 38.1% cuenta con una actividad remunerada y un poco más realiza actividades no remuneradas (39%). El 22.9% son estudiantes (Tabla 8).

La media de las semanas de embarazo a las que realizaron el procedimiento fue de  $\bar{X} = 6.986$ , ( $\sigma = 1.573$ ), con un mínimo de 2 y un máximo de 12. Un poco menos de la mitad de las participantes no tiene hijos (43.2%), una de cada 3 tiene un hijo y una quinta parte tiene dos, un 10% tiene tres o más. El 72.5% no tiene antecedentes de Interrupciones del embarazo, es decir esta era la primera vez que lo realizaba, casi

el 20% había realizado una ILE previamente y el 7.8% había realizado más de una. Solo el 9% tuvo un aborto espontáneo alguna vez antes de la ILE. La mayoría (81.4%) tenía pareja al momento de realizar la ILE y de ellas, la mitad vive con la pareja (49.5%) (Tablas 8).

<b>Tabla 8. Características sociodemográficas de las participantes. Noviembre – Abril 2019</b>		
Grupo de edad	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>15 - 19</b>	23	19.5
<b>20 - 24</b>	43	36.4
<b>25 - 29</b>	25	21.2
<b>30 - 43</b>	27	22.9
<b>Total</b>	118	100
Nivel Socioeconómico	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0</b>	42	35.6
<b>I</b>	63	53.4
<b>II</b>	10	8.5
<b>Total</b>	115	97.5
Ultimo grado escolar cursado	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primaria</b>	3	2.5
<b>Secundaria</b>	34	28.8
<b>Preparatoria o bachillerato</b>	56	47.5
<b>Profesional</b>	25	21.2
<b>Total</b>	118	100
Ocupación	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Actividad Remunerada</b>	45	38.1
<b>Actividad No Remunerada</b>	46	39
<b>Estudiante</b>	27	22.9
<b>Total</b>	118	100
Alcaldía	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Álvaro Obregón</b>	91	77.1
<b>Cuajimalpa</b>	6	5.1
<b>Magdalena Contreras</b>	7	5.9
<b>Otras delegaciones</b>	13	10.8
<b>Total</b>	117	98.9
Número de hijos	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin hijos</b>	51	43.2
<b>Un hijo</b>	33	28
<b>Dos hijos</b>	22	18.6
<b>Tres o más hijos</b>	12	10.2
<b>Total</b>	118	100
Antecedentes de ILE	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ninguna</b>	74	72.5
<b>Una</b>	20	19.6
<b>Dos – Tres</b>	8	7.8
<b>Total</b>	102	100
Antecedentes de aborto espontáneo	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ninguno</b>	91	91
<b>Uno</b>	9	9

<b>Total</b>	100	100
¿Actualmente tiene pareja?	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No</b>	22	18.6
<b>Sí</b>	96	81.4
<b>Total</b>	118	100
¿Viven juntos?	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No</b>	48	50.5
<b>Sí</b>	47	49.5
<b>Total</b>	95	100

### Resultados descriptivos para la Escala de Autonomía Reproductiva

Se analizaron los resultados de las tres subescalas de autonomía reproductiva. En la dimensión de toma de decisiones, la mayor proporción de participantes reportó que ellas son quienes tienen la última palabra sobre el uso de métodos anticonceptivos y decisiones sobre la reproducción, por ejemplo cuándo tener un bebé o decidir el curso de un embarazo. Sin embargo, es importante destacar que más de una tercera parte mencionó que tanto ella como su pareja tienen la misma influencia sobre decisiones como utilizar un método anticonceptivo o tener un bebé. Una pequeña proporción mencionó que es su pareja la que tiene la última palabra sobre estas decisiones, destacando que 7.6% mencionó que es su pareja quien decide qué método anticonceptivo utilizar (Tabla 9).

**Tabla 9. Resultados de la subescala de toma de decisiones por opción de respuesta**

<b>Subescala 1. Toma de decisiones n=118</b>	<b>Mi pareja (o alguien más como mi suegra/suegro, padre/madre)</b>	<b>Tanto mi pareja como yo en igualdad</b>	<b>Yo</b>
¿Quién tuvo la última palabra sobre si usted utilizaba un método para prevenir el embarazo?	4.2%	35.6%	60.2%
¿Quién tuvo la última palabra sobre cuál método utilizar para prevenir un embarazo?	7.6%	22.9%	69.5%
¿Quién tuvo la última palabra sobre cuándo tener un bebé?	2.5%	37.3%	60.2%
Cuando se embarazó ¿quién tuvo la última palabra sobre tener al bebé, darlo en adopción o interrumpir el embarazo?	0.8%	26.3%	72.9%

Luego, sobre las experiencias de coerción reproductiva, la mayoría mencionó nunca haber tenido este tipo de eventos con su pareja. Destaca que el 11% reportó que “algunas veces” su pareja le impidió utilizar el método anticonceptivo y el 8.5% que “algunas veces” su pareja le obstaculizó o hizo difícil el uso de dicho método. También el 7.6% reportó que “algunas veces” su pareja le había presionado para quedar embarazada (Tabla 10).

**Tabla 10. Resultados de la subescala de coerción por opción de respuesta**

<b>Subescala 2. Coerción n = 118</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Mi pareja me impidió usar un método anticonceptivo para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	87.3%	11%	1.7%	0
Mi pareja obstaculizó o hizo difícil el uso de un método para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	89%	8.5%	1.7%	0.8%
Mi pareja me hizo utilizar un método para prevenir el embarazo cuando yo no quería usarlo	97.5%	2.5%	0	0
Si yo quisiera usar un método para prevenir un embarazo, mi pareja me detendría o lo impediría	90.7%	5.1%	0.8%	3.4%
Mi pareja me ha presionado para quedar embarazada	89.8%	7.6%	0.8%	1.7%

Finalmente, en la dimensión de comunicación, la mayor parte estuvo totalmente de acuerdo con las afirmaciones presentadas y en general, un poco menos de una quinta parte de las participantes mencionó estar “de acuerdo” con las afirmaciones. Destaca que el 4.2% mencionó estar “en desacuerdo” sobre si su pareja le apoyaría en usar un método para prevenir el embarazo y el 3.4% mencionó estar en total desacuerdo acerca de que si realmente no quisiera embarazarse, podría hacer que su pareja esté de acuerdo con ellas (Tabla 11).

**Tabla 11. Resultados de la subescala de comunicación por opción de respuesta**

<b>Subescala 3. Comunicación n = 118</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Mi pareja me apoyaría si yo quisiera usar un método para prevenir el embarazo	1.7%	4.2%	16.9%	77.1%
Es fácil para mi habar de sexo con mi pareja	0.8%	3.4%	16.9%	78.8%
Si yo no quisiera tener sexo, podría decirle a mi pareja	0%	3.4%	16.1%	80.5%
Podría comentarle a mi pareja si me preocupara quedar embarazada	0.8%	1.7%	16.9%	80.5%

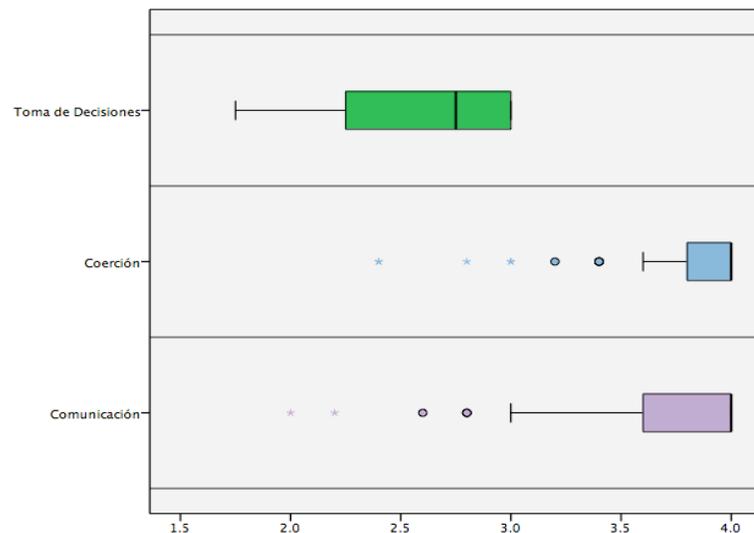
Si yo realmente no quisiera embarazarme, podría hacer que mi pareja esté de acuerdo conmigo. 3.4% 3.4% 15.3% 78%

Para esta escala la calificación se realiza obteniendo la media para cada subescala. Un mayor puntaje obtenido implica un mayor grado de autonomía reproductiva. En la tabla 12 se describen los valores para cada una. En la Gráfica 1 se observa que los niveles de autonomía reproductiva reportados por las participantes fueron elevados ya que se encuentran en los límites superiores para cada subescala. En realidad la media más pequeña fue la de la subescala de toma de decisiones, donde una de cada tres reportó tomar las decisiones junto con su compañero. La subescala con mayores niveles de autonomía fue la de coerción, donde se reportó en realidad la ausencia de este tipo de violencia en la mayoría de los casos.

**Tabla 12. Resultados de la escala de autonomía reproductiva por subescala**

Subescala	Rango teórico	Media	D.S	Mínimo	Máximo
Toma de decisiones (n=118)	1 – 3	2.618	0.357	1.75	3.00
Coerción (n=118)	1 – 4	3.874	0.299	2.40	4.00
Comunicación (n=118)	1 - 4	3.730	0.417	2.00	4.00

**Gráfica 1. Puntaje en las subescalas de la Escala de Autonomía Reproductiva (n=118).**



## Propiedades psicométricas de la Escala de Autonomía Reproductiva

### *Confiabilidad*

Del mismo modo que las calificaciones, las autoras sugieren calcular la consistencia interna de cada subescala. Las correlaciones bivariadas se obtuvieron por medio de la Rho de Spearman debido a la libre distribución de cada subescala. Solamente se encontró una relación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre la subescala de coerción y la de comunicación  $\rho = 0.409$ ,  $p < 0.000$ . Sin embargo no hubo relación con la toma de decisiones.

Del mismo modo, se observa que la subescala con menores niveles de consistencia interna es la de toma de decisiones, mientras que la de comunicación alcanzó un menor a 0.70. Agrupando los 14 reactivos se encontró un  $\alpha$  de 0.689. Cabe destacar que este mismo comportamiento se observa en la escala original donde la subescala con menor índice de confiabilidad es la de toma de decisiones (Tabla 13).

**Tabla 13. Coeficiente de consistencia interna para cada subescala de Autonomía Reproductiva**

Subescala	Coefficiente de consistencia interna
Toma de decisiones	$\alpha = 0.523$
Coerción	$\alpha = 0.757$
Comunicación	$\alpha = 0.690$

### *Validez de constructo*

Se realizó un análisis factorial exploratorio para observar el comportamiento de la estructura de la Escala de Autonomía Reproductiva. Siguiendo los criterios planteados por las autoras se utilizó un método de normalización Promax.

En un inicio se obtuvieron 5 factores con Eigenvalues  $> 1$  que explicaron el 68% de la varianza. Sin embargo, también siguiendo los criterios de las autoras, se eliminaron aquellos reactivos que no tuvieran una carga factorial mayor a 0.5 (reactivo 7) o que tuvieran una carga similar en dos factores que impidiera la discriminación<sup>8</sup> (reactivo 11 y 14).

---

<sup>8</sup> Las autoras utilizan el criterio de cargas mayores a 0.5 para retener los reactivos y cargas mayores a 0.3 en dos o más factores para eliminarlos. Sin embargo, aquí se modificó el criterio solo para eliminar aquellos que tuvieran cargas

Una vez eliminados estos reactivos se realizó de nuevo el análisis de componentes principales por el método Promax y se obtuvieron 4 factores que explicaron el 69.3% de la varianza. En la tabla 18 se presentan las cargas factoriales. El factor 1 explica casi el 30% de la varianza y agrupó los reactivos que originalmente correspondían a la subescala de coerción y se agrega el ítem 10 acerca del apoyo de la pareja para el uso de métodos anticonceptivos. El factor dos agrupó dos preguntas que originalmente eran de la subescala de comunicación sobre la negociación de las relaciones sexuales y la preocupación por el embarazo. Las cuatro preguntas que originalmente eran de la subescala de toma de decisiones se agruparon en dos factores que se distinguen por las decisiones sobre métodos anticonceptivos (factor 3) y por separado las decisiones sobre la reproducción (factor 4). Se decidió conservar los nombres de las subescalas en la nueva agrupación (Tabla 14).

Además, se calculó el índice de consistencia interna para cada uno de los factores y se reporta en la Tabla 18, obteniendo menor confiabilidad los factores o subescalas sobre la toma de decisiones, de la misma manera que en el análisis inicial y en la escala original (Tabla 14).

---

muy parecidas en dos o más factores y que fuera imposible discriminar a cuál correspondían. Es el caso de los reactivos 11 y 14

**Tabla 14. Cargas factoriales de la Escala de Autonomía Reproductiva por ítem**

<b>Reactivo</b>	<b>Factor 1 (Coerción)</b>	<b>Factor 2 (Comunicación)</b>	<b>Factor 3 (Toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos)</b>	<b>Factor 4 (Toma de decisiones sobre reproducción)</b>
% de la varianza explicada	28.95%	16.09%	13.43%	10.79%
Coefficiente de consistencia interna	$\alpha = 0.800$	$\alpha = 0.774$	$\alpha = 0.599$	$\alpha = 0.568$
1. ¿Quién tuvo la última palabra sobre si usted utilizaba un método para prevenir el embarazo?			0.849	
2. ¿Quién tuvo la última palabra sobre cuál método utilizar para prevenir un embarazo			0.812	
3. ¿Quién tuvo la última palabra sobre cuándo tener un bebé				0.815
4. Cuando se embarazó ¿quién tuvo la última palabra sobre tener al bebé, darlo en adopción o interrumpir el embarazo.				0.85
5. Mi pareja me impidió usar un método anticonceptivo para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	0.766			
6. Mi pareja obstaculizó o hizo difícil el uso de un método para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	0.787			
8. Si yo quisiera usar un método para prevenir un embarazo, mi pareja me detendría o lo impediría	0.739			
9. Mi pareja me ha presionado para quedar embarazada	0.715			
10. Mi pareja me apoyaría si yo quisiera usar un método para prevenir el embarazo	0.766			
12. Si yo no quisiera tener sexo, podría decirle a mi pareja		0.887		
13. Podría comentarle a mi pareja si me preocupara quedar embarazada		0.875		

Estos resultados suponen parámetros de confiabilidad y validez a la escala, por lo que fue utilizada con la población completa del estudio y luego, con la muestra de 274 se verificaron nuevamente sus propiedades psicométricas.

Con la finalidad de verificar la validez de constructo del instrumento, se realizó un nuevo análisis factorial<sup>9</sup> exploratorio. Se obtuvo KMO=0.823, y la prueba de esfericidad de Bartlett  $p < 0.001$ . Siguiendo los criterios de las autoras en el diseño del instrumento se utilizó una rotación Promax con eigenvalues mayores a 1, se eliminaron ítems con comunalidades menores a 0.5 e ítems con cargas mayores a 0.3 en más de un factor. Los resultados arrojaron un modelo de dos factores que explican el 71% de la varianza y tienen un coeficiente de consistencia interna para toda la escala de  $\alpha = 0.78$  (Tabla 15).

**Tabla 15. Factores del análisis de componentes principales para la Escala de Autonomía Reproductiva.**

	<b>Factor 1 <math>\alpha = 0.825</math></b>	<b>Factor 2 <math>\alpha = 0.749</math></b>
5. Mi pareja me impidió usar un método anticonceptivo para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	.866	.269
6. Mi pareja obstaculizó o hizo difícil el uso de un método para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo*	.894	.359
8. Si yo quisiera usar un método para prevenir un embarazo, mi pareja me detendría o lo impediría	.739	.173
9. Mi pareja me ha presionado para quedar embarazada	.731	.286
12. Si yo no quisiera tener sexo, podría decirle a mi pareja	.351	.833
13. Podría comentarle a mi pareja si me preocupara quedar embarazada	.188	.859
14. Es fácil para mí hablar de sexo con mi pareja	.246	.621

En la tabla 16 se observa la distribución de estas dos dimensiones resultantes. No se agrega la gráfica debido a que el rango intercuartil de la dimensión de ausencia de coerción es cero y la gráfica no se visualiza adecuadamente. Como se observa para esta puntuación, las medianas de las dimensiones están sobre el valor máximo del rango, por lo que se puede observar que las mujeres obtuvieron puntajes muy elevados de autonomía reproductiva.

**Tabla 16. Puntaje de las subescalas de la Escala de Autonomía Reproductiva en población mexicana que interrumpió el embarazo en un servicio de la Ciudad de México**

	<b>Media</b>	<b>DS</b>	<b>Md</b>	<b>Q1</b>	<b>Q3</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
Ausencia de Coerción	3.82	0.45	4.0	4.0	4.0	1.0	4.0
Comunicación	3.63	0.54	4.0	3.3	4.0	1.3	4.0
Total	3.74	0.25	3.8	3.57	4.0	1.3	4.0

<sup>9</sup> Con Eigenvalues mayores a 1, KMO = 0.823 y Bartlett significativo, con rotación PROMAX y eliminando comunalidades menores a 0.5 y cargas factoriales mayores a 0.3 en más de un factor. Bajo la guía del original.

A pesar de que la confiabilidad de las subescalas está en un nivel aceptable pero bajo. El análisis factorial mostró resultados de agrupación distintos a los originalmente obtenidos con una muestra más pequeña. La ausencia de variabilidad de las respuestas hace imposible llevar a cabo análisis con niveles de ajuste adecuados, por lo que a pesar de las pruebas de validez de contenido de la escala, no existe evidencia con suficiente información para probar la validez de constructo y sería necesario incorporar un grupo de comparación. Contrario a los hallazgos del piloteo, la escala no cumplió por lo tanto con los criterios de validez para población mexicana.

### **Resultados descriptivos para el London Measure of Unplanned Pregnancy**

El LMUP que cuenta con 6 reactivos, dos para cada dimensión. La calificación de cada reactivo va de 0 a 2 y la calificación de la escala es la suma de todos los reactivos. En total el rango de la escala es de 0 a 12 y se divide en tres grupos: sin intenciones (0 a 3 puntos), ambivalentes (4 a 9 puntos) y con intenciones de embarazo (10 a 12 puntos).

Para este estudio, el rango de la escala fue de 0 a 8, es decir el puntaje máximo que alcanzaron las participantes fue de 8 puntos. La media del puntaje de la suma para cada reactivo fue de  $\bar{X} = 2.271$ , (IC95% 2.035 – 2.50,  $\sigma = 1.292$ ). Se realizaron pruebas de normalidad de Shapiro – Wilk y se observa una distribución normal en el puntaje de las participantes (0.875,  $gl=118$ ,  $p=0.000$ ). A continuación se muestra el histograma del puntaje como recomienda la autora reportarlo (Barrett y Hall, 2017) (Gráfica 2).

En la distribución agrupada por categorías se muestra que el 87.3% o 103 de las 118 mujeres reportó no tener intenciones de embarazo y un poco más del 10% obtuvo un puntaje de intenciones “ambivalentes”. Ninguna de las participantes obtuvo puntaje suficiente para clasificarse como “con intenciones de embarazo”.

## **Dimensiones**

### **1. Posición frente al embarazo**

La primera dimensión se refiere a la posición frente al embarazo y se integra por los reactivos sobre el deseo de la maternidad y las intenciones expresas de tener un hijo/a. Como era de esperarse en una muestra donde participan mujeres que interrumpen el embarazo ninguna eligió la opción de mayor puntuación: “Quería tener un bebé” en el caso del deseo de la maternidad y “Estaba intentando quedar embarazada” en el caso de las intenciones expresas.

Las respuestas se distribuyeron entre las otras dos opciones en los dos reactivos y se observa que la mayoría (71%) no quería tener un bebé -aunque es de llamar la atención que casi 30% tenía sentimientos encontrados- y no estaba intentando quedar embarazada (91%).

### **2. Contexto**

La dimensión de contexto está integrada por el reactivo sobre el timing y sobre la influencia del compañero. Con respecto al primero es importante señalar que nadie eligió la opción de mayor puntaje que era que el embarazo había ocurrido “en el momento correcto” y se observa que más del 85% eligió la opción “en el momento incorrecto” para describir la situación en la que ocurrió el embarazo (Gráfica 6).

Sobre la influencia del compañero, con base en una prueba de factibilidad previa (Ramos, 2017) se incluyó una cuarta opción de respuesta “Mi pareja y yo habíamos platicado sobre tener hijos juntos pero habíamos acordado que no me embarazaría en este momento”, la opción se incluyó para captar aquellas mujeres que reportaban situaciones distintas a las opciones de respuesta originales en el cuestionario pero que habían acordado con la pareja que no tendrían un embarazo en ese momento, por lo tanto el puntaje que se le asignó fue 0. Esto se consultó previamente con las autoras quienes estuvieron de acuerdo. De hecho, más de la mitad de las mujeres (62.7%) reportó esta opción de respuesta como la más adecuada para su situación, seguida de “Mi pareja y yo habíamos platicado sobre tener hijos juntos, pero no habíamos

acordado que me embarazaría” (20.3%). Un 13.6% mencionó que nunca lo habían hablado y llama la atención que 3.4% sí habían acordado que les gustaría embarazarse (Gráfica 7).

### **3. Conducta**

La tercera dimensión se integra por los reactivos de uso de métodos anticonceptivos y acciones de preparación. En cuanto al primer reactivo la distribución fue uniforme entre las opciones: “No usaba/usábamos métodos anticonceptivos” con 35.6%; seguida de “usaba/usábamos métodos anticonceptivos pero no en todas las ocasiones” con 31.4% y “siempre usaba/usábamos métodos anticonceptivos, pero nos dimos cuenta de que habían fallado” (28%). Una pequeña proporción (5.1%) mencionó siempre utilizarlos (Gráfica 8).

En cuanto a las acciones de preparación observamos que la gran mayoría (87%) no realizó ninguna acción, el 8% reportó haber realizado una acción y el 5% dos acciones (Gráfica 9). El tipo de acciones realizadas se describen en la Gráfica 10.

### **Propiedades psicométricas del London Measure for Unplanned Pregnancy**

El LMUP ha sido evaluado en distintas poblaciones del mundo y ha mostrado características adecuadas para su uso. Sin embargo, en el análisis de consistencia interna para esta aplicación fue de  $\alpha=0.365$  y de acuerdo con los resultados descriptivos se puede observar que no cumple con los criterios de heterogeneidad de la muestra. Tampoco los resultados de análisis factorial fueron favorables a lo planteado por las autoras y lo hallado en otros países.

Con la hipótesis de que el comportamiento de los datos guardó relación con el rasgo supuesto para las mujeres entrevistadas y con la paradoja entre los resultados descriptivos (que muestran un comportamiento consistente y cercano a la propuesta conceptual del LMUP, -aunque con una muestra muy homogénea-) y los resultados de las propiedades psicométricas analizados desde la teoría clásica (que muestran un pobre coeficiente de consistencia interna y un comportamiento distinto a lo reportado por la

literatura internacional de las cargas factoriales), se decidió profundizar desde otro punto de vista en la exploración de las características de los reactivos y el comportamiento que mostraron.

El objetivo de esta exploración fue buscar si había otro modo de evaluar el comportamiento de la escala que no hiciera énfasis en el análisis de la varianza, requisito que la muestra presentada en esta investigación no cumple para analizarse bajo la teoría clásica de los test . Una de las teorías que se ha propuesto como alternativa es la de ítem – respuesta (TRI). Aunque, de acuerdo con Abal (2014) en realidad los modelos de la TRI y la TCT no son antagonistas sino que se superponen y utilizarlos juntos permite un análisis más profundo de las propiedades psicométricas de los ítems.

Se estimó un Modelo de Respuesta Graduada utilizando Stata Versión 15.1. En la Tabla 19 se presentan los parámetros estimados junto a sus errores típicos. En la columna  $a$  se encuentra el valor de los parámetros de discriminación para cada ítem. De acuerdo con Baker (2001 en Hidalgo, 2016) los valores de  $a$  deben ser mayores a 0.65 para tener un nivel adecuado de discriminación. En este caso se observa que el reactivo que más discrimina es el 4 sobre deseo de la maternidad y el que no discrimina con respecto al nivel de  $\theta$  es el del uso de métodos anticonceptivos, incluso está por debajo de los niveles aceptables en el establecimiento de los parámetros.

Las columnas con  $b$  (*dificultad*) muestran el umbral de habilidad mínima para pasar de una respuesta a otra, es decir qué tanto rasgo es necesario para elegir esa respuesta y cuanto mayor es pronunciada la pendiente mayor es el nivel de discriminación (Hidalgo, 2016). Como se observa es necesario tener un nivel de rasgo mayor a 7, es decir intenciones ambivalentes del embarazo para elegir la respuesta “Mi pareja y yo platicamos sobre tener hijos juntos y acordamos que me embarazaría” en el caso del reactivo 5. Pero no es necesario un nivel tan alto de intenciones de embarazo ( $>3.7$ ) para haber realizado “dos o más de dos acciones en preparación para el embarazo”. Se observa también que no es necesario tener niveles tan elevados de intenciones del embarazo ( $<1.784$ ) para elegir las respuestas de “No es el mejor momento pero está bien” sobre el timing y “mis intenciones cambiaban con frecuencia” sobre las intenciones expresas.

Casi en el mismo umbral se encuentran “Mi pareja y yo platicamos sobre tener hijos juntos pero no llegamos a un acuerdo” y haber realizado “una acción en preparación para el embarazo” (Tabla 17).

**Tabla 17. Parámetros del Modelo de Respuesta Graduada para el LMUP. Noviembre – Abril 2019**

	<i>a</i>	<i>s.e.</i>	<i>b<sub>1</sub></i>	<i>s.e</i>	<i>b<sub>2</sub></i>	<i>s.e</i>
<b>C. Reactivo 1: Uso de métodos anticonceptivos</b>	0.064	0.288	-45.505	203.789	9.235	41.363
<b>B. Reactivo 2: Timing</b>	1.350	0.784	1.784	0.676		
<b>A. Reactivo 3: Intenciones expresas</b>	2.044	1.153	1.815	0.497		
<b>A. Reactivo 4: Deseo de la maternidad</b>	2.090	1.559	0.692	0.251		
<b>B. Reactivo 5: Influencia del compañero</b>	0.486	0.346	2.551	1.690	7.149	4.873
<b>C. Reactivo 6: Acciones de preparación</b>	0.874	0.600	2.490	1.385	3.703	2.145

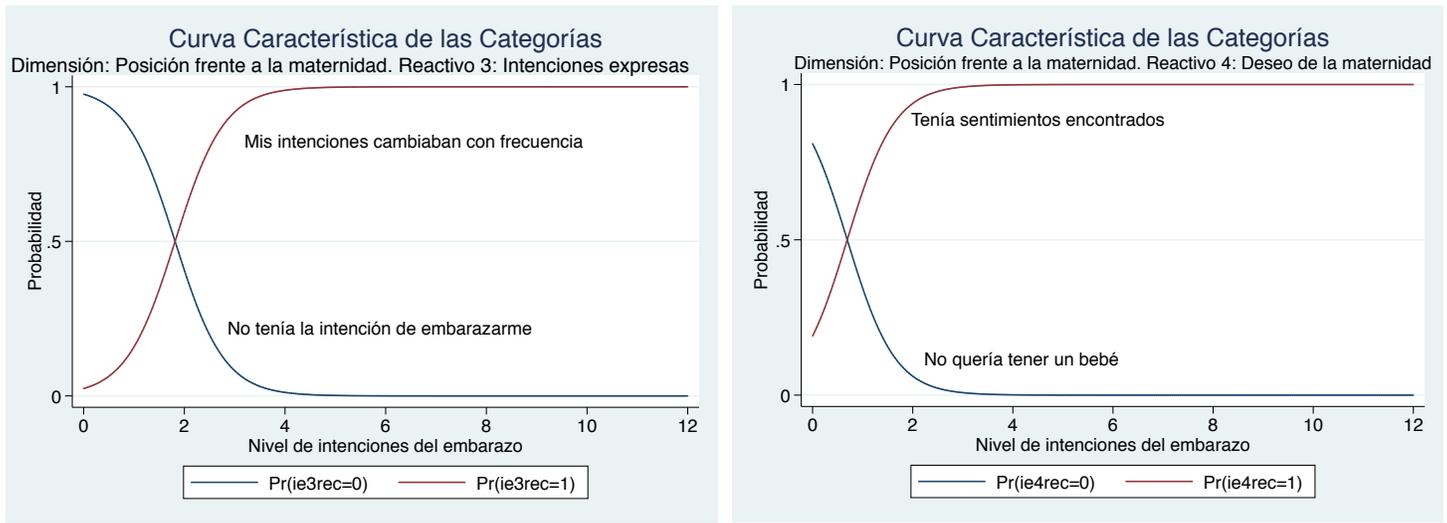
A continuación se muestran las Curvas Características de las Categorías para cada ítem y opción de respuesta. Se agruparon igual que en la sección de resultados descriptivos por la dimensión originalmente propuesta por Barrett (2002).

### 1. Posición frente a la maternidad

Con respecto a la posición frente a la maternidad, los reactivos tienen un comportamiento muy similar. Alta probabilidad de elegir la opción de menor puntaje o que refleja menor intención del embarazo entre menor valor de  $\theta$ . Aún así como ya lo observábamos en la tabla, el nivel de intenciones de embarazo necesario para que la probabilidad de elegir la respuesta de “tener sentimientos encontrados” es menor que el necesario para elegir la opción de “mis intenciones estaban cambiando”. De modo que se puede entender que alguien con menor nivel de intenciones de embarazo puede tener mayor probabilidad de tener sentimientos encontrados al respecto de su embarazo (Figura 1).

De igual modo la probabilidad de elegir la respuesta de “no quería tener un bebé” es de 75% para alguien con nivel 0 de intenciones de embarazo, mientras que la probabilidad para ese mismo nivel de intenciones de elegir la respuesta “no tenía intención embarazarme” es de 100% (Figura 1). Podría plantearse la hipótesis de que las mujeres están seguras de no haberse querido embarazar pero no están tan seguras de no querer tener un bebé.

**Figura 1. Curvas Características de las Categorías de la posición frente a la maternidad.**

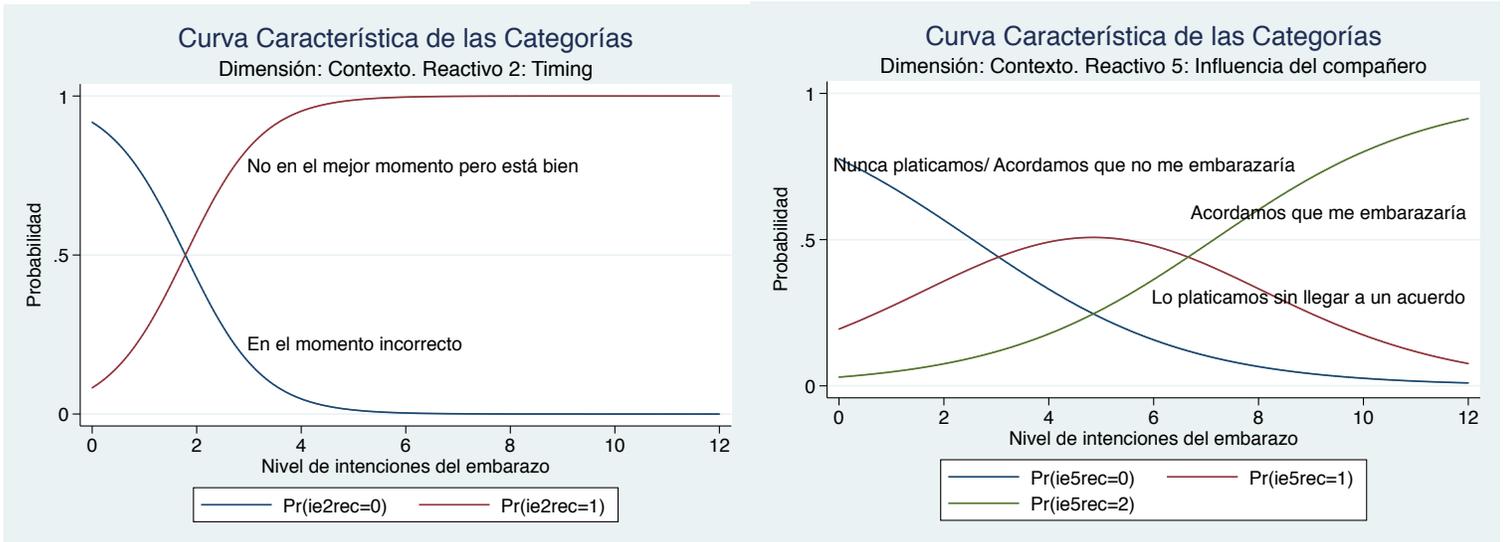


## 2. Contexto

El comportamiento del ítem sobre timing es bastante parecido al descrito en los reactivos anteriores, es decir, entre menor nivel de intenciones es más probable que se elija que el embarazo ocurrió “en el momento incorrecto”, cuando el nivel de  $\theta$  es cero, la probabilidad de elegir esa respuesta es casi de 100%. Mientras que a partir del nivel 2 de intenciones de embarazo la probabilidad de elegir que ocurrió “no en el mejor momento pero está bien” es más elevado que el de la otra respuesta. Las autoras han propuesto como “ambivalencia” entre el nivel 3 y el 9, lo cual puede corresponder con este comportamiento (Figura 2).

En el caso del ítem sobre Influencia del compañero, sí tenemos tres opciones observamos que cuando  $\theta$  es nivel 0 la probabilidad de contesta que nunca lo hablaron o que acordaron que no se embarazaría es de 75% y decrece hasta el nivel 3 de  $\theta$ . Entre el 3 y el 7 es más probable elegir la opción “Lo platicaron sin llegar a un acuerdo” y del 7 al 12 la probabilidad de elgir “Acordamos que me embarazaría” va aumentando hasta casi llegar al 100% cuando  $\theta$  es 12. Este comportamiento es coherente con lo propuesto conceptualmente aunque muestra un ligero desplazamiento puesto que la ambivalencia se propone entre los valores de 4 y 9 de  $\theta$  (Figura 2).

**Figura 2. Curvas Características de las Categorías de Contexto**

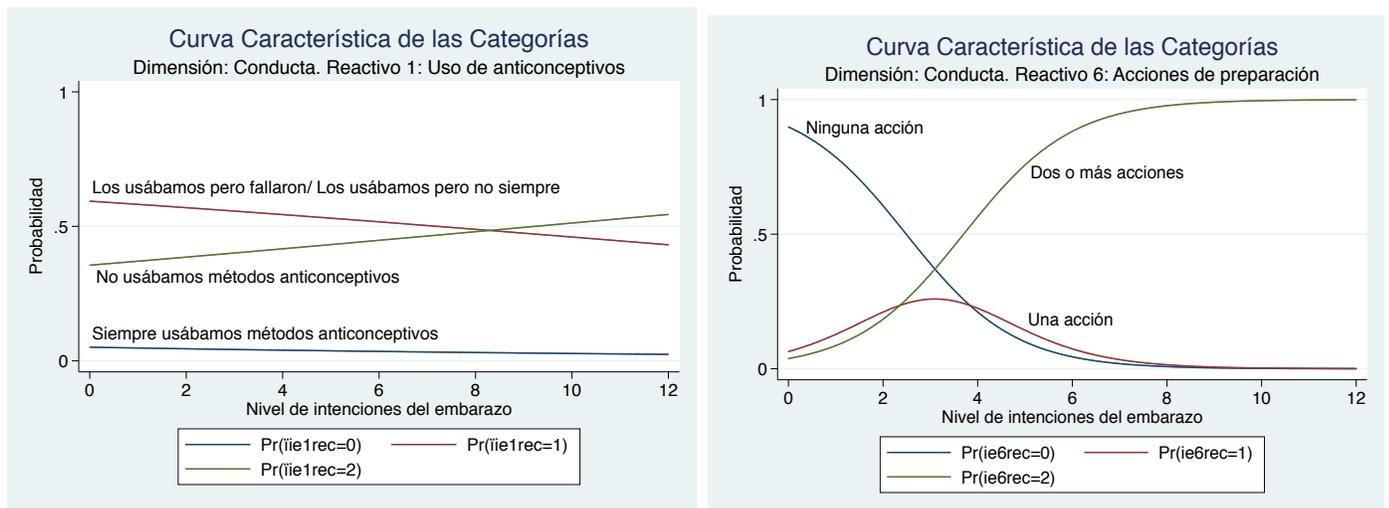


### 3. Conducta.

Como se observó tanto en el análisis de consistencia interna y de componentes principales de teoría clásica y en la Tabla 17 del Modelo de Respuestas Graduadas, el ítem 1 sobre el uso de métodos anticonceptivos no tiene un nivel aceptable de discriminación entre niveles bajos o altos de  $\theta$ . De hecho lo que muestra la gráfica es que la función que describe estas relaciones no es logística sino lineal y que la probabilidad de que alguien conteste que “siempre usaban métodos anticonceptivos” sin importar el nivel de intenciones del embarazo. Luego, los niveles de probabilidad de “Los usábamos pero fallaron/Los usábamos pero no siempre” apenas rebasan el 50% en el caso del valor 0 de  $\theta$  y disminuyen muy poco conforme aumentan las intenciones del embarazo. Cuando el nivel de  $\theta$  es 0 la probabilidad de elegir “no usábamos métodos” también es cercana a la mitad o de 40% y aumenta ligeramente conforme aumenta el nivel de intenciones del embarazo. Parece entonces que las probabilidades de que alguien no use métodos son similares a que alguien los use pero no siempre o se usen pero fallen y que esto no se relaciona con las intenciones del embarazo (Figura 3).

El ítem sobre acciones de preparación en cambio sí tiene un comportamiento similar al resto de los reactivos. Cuando  $\theta$  es cero, la probabilidad de elegir “ninguna acción” es casi de 100% y disminuye hasta  $\theta = 3$  con el 30% aproximadamente y a partir del tres es más probable elegir la opción de “dos o más acciones”. Sin embargo cuando  $\theta$  tiene valores entre 2 y 4 las probabilidades de haber realizado una acción son de 25% aproximadamente.

**Figura 3. Curvas Características de las Categorías de Conducta**



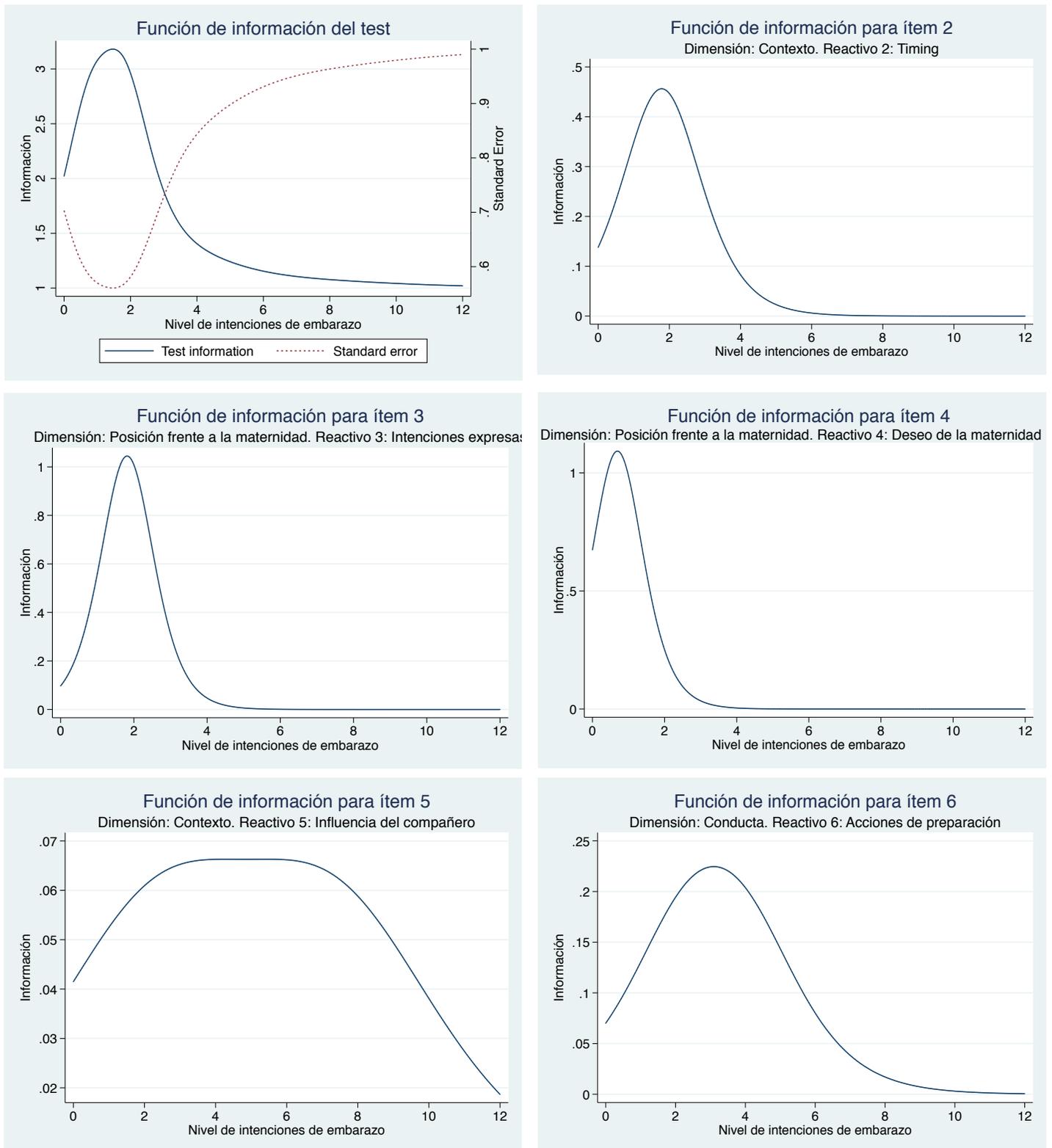
### Funciones de información o nivel de precisión

La función de información de la escala se obtiene como la suma de las funciones de información de los ítems en cada nivel de rasgo. En este caso la escala muestra mayor precisión o proporciona más información sobre niveles bajos de intenciones del embarazo. El nivel de error aumenta cuando se trata de niveles altos de intenciones de embarazo y esto se relaciona claramente con que existen menos observaciones de personas con niveles altos de rasgo. A pesar de que no contamos con información de cómo se comporta la escala con niveles más elevados de intenciones del embarazo, el comportamiento que muestra la función de información puede ser deseable para este análisis donde se trabajó con mujeres que interrumpieron el embarazo y que se esperaba tuvieran menor nivel de intenciones de embarazo o ausencia de éstas (Figura 4).

Se tiene mayor nivel de precisión cuando el valor de  $\theta$  es bajo y la escala alcanza a aportar la mayor cantidad de información cuando  $0 < \theta < 3$ . Los reactivos que contribuyen más a esa información son los de posición frente a la maternidad y tanto el de timing como el de acciones de preparación contribuyen con poca información. El que menor cantidad de información provee es el de la influencia del compañero aunque se extiende hasta valores elevados de  $\theta$  (Figura 4).

Cabe destacar con respecto al ítem 1 de métodos anticonceptivos que el software arrojó un error cuando se le pidió la curva de información del ítem, parece que dada la función lineal que se observó, en realidad no es posible calcular el área bajo la curva para este ítem o lo que es lo mismo, la pregunta sobre uso de métodos anticonceptivos no aporta información sobre la probabilidad de elegir alguna opción de respuesta dado un nivel de intenciones del embarazo. Parece ser que este ítem no funciona como parte de la escala (Figura 4).

**Figura 4. Funciones de Información del test y los ítems.**



## **Observaciones finales**

Aunque la adaptación mostró resultados pertinentes sobre la traducción, los supuestos subyacentes y en general la validez de contenido se sostuvo en los resultados cualitativos y cuantitativos, no se contó con suficiente variabilidad y heterogeneidad de respuestas para realizar pruebas de las propiedades psicométricas con parámetros adecuados respecto a la confiabilidad y la validez de constructo de las escalas de autonomía reproductiva y de intenciones del embarazo. Esto no necesariamente implica que estas escalas no sean adecuadas para la población mexicana o que no cumplan con las características de validez necesarias, sino que una de las limitantes del estudio fue contar solo con un grupo de mujeres que habían realizado ya un aborto en el momento de la entrevista. Una posible hipótesis es que si las escalas se hubieran aplicado en otro momento del proceso se hubieran obtenido resultados distintos, por ejemplo en la primera cita en la que se realizaron el ultrasonido. Sin embargo, no se aplicaron escalas al respecto en ese momento por el propio diseño del estudio más amplio, así como las consideraciones éticas respectivas.

En cuanto a los supuestos subyacentes de las pruebas, la muestra de 14 mujeres con las que se llevaron a cabo las entrevistas cognitivas, respondió que las nociones eran suficientemente claras. Se encontró coincidencia entre “tener la mayor influencia en la toma de decisiones” con tener la decisión final o la opinión que tenía más peso en una situación determinada. En el caso de la coerción, el lenguaje de las preguntas también apuntó a la imposición y a coartar o limitar la libertad de decisión. Finalmente con respecto al apoyo de la pareja, se señalaron aspectos como la escucha, la confianza, la negociación, la comunicación y la presencia.

Acercas del LMUP, se indagó por tres supuestos relevantes para la adaptación de la prueba: Las intenciones, las participantes respondieron que esto se asocia con la planeación, deseo y búsqueda del embarazo. El segundo supuesto se refería a lo que implicaba la maternidad, en este caso se hizo alusión al compromiso, la responsabilidad y la duda. El último de los supuestos fue sobre el timing, para conocer si las opciones de respuesta acerca de que el embarazo había llegado “en el mejor momento” y “no era el mejor

momento, pero está bien” eran suficientemente claras. Al respecto, las participantes señalaron que el mejor momento se refería a la decisión y a la planeación, mientras que el que no fuera el mejor momento se refería a no tener disposición emocional para enfrentar la maternidad, pero haber contado con herramientas que permitieron afrontarlo (de diverso orden, por ejemplo espirituales, pues se hizo alusión a Dios).

En ninguno de los casos se encontraron términos incómodos e inadecuados y las instrucciones fueron suficientemente claras. Para la prueba de las propiedades psicométricas, los cuestionarios se aplicaron con el resto de las escalas en la entrevista semiestructurada y se realizó un primer corte en Abril del 2019 con 118 participantes. Este corte se decidió por razones de factibilidad, pues el servicio se suspendió dos semanas por las vacaciones del personal de salud que ahí laboraba y fue necesario reiniciar el cohorte de las participantes para que el tiempo entre una entrevista y otra fuera igual para cada participante del estudio. Cabe destacar que las características sociodemográficas de las participantes en el corte de Abril mantienen proporciones muy similares al análisis realizado con la muestra final que incluyó participantes entrevistadas hasta noviembre del 2019. El corte final fue con 274 mujeres.

Acerca de las propiedades psicométricas de las escalas, cabe mencionar que una de las limitantes importantes del estudio es que se incluyeron solamente mujeres que interrumpieron el embarazo a libre demanda y en el primer trimestre de gestación, es decir, todas fueron mujeres que tomaron la decisión de realizar el aborto. Es posible que relacionado con esto, la variabilidad de respuestas fue baja y por lo tanto la homogeneidad en la varianza se relacionó con valores de confiabilidad bajos, sobre todo para la subescala de toma de decisiones en la escala de autonomía reproductiva. También cabe destacar que no se encontró correlación entre esta subescala y las otras dos (coerción y comunicación). Esto se sostuvo en la prueba con la muestra final de 274 mujeres.

La escala de autonomía reproductiva encontró solamente dos factores relacionados con valores psicométricos adecuados y reagrupados en las dimensiones de ausencia de coerción y comunicación. Es decir, reactivos que en la escala original correspondían a la dimensión de comunicación, en la versión

mexicana corresponderían a la de comunicación. La subescala de toma de decisiones que se eliminó por no cumplir con los valores de confiabilidad y validez necesarios. Los ítems que quedaron en la subescala de coerción hacen referencia todos al uso de métodos anticonceptivos y la presión para quedar embarazada, mientras que los que quedaron en la subescala de comunicación hacen referencia a mencionar explícitamente conductas, por ejemplo no querer tener relaciones sexuales en ese momento, la preocupación de estar embarazada o hablar abiertamente de sexo.

No obstante lo anterior, no se cuenta con información suficientemente heterogénea para probar la validez de constructo de la escala de autonomía reproductiva, por lo que a pesar de los esfuerzos no se puede afirmar que se encuentra adaptada a la población mexicana, sería necesario incorporar un grupo de referencia con deseos de embarazo o bien que hayan optado por alternativas distintas a las del aborto.

En el caso del LMUP, la confiabilidad fue extremadamente baja ( $\alpha=0.365$ ), debido a que no se cumplen con los supuestos básicos de variabilidad de la muestra, pues las respuestas en todos los casos tienden siempre a la opción con menos puntaje de intenciones del embarazo – como de hecho era de esperarse en esta población-. Sin embargo, en términos de las pruebas estadísticas deseables para la verificación de las propiedades psicométricas, no fue posible aplicar teoría clásica de los ítems. Estos resultados se pueden consultar en el apartado correspondiente.

Llama la atención que en el análisis de Teoría de respuesta al ítem, en general los reactivos diferencian con claridad las probabilidades de tener respuestas que determinen la ausencia o la ambivalencia con respecto al embarazo, tal como se ha hecho en la escala original, aunque a partir de un puntaje más bajo que fluctúa entre el 2 y el 7. También estos resultados, como los descriptivos llevan a concluir, que en general las mujeres que participaron en el estudio, tenían muy bajas o nulas intenciones del embarazo en ese momento de su ciclo vital. No obstante, el único reactivo que no cumplió con las características para su análisis y no se comportó de manera logística sino lineal, fue la pregunta sobre si usaban métodos anticonceptivos. La tendencia de las respuestas muestra que esta pregunta no cuenta con valores suficientes

para discriminar la probabilidad de elección, lo que hace hipotetizar, que sin importar el hecho el grado de intenciones de embarazarse o la ausencia de éstas, las participantes no utilizaron métodos anticonceptivos o bien, no los usaban siempre. La tendencia para la respuesta siempre usábamos métodos fue lineal y muy cercana a cero.

Esto podría estar relacionado con varias hipótesis, entre ellas, la ausencia de educación integral en sexualidad que disminuye la probabilidad de la demanda de métodos anticonceptivos, otra posible explicación podría ser la alta prevalencia de mujeres unidas o casadas en la muestra. La evidencia ha mostrado que el uso sostenido de métodos anticonceptivos, cuando las relaciones se suponen estables y con hijos, es muy baja. También podría estar relacionado con la falta de disponibilidad y acceso de los métodos. En el análisis de la muestra total, se observa que la mayor proporción de las participantes utilizaban el condón masculino como método anticonceptivo de primera elección (66.7%), seguido de las pastillas (13.7%). Los otros métodos, incluidos los de acción prolongada tienen una prevalencia muy baja de uso entre las mujeres que participaron en este estudio, todos por debajo del 10%.

Esto coincide con las hipótesis de los análisis históricos que se han realizado a partir de la ENADID acerca de que la edad del primer anticonceptivo en las mujeres mexicanas es posterior al primer parto o al primer embarazo y con el reporte de la encuestas sobre la coincidencia entre preferencias reproductivas y número de hijos en mujeres mexicanas. En la encuesta de 2014, las mujeres en México mencionaron que el número ideal de hijos era en promedio 2.6. Cabe mencionar que si bien se observó un aumento en el porcentaje de coincidencia entre la paridez y el número ideal de hijos entre la encuesta de 2009 y la de 2014; al analizar los últimos datos, para aquellas que tenían tres hijos al momento de la encuesta, el 55.9% tenían ese número como ideal, pero el 1.4% de ellas no quería tener hijos, el 4.3% solo quería tener uno y el 14.2% quería tener dos. Al indagar, en general, por las razones por las que las mujeres tuvieron más hijos de los que deseaban, se encontró que el 34.8% declaró que no utilizó métodos anticonceptivos, 23.2% reportó una

falla en éstos y el 17.1% mencionó que su esposo quería más hijos de los que ellas deseaban (CONAPO, 2016).

En conclusión la escala de autonomía reproductiva no es analizable en el contexto del proyecto de investigación y sus resultados no muestran evidencia para la validez de constructo. El LMUP sí mostró condiciones de confiabilidad y validez. No obstante, hace falta profundizar en su comparación con grupos de mujeres embarazadas para obtener una varianza que permita aplicar teoría clásica de las pruebas. En ese caso, los resultados de la escala sí son legibles y útiles para los hallazgos del estudio principal.

### Referencias

- Abal, F. J. P., Auné, S. E., & Attorresi, H. F. (2014). Comparación del Modelo de Respuesta Graduada y la Teoría Clásica de Tests en una escala de confianza para la matemática. *Summa Psicológica*, 2 (11): 101 - 113
- Attorresi, H. F., Lozzia, G. S., Abal, F. J. P., Galibert, M. S., & Aguerri, M. E. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem. Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=281921792007>
- Barrett G, Smith SC, Wellings K. 2004 Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy *Journal of Epidemiology and Community Health* 58:426-433
- Barrett, G. (2002). *Developing a measure of unplanned pregnancy*. Tesis de doctorado London School of Hygiene y Tropical Medicine. Londres, Reino Unido.
- Barrett, G., Smith, S. C., y Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(5), 426-433.
- Beatty, P. C., & Willis, G. B. (2007). Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71(2), 287-311.

- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 57–63. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02579.x>
- Hall JA, Barrett G, Copas A, Stephenson J. 2017 London Measure of Unplanned Pregnancy: guidance for its use as an outcome measure *Patient Related Outcome Measures* 8:43-56
- Hall, J. A., Barrett, G., Copas, A., & Stephenson, J. (2017). London Measure of Unplanned Pregnancy: guidance for its use as an outcome measure. *Patient related outcome measures*, 8, 43.
- Hall, J., Barrett, G., Mbwana, N., Copas, A., & Stephenson, J. (2013). Understanding pregnancy planning in a low-income country setting: validation of the London measure of unplanned pregnancy in Malawi. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 200
- Hidalgo, M. D., & French, B. F. (2016). Una introducción didáctica a la Teoría de Respuesta al Ítem para comprender la construcción de escalas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 13-21.
- Kahn, C., Hall, K. S., Kolenic, G., Zochowski, M., Dalton, V., & Harris, L. (2014). Measuring reproductive autonomy among highly religious women using a validated scale. *Contraception*, 90(3), 341.
- Kane, M. (2006). Content-related validity evidence in test development. *Handbook of test development*, (pp. 131-153). Routledge.
- Linn, R. L. (2011). The standards for educational and psychological testing: Guidance in test development. In *Handbook of test development* (pp. 41-52). Routledge.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.

- Lynn Downing, Steven M., and Thomas M. Haladyna, eds. 2006 *Handbook of Test Development*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum.
- Matas Terrón, A. (2010). *Introducción al análisis de la Teoría de Respuesta al Ítem*. Aidesoc: Formación y Desarrollo.
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW. International consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes: results of the COSMIN study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010;63:737-745.
- Morof D, Steinauer J, Haider S, Liu S, Darney P, Barrett G. 2009 Evaluation of the reliability and validity of the London Measure of Unplanned Pregnancy in a U.S. population of women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Vol.107 Supplement 2 p.S275
- Morof, D., Steinauer, J., Haider, S., Liu, S., Darney, P., & Barrett, G. (2012). Evaluation of the London Measure of Unplanned Pregnancy in a United States population of women. *PLoS One*, 7(4), e35381.
- Navas, M. J. (1994). Teoría clásica de los test versus teoría de respuesta al ítem. *Psicológica: Revista de metodología y psicología experimental*, 15(2), 175.
- Pérez-Gil, J. A. (2001). Modelos de Medición: Desarrollos actuales, supuestos, ventajas e inconvenientes: Teoría de Respuesta a los Items (TRI). *Apuntes de la asignatura: Desarrollos actuales de la medición: Aplicaciones en evaluación psicológica (Tema 1)*. Departamento de Psicología Experimental. Universidad de Sevilla.
- Plake, Barbara S., and Laress L. Wise 2014. What Is the Role and Importance of the Revised AERA, APA, NCME Standards for Educational and Psychological Testing? *Educational Measurement: Issues and Practice* 33(4): 4–12. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/emip.12045>, accessed May 16, 2018.

- Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, 27(5), 1147-1157.
- RAMOS LIRA, L. Informe de Proyecto 15006 “Interrupción legal del embarazo y problemas de salud mental en mujeres del Distrito Federal”, presentado al Comité de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” el 15 de diciembre de 2017.
- Rocca CH, Krishnan S, Barrett G, and Wilson M. 2010 Measuring pregnancy planning: an assessment of the London Measure of Unplanned Pregnancy among urban, south Indian women. *Demographic Research* 23(11):293-334
- Samejima, F. (1973). Homogeneous case of the continuous response model. *Psychometrika*, 38(2), 203-219.
- Samejima, F. (2016). Graded response models. In *Handbook of Item Response Theory, Volume One* (pp. 123-136). Chapman and Hall/CRC.
- Smith-Castro, V., & Molina, M. (2011). La entrevista cognitiva: Guía para su aplicación en la evaluación y mejoramiento de instrumentos de papel y lápiz. *Cuaderno metodológico*, 5(1), 1-114.
- Terwee, C. B., Prinsen, C. A. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., ... & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Quality of Life Research*, 27(5), 1159-1170.
- Upadhyay, U. D., Dworkin, S. L., Weitz, T. A., & Foster, D. G. (2014). Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Studies in family planning*, 45(1), 19-41.
- WHO | Process of Translation and Adaptation of Instruments (2018). accessed May 18, 2018.

- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, 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(2), 94-104.
- Willis, G. B. (2005). *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*. SAGE Publications.

# <sup>11.</sup> **Anexos**

**Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Ética**



**Comité de Ética en Investigación**

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Ref: CEI/C/001/2015.

Enero 12, 2015

Dra. Luciana Esther Ramos Lira  
Investigador Principal  
Presente

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
**APROBADO**

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado: "Interrupción legal del embarazo y problemas de salud mental en mujeres del Distrito Federal", ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente,

Lic. María Teresa López Jiménez  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. en Psic. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-Presente  
Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Subdirector de Investigaciones Clínicas y Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

**Anexo 2. Addendum a la aprobación del Comité de ética**



**Comité de Ética en Investigación**

*"2015; Año del Generalísimo José María Morales y Pavón"*

*Ref.: CEI/C/045/2015.*

Dra. Luciana Esther Ramos Lira  
Investigador Principal  
Presente

Agosto 3, 2015

Por este medio me permito Informar a usted que el proyecto titulado: "Estudio de factibilidad; Elaboración y prueba de instrumento de screening/tamizaje de problemas de salud mental y su aceptabilidad en las usuarias y el personal de salud de clínicas de interrupción legal del embarazo" el cual se llevara a cabo en los Hospitales de la Secretaría de salud del D.F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos revisados y Aprobados: Original del formato de Addendum del Comité de Ética en Investigación, Carta de consentimiento informado para adolescentes.

Atentamente,

Lic. María Teresa López Jiménez  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. Em Psic. Guillermina Natera Rey.- Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-  
Presente  
Dr. Jorge J. Gonzalez Olivera, Secretario Técnico Del Comité de Investigación.-Presente

Calleada México-Xochimilco #101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.  
Tels. 4160-5050, 4160-5051 • www.bipf.gob.mx

### Anexo 3. Carta de Consentimiento Informado



**SECRETARÍA  
DE SALUD**

Ciudad de  
México a

Día	Mes	Año			

Folio \_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de “Interrupción Legal del Embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental” que se realiza en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” y cuyo objetivo consiste en: Comparar el nivel de sintomatología depresiva y ansiosa a tres meses de haber interrumpido un embarazo en mujeres con vs sin antecedentes de depresión, considerando factores psicosociales relevantes.

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consisten en:

1. Aceptar participar en este estudio.
2. Responder tres entrevistas que no tienen costo alguno. Si acepto participar, seré entrevistada por alguna de las integrantes del equipo de investigación, quienes son psicólogas que están sensibilizadas y capacitadas en los temas mencionados.
3. Contestar en la primera entrevista (de 40 minutos aproximadamente) preguntas sobre mis antecedentes personales y familiares de salud mental, y sobre diversas situaciones tales como experiencias de violencia, mi manera de hacer frente a eventos estresantes, de decidir sobre la anticoncepción, mis preocupaciones y emociones relacionadas con el embarazo y la ILE, el apoyo que he recibido de personas importantes, y respecto mi estado de salud mental actual. En la segunda y tercera entrevista (de 20 minutos aproximadamente) responder preguntas acerca de mi estado de salud mental y algunas relacionadas con las decisiones en torno a la anticoncepción.
4. Saber que puedo cambiar de opinión o decidir por cualquier motivo no colaborar en el estudio, asimismo, que puedo retirarme en cualquier momento en que yo lo decida.
5. Proporcionar un teléfono donde se me pueda encontrar para confirmar mis citas a las entrevistas siguientes.

Estoy informada de que:

1. Ésta investigación es de riesgo mínimo pues no implica realizar ningún procedimiento físico o psicológico invasivo en mi persona, sin embargo, ciertos temas podrían ser difíciles para mí, por lo que me ofrecen contención emocional y referencia si es necesario. Además, me han explicado que la entrevista será un espacio seguro donde puedo conversar abiertamente sobre diferentes aspectos

de mis circunstancias de vida sin ser enjuiciada y con la seguridad de que lo que diga será confidencial.

2. Las preguntas que se me harán en la entrevista permitirán conocer mis emociones alrededor de la interrupción, lo que puede serme de utilidad para hacer planes dirigidos a mi bienestar, ya que se me hará una breve devolución y en caso de que lo solicite, se me podrá orientar a algún servicio.
3. Yo de manera indirecta estaré ayudando a las mujeres de la Ciudad de México, pues mi participación permitirá conocer de manera objetiva los factores que llevan a decidir embarazarse y a continuar el embarazo o a interrumpirlo. Con ello se busca contribuir al bienestar de las mujeres que solicitan una interrupción del embarazo en las Clínicas de la CDMX.
4. El beneficio que conlleva este estudio es mayor al posible riesgo, y es de beneficio principalmente comunitario pues puede impactar en las vidas de las mujeres, y en particular en las que acuden a los servicios que atienden la salud sexual y reproductiva, en la medida en que puedan detectarse y atenderse posibles problemas de salud mental.
5. Al finalizar la segunda entrevista recibiré un certificado de regalo de una tienda de autoservicio por \$150 pesos

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. Que cualquier decisión que tome no afectará de ningún modo la atención que estoy solicitando a la Clínica.

### **Aviso de privacidad**

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, con domicilio en Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14080, México, Ciudad de México utilizará sus datos personales y de salud para realizar análisis estadísticos y reportarlos como resultados de investigación en tesis, publicaciones científicas y de divulgación, y en presentaciones en congresos, foros, seminarios y actividades docentes con el fin de divulgar a la sociedad este conocimiento.

Su identidad nunca será revelada. No se utilizará el nombre de ninguna de las participantes, pues se le asignará un código numérico para su identificación, presentándose resultados de forma estadística. Sólo el personal autorizado (investigadores y asistentes adscritos al proyecto) tendrá acceso a su cuestionario. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación y el análisis se hará de manera grupal de modo que sea imposible conocer las respuestas individuales.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad a través de la página <https://www.gob.mx/privacidadintegral>

Cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podrá consultarlo con la Dra. Luciana Ramos Lira, Investigadora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, “Ramón de la Fuente Muñiz” al 4160 5186 y/o con el Dr. Emilio Exaire Murad, Jefe de Enseñanza del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución. Cuando el trastorno se identifique como efecto de la intervención, la instancia responsable deberá atender médicamente a la paciente hasta la recuperación de su salud o la estabilización y control de las secuelas y si existen gastos adicionales, serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

<b>Nombre.</b>		<b>Firma:</b>
<b>(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal*)</b>		
<b>Domicilio.</b>	<b>Teléfono</b>	

<b>Nombre y firma del testigo.</b>		<b>Firma:</b>
<b>Domicilio.</b>	<b>Teléfono</b>	

<b>Nombre y firma del testigo.</b>		<b>Firma.</b>
<b>Domicilio.</b>	<b>Teléfono</b>	

<b>Nombre y firma del Investigador responsable.</b>		<b>Firma.</b>
Dra. Luciana Ramos Lira		
Domicilio. Calzada México Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, CDMX.	<b>Teléfono</b>	

c. c. p. Paciente o familiar

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).

\*En caso de ser menor de edad, marque con una "x" la opción que prefiera:

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo con que mi padre, madre o tutor (a) estén informados de mi participación y respuestas en el estudio.

\_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo con que mi padre, madre o tutor(a) estén informados de mi participación y respuestas en el estudio.

#### Anexo 4. Directorio de referencia

##### SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Institución	Dirección	Teléfonos	Servicios que ofrece	Costo	Información importante
<b>Instituto Nacional De Psiquiatra "Ramón de la Fuente Muñiz"</b>	Calzada México-Xochimilco N° 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan C.P. 14370. Entrada por la lateral de periférico sur	D.F. al 4160-5372 Interior de la República al 01800 61 144 88	Se atiende a pacientes mujeres y hombres con trastornos psiquiátricos de moderados a severos, que requieran tratamiento farmacológico y que no pueden ser atendidos en centros de salud, hospitales generales. Se atiende a partir de los 13 años cumplidos.	Pre consulta: \$71.00. Historia clínica: \$142.00 El estudio socioeconómico para definir el costo de las consultas subsecuentes.	Para solicitar cita acudir al módulo de informes de lunes a viernes, de 8:00 a 14:30 hrs. o llamar a los teléfonos para agendar cita.
<b>Centro de Servicios Psicológicos Fac. de Psicología, UNAM</b>	Privada de Acasulco 18, Col. Oxtopulco Universidad	<b>5658- 3744, 5658-3911</b>	Atención a la población que presenta conductas adictivas (drogas, alcohol, tabaco, crianza positiva para niños menores de 12 años)	El costo de la cuota de recuperación fluctúa entre \$50.00 y \$200.00	Cita por teléfono de 9:00 a 20:00 de lunes a viernes.
<b>Call Center, UNAM</b>		<b>5622- 2288</b>	Atención psicológica enfocada a toda la población ante situaciones críticas, con problemas de adicciones, familiares, de pareja, bullying, sexualidad, ideación suicida.	Costo del servicio vía telefónica: Gratuito y confidencial	<b>Horario de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes.</b> Si la persona desea continuar en psicoterapia de manera presencial, se da la opción a través de distintos centros en DF
<b>Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Clínica del Programa de Salud Mental, UNAM</b>	Circuito Interior Edificio F s/n, Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria, UNAM	<b>5623-2127/28/29</b>	Consulta médico-psiquiátrica, Estimulación magnética transcraneal, Psicoterapia, Valoración de conductas adictivas, Atención psicológica.	Servicio gratuito para estudiantes	Estar inscrita como estudiante de la UNAM. Acudir personalmente a programar su cita. Presentar credencial de la UNAM.
<b>Clínica Relox</b>	Privada Relox No. 30, Chimalistac, Álvaro Obregón, C.P. 01070, México, D.F.	5550- 5836, 5616- 3592	Tratamiento integral para la salud mental, psicoterapia individual, de pareja, familiar, de grupo, sexual, integración sensorial, psiquiatría.	A partir del estudio socioeconómico	Cita vía telefónica. Horario: 8:00 a 21:00 de lunes a sábado y domingos de 8:00 a 16:00 hrs.

**ASOCIACIONES QUE ATIENDEN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE FAMILIA, PAREJA O INDIVIDUAL**

<b>Institución</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>	<b>Servicios que ofrece</b>	<b>Costo</b>	<b>Información importante</b>
<b>ILEF, Instituto Latinoamericano de la Familia A.C.</b>	Av. México No. 191, Col. Del Carmen Coyoacán, México, D. F. C.P. 04100.	5659-0504 y 5554-5611	Se ofrece Psicoterapia de familia y pareja atendiendo las siguientes problemáticas: Crisis familiares, Comunicación, Manejo de problemas de conducta y aprendizaje en los niños, Dificultades con los adolescentes y otros adultos, Manejo de límites en la familia, Sexualidad, Violencia intrafamiliar. Abuso sexual, Divorcio, Infidelidad, Adicciones, Duelos, Problemas de la tercera edad, Enfermedades de algún miembro de la familia.		<a href="http://www.ilef.com.mx/atencion-clinica/">http://www.ilef.com.mx/atencion-clinica/</a>
<b>Centro ELEIA</b>	Av. Insurgentes Sur 1971, 3er. piso, nivel terraza, Plaza Inn. Col. Guadalupe Inn. A unos pasos del metrobús Altavista.	Plantel sur: 5661-2177 Exts. 103, 104 y 107  Plantel Norte: 5370-9648	Diagnóstico, orientación y tratamiento de problemas psicológicos.	De acuerdo a los ingresos del paciente	Lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm <a href="http://www.centroeleia.edu.mx/ayuda-psicologica-df-atencion-psicologica">http://www.centroeleia.edu.mx/ayuda-psicologica-df-atencion-psicologica</a>
<b>Centro de Salud Mental y Género</b>	Pennsylvania 11. Coyoacán, Distrito Federal, Mexico	9180 0928	Atención mental y emocional de calidad a toda persona interesada en iniciar un proceso psicoterapéutico, que incluya la perspectiva de género y el respeto a la diversidad, para posibilitar su desarrollo y bienestar integral.		<a href="http://www.saludmentalygenero.com.mx/">http://www.saludmentalygenero.com.mx/</a>

**ATENCIÓN EN VIOLENCIA**

<b>Institución</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>	<b>Servicios que ofrece</b>	<b>Costo</b>	<b>Información importante</b>
<b>Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) PGJDF</b>	Gabriel Hernández No. 56 esq. Río de la Loza, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06720	5345- 5248, 5345-5249	Atención a víctimas de violencia familiar. Atención médica, asistencia psicológica, asesoría legal, acompañamiento jurídico en materia penal, tramitación de medidas de protección de emergencia	Servicio gratuito	Si la víctima corre riesgo en su integridad física el CAVI dispone de albergues donde la mujer queda en resguardo. Posteriormente ingresa a terapia grupal. El horario es de 9:00 a 19:00 horas de lunes a domingo.
<b>Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)</b>	Pestalozzi # 1115, Col Del valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F.	5200- 9632/ 5200- 9633, 5200-9634	Atención médica, asesoría jurídica y atención psicológica a víctimas directas e indirectas de algún delito sexual.	Servicio gratuito	El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas.
<b>Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, (ADIVAC)</b>	Salvador Díaz Mirón No. 140, Col. Santa Maria la Rivera, Cuauhtémoc, C. P. 06400, México, D.F.	5682-7969, 5547-8639	Atención a partir de los 3 años de edad, adolescentes, mujeres y hombres. Atención médica, legal y psicológica a personas con experiencias de violencia física, emocional y sexual.	Primer donativo \$180.00. Pagos subsecuentes \$220.00	Solicitar cita vía telefónica. Acudir a entrevista inicial para abrir expediente. Dependiendo de las necesidades es el proceso que se sigue con cada persona.
<b>APIS: Fundación para la Equidad AC.</b>	Retorno 19 No. 24 Col. Avante C.P. 04460 México, D.F.	55 39 39 17	Atención telefónica, psicológica y asesoría jurídica: Atención individual y grupos de autoayuda para mujeres jóvenes o adultas.		Medio para acudir a los servicios vía telefónica. Lunes a viernes de las 10 a.m a las 5 p.m
<b>Instituto de las Mujeres del DF</b>	Tacuba No. 76, 5º Piso, Col. Centro Histórico, Del. Cuauhtémoc, México D.F., C.P. 06010	5512-2845 ext. 122, 5512-2765 ext. 122, 5512-2792 ext. 123	Ofrece a través de las 16 Unidades Delegacionales los servicios de: Atención Psicológica y asesoría Jurídica	Servicio gratuito	Lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs. <a href="http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/">http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/</a>
<b>LIC. NAHYELI ORTIZ</b>		Cel: 55 39 822129	Asesoría legal en casos de violencia		E-mail: <a href="mailto:justiciasistemica@gmail.com">justiciasistemica@gmail.com</a>
<b>LIC. CLARA PATIÑO</b>		Cel: 55 3391 2568	Asesoría legal en casos de violencia		E-mail: <a href="mailto:clara_epf@hotmail.com">clara_epf@hotmail.com</a>

**ASESORIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

<b>Institución</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>	<b>Servicios que ofrece</b>	<b>Costo</b>	<b>Información importante</b>
<b>Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSAC)</b>	Tezoquipa No. 26, Colonia La Joya, Delegación Tlalpan C.P.14000, México, D.F.	5573-3460, 5513-7489	Si crees o sabes que tienes un problema sexual, pide una cita de primera vez. Esta cita se llama "Tamizaje" y consiste en una evaluación inicial y es realizada por un/a terapeuta sexual.	Entrevista inicial \$400.00	A partir de la primera cita, el terapeuta sexual que te atiende puede saber si tu problema puede resolverse con terapia, si lo indicado es canalizarte a alguna otra especialidad, o ambas cosas.
<b>Ave de México A.C.</b>	Querétaro 246 piso 3, Col. Roma Norte, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, D.F	1054- 3212	Participa en la promoción de la salud sexual y vivencia plena de los derechos humanos con énfasis en los derechos sexuales y la prevención del VIH y de otras ITS.	Accesible	Cita por vía telefónica o personal.
<b>Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.</b>	Ayuntamiento N° 85, Colonia Barrio de Sta. Catarina, Delegación Coyoacán, C.P. 04010, México, D.F.	5554- 5748, Fax: 5659- 2843	Organización sin fines de lucro, integrada por personas católicas, que defiende los derechos humanos de mujeres y jóvenes, en especial sus derechos sexuales y reproductivos.	Gratuito	Ofrece apoyo espiritual, tanto en la toma de decisión como en el post aborto. Comunicarse a los correos indicados solicitando la atención.
<b>Clínica Especializada Condesa</b>	Benjamín Hill No. 24, Colonia Hipódromo Condesa, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06140, México, D.F.	5515 8311, 5271-6439, 5271- 1217	Clínica de atención del VIH para personas que no poseen seguridad social IMSS e ISSSTE, que radiquen en el D.F. Se ofrece la prueba de VIH para toda la población.	Gratuito	Atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 hrs. Acudir personalmente.
<b>Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) Xola</b>	Calzada de Tlalpan 648, Colonia Moderna, Delegación Benito Juárez, México, D.F.	5546-9109, 5535-0194	Ginecología, Psicología, Medicina general (detección oportuna de cáncer y detección de ITS, servicio de laboratorio, ultrasonido, colposcopia, Papanicolaou y prueba de embarazo. Interrupción legal del embarazo (ILE) con medicamento, planificación familiar, orientación SSRR.	Variable depende del servicio	Vía telefónica se ofrece la información de acuerdo a las necesidades de atención. Suc. Tlalpan: 5487- 0030, 5487- 0042. Suc. GAM: 5781- 8713, 5781- 6538, 5781- 8704. Suc. Revolución: 5546-9109, 5535-0194 Sucursal Neza: 5797- 1769, 5797- 1278.

**TERAPEUTAS PRIVADAS**

<b>Institución</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>	<b>Servicios que ofrece</b>	<b>Costo</b>	<b>Información importante</b>
Tp. Olivia Ortiz			Atiende en diferentes lugares, incluso de manera virtual.		<a href="mailto:adasmexico@gmail.com">adasmexico@gmail.com</a>
María Lailson		55 5452 4700	Terapia de pareja, familia, individual		<a href="mailto:marialailson@hotmail.com">marialailson@hotmail.com</a>
Lilia Monroy	Barranca del muerto	5618-2791 o cel 55-43382941	Terapia de pareja, familia, individual		<a href="mailto:limlquiron@yahoo.com.mx">limlquiron@yahoo.com.mx</a>
Cristina Sánchez De Ita		cel 55 2093 9592	Terapia individual		<a href="mailto:crissan69@hotmail.com">crissan69@hotmail.com</a>
Claudia Ledesma		cel 55 3210 0243	Terapia individual y familiar		<a href="mailto:cledesmah@hotmail.com">cledesmah@hotmail.com</a>
Psic. Rosario Rodriguez Lopez	Tlaxcala # 47, Colonia Roma Sur (entre Medellín y Monterrey)	Cel 55 27 57 50 20	Adolescentes, adultos(as), parejas.	\$550.00	

## Anexo 5. Cuestionario



SECRETARÍA  
DE SALUD

### Cuestionario de salud reproductiva y salud mental para mujeres: Línea Base (T0)

Folio (Expediente/NHC)	
Entrevistadora/ Tipo de invitación	
Fecha de la línea base (T0)	
#Semana en la que se enteró del embarazo	
#Semana en la que realizó la ILE	
Fecha de la ILE	
Modo, Fecha y Hora para recordatorio (T1)	
Modo, Fecha y Hora para seguimiento (T1)	

#### Instrucciones Generales.

Buenos/as días/tardes. Mi nombre es (NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA). Como le mencioné en el Consentimiento Informado, este cuestionario se está aplicando como parte de un estudio sobre asuntos relacionados con la salud de las mujeres. También le comentaba que, su identidad permanecerá en el anonimato; nadie sabrá que usted ha respondido este cuestionario.

NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, para cada sección responda honesta y sinceramente. Es muy importante que conteste todas las preguntas.

Le voy a leer algunas preguntas de diferentes temas que podrían estar relacionados con su experiencia durante la interrupción del embarazo y le pido que en cada pregunta me indique las respuestas que resulten más adecuadas a sus vivencias. En caso de que tenga dudas, por favor hágamelo saber.

#### SD. Sociodemográficas (Ad hoc)

Comenzaremos con algunas preguntas generales

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?		Años cumplidos
2. ¿En dónde vive?		Alcaldía: _____
3. ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?	[0]	Ninguno
	[1]	Primaria
	[2]	Secundaria
	[3]	Preparatoria o bachillerato
	[4]	Profesional
	[5]	Posgrado
	[6]	No responde

4. ¿Cuál es su ocupación?	[0] Empleada [1] Desempleada [2] Comerciante [3] Estudiante [4] Hogar [5] Otro: especificar _____ [6] No responde
5. Nivel Socioeconómico	[0] 0 [1] I [2] II [3] III [4] IV

### SR. Antecedentes gineco-obstétricos (*Ad hoc*)

Ahora le voy a realizar algunas preguntas sobre su salud reproductiva.

1. ¿Cuántos embarazos aparte de éste ha tenido?	_____ embarazos ( <i>si es 0, pasar a la pregunta 12</i> )
2. ¿Cuántos hijos tiene?	_____
3. ¿Qué edad tiene el más grande o el único?	_____ ( <i>si solo tiene uno (a), pasar a la pregunta 5</i> )
4. ¿Qué edad tiene el último?	_____
5. ¿Cuántos años tenía usted cuando se embarazó por primera vez?	_____ Años cumplidos
6. En esa ocasión ¿estaba utilizando algún método anticonceptivo?	[0] No ( <i>pase a la pregunta 8</i> ) [1] Sí
7. ¿Cuál?	[0] Ninguno: (Especificar razón: _____) [1] DIU (cobre) [2] MIRENA [3] Inyecciones o ampollitas anticonceptivas [4] Pastillas anticonceptivas [5] Condón masculino [6] Condón femenino [7] Anticoncepción de emergencia [8] Parche anticonceptivo [9] OTB [10] Vasectomía [11] Implante anticonceptivo [12] Otro (Especificar: _____)
8. ¿Quería embarazarse a esa edad?	[0] No [1] Sí
9. ¿Cuántas veces ha interrumpido voluntariamente un embarazo? <i>se refiere a las veces anteriores a la actual.</i>	_____ ( <i>si responde 0, pasar a la 12</i> )
10. ¿Qué edad tenía la primera o única vez que interrumpió un embarazo?	_____ Años cumplidos
11. ¿Qué hizo para interrumpirlo?	[1] Fue a una clínica [2] Usó pastillas por su cuenta [3] Otro (Especificar): _____
12. ¿Por qué decidió interrumpir este embarazo?	[1] ___ Tener un bebé cambiaría su vida dramáticamente [2] ___ Interferiría con su educación

- (Marcar todas las que sean necesarias y numerar las primeras tres donde 1 es la más importante)
- [3] \_\_\_ Interferiría con su empleo o carrera
  - [4] \_\_\_ Para no decepcionar a la familia
  - [5] \_\_\_ Tiene otros hijos/as o personas dependientes de usted
  - [6] \_\_\_ No puede sostener a un hijo/a en este momento
  - [7] \_\_\_ Ya ha completado su maternidad
  - [8] \_\_\_ No está lista para tener un/otro hijo/a
  - [9] \_\_\_ No se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a
  - [10] \_\_\_ Problemas físicos con su salud
  - [11] \_\_\_ Otro. Especificar: \_\_\_\_\_

13. ¿Cuántas veces ha tenido un aborto espontáneo? \_\_\_\_\_ (si responde 0, pasar a la pregunta 15)

14. ¿Qué edad tenía la primera o única vez que tuvo un aborto espontáneo? \_\_\_\_\_ Años cumplidos

15. ¿Cuántos años tenía su mamá cuando tuvo a su primer hijo(a)? \_\_\_\_\_ Años cumplidos

### RP. Relación de pareja (Ad hoc)

Ahora le voy a preguntar sobre su relación de pareja

- 8 Actualmente ¿tiene pareja? [0] No (Especificar: \_\_\_\_\_)  
(Si no tiene pareja pasar a la pregunta 7)  
[1] Sí
- 9 ¿Cuánto tiempo llevan juntos? \_\_\_\_\_ meses cumplidos
- 10 ¿Qué edad tiene su pareja? \_\_\_\_\_ años cumplidos
- 11 ¿Viven juntos? [0] No  
[1] Sí
- 12 ¿Están casados? [0] No  
[1] Sí
- 13 ¿La persona con quien se embarazó es esta misma pareja? [0] No  
[1] Sí  
[2] No sé
- 14 ¿Con quién vive? (Indicar a todas las personas con las que viva)  
[1] Papá  
[2] Padrastro  
[3] Mamá  
[4] Madrastra  
[5] Hijos  
[6] Hermanos(as)  
[7] Hermanastros(as)  
[8] Tíos(as)  
[9] Abuelos(as)  
[10] Otros familiares  
[11] Amigos  
[12] Vive sola  
[13] Esposo/pareja  
[14] Otras personas \_\_\_\_\_
- 15 La persona de quien se embarazó, ¿se enteró de que usted estaba embarazada? [0] No  
[1] Sí
- 16 La decisión de interrumpir este embarazo fue: [1] Suya  
[2] De usted y su pareja  
[3] De usted y otra persona (Especificar quién: \_\_\_\_\_)

	[4]	De su pareja
	[5]	De otra persona (Especificar quién: _____)
17 Su pareja:	[1]	Estuvo de acuerdo con la interrupción
	[2]	No estaba seguro
	[3]	No estuvo de acuerdo con la interrupción
	[4]	No fue parte de la decisión
	[5]	No sabía del embarazo

#### AV. Antecedentes de Violencia (*Ramos y Saltijeral 1999, 2001, 2008*)

A continuación le voy a hacer varias preguntas sobre experiencias que muchas mujeres podemos pasar a lo largo de la vida. Recuerde que su participación es confidencial, voluntaria y anónima. Si hay algo más que quiera comentar sobre estos temas hágamelo saber.

#### AV\_MI. Maltrato infantil (*ENDIREH, 2016*)

Las siguientes preguntas se refieren a su niñez, por favor indíqueme si vivió alguna de las siguientes situaciones.

1. Entre las personas adultas con las que vivía ¿había golpes?	[0]	No
	[1]	Sí
2. Entre las personas con las que vivía ¿se insultaban u ofendían?	[0]	No
	[1]	Sí
3. Las personas con las que vivía ¿le pegaban?	[0]	No
	[1]	Sí
4. Las personas con las que vivía ¿la insultaban o humillaban?	[0]	No
	[1]	Sí

#### AV\_VP. Violencia de Pareja (*Ramos y Saltijeral 1999, 2001, 2008*)

Las siguientes preguntas tratan sobre incidentes que pudieron haberle pasado con la pareja actual o la última pareja, por favor indíqueme si le ocurrieron **durante el último año o desde (mencionar el mes) del año pasado y hasta acudió a la ILE**

<i>¿Durante el último año y HASTA QUE ACUDIO A LA ILE su pareja actual o última...</i>		
1. ... le ha gritado o insultado?	[0]	No
	[1]	Sí
2. ... le ha amenazado con hacerle daño físico, por ejemplo: ¿lastimarla o incluso matarla?	[0]	No
	[1]	Sí
3. ... le ha maltratado físicamente (esto incluye cachetadas, patadas o puñetazos)?	[0]	No
	[1]	Sí
4. ... ha tenido relaciones sexuales con usted por la fuerza, aunque usted no quería tenerlas?	[0]	No
	[1]	Sí
5. ... se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes?	[0]	No
	[1]	Sí
6. ... le ha reclamado cómo gasta el dinero?	[0]	No
	[1]	Sí
7. ¿Le ha tenido miedo a su pareja?	[0]	No
	[1]	Sí
8. En las últimas dos semanas ¿le ha ocurrido alguno de los incidentes mencionados con su pareja actual?	[0]	No (pasar a la pregunta 10)
	[1]	Sí

9. ¿Cuál?	[1] Le ha gritado o insultado [2] Amenazado con daño físico [3] Maltrato físico [4] Relaciones sexuales por la fuerza [5] Le ha quitado dinero o bienes [6] Reclamado cómo gasta el dinero [7] Le ha tenido miedo
10. ¿Ha sido maltratada físicamente por alguna otra pareja previamente?	[0] No [1] Si

### AV\_AS. Abuso sexual (Ramos y Saltijeral 1999, 2001, 2008)

Las siguientes preguntas también se refieren a experiencias que quizás pudo haber vivido en el pasado, recuerde que su participación es confidencial. Por favor dígame qué respuesta se parece más a su experiencia.

1. Antes de que cumpliera 15 años ¿Alguna vez alguien - sea o no de su familia - la manoseó, tocó o acarició alguna parte de su cuerpo; le hizo tocar alguna parte de su cuerpo o tuvo relaciones sexuales con usted cuando era muy pequeña o contra su voluntad?	[0] No ( <i>pasar a la siguiente sección</i> ) [1] Sí [2] No recuerda ( <i>si recuerda algo pasar a siguiente pregunta, si no, hasta la siguiente sección</i> )
2. ¿Qué tan frecuentemente le ocurrieron este tipo de agresiones?	[1] Una vez [2] Dos o tres veces [3] Muchas veces
3. ¿Qué edad tenía cuando esto le pasó por primera vez?	_____ Años cumplidos
4. La persona que lo hizo por primera o única vez, ¿era hombre o mujer?	[1] Hombre [2] Mujer
5. ¿Cuántos años le llevaba?	[1] De la misma edad ( <i>se llevaban entre uno y dos años</i> ) [2] Era mayor _____ ( <i>se coloca la diferencia de edad</i> ) [3] Era menor _____ ( <i>se coloca la diferencia de edad</i> )
6. ¿Qué relación tenía esa persona con usted?	[1] Padre / Madre [2] Padrastro / Madrastra [3] Tío (a) [4] Primo (a) [5] Abuelo (a) [6] Amigo (a) [7] Pareja [8] Autoridad (Profesor, médico, cura, etc) especificar: _____ [9] Desconocido (a) [10] Otro/a (especificar) _____

### AV\_VS. Violencia sexual (Ramos y Saltijeral 1999, 2001, 2008)

Ahora le voy a preguntar por este mismo tipo de experiencias pero durante la adolescencia y hasta la edad actual.

1. De los 15 años en adelante, ¿alguien la obligó a tener relaciones sexuales por la fuerza o cuando usted no quería hacerlo?	[0] No ( <i>pase a siguiente sección</i> ) [1] Sí ( <i>pase a la siguiente pregunta</i> ) [2] No recuerda ( <i>si recuerda algo pasar a siguiente pregunta, si no, pasar a la siguiente sección</i> )
---	---

2. ¿Qué tan frecuentemente le ocurrieron este tipo de agresiones?	[1] Una vez [2] Dos o tres veces [3] Muchas veces
3. ¿Cuántos años le llevaba?	[1] De la misma edad (se llevaban entre uno y dos años) [2] Era mayor ____ (se coloca la diferencia de edad) [3] Era menor ____ (se coloca la diferencia de edad)
4. ¿Qué relación tenía esa persona con usted?	[1] Padre / Madre [2] Padrastro / Madrastra [3] Tío (a) [4] Primo (a) [5] Abuelo (a) [6] Amigo (a) [7] Pareja [8] Autoridad (Profesor, médico, cura, etc) especificar: _____ [9] Desconocido (a) [10] Otro/a (especificar) _____

## SR. Salud reproductiva

Ahora vamos a revisar algunas experiencias relacionadas con su salud reproductiva. **LE VOY A PEDIR QUE PIENSE EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES O DESDE (MENCIONAR EL MES) DEL AÑO PASADO Y HASTA QUE ACUDIO A LA ILE PARA RESPONDER LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN.**

### SR\_AR. Autonomía Reproductiva. (Upadhyay et al., 2014)

Las siguientes preguntas se refieren a situaciones en las que usted puede encontrarse y que regularmente involucran a la pareja, pero en las que también podría considerar la opinión de alguien más para decidir. Por favor piense en cada situación y dígame quien ha tenido la última palabra: solo usted, usted junto con su pareja o solo su pareja o alguien más. Si usted tiene más de una pareja, piense en la más importante. Si no tiene pareja, entonces piense en la última que tuvo. Si no ha tenido que tomar alguna de las siguientes decisiones, imagine la situación y dígame quién podría haber tenido la última palabra.

#### D.1 Toma de Decisiones.

Para esta sección por favor elija una de las siguientes respuestas:

	Mi pareja (o alguien más como mi madre/padre, suegra/suegro).	Tanto mi pareja como yo en igualdad	Yo
1. ¿Quién tuvo la última palabra sobre si usted utilizaba un método para prevenir el embarazo?	[1]	[2]	[3]
2. ¿Quién tuvo la última palabra sobre cuál método utilizar para prevenir un embarazo?	[1]	[2]	[3]
3. ¿Quién tuvo la última palabra sobre cuándo tener un bebé?	[1]	[2]	[3]
4. Cuando se embarazó ¿quién tuvo la última palabra sobre tener al bebé, darlo en adopción o interrumpir el embarazo?	[1]	[2]	[3]

### D.2 Coerción

Las siguientes afirmaciones son sobre usted y su pareja sexual, la más reciente o la más importante. Por favor seleccione una de las siguientes respuestas.

Durante el último año y HASTA QUE ACUDIO A LA ILE alguna vez...	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. Mi pareja me impidió usar un método anticonceptivo para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo.	[1]	[2]	[3]	[4]
6. Mi pareja obstaculizó o hizo difícil el uso de un método para prevenir el embarazo cuando yo quería usarlo	[1]	[2]	[3]	[4]
7. Mi pareja me hizo utilizar un método para prevenir el embarazo cuando yo no quería usarlo	[1]	[2]	[3]	[4]
8. Si yo quisiera usar un método para prevenir un embarazo, mi pareja me detendría o lo impediría	[1]	[2]	[3]	[4]
9. Mi pareja me ha presionado para quedar embarazada.	[1]	[2]	[3]	[4]

### D.3 Comunicación

Durante el último año y HASTA QUE ACUDIO A LA ILE...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Mi pareja me apoyaría si yo quisiera usar un método para prevenir el embarazo.	[1]	[2]	[3]	[4]
11. Es fácil para mí hablar de sexo con mi pareja	[1]	[2]	[3]	[4]
12. Si yo no quisiera tener sexo, podría decirle a mi pareja.	[1]	[2]	[3]	[4]
13. Podría comentarle a mi pareja si me preocupara quedar embarazada	[1]	[2]	[3]	[4]
14. Si yo realmente no quisiera embarazarme, podría hacer que mi pareja esté de acuerdo conmigo	[1]	[2]	[3]	[4]

### SR\_IE. Intención de Embarazo (Barrett, 2004.)

Nota para la entrevistadora: Leer el cuestionario con los pronombres y tiempos verbales adecuados. **HACER ENFASIS EN LA INSTRUCCIÓN, AQUÍ YA NO ES EN EL ULTIMO AÑO, SOLO PARA ESTE EMBARAZO**

*A continuación, hay algunas preguntas sobre sus circunstancias en el tiempo en que quedó embarazada. Por favor piense en este embarazo para responder las siguientes preguntas.*

1. En el mes en el que quedé embarazada...	<b>Usted/Ustedes:</b>	
<i>(Por favor, marque el enunciado que <u>más</u> aplique para usted)</i>	[0]	Siempre usaba/usábamos métodos anticonceptivos
	[1]	Siempre usaba/usábamos métodos anticonceptivos, pero me di/nos dimos cuenta que el método había fallado (por ejemplo, se rompió, se movió, se desprendió, se salió, no funcionó, etc.) al menos una vez
	[2]	Usaba/Usábamos métodos anticonceptivos, pero no en todas las ocasiones
	[2]	No usaba/usábamos métodos anticonceptivos
2. En lo que respecta a ser madre (por primera vez o de nuevo), siento que mi embarazo sucedió ...	[0]	En el momento incorrecto
<i>(Por favor, marque el enunciado que <u>más</u> aplique para usted)</i>	[1]	No en el mejor momento, pero está bien
	[2]	En el momento correcto

3. Justo antes de quedar embarazada...	[0] No tenía la intención de embarazarme [1] Mis intenciones cambiaban con frecuencia [2] Tenía la intención de quedar embarazada
<i>(Por favor, marque el enunciado que <b>más</b> aplique para usted)</i>	
4. Justo antes de quedar embarazada...	[0] No quería tener un bebé [1] Tenía sentimientos encontrados acerca de tener un bebé [2] Deseaba tener un bebé
<i>(Por favor, marque el enunciado que <b>más</b> aplique para usted)</i>	
5. La siguiente pregunta es sobre su pareja con la que se embarazó	[0] Nunca habíamos platicado sobre tener hijos juntos [0] Mi pareja y yo habíamos platicado sobre tener hijos juntos, pero habíamos acordado que no me embarazaría en este momento.
Antes de quedar embarazada...	[1] Mi pareja y yo habíamos platicado sobre tener hijos juntos, pero no habíamos acordado que me embarazaría [2] Mi pareja y yo habíamos acordado que nos gustaría que me embarazara
<i>(Por favor, marque el enunciado que <b>más</b> aplique para usted)</i>	
6. Antes de quedar embarazada ¿usted hizo algo para mejorar su salud en preparación para su embarazo?	[1] Tomé ácido fólico [1] Dejé de fumar o comencé a fumar menos [1] Dejé de tomar o comencé a tomar menos alcohol [1] Comencé a comer de manera más sana [1] Busqué asesoría médica/ de salud [1] Llevé a cabo otra acción. Por favor describa
<i>(Por favor, elija todas las que apliquen)</i>	
	[0] No hice nada de lo anterior antes de mi embarazo
7. Antes de embarazarse ¿estaba utilizando algún método anticonceptivo?	[0] No (pase a la pregunta 10) [1] Sí
8. ¿Cuál estaba utilizando?	[1] DIU (cobre) [2] MIRENA [3] Inyecciones o ampollitas anticonceptivas [4] Pastillas anticonceptivas [5] Condón masculino [6] Condón femenino [7] Anticoncepción de emergencia [8] Parche anticonceptivo [9] OTB [10] Vasectomía [11] Implante anticonceptivo [12] Otro (Especificar: _____)
9. ¿Lo suspendió con la finalidad de quedar embarazada?	[0] No [1] Sí
10. ¿Qué método va a elegir a partir de ahora?	[0] Ninguno [1] DIU (cobre) [2] MIRENA [3] Inyecciones o ampollitas anticonceptivas [4] Pastillas anticonceptivas [5] Condón masculino [6] Condón femenino [7] Anticoncepción de emergencia [8] Parche anticonceptivo [9] OTB [10] Vasectomía [11] Implante anticonceptivo

[12] Otro  
(Especificar: \_\_\_\_\_)

11. ¿Por qué lo va a elegir?

**R\_EM. Emociones sobre la noticia del embarazo (Rocca et al., 2013; Ralph et al., 2014.)**

Le voy a leer una lista de emociones y le voy a pedir que me diga por favor

1. ¿Cómo se sintió cuando recibió la noticia del embarazo?	[0] Nada	[1] Poco	[2] Regular	[3] Mucho
1.1 Estresada	[0]	[1]	[2]	[3]
1.2 Tranquila	[0]	[1]	[2]	[3]
1.3 Culpable	[0]	[1]	[2]	[3]
1.4 Triste	[0]	[1]	[2]	[3]
1.5 Segura	[0]	[1]	[2]	[3]
1.6 Arrepentida	[0]	[1]	[2]	[3]
1.7 Enojada	[0]	[1]	[2]	[3]
1.8 Confundida	[0]	[1]	[2]	[3]
1.9 Aliviada	[0]	[1]	[2]	[3]
1.10 Avergonzada	[0]	[1]	[2]	[3]
1.11 Satisfecha	[0]	[1]	[2]	[3]
1.12 Confiada	[0]	[1]	[2]	[3]
1.13 Preocupada	[0]	[1]	[2]	[3]
1.14 Ambivalente/con emociones encontradas	[0]	[1]	[2]	[3]
1.15 Atemorizada/ con miedo	[0]	[1]	[2]	[3]
1.16 Alegre	[0]	[1]	[2]	[3]
1.17 Otra (Especificar)	[0]	[1]	[2]	[3]

**R\_AF. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE (Versión revisada de González y Landero (2007)).**

Ahora le voy a leer una serie de acciones o pensamientos, dígame qué tanto le ocurrieron cuando usted se enteró que estaba embarazada.

	[0] Nada	[1] Poco	[2] Regular	[3] Mucho
1. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
2. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
3. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
4. Me irrité con alguna gente (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
5. Agredí a algunas personas (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
6. Me comporté de forma hostil con los demás (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
7. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
8. Asistí a la Iglesia (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
9. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
10. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo (r)	[0]	[1]	[2]	[3]

11. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
12. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
13. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
14. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
15. Procuré no pensar en el problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
16. Me di cuenta de que por mí misma no podía hacer nada para resolver el problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
17. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
18. Me resigné a aceptar las cosas como eran	[0]	[1]	[2]	[3]
19. Me sentí indefensa e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
20. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	[0]	[1]	[2]	[3]
21. Experimenté personalmente la frase de que «no hay mal que por bien no venga» (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
22. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]
23. Intenté sacar algo positivo del problema (r)	[0]	[1]	[2]	[3]

## R EM

2. ¿Cómo se siente ahora que ya realizó la interrupción?	[0] Nada	[1] Poco	[2] Regular	[3] Mucho
2.1 Estresada	[0]	[1]	[2]	[3]
2.2 Tranquila	[0]	[1]	[2]	[3]
2.3 Culpable	[0]	[1]	[2]	[3]
2.4 Triste	[0]	[1]	[2]	[3]
2.5 Segura	[0]	[1]	[2]	[3]
2.6 Arrepentida	[0]	[1]	[2]	[3]
2.7 Enojada	[0]	[1]	[2]	[3]
2.8 Confundida	[0]	[1]	[2]	[3]
2.9 Aliviada	[0]	[1]	[2]	[3]
2.10 Avergonzada	[0]	[1]	[2]	[3]
2.11 Satisfecha	[0]	[1]	[2]	[3]
2.12 Confiada	[0]	[1]	[2]	[3]
2.13 Preocupada	[0]	[1]	[2]	[3]
2.14 Ambivalente/con emociones encontradas	[0]	[1]	[2]	[3]
2.15 Atemorizada/ con miedo	[0]	[1]	[2]	[3]
2.16 Alegre	[0]	[1]	[2]	[3]
2.17 Otra (Especificar)	[0]	[1]	[2]	[3]

## R\_ES. Estigma (Cockrill et al., 2013)

**NOTA PARA LAS ENTREVISTADORAS, COMENTAR EL PÁRRAFO SIGUIENTE SI ES NECESARIO:** El propósito es obtener información acerca de las experiencias de las mujeres en torno a sus abortos. Algunas mujeres han tenido más de un aborto. Para responder a estas preguntas, por favor considere el aborto actual.

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]

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]

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]

Las siguientes preguntas tienen que ver con la comunidad en donde vive. Cuántas personas en su comunidad tienen creencias tales 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]

## PE. Preocupaciones

Las siguientes preguntas se refieren a preocupaciones que podrían existir relacionadas con la ILE.

1. ¿Tiene alguna preocupación relacionada con el procedimiento de la interrupción del embarazo que realizó?	[0] No [1] Si	<i>(pasar a la pregunta 3)</i> <i>(continuar)</i>
2. ¿Cuál?		
3. Antes de realizar el procedimiento ¿Había visto algún video o folleto sobre cómo se llevaba a cabo?	[0] No [1] Sí [2] ¿Cuál?	
4. Al llegar a la clínica ¿se encontró en la entrada con personas que tenían la intención de convencerla de que no entrara?	[0] No [1] Sí	<i>(pase a siguiente sección)</i> <i>(Especificar: _____)</i>
5. ¿Le mostraron algún material?	[1] Folletos [2] Fotografías [3] Videos [4] Figuras humanas de yeso o plástico [5] Le enviaron mensajes de whatsapp o de redes sociales [6] Ultrasonido [7] Otro ¿cuál?	
6. Otros comentarios acerca de lo que le dijeron/mostraron:		

7. ¿Cómo se sintió después de hablar con esas personas?	Nada [0]	Poco [1]	Regular [2]	Mucho [3]
7.1 Estresada	[0]	[1]	[2]	[3]
7.2 Tranquila	[0]	[1]	[2]	[3]
7.3 Culpable	[0]	[1]	[2]	[3]
7.4 Triste	[0]	[1]	[2]	[3]
7.5 Segura	[0]	[1]	[2]	[3]
7.6 Arrepentida	[0]	[1]	[2]	[3]
7.7 Enojada	[0]	[1]	[2]	[3]
7.8 Confundida	[0]	[1]	[2]	[3]
7.9 Aliviada	[0]	[1]	[2]	[3]
7.10 Avergonzada	[0]	[1]	[2]	[3]
7.11 Satisfecha	[0]	[1]	[2]	[3]
7.12 Confiada	[0]	[1]	[2]	[3]
7.13 Preocupada	[0]	[1]	[2]	[3]
7.14 Ambivalente/con emociones encontradas	[0]	[1]	[2]	[3]
7.15 Atemorizada/ con miedo	[0]	[1]	[2]	[3]
7.16 Alegre	[0]	[1]	[2]	[3]
7.17 Otra (Especificar)	[0]	[1]	[2]	[3]

## SM. Salud Mental

Como le comenté al principio, el objetivo principal de este estudio tiene que ver con la salud mental de las mujeres.

### SM\_SD. Sintomatología depresiva (González-Forteza, 2008)

Las siguientes preguntas se refieren a sensaciones que probablemente haya experimentado. Dígame ¿cuántos días se ha sentido así EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS?

<i>Durante las últimas dos semanas usted...</i>	0 días	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días	8 – 14 Días
1. ¿Ha tenido poco apetito?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
2. ¿No podía quitarse la tristeza?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
3. ¿Tenía dificultad para mantener su mente en lo que hacía?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
4. ¿Se ha sentido deprimida?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
5. ¿Ha dormido sin descansar?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
6. ¿Se ha sentido triste?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
7. ¿No ha podido seguir adelante?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
8. ¿Nada le ha hecho feliz?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
9. ¿Ha sentido que era una mala persona?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
0 días	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días	8 – 14 Días	
10. ¿Ha perdido interés en sus actividades diarias?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
11. ¿Ha dormido más de lo habitual?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
12. ¿Ha sentido que sus movimientos eran muy lentos?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
13. ¿Se ha sentido agitada?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
14. ¿Ha sentido deseos de estar muerta?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
15. ¿Ha querido hacerse daño?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
16. ¿Se ha sentido cansada todo el tiempo?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
17. ¿Ha estado a disgusto consigo misma?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
18. ¿Ha perdido peso sin intentarlo?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
19. ¿Le ha costado mucho trabajo dormir?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
20. ¿Ha sido difícil concentrarse en las cosas importantes?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
21. ¿Se ha molestado por cosas que generalmente no le molestaban?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
22. ¿Se ha sentido tan valiosa como los demás®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
23. ¿Ha sentido que todo lo que hacía le costaba mucho trabajo?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
24. ¿Se ha sentido con esperanza hacia el futuro?®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
25. ¿Ha pensado que su vida era un fracaso?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
26. ¿Se ha sentido temerosa?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
27. ¿Se ha sentido feliz?®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
28. ¿Ha hablado menos de lo usual?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
29. ¿Se ha sentido sola?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
30. ¿Ha sentido que las personas eran poco amigables?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
31. ¿Ha disfrutado de la vida?®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
32. ¿Ha tenido ataques de llanto?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
33. ¿Se ha divertido mucho? ®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
34. ¿Ha sentido que iba a darse por vencida?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
35. ¿Ha sentido que usted le desagradaba a la gente?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

### SM\_AP. Antecedentes personales de depresión

1. <i>En los últimos 12 meses o desde (mencionar el mes del año pasado) y hasta que acudió a la ILE ¿había tenido síntomas como los que le acabo de mencionar al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted diría que estaba deprimida?</i>	[0] No [1] Sí
2. ¿Ha consultado a algún psiquiatra por algún problema de este tipo?	[0] No (pasar a la pregunta 5) [1] Sí
3. ¿Le dio algún diagnóstico?	Especificar: _____
4. ¿Cuándo fue?	[0] Menos de un año _____ número de años
5. ¿Alguna vez en la vida ha tenido problemas con su consumo de alcohol?	[0] No [1] Sí
6. ¿Cuándo fue la última vez que fumó un cigarro?	[1] En los últimos 30 días [2] Más de un mes, pero menos de 6 meses [3] Hace 6 meses o más pero menos de un año [4] Hace un año o más pero menos de tres años [5] Hace más de tres años [6] Nunca he fumado (pasar a siguiente sección)
7. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarro?	[1] 5 minutos [2] 6 a 30 minutos [3] 31 a 60 minutos [4] más de 1 hora

### SM\_SA. Sintomatología Ansiosa

A continuación, le preguntaré sobre otras sensaciones que usted pudo haber experimentado. Le pido que piense en la ÚLTIMA SEMANA incluyendo hoy y me diga qué tan frecuentemente se sintió de esta forma.

<i>Durante la última semana usted se ha sentido...</i>	Nada [0]	Poco [1]	Regular [2]	Mucho [3]
1. Torpe o entumecida	[0]	[1]	[2]	[3]
2. Acalorada	[0]	[1]	[2]	[3]
3. Con temblor en las piernas	[0]	[1]	[2]	[3]
4. Incapaz de relajarse	[0]	[1]	[2]	[3]
	Nada [0]	Poco [1]	Regular [2]	Mucho [3]
5. Con temor a que ocurra lo peor	[0]	[1]	[2]	[3]
6. Mareada	[0]	[1]	[2]	[3]
7. Con latidos en el corazón fuertes y acelerados	[0]	[1]	[2]	[3]
8. Inestable	[0]	[1]	[2]	[3]
9. Atemorizada o asustada	[0]	[1]	[2]	[3]
10. Nerviosa	[0]	[1]	[2]	[3]
11. Con sensación de bloqueo	[0]	[1]	[2]	[3]
12. Con temblores en las manos	[0]	[1]	[2]	[3]
13. Inquieta, insegura	[0]	[1]	[2]	[3]
14. Con miedo a perder el control	[0]	[1]	[2]	[3]
15. Con sensación de ahogo	[0]	[1]	[2]	[3]
16. Con temor a morir	[0]	[1]	[2]	[3]
17. Con miedo	[0]	[1]	[2]	[3]

18. Con problemas digestivos	[0]	[1]	[2]	[3]
19. Con desvanecimientos	[0]	[1]	[2]	[3]
20. Con rubor facial	[0]	[1]	[2]	[3]
21. Con sudores, fríos o calientes	[0]	[1]	[2]	[3]

### SM\_AP. Antecedentes personales de ansiedad

1. <i>En los últimos 12 meses o desde (mencionar el mes del año pasado) y hasta que acudió a la ILE ¿había tenido síntomas como los que le acabo de mencionar al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted diría que estaba ansiosa?</i>	[0] No [1] Sí
2. ¿Ha consultado a algún psiquiatra por algún problema de este tipo?	[0] No (pasar a la siguiente sección) [1] Sí
3. ¿Le dio algún diagnóstico?	Especificar: _____
4. ¿Cuándo fue?	[0] Menos de un año _____ número de años

### SM\_AF. Antecedentes familiares de salud mental (Lara, 2006)

Sobre sus padres...

1. ¿Su mamá ha estado o estuvo deprimida? Esto quiere decir, que haya presentado síntomas como sentirse sola, triste o no tener ganas de hacer nada, al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted pensaría que estaba deprimida	[0] No [1] Sí [2] No sé
2. ¿Ella ha acudido o acudió a consulta psiquiátrica?	[0] No (pasar a la pregunta 4) [1] Sí [2] No sé
3. ¿Sabe qué diagnóstico le dieron? Especificar:	[0] No sabe o no recuerda [1] _____
4. ¿Su mamá ha bebido en exceso de manera que le ocasionaba problemas con la familia?	[0] No [1] Sí
5. ¿Su papá ha estado o estuvo deprimido? Esto quiere decir, que haya presentado síntomas como sentirse solo, triste o no tener ganas de hacer nada, al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted pensaría que estaba deprimido	[0] No [1] Sí [2] No sé
6. ¿Él ha acudido o acudió a consulta psiquiátrica?	[0] No (pasar a la pregunta 8) [1] Sí [2] No sé
7. ¿Sabe qué diagnóstico le dieron? Especificar:	[0] No sabe o no recuerda [1] _____
8. ¿Su papá ha bebido en exceso de manera que le ocasionaba problemas con la familia??	[0] No [1] Sí

### R. Recursos

Muchas gracias por compartirnos su estado de ánimo y las sensaciones que ha tenido en este proceso. Ahora le vamos a preguntar por algunas creencias y expectativas culturales.

### R\_RG. Roles de Género (Moya, 2016)

Le voy a leer una serie de afirmaciones sobre lo que se espera sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres, indíqueme por favor qué tan de acuerdo está con esas afirmaciones.

	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]

**R\_AS. Apoyo Social (Sherbourne y Stewart 1991; Rodríguez, 2017)**

Ahora le voy a preguntar por el apoyo que usted ha recibido de otras personas en este proceso (ILE).

1. Aproximadamente ¿con cuántas personas ha podido contar durante este proceso? *(pueden ser amigos o familiares). Escribir el número:*

---

2. ¿Quiénes son esas personas?  
*(Anotar todas las que sean necesarias)*

[1] Pareja  
 [2] Mamá  
 [3] Hermana  
 [4] Tía  
 [5] Prima  
 [6] Abuela  
 [7] Suegra  
 [8] Amiga  
 [9] Vecina  
 [10] Otra \_\_\_\_\_ persona  
 (Especificar \_\_\_\_\_)

**En general, ¿Con qué frecuencia esas personas la han apoyado de las maneras que mencionaré a continuación?**

	Nunca [0]	Casi Nunca [1]	A veces [2]	Casi siempre [3]	Siempre [4]
1. Le han ayudado cuando ha tenido que estar en cama	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
2. Ha contado con alguien cuando necesita hablar	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
3. Le han aconsejado cuando ha tenido problemas	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
4. La han llevado al médico cuando ha sido necesario	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
5. Le han mostrado amor y afecto	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
6. Le han hecho pasar un buen rato	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
	Nunca [0]	Casi Nunca [1]	A veces [2]	Casi siempre [3]	Siempre [4]
7. Le han informado y ayudado a entender mejor una situación	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
8. Ha confiado en alguien para hablar de sí misma y sus preocupaciones	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
9. Le han abrazado	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
10. Se ha podido relajar con alguien	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
11. Le han preparado la comida si no puede hacerlo	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
12. Le han dado un consejo que realmente necesitaba	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
13. Ha hecho alguna actividad con alguien para olvidar sus problemas	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
14. Le han ayudado con el quehacer si lo necesitaba	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
15. Ha compartido sus temores y problemas más íntimos	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

16. Le han aconsejado cómo resolver sus problemas personales	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
17. Ha hecho algo que realmente disfruta con alguien	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
18. Han comprendido sus problemas	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
19. Le han hecho sentir querida	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

Ahora por favor, dígame 3 palabras que reflejen cómo se siente en este momento:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**¡Muchas gracias!**

¿Tiene algún comentario sobre la entrevista o los temas que se trataron en ella?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota para la entrevistadora: Agendar cita para dentro de 3 semanas**

**Modo, fecha y hora del RECORDATORIO (T1):** \_\_\_\_\_

**Modo, fecha y hora de la ENTREVISTA (T1):** \_\_\_\_\_

**Especificaciones o comentarios para la siguiente entrevista:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Encuesta de satisfacción

**Por último le voy a hacer unas preguntas sobre la calidad de la atención que recibí y que son importantes para mejorar el servicio. Estas preguntas no son parte la entrevista que le acabo de hacer por lo que le pido que las responda sinceramente.**

1. El trato que recibió del personal en la Clínica de Salud sexual y Reproductiva fue:	[0]	Malo
	[1]	Regular
	[2]	Bueno
	[3]	Excelente
2. ¿Considera que la atención que recibió fue de calidad?	[1]	No
	[2]	Sí
3. Indique el lugar en donde NO FUE ATENDIDA ADECUADAMENTE y en qué servicio ocurrió:	[1]	Policía
	[2]	Recepción
	[3]	Trabajadora Social
	[4]	Enfermería
	[5]	Médico
	[6]	Laboratorio
	[7]	Ultrasonido

## Comentarios

4. ¿Recomendaría los servicios de la clínica a otras mujeres, incluyendo mujeres de su familia?	[0]	No, ¿por qué? _____ _____
	[1]	Sí
5. El tiempo de espera desde que llegó al momento que se le atendió fue de:	[1]	10 a 15 minutos
	[2]	16 a 30 minutos
	[3]	31 a 60 minutos
	[4]	Más de 60 minutos
6. La orientación e información en sala de espera, admisión, consejería, consultorio, quirófano, recuperación, fue:	[0]	Nula
	[1]	Insuficiente
	[2]	Suficiente
7. ¿Cómo se enteró de este servicio?	[1]	Médico/a
	[2]	Personal de una farmacia
	[3]	Promotor de salud
	[4]	Líder de la comunidad
	[5]	Miembro de un grupo de mujeres
	[6]	Amigo o familiar
	[7]	Línea telefónica
	[8]	Página de internet
	[9]	Otro (Especificar: _____)
8. ¿Cree usted que tuvo suficiente privacidad durante su estancia en esta unidad de salud?	[0]	No
	[1]	Sí
9. En general ¿Cómo calificaría usted la calidad del servicio que recibió en esta unidad de salud?	[0]	Mala
	[1]	Regular
	[2]	Buena
	[3]	Excelente

## Post-entrevista a llenar con Enfermería

1. ¿El procedimiento con medicamentos se completó en la primera cita de seguimiento?	[0]	<b>Aborto completo</b>
	[1]	<b>Saco gestacional (EXCLUSION)</b>
	[2]	<b>Embarazo con vitalidad (EXCLUSION)</b>
	[3]	<b>Otro</b> ( _____ )
2. Plan de seguimiento	[0]	Alta
	[1]	Misoprostol 800 mcg bucal (EXCLUSION)
	[2]	Misoprostol 400 mcg sublingual (EXCLUSION)
	[3]	Aspiración (EXCLUSION)
	[4]	Otro (EXCLUSION)
3. Si recibió el alta en la primera cita de seguimiento ¿Qué método anticonceptivo se llevó?	[0]	Ninguno: (Especificar razón: _____)
	[1]	DIU (cobre)
	[2]	MIRENA
	[3]	Inyecciones o ampollitas anticonceptivas
	[4]	Pastillas anticonceptivas
	[5]	Condón masculino
	[6]	Condón femenino

---

	[7]	Anticoncepción de emergencia
	[8]	Parche anticonceptivo
	[9]	OTB
	[10]	Vasectomía
	[11]	Implante anticonceptivo
4. Derivación a servicios de salud mental	[0]	No
	[1]	Sí
5. Nota sobre derivación (porqué, cómo y dónde):		

---