



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Mujeres que interrumpen un Embarazo Legalmente en  
CDMX:  
Motivos y Características Sociodemográficas**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**Ambar Nizayha Rodríguez Flores**

**DIRECTORA: Dra. Luciana E. Ramos Lira  
REVISORA: Dra. María Emily Reiko Ito Sugiyama**



Ciudad Universitaria, CD. MX. 2022



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.

Este es el producto del esfuerzo, el apoyo, la paciencia, las enseñanzas y la guía de muchas personas que han estado en uno de los procesos más importantes en mi vida.

A Luciana, que ha inspirado con su personalidad, sus palabras, trayectoria y logros.

A Karla y Luisa, por iluminar en momentos donde parecía no haber luz.

A Caty, Tere, Midiam, Oli, Lourdes, Raffaella, Maria Elena, Chio, Angi y demás integrantes del equipo con el que tuve la oportunidad de aprender y trabajar en uno de los proyectos que más he disfrutado.

A Paty Fuentes y Eunice, que sin la oportunidad y confianza que me otorgaron de trabajar con ellas probablemente no hubiera podido conocer a Luciana.

A mi revisora Emily y mis sínodos, Patricia, Rosa María y Rafael, por tener la apertura, dedicarle tiempo a mi trabajo y aportar mejoras con su gran visión.

A Ana, Gaby, Escarlett, Jorge, Lorena, Erick, Gris, Lili, Lupita, Rodrigo y Mons, por su ayuda, su compañía, sus palabras, su amor y compañía.

A mis abuelos y abuela, con el pesar de que la vida no nos dio tiempo suficiente para que celebráramos juntos el cierre de este ciclo. A la familia que estuvo al pendiente de mi en el proceso Daira, Madox, Joaqui, Isra, Noé y Pedro.

A los amores de mi vida, mi mamá, mi abuela Bety, mi papá y mi padrino que me inspiraron, impulsaron y han estado ante triunfos, fracasos, alegrías, penas, felicidad y amarguras.

**Mil gracias a todas y todos.**

*“Cada uno tenía su pasado encerrado dentro de sí mismo, como las hojas de un libro aprendido por ellos de memoria; y sus amigos podían sólo leer el título.”*

-Virginia Woolf

## Índice

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 1. LA LEGALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN CIUDAD DE MÉXICO .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN CIUDAD DE MÉXICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 EDAD.....	13
2.2 GRADO DE ESCOLARIDAD.....	13
2.3 LUGAR DE RESIDENCIA.....	14
2.4 ESTADO CIVIL.....	14
2.5 OCUPACIÓN .....	14
2.6 VIDA REPRODUCTIVA.....	15
2.6.1 Número Ideal de Hijos.....	15
2.6.2 Intervalo Protogenésico .....	16
2.6.3. Intervalo Intergenésico.....	16
2.6.4 Abortos Inducidos.....	16
<b>CAPÍTULO 3. MOTIVOS PARA INTERRUPIR UN EMBARAZO .....</b>	<b>18</b>
3.1 POSICIÓN DE LA MATERNIDAD.....	21
3.2 FACTORES SOCIOECONÓMICOS .....	22
3.3 RELACIÓN DE PAREJA .....	24
3.4 RIESGOS DE SALUD DE LA MUJER GESTANTE O DEL PRODUCTO .....	26
3.5 VIOLENCIA O PERCEPCIÓN DE ESTIGMATIZACIÓN.....	27
3.6 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y MOTIVOS PARA ABORTAR .....	28
3.6.1 La interrelación de las variables consideradas.....	31
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>34</b>
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	35
OBJETIVO GENERAL.....	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
<b>CAPÍTULO 4. MÉTODO .....</b>	<b>36</b>
4.1 PARTICIPANTES.....	36
4.2 DISEÑO .....	36
4.3 INSTRUMENTOS.....	36
4.4 PROCEDIMIENTO .....	37
4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	40
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
5.1 DESCRIPTIVOS.....	41
5.1.1 Características sociodemográficas .....	41
5.1.2 Antecedentes reproductivos .....	43
5.2 MOTIVOS PARA INTERRUPIR EL EMBARAZO .....	45
5.2.1 Categorización de los motivos para interrumpir el embarazo .....	46
5.2.1.1 Definición de categorías definitivas .....	47
5.2.1.2 Distribución porcentual de las categorías.....	49
5.3 DIFERENCIAS EN LOS MOTIVOS PARA INTERRUPIR UN EMBARAZO POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	50
5.3.1 Edad.....	50

5.3.2 <i>Escolaridad</i> .....	51
5.5.3 <i>Ocupación</i> .....	55
<b>CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>58</b>
6.1 DISCUSIÓN .....	58
6.2 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS PARA OTROS ESTUDIOS .....	65
6.3 CONCLUSIONES .....	65
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>69</b>
<b>APÉNDICES</b> .....	<b>76</b>
APÉNDICE A. TABLAS DE MOTIVOS ORIGINALES .....	77
APÉNDICE B. INSTRUMENTOS .....	85
APÉNDICE C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	89
APÉNDICE D. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	92
APÉNDICE E. TARJETA DE CONTACTO .....	94
APÉNDICE F. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA .....	95
APÉNDICE G. ADDENDUM DEL COMITÉ DE ÉTICA .....	96
APÉNDICE H. DIRECTORIO DE INSTITUCIONES .....	95

## Resumen

**Introducción.** 25 de los 56 millones de abortos inducidos anuales en el mundo son inseguros y al menos 23 mil mujeres mueren cada año. En la Ciudad de México, hay servicios públicos de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) que lo realizan hasta las 12 semanas y 6 días sin que las mujeres tengan que justificar causal alguna. Revisar el contexto en el que comenzó la legislación del aborto en la Ciudad de México, y conocer las características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres que habitan esta ciudad permiten dar un panorama de las condiciones las mujeres deciden abortar y por qué lo hacen. **Objetivo.** Identificar los motivos predominantes para abortar que tienen mujeres usuarias de una Clínica pública de ILE de Ciudad de México y su distribución por edad, nivel educativo y ocupación. **Método.** Estudio transversal y ex-post-facto realizado entre diciembre de 2015 y enero de 2016. Se entrevistaron 114 mujeres mayores de 15 años que acudieron a realizarse una ILE con medicamentos. Para este trabajo se consideran las preguntas sobre sus características sociodemográficas, de relación de pareja y convivencia con ella, de su historia reproductiva y particularmente las realizadas respecto a por qué decidieron interrumpir este embarazo. Los motivos reportados fueron reagrupados en categorías más amplias y se analizó su relación con las variables edad, escolaridad y ocupación con pruebas de  $X^2$  o pruebas t. **Resultados.** Se establecieron siete categorías de motivos que llevaron a las mujeres a decidir practicarse una ILE. Las más frecuentes fueron: contar con un plan de vida previo (71.1%), posición frente a la maternidad (63.2%) y tener dificultades económicas (62.3%). Los dos motivos en los que se encontraron diferencias por edad fueron el estigma social percibido ( $t_{(112)} = -3.163$ ,  $p < 0.002$ ), y los problemas de salud ( $t_{(112)} = 2.014$ ,  $p < 0.046$ ). En relación con la escolaridad, existieron diferencias significativas en el plan de vida ( $X^2_{(2)} = 8.124$ ,  $p = .017$ ); mientras que en el caso de la ocupación se observaron en problemas de salud ( $X^2_{(2)} = 28.160$ ,  $p = .000$ ) ( $X^2_{(2)} = 9.248$ ,  $p = .010$ ). **Conclusiones.** Puede haber más de un motivo para abortar y existe una diversidad de éstos dependiendo de etapa de vida, escolaridad y ocupación, aunque predominan el tener planes previos de vida, la postura que se tiene ante la idea de tener o no hijos -particularmente considerar que se han tenido los suficientes- y las dificultades económicas.

Palabras clave: Motivos, Interrupción Legal del Embarazo, características sociodemográficas

## Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad, las mujeres han llevado a cabo abortos inseguros, utilizando procedimientos autoaplicados que pueden ser altamente riesgosos e incluso pueden costarles la vida, lo que hace evidente su desesperación ante un embarazo inesperado: tisanas de perejil o de ruda, sondas, agujas de tejer, ganchos, jeringas, cucharas y pastillas de permanganato, entre otros (Mayo, 2002). Actualmente, existen métodos para realizar un aborto de manera segura, recomendados por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), como la toma de comprimidos o una intervención practicada en atención ambulatoria (OMS | Prevención del aborto peligroso, 2018).

A pesar de lo anterior, se estima que alrededor de 25 de los 56 millones de abortos inducidos anuales en el mundo (45%) son inseguros, y como consecuencia, al menos 23 mil mujeres mueren cada año (Aborto inducido a nivel mundial | Guttmacher Institute, 2016). Esto se relaciona con el hecho de que en muchos países el aborto está prohibido (Singh et al., 2009) siendo los que tienen más restricciones países mayoritariamente pobres o en desarrollo. Grimes et al. (2006) reportan que en América del Sur, África oriental y África occidental las mujeres tienen más probabilidades de tener un aborto inseguro que las que viven en otras regiones; por otro lado, Blancarte (2017) afirma que una de las cosas que caracterizan a América Latina es ser una de las regiones con más desigualdades en términos económicos y sociales.

Contar con leyes que regulan el acceso de las mujeres a un aborto realizado en el sistema de salud no los aumentan ni los disminuyen, pero sí impiden que sean inseguros y clandestinos. Por otro lado, la penalización del aborto no evita su práctica. “Mientras más restrictivo es el entorno legal, es mayor la proporción de abortos que son nada seguros, variando de menos del 1% en los países menos restrictivos al 31% en los países más restrictivos.” (Aborto inducido a nivel mundial 2017 | Guttmacher Institute, 2018).

Se estima que poco más de la mitad (54%) del total de embarazos no planeados en México se resuelve mediante un aborto inducido, a pesar de las restricciones legales en 28 de las 32 entidades (Embarazo no planeado y aborto inducido en México | Guttmacher Institute, 2016; IPAS, 2021). Cabe señalar que, en fechas recientes, el estado de Oaxaca (24 de octubre de 2019), Hidalgo (30 de junio del 2021) y Veracruz (20 de julio del 2021) despenalizó el aborto en cualquier circunstancia (IPAS, 2021). No obstante, se desconoce cómo se ha implementado la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). En Ciudad de México, las mujeres pueden solicitarla en los servicios públicos de salud hasta las 12 semanas y 6 días, sin tener que justificar ninguna causal.

En el resto de los 28 estados, la legislación es variable, aunque la única causal vigente en todos ellos es la violación, lo que tampoco es impedimento para que las autoridades o prestadores del servicio eviten realizar el procedimiento cuando una mujer lo requiera (IPAS, 2021; Lerner et al., 2016).

Ahora bien, se puede pensar que existen tantos motivos para abortar como mujeres que lo realizan. Sin embargo, aunque se cuenta con datos sobre algunas variables socioeconómicas de las mujeres que interrumpen el embarazo en los servicios públicos de Ciudad de México, no existen estudios sobre sus razones en este contexto de legalidad. Sell et al. (2015) refieren que la comprensión del significado del aborto inducido es todavía un fenómeno poco explorado por la investigación, siendo necesario abordarlo en relación con la situación sociodemográfica de las mujeres que lo realizan. Recordemos que el aborto inducido sigue siendo un evento altamente estigmatizado por lo que no es un tema del que se hable abiertamente, de ahí el interés de la presente tesis.

Por lo anterior, conocer el contexto en el que comenzó esta legislación y cómo se ha venido desarrollando, así como revisar las características sociodemográficas y reproductivas de las habitantes de Ciudad de México, puede dar un panorama para comprender las posibles



motivaciones de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo de manera legal. Para lograr este objetivo, el trabajo está estructurado de la siguiente manera:

El primer capítulo aporta información para contextualizar las condiciones legales y de los servicios de salud a las que las mujeres pueden tener acceso; el segundo muestra condiciones generales sociodemográficas y reproductivas de la población femenina en nuestro país para entender lo que las puede llevar a decidir interrumpir un embarazo inesperado; y el tercer capítulo aborda literatura de investigación sobre los motivos que tienen las mujeres para abortar en diferentes latitudes. Con base en esa información, se elabora el planteamiento del problema, se describe el método utilizado, los resultados encontrados, una discusión y conclusiones de esta investigación, así como las direcciones futuras.

Es verdad que hubo limitantes, pero se considera que los alcances buscados son la apertura a que el tema sea investigado a más detalle y profundidad, quitar mitos y estereotipos de las mujeres que abortan.

## **Capítulo 1. La legalización de la interrupción del embarazo en Ciudad de México**

Desde el año 1967 la Organización Mundial de la Salud reconoció al aborto inseguro como un grave problema de salud pública y de derechos humanos, debido a los riesgos para la salud y la vida de quienes se someten a abortos clandestinos. Las causas más importantes de muerte incluyen hemorragia, infección y envenenamiento, las cuales amenazan mayormente a las mujeres de países en desarrollo. Estas condiciones podrían prevenirse a través de intervenciones rentables de salud pública, incluida la educación sexual y reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos efectivos, la provisión por la ley de un aborto inducido y seguro y una atención humana de calidad después del mismo. El acceso a estos servicios deben ser un derecho fundamental de las mujeres, independientemente de dónde vivan (Grimes et al., 2006; Melgar et al., 2017; Fathalla, 2019).

En México, como en otras latitudes, se observan dos posturas totalmente opuestas: la de quienes se oponen a que el Estado otorgue la importancia y legalidad necesaria a los derechos sexuales y reproductivos, que en consecuencia apoyan marcos jurídicos restrictivos y por añadidura, la penalización del aborto; y la de quienes defienden la despenalización para tener un acceso legal y seguro al mismo (Melgar et al., 2017).

El siglo XX fue determinante para la vida sexual y reproductiva en nuestro país ya que, a nivel político, pasó de la sobrevaloración poblacional vista como sinónimo de riqueza de recursos humanos y ocupación de territorio, a ser una de las mayores preocupaciones para la regulación natal por los altos niveles de crecimiento poblacional. En los años noventa, la política se vio influida por la actividad de movimientos dirigidos por mujeres, gracias al fuerte cuestionamiento crítico de la academia alrededor de carencias y desigualdades en el tema de sexualidad y reproducción, y al señalamiento de la mala implementación y consecuencias de los programas de planificación familiar; lo cual otorgó una mayor importancia a los derechos humanos en general y reconocer la institucionalización de los derechos de las mujeres en los ámbitos reproductivos y sexuales (Lerner et al., 2017).

Para la legalización del aborto fue de suma importancia la denominada “Ley Robles” emitida en el año 2000, que incluyó tres causales que no implicaban un castigo en el entonces Distrito Federal (D.F.): malformación del producto, grave riesgo para la salud de la mujer y cuando el embarazo fuera producto por una inseminación artificial no consentida. Tiempo después, en 2004, se impulsaron reformas a la Ley de Salud y al Código Penal del D.F., que obligó a instituciones de salud a practicar abortos, incluyendo la objeción de conciencia (excepto en casos de emergencia). Otras leyes que dieron soporte legal fueron la Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres en 2006 y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en 2007 (Enríquez, com. per., agosto 2018).

Con este precedente jurídico, el 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la despenalización del aborto antes de la décima segunda semana de gestación, lo que conllevó una serie de reformas en los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal, así como del artículo 16 Bis 6 y la adición del artículo 16 Bis 8 a la Ley de Salud para el Distrito Federal (Enríquez, com. per., agosto 2018).

Actualmente, Ciudad de México (CDMX) cuenta con trece centros pertenecientes al servicio público de Salud Sexual y Reproductiva que brindan servicios de ILE de forma segura, confidencial y gratuita para las mujeres que habitan en alguna de las 16 alcaldías. Aquellas que residen en cualquier otra parte del país son atendidas con una cuota de recuperación definida por un estudio socioeconómico realizado por el personal de Servicio Social de cada unidad (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2015). La Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México (2021) en un reporte publicado el 30 de septiembre del 2021, menciona un total de 240,916 usuarias atendidas, y que en los años que se lleva ofreciendo la atención de ILE en el servicio público no se han registrado muertes maternas provocadas por los abortos realizados (Secretaría de las Mujeres, 2021).

Estos servicios no son la única opción a la que tienen acceso las mujeres, también existen clínicas, fundaciones y centros - (aproximadamente 70) con servicios privados que

manejan distintas tarifas para que las mujeres puedan ejercer su derecho a acceder a un aborto seguro. Cabe destacar que no se cuenta con un registro preciso ni oficial de las instituciones antes mencionadas, por lo que tampoco existen datos, ni oficiales ni específicos, de abortos realizados de las mismas (Clínicas de aborto en México DF, s. f.; Schiavon, 2017).

Después de haber presentado este breve panorama del contexto político y la regulación del sistema de salud, incluyendo la disponibilidad y accesibilidad a los servicios a los que las mujeres de CDMX pueden recurrir, se pasará a dar cuenta de las características de las que podrían ser las futuras usuarias de los mismos.

## **Capítulo 2. Características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres en edad fértil en Ciudad de México**

Los registros de las ILEs realizadas permiten observar que se han atendido a mujeres con distintas edades, estados civiles, niveles educativos, ocupación o historia reproductiva, por lo que para estimar el porcentaje de población atendida y la demanda futura resulta relevante revisar las estadísticas y datos oficiales de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva en Ciudad de México.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) en México, realiza la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) desde 1998, lo que ha permitido conocer los niveles y tendencias de la fecundidad y sus determinantes con preguntas relacionadas con las preferencias reproductivas, historia de embarazos, anticoncepción, salud materno-infantil, nupcialidad, entre otros, lo que hace posible estimar la fecundidad, así como dar seguimiento a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID], 2018).

Esta información resulta de gran utilidad en tanto proporciona cifras que ayudan a conocer las condiciones en las que se encuentran las mujeres entre los 15 y los 49 años<sup>1</sup> y que incluyen: a) edad, b) grado de escolaridad, c) lugar de residencia, d) estado civil, e) número ideal de hijos, f) intervalo protogenésico, g) intervalo intergenésico, h) uso de métodos anticonceptivos, i) y abortos inducidos (Consejo Nacional de Población [CONAPO] et al., 1999; CONAPO, 2017; Echarri, 2008).

---

<sup>1</sup> Cabe señalar que muchas mujeres se embarazan antes de los 15 años, a pesar de no encontrarse dentro del rango de edad fértil de la ENADID. En estas niñas y adolescentes, dichos embarazos reflejan claramente la falta de programas de planificación, y de servicios preventivos y efectivos de salud sexual y reproductiva, y la presencia de violencia o abuso sexual, maltrato infantil y uniones tempranas (Secretaría de Gobernación, 2018; Lerner et al, 2016). Sin embargo, lo anterior no quiere decir que las mujeres de entre 15 y 45 años estén exentas de sufrir algunas de estas problemáticas.

## **2.1 Edad**

En México, más de la mitad (52.6%) de la población total de las mujeres se encuentran en edad fértil. Las de 15 a 19 años representan el 8.7% del total; las de 20 a 29 años el 16.1%, mientras que las mujeres de 30 a 39 representan el 14.4%, y las de 40 a 49 el 13.4% del total (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

En Ciudad de México, hasta 2015 este grupo abarcaba el 53.1% de la población femenina total, y el grupo con más mujeres es el de 25 a 29 años pues representaba el 14.8%. Datos recientes reportan que la ciudad se encuentra en un rango de porcentaje entre 50% y 52.4%, debajo de la media nacional (CONAPO, 2017; INEGI, 2018).

Esto indica que la mitad de la población femenina que reside en Ciudad de México requiere de educación y servicios de salud relacionados con su vida sexual y reproductiva como clínicas, centros de salud u hospitales con especialistas en ginecología, que cuenten con los instrumentos necesarios, junto con un abordaje de la anticoncepción para ayudar a evitar embarazos no intencionales o infecciones de transmisión sexual. También cabe recalcar que existen estudios que señalan que el rango de edad más frecuente en que las mujeres recurren a la interrupción de un embarazo es el de 20 a 29 años (Guillaume y Lerner, 2008).

## **2.2 Grado de Escolaridad**

La escolaridad en mujeres en edad fértil ha cambiado considerablemente desde 1997, pues el porcentaje con primaria incompleta disminuyó de 19.5% a 8.6% en 2014. El número de mujeres que consiguieron concluir la secundaria o un grado mayor aumentó de 57.6% a 79.1% (CONAPO, 2016).

Se pudo percibir un crecimiento significativo en Ciudad de México en el nivel educativo, pues el porcentaje de mujeres sin escolaridad disminuyó de 2.2% en 1997 a 0.7% en 2014, y el

porcentaje con nivel de secundaria o más pasó de 75.5% a 92.0% en ese mismo periodo (CONAPO, 2016).

Si bien las cifras señalan un aumento en la educación escolar a la que las mujeres en edad fértil tienen acceso, el Estado mexicano ha hecho muy poco para incluir educación integral con perspectiva de género y educación sobre sexualidad en general (Tapia, 2017).

### **2.3 Lugar de Residencia**

Entre 1997 y 2014 la distribución de las mujeres que habitan en zonas rurales y urbanas en el país no ha tenido cambios significativos; en 2014, 21.5% de las mujeres en edad fértil residían en zonas rurales y el 78.5% en zonas urbanas (CONAPO, 2016).

El lugar de residencia tiene grandes impactos en la accesibilidad a la educación, el trabajo y la economía (Orjuela-Ramírez, 2012; Stotland y Shrestha, 2018). Existe evidencia de que las dificultades de acceso a servicios y recursos se asocia con el uso limitado de métodos de aborto seguros, ya que quienes residen en zonas urbanas tienden a tener más abortos seguros (Biney y Atligo, 2017).

### **2.4 Estado Civil**

Según los análisis de CONAPO (2017), en Ciudad de México la mayoría de las mujeres en edad fértil se encuentran solteras (42.1%), seguidas por quienes están casadas (30.2%); el porcentaje de las que se encuentran en unión libre es del 17.7% y las separadas representan un 6.7%; en niveles más bajos se encuentra el porcentaje de divorciadas (2.2%) y viudas (1.1%).

### **2.5 Ocupación**

A pesar de que se ha reportado que ha aumentado significativamente la cifra de población de mujeres en edad fértil que tienen acceso a la educación (CONAPO, 2016), se puede observar que más de la mitad de las mujeres que deciden continuar con su embarazo y llevarlo a término, no cuentan con una actividad remunerada.

Por otro lado, no se encontraron datos que facilitaran el reporte acerca de la ocupación de las mujeres que residen en Ciudad de México y que se encuentran en edad fértil.

## **2.6 Vida Reproductiva**

En nuestro país, la heterogeneidad de oportunidades a las que se tiene acceso y de normas socioculturales en la población, ha propiciado la coexistencia de diversas realidades sociales, lo que lleva a no poder atender las diversas necesidades bajo las mismas políticas públicas y una sola perspectiva social. Las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino; los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social y en general los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), se vinculan directamente con la morbilidad sexual y reproductiva (Cuenca et al., 2013).

Schiavon (2017) afirma que en México y en otros países, el aborto puede ocurrir en todas las mujeres en cualquier momento de su vida, independientemente de su condición y salud reproductiva y también se encuentra relacionado con la oportunidad de postergar responsabilidades maternas o finalizar la maternidad, ya que están incluidas quienes tienen hijos o no.

### **2.6.1 Número Ideal de Hijos**

El número ideal de hijos se da a conocer por las preferencias reproductivas que inciden en la descendencia final de la mujer. El número promedio de hijos que deseaban las mexicanas en edad fértil registrado en 2018 fue de 2.4 hijos por mujer a nivel nacional (INEGI, 2019); en Ciudad de México era de 1.34 hijos.

El lugar de residencia se encuentra asociado con la fecundidad, pues se ha visto que en regiones urbanizadas, las mujeres y sus parejas generalmente desean familias más pequeñas en comparación con las mujeres que residen en zonas rurales. En las mujeres que viven en zonas rurales, el promedio ideal de hijos es de 2.5 y el de las de zonas urbanas es de 1.9



(INEGI, 2019). Esto se ve permeado por el nivel de marginación de su hogar, el cual puede verse incluido o excluido de los beneficios de la modernización, tales como los logros educativos y el acceso a servicios de salud de calidad (Juárez et al., 2013).

### **2.6.2 Intervalo Protogenésico**

Este intervalo calcula el tiempo que existe entre la fecha de unión y el nacimiento del primer hijo, por lo que hace referencia al espaciamiento de los nacimientos. Un 45.2% de las habitantes de Ciudad de México tienen su primer hijo antes de cumplir el primer año de vivir en unión (CONAPO, 2017). Las madres de entre 25 y 34 años tienen su primer hijo a los 19.5 años, mientras las de entre 35 a 49, lo tienen a los 20.6 años en promedio (CONAPO, 2017).

### **2.6.3. Intervalo Intergenésico**

Éste hace referencia al cálculo del tiempo entre las fechas de cada nacimiento de los hijos. Al cotejar datos de Ciudad de México con los datos a nivel nacional, se observa un porcentaje más bajo de mujeres que esperaron menos de dos años para tener a su segundo hijo, siendo 25.9 y 28.3% respectivamente (CONAPO, 2017).

### **2.6.4 Abortos Inducidos**

Dado que en Ciudad de México el aborto está despenalizado, es posible conocer datos públicos recopilados por el Sistema de Salud Pública sobre las mujeres que acuden a una ILE.

El sistema de información de ILE en Ciudad de México, muestra en sus datos preliminares que desde abril del 2007 al 30 de septiembre del 2021, 240,916 mujeres han sido atendidas. Con respecto a la edad, se reporta que el 45.7% se encuentra entre los 18 a 24 años, un 23.7% entre 25 a 29 años, el 13.9% entre 30 a 34 años, 24.7% se encuentra entre los 35 a 54 años y de 11 a 17 años el 0.7%.

El 18% de quienes acuden al servicio, reportan contar con educación superior, el 43% tuvo acceso a educación media superior y el 39% restante tuvieron acceso a educación básica. En cuanto al estado civil, el 54% son solteras, el 41% viven en unión libre o están casadas, el

3% son divorciadas, el 0.03% son viudas y el 1% prefiere no especificar su estado civil (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo, 2019; Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo, 2021).

En relación con su ocupación, el 31.5% se dedican al hogar, el 24.5% de las mujeres son estudiantes, el 27.4% son empleadas, el 5.3% son comerciantes, el 0.6% se dedican al trabajo doméstico, el 0.7% son profesionistas y el 0.2% son obreras, el 2% menciona otro tipo de ocupación y el 5.3% se encuentra sin empleo (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo, 2019). De estas mujeres, el 28.6% no tiene hijos, el 20.6% tienen un hijo, el 15.5% tiene 2 hijos, el 7.8% tiene 3 hijos o más, mientras que el 27% prefiere no especificar si tiene hijos. El número de mujeres que llevan a cabo un procedimiento mediante medicamentos es de 189,003 (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo, 2021).

Esta información permite conocer algunas características de las mujeres que requieren de los servicios que otorgan las clínicas de ILE; sin embargo, estos datos no incluyen las motivaciones para decidir realizar un aborto, por lo que a continuación se explorará la literatura sobre el tema.

### **Capítulo 3. Motivos para interrumpir un embarazo**

Las razones del porqué las mujeres recurren a un aborto pueden ser muy diversas y pueden estar influidas por la edad, la etapa del ciclo de vida, el número de hijos que desean tener, su condición social así como su forma de vida, sus creencias morales y religiosas, el significado que le atribuyen a maternidad, la aceptación social de un embarazo fuera del matrimonio, el querer retrasar o detener la maternidad, sus expectativas y plan de vida, así como los recursos y estabilidad económica con los que cuentan para criar un hijo y el contexto sociopolítico (Bankole et al., 1998; Ferrer y Solsona, 2018; Finer et al., 2005; Guillaume y Lerner, 2008; Rondón, 2009).

Dos revisiones sistemáticas y cinco artículos fueron consultados con el fin de dar cuenta de estas razones, y observar si los motivos para interrumpir un embarazo se asocian con determinadas características.

La revisión de Bankole et al. (1998) incluyó artículos de veinte países del África Subsahariana, Asia, Latinoamérica y países desarrollados, que hacían referencia a encuestas representativas a nivel nacional, estadísticas oficiales gubernamentales, estudios realizados en comunidad, hospitales y clínicas, y datos extraídos de registros médicos. La de Kirkman et al. (2009) actualizó los artículos, incluyendo diecinueve provenientes de Suecia, Estados Unidos, Grecia, Canadá, Australia, Dinamarca, Holanda y Noruega, que abarcaban tanto estudios cuantitativos como cualitativos realizados en clínicas públicas y privadas donde practicaban abortos, con el objetivo de identificar las razones que daban las mujeres para realizarlo.

En cuanto a los artículos, se incluye entre otros, el de Finer et al. (2005) quienes evaluaron las circunstancias de la vida de 1,209 mujeres que realizaron un aborto en E.U en once clínicas y consultorios privados, y un hospital. Utilizaron una encuesta estructurada autoaplicada, disponible en español e inglés. La primera pregunta era abierta: "Describa brevemente por qué elige abortar ahora. Si tiene más de una razón, enumérelas todas, comenzando por la más importante"; las doce preguntas posteriores eran sobre los motivos

para abortar en tres grandes categorías ("Tener un bebé cambiaría drásticamente mi vida", "No puedo sostener a un bebé ahora" y "No quiero ser madre soltera o tener problemas de relación") y dentro de ellas, sub-categorías. Se permitieron respuestas múltiples y se proporcionó un espacio para escribir los motivos que no estaban numerados y aquellos que no encajaban en ninguna de las categorías proporcionadas.

Otros dos artículos se derivaron de una muestra de 954 mujeres, participantes de un estudio longitudinal realizado en E.U. denominado "Turnaway"<sup>2</sup>. El de Biggs et al. (2013) identificó las razones para abortar que dieron las mujeres en el estudio. Las participantes fueron reclutadas de 30 centros diferentes, en los cuales recibían atención para llevar a cabo un aborto, en el cual les brindaron el servicio o les fue negado. Las mujeres fueron seleccionadas según su edad, idioma hablante (inglés/español) y edad gestacional (13 semanas o menos, 14 a 19 semanas y 20 semanas o más); se les contactó vía telefónica para su participación, una vez que aceptaban se les agendó una entrevista telefónica ocho días después. Se realizaron dos preguntas abiertas para explorar sus razones para buscar un aborto 1) "¿Cuáles son las razones por las que decidió abortar?", 2) "¿Cuál diría que fue la razón principal por la que decidió abortar?", las respuestas a ambas preguntas se combinaron para identificar todas las razones dadas por las encuestadas. El otro es el de Chibber et al. (2014), que examinó la influencia de la pareja en la toma de decisión sobre el aborto de las mujeres utilizando las mismas dos preguntas.

El siguiente, de Biney y Atligo (2017), utiliza datos de la Encuesta de Salud Materna de Ghana de 2007 levantada utilizando un muestreo aleatorio estratificado por región y residencia

---

<sup>2</sup> Este es un estudio longitudinal prospectivo. De 2008 a 2010, se reclutaron de 30 centros de aborto en todo el país, aproximadamente a 1,000 mujeres que buscaron abortar, algunas lo pudieron llevar a cabo porque se presentaron para recibir atención antes el límite gestacional de la clínica, mientras que otras fueron "rechazadas" y sus embarazos llevados a término porque habían pasado dicho límite.

A partir de 2010 se entrevistaron por teléfono a las participantes durante un período de cinco años, que finalizó en diciembre de 2015. Información disponible en: <https://www.ansirh.org/research/turnaway-study>

rural y urbana de distintas regiones, con el objetivo de examinar los motivos para finalizar un embarazo inesperado. Las mujeres fueron incluidas si residían en el hogar de la muestra y tenían entre 15 y 49 años. Participaron 552 que habían interrumpido un embarazo dentro de los cinco años anteriores a la encuesta. Encontraron que aproximadamente la mitad de las encuestadas tuvieron sus abortos más recientes entre las edades de 20 y 29 años, y más de una cuarta parte interrumpieron sus embarazos cuando eran adolescentes.

Finalmente, se revisó el artículo de Chae et al. (2017), quienes afirman que existen mujeres que no cuentan con el acceso o atención que ofrecen los centros abortivos, por lo que es difícil contar con motivos que representen a todas las mujeres en tan diversas circunstancias. Por ello, las investigadoras se propusieron presentar razones dadas por mujeres para obtener abortos inducidos en trece países diferentes (Armenia, Azerbaiyán, Bélgica, República del Congo, Gabón, Georgia, Ghana, Jamaica, República Kirguisa, Nepal, Rusia, Turquía, Estados Unidos, Suiza). Recolectaron datos de estadísticas oficiales estandarizadas, de encuestas demográficas y de salud poblacionales de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) y de pacientes que abortaron en diversos contextos, incluyendo zonas rurales y urbanas.

Quienes informaron un aborto en el período de cinco años antes de la encuesta fueron incluidas en los análisis; si se informaba de más de un aborto, solo se incluyó información sobre el aborto más reciente. La razón principal fue recolectada, en once países, utilizando la pregunta cerrada: “¿Cuál fue la razón principal por la que decidió hacerse este aborto?”; en Turquía la respuesta fue abierta; en Estados Unidos fue una encuesta autoaplicada con la pregunta “Describa brevemente por qué elige abortar ahora. Si tiene más de una razón, enumere todas, comenzando por la más importante”, las preguntas posteriores relacionadas se utilizaron para codificar las múltiples razones de las mujeres para tener un aborto; en Suecia se les dieron preguntas autoaplicadas en donde pudieron elegir respuestas múltiples, pero no recolectaron la razón principal (Chae et al., 2017).

Los motivos que han sido detectados pueden ser agrupados en las siguientes categorías (posición frente a la maternidad, factores socioeconómicos, relación de pareja, riesgos de salud de la mujer gestante o del producto, violencia o percepción de estigmatización). A continuación, se describe a mayor detalle cada una de ellas.

### **3.1 Posición de la maternidad**

Estos motivos están influidos por el querer retrasar o detener la maternidad en razón de las expectativas y plan de vida, la edad, etapa del ciclo de vida, número de hijos que la mujer desea tener, condición social, así como su forma de vida, creencias morales y religiosas, el significado que le atribuyen a maternidad, obligaciones actuales o inmadurez (Guillaume y Lerner, 2008; Rondón, 2009; Sell et al., 2015; Stotland y Shrestha, 2018).

En un estudio se encontró que entre la mitad y dos terceras partes de las participantes dijeron que “no quiere tener hijos o tener más hijos”. En los Países Bajos, el 13% mencionó esta como una razón contribuyente para su decisión ya que eran demasiado jóvenes, alcanzando ésta el 30% en E.U. (Bankole et al., 1998).

Otras autoras (Kirkman et al., 2009) reportan que una tercera parte de las mujeres que incluyeron en su estudio consideraba tener el número adecuado de hijos, resaltando que un poco más de la mitad de quienes eligieron esta opción no tenían hijos. Lo anterior podría ser atribuido a que tienen la sensación de no estar preparadas para la maternidad y el deseo de no interrumpir la educación, el trabajo o los planes de vida, ser demasiado jóvenes, aún no querer ejercer su maternidad o desearla posponer.

Finer et al. (2005) reportan que la razón mayormente elegida para abortar fue que “tener un bebé cambiaría drásticamente mi vida” con un 74%; casi cuatro de cada 10 mujeres indicaron que habían completado su maternidad, casi un tercio “no estaba lista para tener un hijo”.

Por otro lado, las autoras notaron que hubo un aumento en el porcentaje entre los años 1987 y 2004 del 28% al 38% de mujeres que explicaron haber completado su maternidad, y en una disminución del 27% al 22% en quienes “no se sentían lo suficientemente maduras” (Finer et al., 2005).

En uno de los artículos basados en el estudio “Turnaway” se informó que un 36% de las encuestadas señalaron que no era el momento adecuado para un bebé, usando frases como “no estaba lista”, “no era el momento adecuado”, “no tener el suficiente tiempo o estar demasiado ocupada para tener un bebé” o alegar tener una edad muy avanzada. Otras más expresaron sentirse emocional o mentalmente poco preparadas para criar a un niño/a en este momento (19%), o que su dependencia de los demás o la falta de madurez era una razón para elegir el aborto (7%), algunas mujeres sintieron que eran demasiado jóvenes, incapaces de cuidarse a sí mismas o demasiado dependientes de otras personas para criar a este bebé (Biggs et al., 2013).

En el estudio de Biney y Atligo (2017), la tercera parte (30.7%) señaló espaciar o retrasar nacimientos como su razón principal para posponer su maternidad (Biney y Atligo, 2017). Entre 2008-2010 36% de las mujeres señalaron que no era el momento adecuado para un bebé, mientras que en Suecia el 60% de las usuarias prefirieron posponer su maternidad (Chae et al., 2017).

### **3.2 Factores socioeconómicos**

Otros motivos se ven relacionados con los recursos y la estabilidad económica con los que cuentan para criar un hijo (Guillaume y Lerner, 2008; Rondón, 2009; Sell et al., 2015). Opciones como, “interrupción de los estudios o del empleo”, “falta de apoyo de la pareja”, “calidad de educación a los hijos que ya tiene”, “pobreza”, “desempleo”, “falta de recursos para sostener a más hijos” fueron elegidas por entre la cuarta parte y poco más del 50% de mujeres tanto de países desarrollados y en desarrollo. De un 30% a un 68% citó a la pobreza como un

motivo para su decisión en cuatro de siete países con datos disponibles; y quienes refieren razones socioeconómicas generales como la principal para tener un aborto variaron del 10% al 86% según sea su ubicación geográfica (Bankole et al., 1998).

También se menciona que “las condiciones son inadecuadas o limitadas para criar a un niño o los efectos adversos en los niños ya existentes”, o “un nuevo bebé abarcan privar a los niños que ya tenían de recursos financieros, emocionales, de tiempo y espacio” (Kirkman et al, 2009).

Existe un porcentaje más elevado que reporta que: “no puedo mantener a un bebé ahora” (73%), “no puedo mantener un bebé por no estar casada” (42%), “un bebé interferiría con mi empleo o carrera” y “un bebé interferiría con mis estudios” (38% en ambos casos), así como “no podría sostener un niño porque soy estudiante o planeo estudiar” (34%) (Finer et al., 2005). Entre los años de 1987 a 2004, el motivo de no tener un bebé porque interferiría con su trabajo o carrera, disminuyó de 50% a 38%, mientras que el tener hijos u otras personas dependientes es una razón para no tener otro hijo aumentó del 22% al 32% (Finer et al., 2005).

Estos motivos también son nombrados razones financieras, en las cuales las mujeres expresan preocupaciones porque “no tienen los medios”, “todo se reduce a dinero”, “no pueden permitirse el lujo de mantener a un niño”, “falta un seguro y/o incapacidad para obtener asistencia del gobierno”, “incapacidad para mantener al niño sin contar con la ayuda del gobierno” (40%). Una porción más pequeña informa que un bebé “interferiría con su escuela” (14%) o “carrera” (7%), y aproximadamente el 5% de las encuestadas explicaron que su contexto de vivienda no era adecuado para tener un hijo (Biggs et al., 2013).

Chibber et al. (2014) encontraron que el 39% de las mujeres que identificaron falta de apoyo de la pareja también enfatizaron su propia incapacidad financiera para criar a un hijo en ese momento.



El estudio realizado en Ghana encontró que un 20.8% de las mujeres declaró las limitaciones financieras como principal razón para abortar, siendo las que vivían en zonas rurales las que tendieron a reportarlas más frecuentemente (Biney y Atligo, 2017).

Por otro lado, con base a las estadísticas de trece países, se muestra que en seis la razón más comúnmente informada estaba relacionada con las preocupaciones socioeconómicas; los porcentajes de elección de este motivo fueron desde el 27 al 40%. En E.U. reportaron más de una razón y la falta de preparación financiera fue una de las elegidas, representando un 56% (Chae et al., 2017).

### **3.3 Relación de pareja**

También se encuentran motivos que están influidos a la aceptación social de un embarazo fuera de una unión como el matrimonio, el estado civil, la existencia o ausencia de pareja, la estabilidad con la pareja al momento de decidir el aborto e inclusive por violencia ejercida por ésta (Chibber et al., 2014, Guillaume y Lerner, 2008; Rondón, 2009; Sell et al., 2015).

Al respecto, cabe señalar que el motivo “su pareja no está de acuerdo con el embarazo”, alcanzó entre el 25% y el 42% en cuatro estudios (Chile, Honduras, México y Nigeria) (Bankole et al., 1998). Kirkman et al. (2009) por su parte, aunque no reportan porcentajes, mencionan que muchas de las razones que las mujeres dan para tener una interrupción del embarazo se centran en su pareja: “por la ausencia de pareja o porque la relación era problemática”, “inestable o demasiado nueva”, “la renuencia para ser padre” -ya que las mujeres a menudo prefieren no criar a un hijo solas-, “su infidelidad”, “alcoholismo”, “abuso físico” o “el embarazo se dio con otra persona que no es su pareja”.

Finer et al. (2005) por su parte, reportan que casi la mitad (48%) de su muestra habló de “problemas de relación o un deseo de evitar la maternidad soltera”. En el mismo artículo se

hace una comparación entre los años 1987 y 2004, encontrando que la proporción del motivo de aborto, “usted y su pareja no podían o no querían casarse”, pasó de un 30% a un 12%.

Las razones relacionadas con la pareja fueron reportadas por un tercio (31%) de las encuestadas por Biggs et al. (2013); el 6% eligió a la pareja como su única razón para buscar el aborto, incluyendo no tener una relación “buena” o “estable” con el padre del bebé, “querer casarse primero”, “no tener una pareja de apoyo”, estar con el “hombre equivocado”, tener una pareja que no quiere el bebé y “tener una pareja abusiva”. El 7% de las respuestas se caracterizaron por el deseo de que el bebé tuviera un padre, o la sensación de que el padre del bebé no era adecuado.

También hay evidencia más específica como la de Chibber et al. (2014), que reportan que el 26% de las mujeres entrevistadas dijeron que su pareja no pudo o no quiso ayudarla a tener un bebé, porque no estaba físicamente cerca para apoyarla y cuidar a un niño (situaciones en que las parejas estaban en la cárcel o se habían mudado por razones profesionales/educativas); que su pareja no era financieramente capaz de mantener a un niño, "no estaba listo para convertirse en padre" o no era "lo suficientemente responsable" para criar a un hijo, o que no apoyaba a la mujer en la crianza de sus hijos existentes y, por lo tanto, era poco probable que la apoyara con un nuevo bebé.

El 21% de las mujeres del mismo estudio identificaron características precisas de la pareja que lo convertían en el "tipo equivocado" para tener un bebé, lo que incluía describirlo como no ser el tipo de persona con quien la mujer imaginó un futuro o con quien quería un bebé, estar casado con otra persona, que fuera ya padre en otra relación, que no fuera del esposo, o que usara drogas. El 27% quería casarse antes de tener hijos o quería criar hijos con una pareja. El 5% mencionó específicamente querer casarse antes de tener un bebé.

El 22% no quería ser madre soltera, la mayoría explicó que, debido a su pareja actual, tendrían que criar al niño por su cuenta; algunas mujeres también expresaron miedo y ansiedad ante la perspectiva de criar a un hijo sin ayuda; otras también hicieron hincapié en no querer

asumir la carga de la crianza de los hijos ellas solas; varias mujeres expresaron que ser madre soltera no era su preferencia sobre cómo criar hijos.

El 10% dijo que su pareja no quería al bebé o que no estaban interesados en tener un bebé, sin aludir a la coerción; muchas de las entrevistadas que mencionaron que su pareja no quería al bebé también describieron las limitaciones personales; algunas indicaron que habían decidido mutuamente con sus parejas buscar un aborto (Chibber et al., 2014).

### **3.4 Riesgos de salud de la mujer gestante o del producto**

Los motivos relacionados con los riesgos de salud como las posibles afectaciones de salud del producto y la propia salud de la mujer embarazada incluyen distintas complicaciones a lo largo del embarazo hasta incluso costarle la vida. Englobando enfermedades crónicas, trastornos por alcohol y otras sustancias (Guillaume y Lerner, 2008; Stotland y Shrestha, 2018)

La revisión de Bankole et al. (1998) registró los riesgos de salud como la razón principal (entre un 20% a 38%) en tres países (Kenia, Bangladesh e India); este factor es aparentemente menos importante en América Latina y en los países desarrollados estudiados (Bankole et al., 1998).

Rara vez se informó que los malformaciones fetales o posibles problemas del bebé motivaran la decisión de abortar; las mujeres indias fueron las más propensas a reportar el presentar malformaciones fetales como la razón más importante (11%); del 5% al 8% de las mujeres en otros tres países en desarrollo (Corea del Sur, Taiwán y Tailandia) también mencionaron esto como su razón principal. En E.U., un 8% de las mujeres que reportaron las malformaciones fetales como una razón contribuyente, dijeron que un médico les había informado que el feto podría estar deformado o anormal (Bankole et al., 1998).

Kirkman et al. (2009) describen que los riesgos que pueden percibir las mujeres para su salud física o mental tuvieron relación con "miedo a dar a luz", estar "cansada, agotada" y

"demasiado vieja"- En los relacionados con la salud del producto dicen "no querer tener un hijo discapacitado", "la mala salud o daño del feto que se veía comprometida por la falta de atención prenatal", "el riesgo de defectos congénitos por edad materna avanzada", "antecedentes de aborto espontáneo" y "el uso de drogas maternas lícitas o ilícitas". Por su lado, Finer et al. (2005) reportan que un 13% de sus participantes mencionan posibles problemas que afectan la salud del feto y un 12% inquietudes o problemas sobre su salud como motivos para abortar.

Un país que ha sido detectado con uno de los porcentajes más altos en cuanto a las razones relacionadas con riesgos de salud de la mujer es la República Kirguisa (que era parte de la extinta URSS) con 44% (Chae et al., 2017).

### **3.5 Violencia o percepción de estigmatización**

Es posible que algunas mujeres aborten por motivos de este tipo y puedan presentar mayor malestar psicológico por la propia historia de abusos y adversidades después de un aborto (Guillaume y Lerner, 2008; Sell et al., 2015; Ditzhuijzen et al., 2019).

La revisión de Bankole et al. (1998) mostró que un motivo compartido en diez distintos países era: "está muy joven y sus padres u otras personas se oponen a su embarazo", reportado como principal en más del 10% de las mujeres y entre el 20% al 37% en cinco de los artículos (tres en América Latina y dos en África Subsahariana).

Menos del 10% de las mujeres mencionan como motivos primarios la clasificación "otro", la proporción alcanzó el 14-16% en los estudios checos y de Sri Lanka, en la mayoría de los estudios los motivos que cayeron en la categoría "otros" generalmente no se especificaron, especialmente porque los estudios en su mayoría prestaron poca atención a por qué las mujeres buscan el aborto en general; algunas de las razones más delicadas para el aborto que probablemente se clasifiquen como "otro" incluyen la violación o el incesto (que rara vez se

mencionan), la selección de sexo y la presión ejercida por otros para tenerlo (Bankole et al., 1998).

Algunas autoras hacen visible la influencia de “otros”, la cual no siempre es clara, y puede abarcar la presión para abortar que se identifica con individuos específicos o con la sociedad en general (Kirkman et al., 2009). Esto se confirma con la mención de la influencia de amigos y/o familiares como la principal razón para abortar en el 5% de las mujeres; el 2% temía que tener un bebé tuviera un impacto negativo en su familia o amigos y una proporción igual no quería que otros supieran sobre su embarazo o temía el juicio o la reacción de los demás, una mujer temía lo que la familia pudiera pensar acerca de que ella tuviera un hijo birracial; considerando que contaron con n=954, una pequeña minoría reportó influencias o presiones de familiares o amigos ( 1.1%). Quienes dieron razones de no querer un bebé o colocarlo en adopción fue el 4% de las mujeres, un número más pequeño de mujeres (0.7%) mencionó que la adopción no era una opción (Biggs et al., 2013).

En otro caso, el 8% de las mujeres dijeron que buscaron abortos porque tenían parejas abusivas, el abuso incluyó ser golpeada, amenazada, violentada psicológicamente o violada; algunas participantes explicaron que les preocupaba que el abuso persistiera incluso después del parto, y que no querían criar niños en entornos abusivos; otras explicaron que tener un bebé sería un elemento que les complicaría finalizar su relación abusiva (Chibber et al., 2014).

### **3.6 Características sociodemográficas y motivos para abortar**

La interpretación retrospectiva del aborto depende del crecimiento personal y vivencias experimentadas por la mujer, al mismo tiempo de sus circunstancias. Como ya se mencionó, la experiencia del aborto no es idéntica para todas las mujeres y varía según las particularidades que dieron lugar a la decisión de abortar, de tal forma que los motivos expuestos no son mutuamente excluyentes. Es importante explorar detalles relacionados con estas particularidades y las situaciones sociodemográficas de quienes acceden a servicios de aborto

para tener una mayor comprensión. Para colaborar en este fenómeno que ha sido poco investigado (Rondón, 2009; Sell et al., 2015), a continuación se expone una breve descripción a partir de los datos arriba presentados.

Orjuela-Ramírez (2012) describe que las mujeres que interrumpen un embarazo son aquellas que tienen un empleo con jornadas laborales muy extensas y con actividades fuera del hogar, así como adolescentes o mujeres que no cuentan con una autonomía financiera o recursos propios. La autora señala que la escolaridad se asocia de manera directa, pues muchas mujeres quieren continuar estudiando para consolidar su carrera laboral o mejorar su nivel educativo de modo que puedan tener una participación competente a las demandas del mercado laboral.

Finer et al. (2005) relacionaron algunos de los motivos que informaron las mujeres con la edad que tenían, encontrando que las mujeres de 30 años o más tenían muchas menos probabilidades que las de 17 años o menos de citar “interferencias educativas o profesionales”, quienes “no podían permitirse tener un hijo ahora” que fue comúnmente dada por jóvenes adolescentes y mujeres de 20 a 24 años, cabe mencionar que en la investigación de Biggs et al. (2013) el 36% de las participantes es perteneciente a este rango de edad, y quienes reportan razones con finalizar su maternidad y responsabilidad con otros dependientes se ven más relacionadas con características de mujeres mayores de 18 años.

Datos más recientes muestran que las mujeres más jóvenes con frecuencia informaron querer posponer/espaciar a los hijos y las preocupaciones relacionadas con la pareja, y las mayores comúnmente dicen limitar la maternidad y otras razones (Chae et al., 2017). Por ejemplo, en el caso de Chibber et al. (2014), se menciona que más mujeres de 25 años o más identificaron a la pareja como una razón para buscar abortos que las de 15 a 19 años (37% frente a 24%).

También se ha encontrado que una mayor proporción de mujeres más educadas dio razones relacionadas con la “interferencia en la escuela o su carrera profesional”, mientras que

las mujeres con menor educación eligieron motivos relacionados con las responsabilidades hacia otros dependientes y con la finalización de su maternidad (Finer et al., 2005).

Por su parte Biggs et al. (2013) hablan de que las mujeres que dieron razones financieras para buscar un aborto tenían más probabilidades de tener un mayor nivel de educación (OR, 1.41, IC del 95%, 1.05-1.90). Adicionalmente, las probabilidades de señalar a la pareja como una razón para buscar el aborto fueron más altas entre las mujeres más educadas en comparación con las menos educadas (OR, 1.55; IC del 95%, 1.12–2.15) (Chibber et al., 2014).

En un estudio de Chae et al. (2017), las participantes con un menor nivel educativo reportaron preocupaciones relacionadas con sus parejas, y las mujeres más educadas informaron hacerlo para posponer/espaciar la maternidad; y específicamente en Ghana, las mujeres con menor escolaridad mencionaron las preocupaciones de las parejas como una razón clave, mientras que las mujeres que alcanzaron un mayor nivel educativo reportaron ser demasiado jóvenes para ser madres u objeciones familiares al respecto.

En un análisis multivariado (Finer et al., 2005), variables económicas y el estado civil resultaron estadísticamente significativas: las mujeres casadas, que se encontraban en la categoría de ingresos más altos y que tenían empleo, tenían menos probabilidades de decir que no podían mantener un bebé (OR, 0.4-0.6).

Otros hallazgos muestran que las mujeres casadas y divorciadas refieren motivos asociados con la conclusión de su maternidad y con las responsabilidades que tienen con otros dependientes; más mujeres solteras o que cohabitan, tienen inclinación a mencionar limitaciones financieras; usuarias que informaron nunca haberse casado y que no tienen hijos señalan razones tales como la “interferencia con su escuela o carrera” (Finer et al., 2005).

También se ha encontrado que quienes eligen motivos relacionados con la maternidad soltera y problemas de relación, son mujeres solteras que no estaban cohabitando; en el análisis multivariado arriba citado (Finer et al., 2005), se encontró que quienes antes estaban

casadas y las que no vivían en pareja tenían mayores probabilidades de dar como razón (OR, 2.1) el miedo a la maternidad soltera o los problemas de relación; mientras que las que viven en pareja y están casadas tenían probabilidades reducidas de señalar este motivo (OR, 0.3 a 0.5).

Otras autoras aseguran que quienes expresan motivos relacionados con razones financieras (aproximadamente el 82% de las mujeres se encontraban en esta situación) tienen menos probabilidades de ser separadas, divorciadas o viudas (OR, 0,54; IC, 0,34-0,86) que ser solteras/nunca haber estado casadas. Las mujeres mayores (OR, 1.03; CI, 1.0, 1.07) y que estaban separadas, divorciadas o viudas (OR, 2.22; CI, 1.40, 3.53) tenían mayores probabilidades de dar razones relacionadas con la pareja (Biggs et al., 2013).

Los datos de Chibber et al. (2014) muestran más mujeres que no estaban en una relación identificaron motivos relacionados con la pareja como una razón para buscar un aborto (51%), en comparación con las mujeres que mantenían una relación con el hombre con el que se embarazaron (22%).

Informes recientes muestran que, en tres países africanos, las mujeres casadas tenían más probabilidades de referir el aborto para posponer/espaciar a los hijos, mientras que las mujeres solteras tenían más probabilidades de informar que abortaban porque eran demasiado jóvenes para tener hijos o porque existían objeciones familiares (Chae et al., 2017).

### **3.6.1 La interrelación de las variables consideradas**

Todas las complejidades experimentadas por las mujeres que tienen un embarazo inesperado, no planeado o no deseado en un contexto social dado, pueden configurarse como barreras o como facilitadores para interrumpir su embarazo (Ferrer y Solsona, 2018). Algunas autoras (Kirkma et al., 2009; Ferrer y Solsona, 2018) hablan de la falta de deseo de ser madre en el momento en que ocurre un embarazo inesperado, no deseado o no planeado, o de no



querer ser madre en un futuro, ya que durante todo el proceso de la toma de decisión dejan de lado las exigencias sociales y viven momentos de tensión.

Las mujeres que ven como opción viable la interrupción del embarazo, tienen dos opciones: 1) sentirse obligadas a proporcionar una justificación de su decisión en un lenguaje que sea social o legalmente aceptable para el sistema de salud; 2) considerar explicaciones como parte de un proceso que las lleva a una decisión racional. Es aquí en donde la posición de los amigos y la familia se vuelve importante para esta elección, por lo que, si las personas cercanas dictan normas sociales rígidas sobre la maternidad o están en contra de continuar el embarazo, hacen aún más complicado para las mujeres tomar esta decisión (Kirkma et al., 2009; Ferrer y Solsona, 2018).

Sorhaindo et al. (2014) en un estudio exploratorio, señalan que el estigma del aborto se ve influido por normas que otorgan un alto valor a la maternidad y por un discurso católico conservador; algunas respuestas de los y las participantes de su investigación describieron al aborto como una "marca indeleble" en la identidad de una mujer y al "castigo divino" como consecuencia. Las respuestas encontradas en Ciudad de México a menudo diferían de las posturas más conservadoras que en las otras entidades federativas.

Las mujeres no sólo se ven influenciadas por el estigma social que llegan a percibir, sino que también lo hacen por el estigma internalizado que han adquirido a lo largo de la vida, ya que en una sociedad en donde la anticoncepción aparentemente está ampliamente disponible, los embarazos inesperados no son socialmente aceptables, de manera que se tiende a culpar a las mujeres por la anticoncepción mal administrada, y de ahí que puedan sentirse culpables y responsables (Hanschmidt et al., 2016; Ferrer y Solsona, 2018). En consecuencia, una vez que una mujer ha terminado el proceso de interrupción, se siente obligada a mantener el secreto, lo que se asocia con angustia y aislamiento social, ya que también ella se ve atravesada por sus creencias o valores personales, los que pueden ocasionar que no se sienta cómoda con la decisión. Este caso no sólo se puede presentar con

las usuarias que asisten a los servicios, sino que también se puede ver reflejado en los prestadores del mismo (Hanschmidt et al., 2016; Ferrer y Solsona, 2018).

Las disyuntivas a las que se enfrentan las mujeres que quieren llevar a cabo un aborto por todo lo que rodea a esta decisión, exigen entender los elementos que incitan a pensar que es la mejor opción en un momento dado. Estas son las particularidades que se han encontrado, hasta el momento, que influyen para la toma de esta decisión, y que, al mismo tiempo podrían explicar algunos de los motivos que exponen las mujeres.

## Planteamiento del Problema

Los dilemas que rodean al aborto inducido requieren comprender los factores que inducen a una mujer a optar por este procedimiento y la influencia de las circunstancias sociales, culturales, económicas y sanitarias que pueden explicar los motivos de esta decisión. En particular esto es importante porque existen una gran cantidad de creencias, estereotipos negativos y comportamientos excluyentes o discriminatorios que alimentan el estigma alrededor del aborto y hacia las mujeres que lo llevan a cabo, quienes son vistas como irresponsables, pecadoras, promiscuas, asesinas y prostitutas (Hanschmidt et al., 2016).

Como anteriormente fue mencionado, debido a que en Ciudad de México el aborto está despenalizado, las mujeres tienen la posibilidad de elegir una interrupción legal del embarazo, siendo por ello de interés conocer las razones que dan las propias mujeres que deciden abortar y si éstas pueden asociarse con algunas características sociodemográficas, entre ellas la edad, la ocupación y la escolaridad.

Conocer los motivos que llevan a una mujer a abortar, podría proporcionar información para crear estrategias de prevención de embarazos no intencionales. Además, permitiría que los médicos y personal de salud conocieran las perspectivas de las mujeres que deciden realizar este procedimiento, lo que puede contribuir a disminuir la estigmatización en quienes proporcionan el servicio, previniendo conductas éticamente cuestionables, y también en los familiares y en la sociedad en general.

Los países en donde se han llevado a cabo los estudios sobre los motivos para abortar son mayoritariamente los desarrollados, en donde el aborto ha sido despenalizado. En América Latina, son poco frecuentes en razón de que prevalecen marcos restrictivos; y en el caso de México, con excepción de Ciudad de México y recientemente en Oaxaca, una interrupción del embarazo solamente puede llevarse a cabo bajo causales específicas.

Cabe señalar que antes de la legalización de la interrupción del embarazo en Ciudad de México, se realizaron algunos estudios al respecto, después de este cambio no se han

explorado los motivos por los cuales las mujeres acuden a realizar una ILE, ni si existe algún tipo de tendencia con base en ciertas características demográficas.

Al contar con este tipo de información se pueden detectar las diferentes adversidades a las que se enfrentan las mujeres y sensibilizar al personal de salud y a la comunidad para la disminución del estigma por abortar, ya que impacta de manera personal a las mujeres que recurren a los servicios; así mismo puede llevar a una toma de conciencia respecto de la prevención de embarazos inesperados y a reflexionar en la necesidad de realizar intervenciones tales como consejería en algunas mujeres.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los principales motivos para abortar de mujeres usuarias de una Clínica pública de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) de la Ciudad de México considerando su edad, nivel educativo y ocupación?

### **Objetivo General**

Identificar los motivos predominantes para abortar que tienen mujeres usuarias de una Clínica pública de ILE de la Ciudad de México y su distribución por edad, nivel educativo y ocupación.

### **Objetivos Específicos**

- Explorar los motivos para abortar más frecuentes.
- Comparar los motivos reportados por edad, nivel educativo y ocupación.

## Capítulo 4. Método

### 4.1 Participantes

114 mujeres mayores de 15 años que interrumpieron un embarazo con medicamentos y que acudieron a visita de seguimiento en una Clínica pública en la Ciudad de México.

### 4.2 Diseño

Estudio transversal y ex post-facto realizado en diciembre de 2015 y enero de 2016.

### 4.3 Instrumentos<sup>3</sup>

A. Características sociodemográficas. Incluyen preguntas estructuradas para la obtención de información personal de datos específicos: ¿Cuántos años cumplidos tiene?, ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?, ¿A qué se dedica?, Si usted realiza actividades por las que recibe un ingreso económico, ¿diría que éste es el más importante en el sostenimiento de su hogar?, Entidad donde vive, Delegación/municipio.

B. Relación de pareja y convivencia. Preguntas estructuradas que abarcan el cómo viven su relación de pareja: Actualmente ¿tiene pareja?, ¿Cuánto tiempo llevan juntos?, ¿Es mayor que usted?, ¿Viven juntos?

C. Historia reproductiva. Contiene preguntas estructuradas ligadas a la salud y vida reproductiva de la mujer al pasar de los años: ¿Este fue su primer embarazo? (independientemente que lo haya finalizado o no), ¿Tiene hijos (as)?, En esa ocasión ¿estaba utilizando algún método anticonceptivo?, ¿Cuál?, ¿Quería embarazarse a esa edad?, ¿Antes de esta ocasión había usted interrumpido voluntariamente un embarazo?, ¿Qué edad tenía la primera o única vez que interrumpió un embarazo?, ¿Qué hizo para interrumpirlo?, ¿Alguna vez ha tenido un aborto espontáneo?, ¿Qué edad tenía la primera o única vez que tuvo un aborto espontáneo?

---

<sup>3</sup> Los cuestionarios completos pueden ser consultados en el Apéndice B.

D. Motivos de la interrupción del embarazo. Con base en la revisión de literatura, se formuló la pregunta: ¿Por qué decidió interrumpir este embarazo?; en la instrucción se añadió que las participantes podían elegir más de un motivo, y se incorporaron 22 opciones de respuesta disponibles para su elección (1.Tener un bebé cambiaría su vida dramáticamente, 2.Interferiría con su educación, 3.Interferiría con su empleo o carrera, 4.Para no decepcionar a la familia, 5.Para no defraudar a alguien, 6.Tiene otros hijos/as o personas dependientes de usted, 7.No puede sostener a un hijo/a en este momento, 8.No quiere ser madre soltera o tener problemas con una relación, 9.Su pareja y usted no pueden o no quieren casarse, 10.No tiene actualmente alguna relación, 11.Una relación o matrimonio se rompería, 12.Su esposo/pareja es abusivo con usted y/o con sus hijos, 13.Ya ha completado su maternidad, 14.No está lista para tener un/otro hijo/a, 15.No quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales o que se embarazó, 16.No se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a, 17.Su esposo o pareja quiso que interrumpiera su embarazo, 18.Posibles problemas que pudieran afectar la salud del feto, 19.Problemas físicos con su salud, 20.Sus padres quisieron que interrumpiera su embarazo, 21.Se embarazó como resultado de una violación, 22.Se embarazó como resultado de un incesto).

#### **4.4 Procedimiento**

Se abordó a las mujeres en la sala de espera de la clínica de ILE ubicada dentro de un Centro de Salud T III de Ciudad de México. Las mujeres hacían entrega de su carnet en la recepción y esperaban en una sala para ser llamadas a un ultrasonido para verificar que el procedimiento de ILE se hubiera completado y para después ser llamadas a recibir el método anticonceptivo de su elección. Este proceso demoraba hasta tres horas dependiendo de la demanda del servicio, por lo cual, el tiempo de espera fue aprovechado para realizar las entrevistas.

Una vez que se encontraran al menos tres mujeres en la sala, una de las entrevistadoras, que formaban parte de las integrantes del equipo de investigación, realizaba la invitación al estudio de manera colectiva, indicando que se buscaba conocer la experiencia de salud reproductiva y salud mental de las mujeres que llevan a cabo una interrupción del embarazo, para lo cual se les invitaba a participar en una entrevista con apoyo de un cuestionario (Apéndice A) que duraba aproximadamente 40 minutos, que se llevaría a cabo en el tiempo de espera de su consulta, que si las llamaban al ultrasonido o a recibir métodos anticonceptivos la entrevista se interrumpiría y se continuaría una vez terminaran su chequeo, y que si la entrevistadora localizaba a lo largo de este proceso alguna necesidad de salud mental se les brindaría información para que pudieran acudir a algún servicio. También se les informaba que al final de la entrevista serían retribuidas por el tiempo dedicado con una tarjeta que contenía \$150.00 intercambiables por artículos de supermercado.

Una vez que se interesaban en participar se les proporcionaba una copia de la carta consentimiento informado de manera individual (Apéndice B); luego una de las entrevistadoras aclaraba sus dudas y reiteraba que la información era anónima, que los datos serían manejados confidencialmente y que la participación era voluntaria pues no guardaba relación con su cita médica. Si después de leer el consentimiento aceptaban participar, se les pedía que pasaran a alguno de los sitios que se habilitaron para entrevista dentro de la clínica y se les proporcionaba para firma el formato de consentimiento informado (Apéndice C).

Al iniciar cada sección de la entrevista, se les describían los temas que abordan las preguntas, particularmente en las secciones sobre abuso sexual y violencia doméstica y se les reiteraba que la participación era voluntaria, confidencial y anónima, que a continuación se les formularían preguntas que podrían resultarles incómodas y que avisaran a la entrevistadora en caso de no querer responder o detener la entrevista. Todas las preguntas del cuestionario fueron leídas en voz alta a la encuestada y sus opciones de respuesta eran anotadas por la entrevistadora. En caso de manifestar antecedentes de violencia sexual o abuso sexual se les

preguntaba si era la primera vez que lo hablaban o si habían recibido algún tipo de atención terapéutica, y de no ser así, se les informaba que ésta podría ser una experiencia complicada de enfrentar y que al final de la entrevista se les proporcionarían datos de servicios especializados para personas que habían enfrentado situaciones similares por si quisieran realizar un proceso de atención.

Por otro lado, si las participantes manifestaban alguna preocupación relacionada con la ILE o con la información negativa sobre este procedimiento que algunas recibieron de personas y organizaciones (en contra de la práctica del aborto bajo cualquier circunstancia) que se encuentran fuera de la clínica repartiendo folletos, se aclararon sus dudas al respecto y se les daba información sobre el aborto en condiciones seguras y legales, así como un folleto de la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir que contiene información sobre los diez principales mitos alrededor del aborto.

Los cuestionarios no fueron calificados in situ. Sin embargo, sí se registraban las opciones “5 a 7 días” o de “8 a 14 días” en la mayoría de los reactivos de la escala de sintomatología depresiva CES-D-R o se manifestaba directamente alguna necesidad de atención en salud mental, se les proporcionaba de manera escrita en la parte trasera de la tarjeta de contacto (Apéndice D) los datos de servicios de atención ad hoc tomados de un directorio de atención especializada diseñado por equipo de investigación; la referencia era seleccionada de acuerdo con las necesidades identificadas en la entrevista. Además, se les proporcionaron los teléfonos de las responsables del equipo de investigación en caso de que el servicio no resultara adecuado o tuvieran algún inconveniente en la atención y, en caso de que así fuera, se les ofreció buscar otras opciones. Junto con la tarjeta de contacto y la información adicional correspondiente, se les entregaba la tarjeta de regalo.



## 4.5 Análisis Estadístico

Para conocer la distribución de la muestra en términos de edad, escolaridad, ocupación, presencia o ausencia de pareja, convivencia con la pareja, entidad de residencia y antecedentes reproductivos se calcularon frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central según el tipo de variable.

Posteriormente, la base de datos fue revisada antes de realizar los análisis planeados. La edad, que originalmente se trataba de una variable continua, se recodificó en tres grupos (adolescentes de 15 a 19 años, adultas jóvenes de 20 a 29 años, adultas de 30 a 44 años), la escolaridad fue reagrupada a tres niveles (básica, media, superior), a la ocupación se le reasignaron tres categorías (actividad remunerada, estudiantes, ama de casa).

Con base en las categorías de motivos reportados, en la base de datos se crearon nuevas variables que incluyen dos o más de las variables originales. La captura original incluía números que indicaban la importancia del motivo para la participante, por lo que se dicotomizó cada una de estas nuevas variables con la finalidad de que quedaran calificadas como ausencia/presencia, ya que los motivos no son mutuamente excluyentes y la mujer puede tener más de uno, por lo que fue tomando como presencia sí la participante le había asignado algún valor y como ausencia sí la participante no lo seleccionó.

Con los motivos definidos y considerados como variables dependientes, se realizaron pruebas de  $\chi^2$  o pruebas t, según el nivel de medición, para analizar los motivos para abortar en relación a la edad, el nivel de escolaridad y la ocupación.

## Capítulo 5. Resultados

### 5.1 Descriptivos

#### 5.1.1 Características sociodemográficas

Como se observa en la Tabla 1, de un total de 114 mujeres entrevistadas la mayoría tenía entre 20 y 24 años, destacando que la mediana de edad fue de 24 y la moda fue de quienes tenían 20 y 23 años. Prácticamente la mitad contaba con estudios de nivel medio superior (48.2%), y una de cada cuatro (24.6%) tenía educación básica o educación superior, respectivamente. Un poco más de la mitad de las mujeres realizaba alguna actividad por la que recibía remuneración económica (52.6%). Una cuarta parte de las participantes eran estudiantes (25.4%) y una quinta parte eran amas de casa (21.9%). El 83.3% tenía pareja y el 47.5% vivía con ella. La mayoría de las mujeres entrevistadas residían en Ciudad de México mientras que un poco más de una tercera parte provenía del Estado de México o de otros estados de la República Mexicana (37.7%).

Dos terceras partes de las mujeres que se encuentran en el primer grupo de edad mostrado en la tabla anterior eran estudiantes (68.7%), 25% contaban con una actividad remunerada y el 6.3% era ama de casa. El rango de edad de nuestro grueso poblacional contó con un mayor número de mujeres con un trabajo remunerado (38.2%), seguido por estudiantes (34%) y trabajadoras del hogar sin remuneración (27.6%). Las mujeres de entre 25 a 29 años mostraron que el 76% tiene una actividad remunerada, seguidas de amas de casa (20%) y estudiante (4%). De las adultas de entre 30 a 34 años el 75% reporto contar con un empleo remunerado, 16.6% se dedicaba al hogar sin una retribución y un 8.3% dijo seguir estudiando. Del porcentaje de las participantes que se encuentran entre los 35 y 39 años un 85.7% contaban con actividad remunerada y el 14.3% se dedicaba al hogar. Por último, pero no menos importante, quienes tenían entre 40 y 44 años el 57.1% trabajaban con gratificación económica y un 43.9% cumplían labores domésticas no remuneradas.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de las mujeres que llevaron a cabo una interrupción legal del embarazo (n=114)**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
15-19	16	14.0
20-24	47	41.2
25-29	25	21.9
30-34	12	10.5
35-39	7	6.1
40-44	7	6.1
<b>Escolaridad</b>		
Educación Básica	31	27.2
Educación Media	55	48.2
Educación Superior	28	24.6
<b>Ocupación</b>		
Actividad Remunerada	60	52.6
Estudiante	29	25.4
Ama de casa	25	21.9
<b>¿Actualmente tiene pareja?</b>		
Sí	95	83.3
No	13	11.4
No, terminé con él por el embarazo	6	5.3
<b>¿Viven juntos?</b>		
Sí	48	47.5
No	52	51.5
<b>Entidad de residencia</b>		
CDMX	71	62.3
Estado de México, otros estados	43	37.7

Quienes tenían entre 15 y 19 años el 81.2% tuvieron acceso a educación media, con educación básica un 12.5% y 6.2% con educación superior. El 51% de las mujeres de entre 20 y 14 años reportaron que contaban con una educación media, 25.5% refirió haber tenido acceso a una educación básica y 23.4% a educación superior. La de entre 25 a 29 años un poco más de la tercera parte (36%) de las participantes cursaron educación básica, 32%

educación media y la misma cantidad educación superior. De las mujeres de entre 30 y 34 años, más de la mitad estudiaron una educación superior (58.3%), 33.3% tenían educación básica y un 8.3% accedió a educación media. De 35 a 20 años, 57.1% mencionaron tener estudios a nivel medio, un 28.5% en nivel básico y el 14.2% nivel superior. El 71.4% de las mujeres de entre 40 a 44 años tuvieron educación media y 28.5% una educación básica.

### **5.1.2 Antecedentes reproductivos**

En la Tabla 2 se muestra que, para un tercio de las participantes, éste era su primer embarazo (33.3%); el resto había tenido uno o más previamente. Las que tenían embarazos previos, casi 8 de cada 10 tenía hijos (78.5%) y el 19.5% había interrumpido voluntariamente un embarazo con anterioridad y una proporción similar (18.7%) había tenido un aborto espontáneo antes de la presente experiencia de interrupción.

Por otro lado, hay que señalar que de las sesenta y dos mujeres que tienen hijos el 58.06% contaban con un trabajo retroactivo económico, 37.09% se dedicaban al hogar sin remuneración y 4.1% de ellas se contaban estudiando. De las diez y siete participantes sin hijos, 58.8% tenían un empleo pagado y 41.1% estudiaban.

También, 47.7% de ellas reportaron educación de nivel medio, un 45% educación nivel básico y el 8% mujeres nivel superior. De quienes no tenían hijos, el 64.7% contaba con educación superior, 29.4% con educación media y un 5.8% con educación básica.

Cabe mencionar que, la moda se posicionó con las que tenían 17 años estas mujeres tuvieron la mediana de edad a los 18.5 años del su primer embarazo a los 18.5 años: la más joven se embarazó por primera vez a los 16 años; mientras que la mayor lo hizo cuando tenía 36 años. El 66.2% no estaba utilizando ningún método anticonceptivo en esa ocasión; mientras que el 33.8% sí lo hacía. Los métodos más utilizados fueron el condón (57.8%), seguido por las pastillas (15.8%) y las inyecciones (15.4%).

La mediana de edad del primer aborto voluntario fue de 19 años: la más joven tenía 16 cuando lo realizó y la de mayor edad tenía 36 años; por otro lado, se encontró más de una moda, siendo un total de cinco modas, 16, 18, 20, 22 y 36 años respectivamente. De las 15 que habían interrumpido el embarazo previamente, el 73.3% fueron anteriormente a una clínica de ILE, 13.3% había utilizado pastillas por su cuenta, y 6.66% consulto un médico particular. Con una media de 4 años, una mediana de 3 años y con una moda que indica 2 años transcurridos después de su primer aborto.

**Tabla 2. Antecedentes reproductivos de las mujeres que realizaron una interrupción legal del embarazo**

<b>¿Este fue su primer embarazo? (n=114)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	76	66.7
Sí	38	33.3
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>
<b>¿Tiene hijos? (n=79)</b>		
Sí	62	78.5
No	17	21.5
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
<b>*¿Antes de esta ocasión había interrumpido un embarazo voluntariamente? (n=77)</b>		
No	62	80.5
Sí	12	15.6
Sí, más de una vez	3	3.9
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>
<b>*¿Antes de esta ocasión había tenido un aborto espontáneo? (n=75)</b>		
No	61	81.3
Sí	12	16.0
Sí, más de una vez	2	2.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

*\*Las respuestas de estas preguntas no son mutuamente excluyentes*

## 5.2 Motivos para interrumpir el embarazo

La tabla 3 presenta el listado de las 22 opciones que tenían las mujeres para expresar su motivo de interrupción, cada una elegía el número de motivos que creyeran necesarios.

**Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de las opciones de motivos para interrumpir el embarazo (n=114)**

¿Por qué decidió interrumpir este embarazo?	Frecuencia	%
No está lista para tener un/otro hijo/a	63	55.3
No puede sostener a un hijo/a en este momento	56	49.1
Tener a un bebé cambiaría su vida dramáticamente	54	47.4
Interferencia con su empleo o carrera	47	41.2
Interferencia con su educación	39	34.2
No se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a	39	34.2
Tiene otros/as hijos/as dependientes de usted	37	32.5
Problemas físicos con su salud	23	20.2
Para no decepcionar a la familia	22	19.3
Ya ha completado su maternidad	22	19.3
No quiere ser una madre soltera o tener problemas con una relación	16	14
Posibles problemas que pudieran afectar a la salud del feto	13	11.4
Su pareja y usted no pueden o no quieren casarse	12	10.5
No tiene actualmente alguna relación	6	5.3
Para no defraudar a alguien	6	5.3
Su esposo o pareja quiso que se interrumpiera su embarazo	6	5.3
No quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales o que se embarazó	5	4.4
Su esposo/pareja es abusivo con usted y/o con sus hijos	4	3.5
Una relación o matrimonio se rompería	3	2.6
Otro (Problemas con su esposo, No quiere tener hijos, No era la persona adecuada)	3	2.6
Se embarazó como resultado de una violación	1	0.9
Sus padres quisieron que interrumpiera su embarazo	0	0.0
Se embarazó como resultado de un incesto	0	0.0

Más de la mitad de las participantes (55.3%) nombraron la opción “No está lista para tener un/otro hijo/a”, el 49.1% eligieron “No puede sostener a un hijo/a en este momento”, en tercera posición con el 47.4% podemos encontrar “tener un bebé cambiaría su vida dramáticamente”. También se puede observar que 2 opciones (“Sus padres quisieron que interrumpiera su embarazo”, “Se embarazo como resultado de un incesto”) fueron descartas por las entrevistadas al carecer de selección alguna; y 3 participantes (2.6%) decidieron dar sus propias opciones en “Otro” expresando: “Problemas con su esposo”, “No quiere tener hijos” y “No era la persona adecuada”.

### **5.2.1 Categorización de los motivos para interrumpir el embarazo**

Se revisaron cada uno de los motivos seleccionados por las participantes para saber si existían correlaciones entre los ítems sobre los temas tocados en cada una de las posibles respuestas y posteriormente clasificarlas. La propuesta inicial fue de ocho categorías con ítems que tuvieran como mínimo una selección; la primera clasificación sugerida fue: 1) Percepción de estigma que incluía los ítems “Para no decepcionar a la familia”, “Para no defraudar a alguien”, y “No quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales”; 2) Salud, con las opciones “Problemas físicos con su salud”, y “Posibles problemas que pudieran afectar la salud del feto”; 3) Posición frente a la maternidad, con “Ya ha completado su maternidad” y “No quiere tener hijos” (sacado de la opción “otro”); 4) Relación de pareja, incluyendo “No era la persona adecuada”, “No quiere ser madre soltera o tener problemas con su relación”, “Su pareja y usted no pueden o no quieren casarse”, “No tiene actualmente alguna relación” y “Una relación o matrimonio se rompería”; 5) Madurez, que abarcaba “No está lista para tener un/otro hijo/a” y “No se siente suficiente madura”; 6) Proyectos de vida, que contenía “Interferiría con su empleo o carrera”, “Interferiría con su educación” y “Tener un bebé cambiaría su vida dramáticamente”; 7) Violencia, que contenía “Su esposo o pareja quiso que interrumpiera su

embarazo”, “Su esposo o pareja es abusivo con usted y/o con sus hijos/as”, “Problemas con su esposo” y “Se embarazo como resultado de una violación”; y 8) Recursos económicos incorporando “No puede sostener a un hijo/a en este momento” y “Tiene otros hijos/as o personas dependientes de usted”.

Se convocó vía email a un grupo de expertas investigadoras en temas de salud mental en mujeres que llevan a cabo un proceso de interrupción del embarazo para que las categorías propuestas fueran revisadas de manera individual y después, en un panel presencial, se dialogó sobre cuáles serían las categorías definitivas, revisando la propuesta y opinión de cada una de las integrantes; se incluyeron ajustes en los títulos y qué motivos incluiría cada categoría, hasta llegar a un acuerdo por parte de las panelistas.

Finalmente, al llegar a un consenso por parte de las expertas, los motivos se redujeron a siete categorías; se eliminó la clasificación nombrada inicialmente madurez, en donde los ítems fueron movidos a posición frente a la maternidad y a la lista proyectos de vida, al mismo tiempo la última lista mencionada fue renombrada como plan de vida. Por otro lado, la categoría violencia se renombró a experiencias de violencia, en un inicio tenía cuatro ítems y se redujo a tres ya que uno de los motivos fue movido a las opciones categorizadas en relación de pareja, la cual después fue renombrada como dificultades en torno a la relación de pareja. A las demás categorías se les hicieron solamente cambios en el título y no tuvieron cambios en los ítems que contenían.

**5.2.1.1 Definición de categorías definitivas.** Con base en la literatura revisada, se establecieron siete categorías de motivos que llevaron a las mujeres a decidir practicarse una ILE. A continuación, se reporta la definición de cada una, considerando los principales motivos agrupados en cada una de ellas:

1. Estigma social percibido. - Considera motivos basados en las percepciones individuales de las mujeres sobre las actitudes de los demás y sobre el posible riesgo de ser juzgada, rechazada o discriminada por abortar. Las opciones incluidas fueron: para no



decepcionar a la familia, para no defraudar a alguien y no quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales o que se embarazó.

2. Problemas de salud. - Hace referencia a complicaciones que puede presentar la mujer embarazada, ya sea por enfermedades previas o que aparecen durante la gestación, incluyendo las que ponen en peligro al feto. Las opciones que se incluyeron fueron: posibles problemas que pudieran afectar la salud del feto y problemas físicos con su salud.

3. Dificultades en torno a la relación de pareja. - Hace referencia a asuntos que tienen que ver con la ausencia o presencia de una pareja, y en el caso de tenerla, con situaciones que pudieran afectar la relación. Las opciones elegidas fueron: no quiere ser madre soltera o tener problemas en su relación, su pareja y usted no pueden o no quieren casarse, no tiene actualmente una relación, una relación o matrimonio se rompería, problemas con su esposo y no era la persona adecuada.

4. Plan de vida. - La categoría abarca opciones que hacen referencia a metas que se pueden ver obstaculizadas, que la mujer aún no concluye o que están esperando realizar. Por lo cual están incluidas las opciones: tener un bebé cambiaría dramáticamente su vida, interferiría con su educación, interferiría con su empleo o carrera y no se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a.

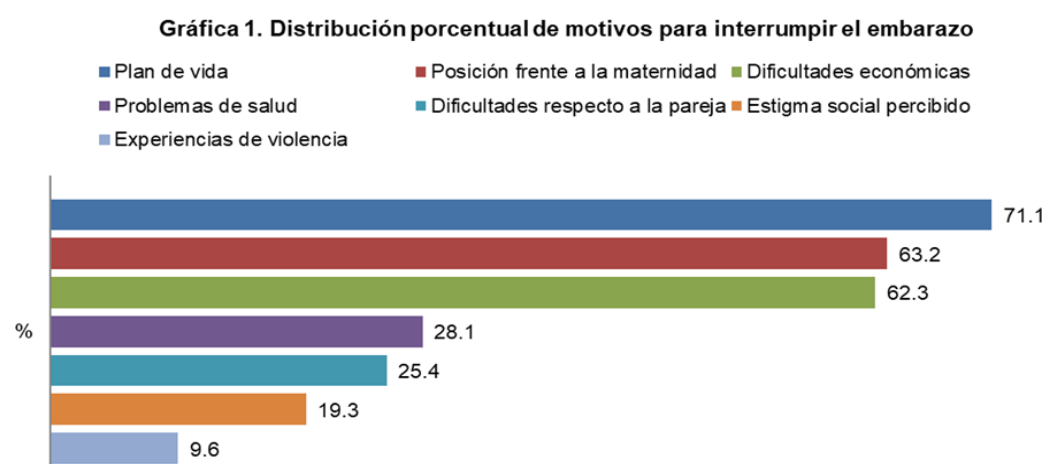
5. Dificultades económicas. - Esta categoría incluye motivos relacionados con las posibilidades financieras de la mujer. Los reactivos son los siguientes: tiene otros hijos o personas dependientes de usted y no puede sostener a un hijo/a en este momento.

6. Posición frente a la maternidad. - Está basada en el deseo y las intenciones expresadas de embarazarse y en qué momento, así como del número de hijos que se desea tener, por otro lado, en la intención expresa de no embarazarse, y en consecuencia no tener hijos. Los reactivos por la cual está formada son: ya ha completado su maternidad, no está lista para tener un/otro hijo y no quiere tener hijos.

7. Experiencias de violencia. - En esta categoría se hace referencia a actos de violencia sexual, física, verbal, psicológica, incluyendo conductas de control que pueden vivir las mujeres. Se incluyeron los siguientes reactivos: su esposo o pareja es abusivo con usted y/o hijos, su esposo o pareja quiso que interrumpiera su embarazo y se embarazo como resultado de una violación.

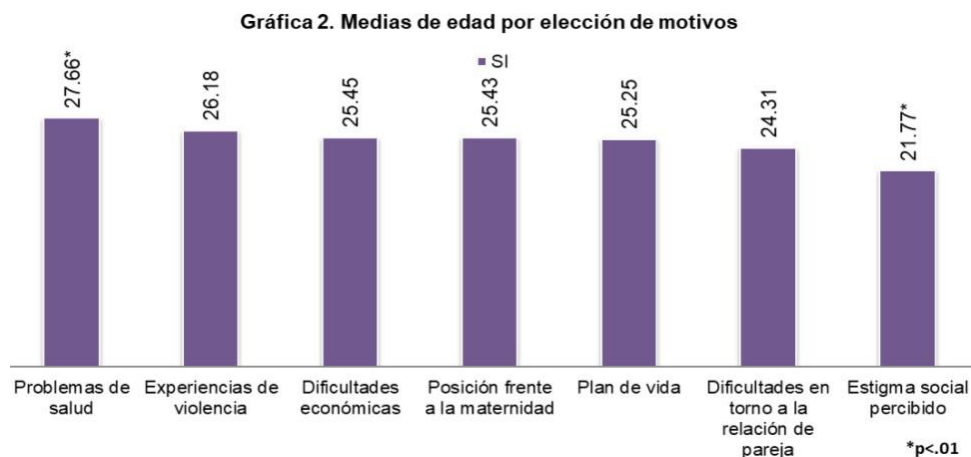
**5.2.1.2 Distribución porcentual de las categorías.** Se procedió a reportar la distribución de las categorías definitivas. Cabe señalar que, dado que las mujeres podían responder con más de un motivo, las categorías no son excluyentes y pueden incluir un número variable de respuestas que no suman el total de las participantes.

Como se observa en la Gráfica 1, las tres categorías más frecuentes de motivos para interrumpir el embarazo fueron: contar con un plan de vida previo con un 71.1%, la posición frente a la maternidad con 63.2% y tener dificultades económicas con 62.3%. Después se reportaron los problemas de salud (28.1%), dificultades en torno a la relación de pareja (25.4%), estigma social percibido (19.3%) y con menor porcentaje las experiencias de violencia (9.6%; Gráfica 1).



### 5.3 Diferencias en los motivos para interrumpir un embarazo por características sociodemográficas

Con el fin de explorar si características sociodemográficas consideradas se asociaban



con motivos particulares, se realizaron pruebas t y  $\chi^2$ . Con el fin de explorar si características sociodemográficas consideradas se asociaban con motivos particulares, se realizaron pruebas t y  $\chi^2$ . Los motivos originales en su totalidad por estas características sociodemográficas se muestran en tablas en el Apéndice A.

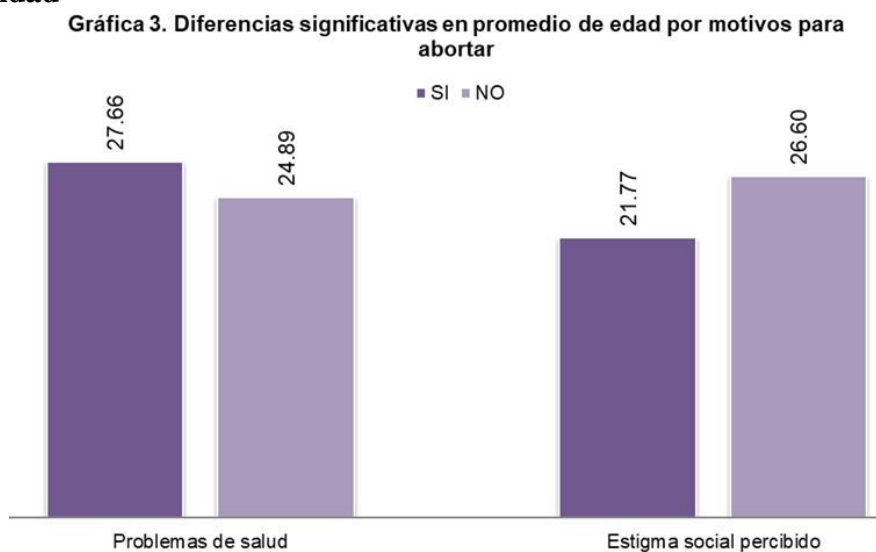
#### 5.3.1 Edad

Se compararon las medias de edad obtenidas en cada tipo de motivo para interrumpir un embarazo con la finalidad de observar si existían diferencias estadísticamente significativas. En la gráfica 2 se observan las medias de edad de los motivos indicados por las participantes.

En la Gráfica 3 se observan los dos motivos en los que se encontraron diferencias por edad: el Estigma social percibido ( $t_{(112)} = -3.163$ ,  $p < 0.002$ ), donde las mujeres que reportaron este motivo presentaron una edad menor, y los Problemas de salud ( $t_{(112)} = 2.014$ ,  $p < 0.046$ ), aunque en este caso, las mujeres que reportaron este motivo tenían mayor edad.

Los análisis no arrojaron diferencias en el resto de los motivos, aunque en los siguientes, la media de edad fue menor en las participantes que los reportaron: dificultades en torno a relación de pareja (sí lo reporta = 24.31 años vs no lo reporta = 26.12 años), plan de vida (sí = 25.24 vs no = 26.69), recursos económicos (sí = 25.45 vs no = 26.02), posición frente a la maternidad (sí = 25.43 vs no = 26.07). Para el motivo experiencias de violencia, las medias de edad fueron de 26.18 años en las mujeres que lo reportaron y 25.6 para las que no.

### 5.3.2 Escolaridad



La mayoría de las mujeres que reportaron motivos relacionados con el estigma social percibido contaba con educación media (59.1%), en comparación con las que tenían educación superior (22.7%) y educación básica (18.2%). La categoría problemas de salud fue elegida por un 56.3% de las mujeres que contaban con educación media, a diferencia de las que mencionaron tener educación básica en donde el porcentaje es menor (28.1%) junto con las que cuentan con una educación superior (15.6%). Los motivos incluidos en la categoría dificultades entorno a la relación de pareja fueron mayormente seleccionados por quienes

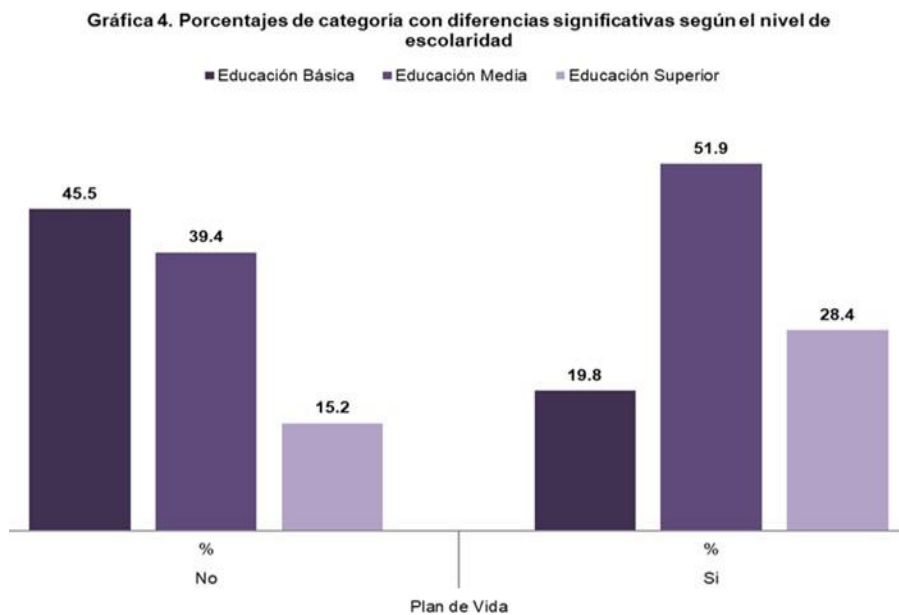
reportaron tener una educación media (55.2%), seguido por las participantes que cuentan con educación superior (31.0%), y en última posición, las que tienen educación básica (13.8%). En la tabla 19, se observan las frecuencias y los porcentajes de las categorías de los motivos seleccionados por nivel de escolaridad (Tabla 13).

**Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de motivos para abortar por nivel de escolaridad**

Escolaridad (n=114)	Estigma Social Percibido				Problemas de Salud				Dificultades Entorno a Relación de pareja				Plan de Vida*				Dificultades Económicas				Posición Frente a la Maternidad				Experiencias de Violencia			
	No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Educación Básica</b>	27	29	4	18.2	22	26.8	9	28.1	27	31.8	4	13.8	15	46	16	19.8	9	20.9	22	31	14	33.3	17	23.6	28	27.2	3	27.3
<b>Educación Media</b>	42	46	13	59.1	37	45.1	18	56.3	39	45.9	16	55.2	13	39	42	51.9	21	48.8	34	47.9	16	38.1	39	54.2	51	49.5	4	36.4
<b>Educación Superior</b>	23	25	5	22.7	23	28	5	15.6	19	22.4	9	31	5	15	23	28.4	13	30.2	15	21.1	12	28.6	16	22.2	24	23.3	4	36.4
<b>Total</b>	92	100	22	100	82	100	32	100	85	100	29	100	33	100	81	100	43	100	71	100	42	100	72	100	103	100	11	100

\*p<.05

Al hacer análisis de  $\chi^2$ , existieron diferencias significativas en el plan de vida como motivo para abortar ( $\chi^2_{(2)} = 8.124$ ,  $p = .017$ ). La categoría mencionada, resultó ser mayormente seleccionada por usuarias con educación media (51.9%), en contraste con las de educación superior (28.4%) y las de educación básica (19.8%) (los porcentajes pueden apreciarse en la gráfica 4).



### **5.5.3 Ocupación**

En cuanto a la ocupación, los ítems incluidos en la categoría experiencias de violencia fue mayormente indicada por las mujeres que mencionaron tener una actividad remunerada (72.7%); las estudiantes la reportaron significativamente menos (27.3%), mientras que este motivo fue prácticamente inexistente en las amas de casa. En el listado de motivos incluidos en dificultades económicas, las mujeres que llevan a cabo una actividad remunerada se encuentran en primer lugar de elección (56.3%), en segundo lugar, están las que estudian (29.2%) y las amas de casa se posicionan en tercero (19.7%). Los datos pueden ser consultados en la tabla 14.



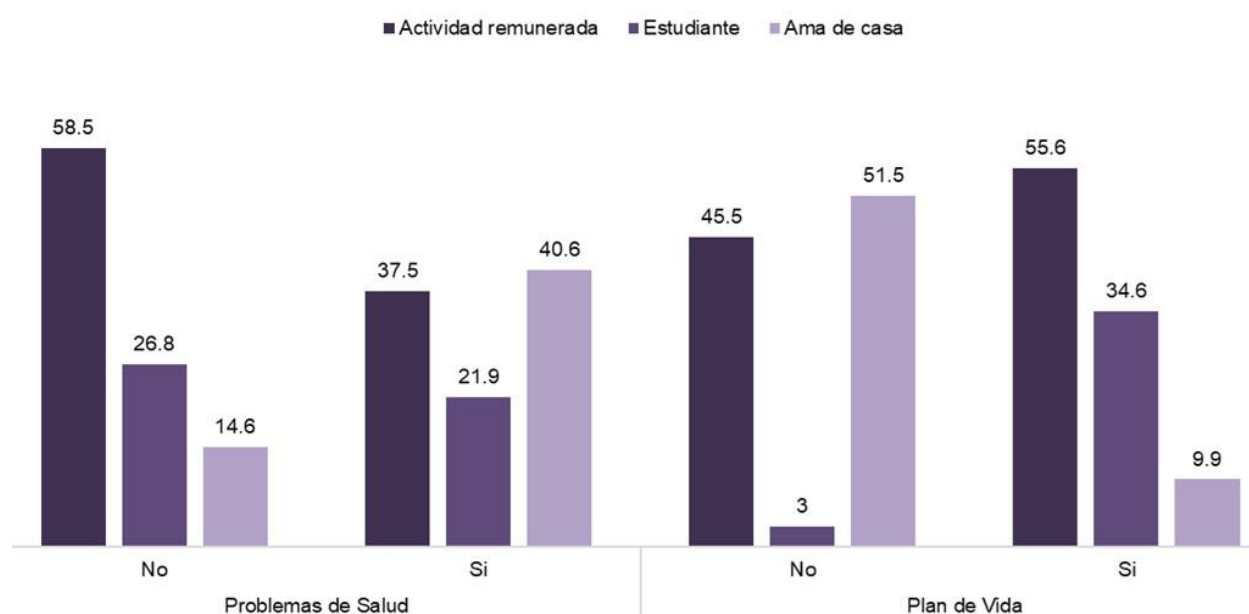
**Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de motivos para abortar según su ocupación**

Ocupación (n=114)	Estigma Social Percibido				Problemas de Salud*				Dificultades Entorno a Relación de pareja				Plan de Vida*				Dificultades Económicas				Posición Frente a la Maternidad				Experiencias de Violencia			
	No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Actividad remunerada</b>	52	57	8	36.4	48	58.5	12	37.5	44	51.8	16	55.2	15	45.5	45	55.6	20	46.5	40	56.3	23	54.8	37	51.4	52	50.5	8	72.7
<b>Estudiante</b>	19	21	10	45.5	22	26.8	7	21.9	17	20	12	41.4	1	3.0	28	34.6	12	27.9	17	23.9	8	19	21	29.2	26	25.2	3	27.3
<b>Ama de casa</b>	21	23	4	18.2	12	14.6	13	40.6	24	28.2	1	3.4	17	51.5	8	9.9	11	25.6	14	19.7	11	26.2	14	19.4	25	24.3	0	0
<b>Total</b>	92	100	22	100	82	100	32	100	85	100	29	100	33	100	81	100	43	100	71	100	42	100	72	100	103	100	11	100

\*p<.05

Se observaron diferencias significativas con las pruebas de  $X^2$  en la categoría plan de vida ( $X^2_{(2)} = 28.160$ ,  $p = .000$ ), siendo este motivo mayormente seleccionado por las mujeres que realizaban una actividad remunerada (55.6%), seguido por las estudiantes en un porcentaje más bajo (34.6%), reportándose muy poco por parte de las amas de casa (9.9%). También ocurrieron en la categoría problemas de salud ( $X^2_{(2)} = 9.248$ ,  $p = .010$ ), donde se muestra que las amas de casa (40.6%) y las mujeres con actividad remunerada (37.5%) reportaron más este motivo que las estudiantes (21.9%). Los porcentajes de las categorías divididas en ocupación con diferencias se pueden observar en la gráfica 5.

**Gráfica 5. Porcentajes de categorías con diferencias significativas según su ocupación**



Una vez revisados los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas en la clínica, pasaremos a discutirlos, comparándolos con los datos de otros estudios y a presentar las principales conclusiones.

## Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

### 6.1 Discusión

La exploración de los motivos señala que la mayoría de las mujeres que se incluyeron en la investigación se encuentran entre los 20 a 29 años, lo cual coincide con las cifras reportadas por el INEGI (2018) en cuanto al porcentaje de mujeres en edad fértil, y con el rango de edad más frecuente en el que se recurre a una ILE en América Latina y El Caribe (Guillaume y Lerner, 2008). Respecto a la escolaridad, la mayoría de las participantes contaba con una educación media, concordando con los datos del Sistema de información de Interrupción Legal del Embarazo (2021), cuyos registros muestran que casi en su totalidad, las usuarias cuentan con educación secundaria, preparatoria o nivel superior.

Aunque las opciones de estatus de estado civil del instrumento aplicado en este estudio son distintas a las de CONAPO (2017) y a las del el Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo (2021), se observan datos interesantes a considerar. CONAPO (2017) reporta que más de la mitad de las habitantes en edad reproductiva que viven en Ciudad de México se encuentran sin una relación, lo que muestra una coincidencia con lo que reporta el Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo (2021). Al comparar estos datos con nuestros resultados se observa que, por el contrario, en la clínica en la que se realizó el estudio tres cuartas partes de las usuarias contaba con una pareja.

Se observaron diversos motivos para interrumpir un embarazo que incluyen desde la decisión de continuar un plan de vida hasta el haber experimentado violencia. Los más relevantes fueron “no estaban listas para tener un/otro hijo/a”, “no poder sostener a un/a hijo/a en este momento” y “tener un bebé cambiaría su vida dramáticamente”. Estos motivos parecen tener una estrecha conexión con los antecedentes reproductivos, ya que la cantidad de hijos que tienen las mujeres en edad fértil se encuentra relacionada con el número de hijos que deciden tener, el deseo de postergar un embarazo o espaciarlo, y el querer ejercer o terminar

su maternidad (Schiavon, 2017). Las cifras del INEGI (2019) registran que el número ideal de hijos de una mujer mexicana a nivel nacional es de 2.4 y de forma específica en la Ciudad de México es de 1.34 hijos; la misma fuente indica que los antecedentes reproductivos se encuentran ligados a la zona en la que residen las mujeres en edad fértil, pues las mujeres. Al respecto, los resultados del presente estudio muestran que más de la mitad de las participantes tenían hijos/as.

Cabe mencionar que las usuarias pudieron elegir más de un motivo para abortar y que el que eligieran uno no invalidaba o impedía la elección de otros; en concordancia con la literatura internacional, los resultados muestran que efectivamente suele existir más de una razón para tomar esta decisión. Por ejemplo, Finer et al. (2005) encontraron que un número considerable de mujeres dio por lo menos dos razones y que incluso algunas otras dieron hasta un total de ocho. Kirkman et al. (2009) en su revisión, mencionan que puede ser por las instrucciones que les dan a las mujeres a la hora de externar sus razones las que llevan a respuestas múltiples. Pero al mismo tiempo, la elección de más de un motivo puede responder a la sensación de culpa generada por asumir la responsabilidad completa en un contexto social que crea normas rígidas acerca de la maternidad, dando así una justificación más aceptable ante el estigma social por las que se ven rodeadas las mujeres que abortan (Kirkma et al., 2009; Ferrer y Solsona, 2018; Sorhaindo et al., 2014; Hanschmidt et al., 2016). En el caso de México y América Latina, Langer (2002) encontró que existen diversos indicadores que juegan un papel importante en las mujeres para expresar sus razones para abortar: “[...] mayores expectativas de los padres para el desarrollo personal de los hijos, las crecientes escolaridades y participación de la mujer en el mercado laboral, las políticas de población y los mensajes oficiales sobre el valor de una familia menos numerosa, así como las características de la vida urbana” (p.193).

Uno de los resultados más importantes de esta tesis es la clasificación de múltiples motivos en siete categorías. Estas fueron propuestas a partir de la revisión de la literatura

(Bankole et al., 1998; Finer et al., 2005; Kirkman et al., 2009; Bigs et al., 2013; Chibber et al., 2014; Biney y Atligo, 2017; Burgues, 2017; Chae et al., 2017) en conjunto con una contextualización de las condiciones jurídicas para llevar a cabo una ILE, las características poblacionales de las mujeres en edad fértil, el entorno y las clínicas que lo llevan a cabo en Ciudad de México, además de los escenarios restrictivos que imperan en el resto del país (Clínicas de aborto en México DF, s. f.; CONAPO, 2016; CONAPO, 2017; CONAPO, 2018; Cuenca et al., 2013; Embarazo no planeado y aborto inducido en México | Guttmacher Institute, 2016; Enríquez, com. per., agosto 2018; Guillaume y Lerner, 2008; INEGI, 2018; INEGI, 2019; Juárez et al., 2013; Lerner et al., 2016; Orjuela-Ramírez, 2012; Secretaría de las Mujeres, 2019; Secretaría de las Mujeres, 2021; Schiavon, 2017; Tapia, 2017). Como ya se señaló todos los contextos se ven permeados por factores económicos y sociales, siendo los de América Latina en donde existe mayor desigualdad (Blancarte, 2017), como consecuencia se promueve la restricción y prohibición de las prácticas abortivas en estos países (Singh et al., 2009).

Por todo lo anterior, los motivos no son universales y dependen de las situaciones individuales y sociales (Guillaume y Lerner, 2008; Rondón, 2009; Stotland y Shrestha, 2018); al respecto, hay que resaltar que en México los factores que están directamente relacionados con los patrones de pensamiento, conductas y decisiones reproductivas que llevan a cabo las mujeres en su día a día, incluyen los patrones y valores familiares, las creencias culturales relacionadas con violencia, los roles de género, el acceso a la educación en materia de sexualidad en general, la poca educación integral con perspectiva de género, la escasez de información sobre derechos sexuales y reproductivos, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, la falta de promoción para asegurar el acceso a maternidades libres, voluntarias y seguras, y las dificultades de acceso al sistema de salud. A esto se agregan las desigualdades laborales, económicas y legislativas que ocurren en un contexto de machismo y la misoginia del Estado, (Conde, 2019; Cuenca et al., 2013; Ellison et al., 2003; Guillaume y

Lerner, 2008; Langer, 2002; Mejía, 2019; Melgar, 2021; Pizarnik, s.f.; Sorhaindo et al., 2014; Tapia, 2017).

El motivo más importante reportado por las participantes de este estudio “plan de vida”, el cual hace referencia a razones vinculadas a metas que se pretenden lograr a mediando y largo plazo que se pueden ver obstaculizadas, o bien que aún no se concluyen o están en proceso de realizarse, y que se ven ligadas a la posibilidad de retrasar su maternidad con la esperanza de cronometrar sus embarazos para que se ajusten a sus objetivos de vida. Este tipo de motivo plantea una resistencia a concebir bajo el precepto de que el sacrificio personal es el deber cívico y religioso de las mujeres (Ellison et al., 2003; Guillaume y Lerner, 2008; Lerner et al., 2016; Rondón, 2009; Sell et al., 2015; Stotland y Shrestha, 2018). Ahora bien, en la selección de esta categoría fue más frecuente en mujeres de 20 a 29 años, quienes contaban una mayor probabilidad de contar con un trabajo remunerado.

Rondón (2009) explica que el referir motivos dirigidos al plan de vida habla de una elección basada en la autonomía de las mujeres, la cual para ella es más importante que las posibles consideraciones morales que existen alrededor (Ellison et al., 2003), mismos que se pueden ver enlazados con la segunda categorización mayormente elegida por las usuarias que fue “posición frente a la maternidad” basada en el deseo y las intenciones expresas de embarazarse o no, y en caso de que sí, en qué momento, así como del número de hijos que se desea tener; resultados que concuerdan con los de otras investigaciones (Biggs et al., 2013; Chae et al., 2017). Al respecto, cabe recordar la señalización de la ENADID (2018) sobre el promedio ideal de hijos/as en las mexicanas y el hecho de que quienes asisten a una ILE en Ciudad de México ya tienen uno o más hijos (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo, 2019), por lo que las mujeres están decidiendo abortar al tener el número de hijos que desean en ese momento o porque no quieren tenerlos (Bankole et al., 1998; Finer et al., 2005; Guillaume y Lerner, 2008; Rondón, 2009).

En relación con el motivo “dificultades económicas”, en el que se encuentran razones tales como: “tiene otros hijos o personas dependientes de usted” y “no puede sostener a un hijo/a en este momento”, cabe destacar que según los informes del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo (2019) muchas de las usuarias que recurren al servicio se dedican al hogar y son estudiantes, de las que se tiene desconocimiento de la posibilidad de si tienen alguna actividad con remuneración económica, algunas otras se declaran desempleadas, que en suma son más de la mitad, lo cual explicaría su preocupación económica. En quienes están empleadas, suelen tener largas jornadas laborales, lo que tiene como consecuencia disponer de un escaso tiempo para acceder a un sistema de salud para la revisión, seguimiento o acceso a tratamientos, así como salarios precarios, los cuales no les permiten mantener más hijos ni tener alcance a servicios que puedan cubrir sus necesidades (Cuenca et al., 2013; Guillaume y Lerner, 2008; Orjuela-Ramírez, 2012; Tapia, 2017).

Ahora bien, en cuanto a la posible relación de ciertas motivaciones con variables sociodemográficas concretas, cabe recordar que “plan de vida” se asoció con la edad pues fue mayormente seleccionado por quienes se encontraban entre los 20 y 29 años al igual que la categoría “dificultades económicas”. Finer et al. (2005) encontraron que quienes expresan razones dirigidas a continuar con su plan de vida son más jóvenes refiriéndose a mujeres de 17 años o menores y que quienes tienen entre 20 a 24 años tienden a reportar cuestiones relacionadas con su estabilidad económica.

La “posición frente a la maternidad” fue elegida mayormente por las participantes que se encuentran entre los 20 y 29 años, seguida por quienes están entre los 30 y 44 años, las mujeres que reportan con menor frecuencia estas razones son las adolescentes de entre 15 y 19 años. En una de las investigaciones revisadas (Finer et al., 2005) se menciona muy vagamente que quienes desean finalizar su maternidad tienen más de 18 años, por lo que la información es poco exacta dificultando una comparación, el mismo caso se presenta en la

investigación de Chae et al. (2017) quienes solo refieren que comúnmente las mujeres mayores eligen motivos para limitar la maternidad.

Se observa en los resultados de la investigación, que las entrevistadas que contaban con educación superior reportaron en primer lugar motivos relacionados con su plan de vida lo que concuerda con los informes de Finer et al. (2005), quienes muestran que las mujeres con más educación dan razones que están ligadas a “interferencia en la escuela o su carrera profesional”, al ser incluida esta razón en la categoría plan de vida. Chae et al. (2017) encontraron que sus participantes con menor educación reportaron más preocupaciones relacionadas con sus parejas.

Ahora bien, el análisis de la variable ocupación mostró que las mujeres que tienen algún tipo de actividad remunerada seleccionan de manera más frecuente motivos que están ligados a las dificultades económicas, su posición frente a la maternidad y con una muy mínima diferencia de las razones que pertenecen a la categoría plan de vida en segunda posición.

Por otro lado, se encontró que el estigma social percibido pesa más en mujeres adultas jóvenes, quienes son las que en mayor medida no quieren que otras personas se enteren de que se embarazaron y abortaron; lo que podría explicarse con el choque que existe entre las posiciones pro-elección y pro-vida, en donde la maternidad adscrita naturalizada queda desplazada por un papel autodeterminado en el que la mujer toma una decisión basada en el autoconocimiento, sus propias necesidades y circunstancias (Ellison et al., 2003).

Las pautas normativas de la reproducción que se pueden ver reflejadas en la sociedad en general, y en amigos y familiares que aseguran que la maternidad es un deber, un destino, algo natural y que el inicio de la vida sexual y la procreación va acompañado de matrimonio, fomentan la censura y el tabú sobre la sexualidad; crean puntos de vista negativos, juicios de rechazo, discriminación, humillación, sobrenombres y otros abusos hacia mujeres que han abortado o desean hacerlo, a lo que se le llama estigma por abortar. Esto no afecta solo a las mujeres que abortan, sino que también se ven afectados quienes prestan sus servicios para la



realización del aborto (Ellison et al., 2001; Cocrkrill et al., 2013; Sorhaindo et al., 2014; Hanschmidt et al., 2016; Lener et al., 2016; Ferrer y Solsona, 2018).

Respecto de la categoría plan de vida, los motivos relacionados dependen de la escolaridad y la ocupación de la mujer. Este resultado podría comprenderse al ver que el grueso de la población se encuentra entre los 20 a 29 años de edad y que más de la mitad realizan una actividad remunerada, por lo que probablemente un embarazo no está dentro de su proyecto de vida. Tener un hijo es una decisión que conlleva sopesar múltiples factores y la incorporación de una perspectiva de tiempo futuro (Ehrlich 2003; Ferrer y Solsona, 2018).

Es importante recalcar que los resultados del estudio también muestran que la categoría problemas de salud es elegida con mayor frecuencia por amas de casa y por quienes cuentan con alguna actividad remunerada, en comparación con el grupo de estudiantes; además de que las participantes que reportaron este motivo tenían mayor edad. Lamentablemente, no se encontró información ni datos disponibles para efectuar una comparación. Por otra parte, vale la pena considerar que se ha encontrado que las mujeres pueden llegar a sentirse obligadas a proporcionar una justificación de su decisión en un lenguaje que sea social o legalmente aceptable para el sistema de salud y que, podría pensarse, es reportada por sentirse culpables y responsables; (Hanschmidt et al., 2016; Ferrer y Solsona, 2018).

En el marco de las discusiones actuales, el movimiento feminista y sus representantes han sido una pieza clave para que la Ciudad de México y Oaxaca (apenas en construcción) gocen del privilegio de tener un acceso a servicios seguros que apoyan la decisión de maternidades libres y justicia social, las mismas se han visto limitadas tomando en cuenta que el aborto es un tema que se decide de manera interna en cada región lo que fomenta la discriminación y obstaculiza la igualdad que promueve la constitución en las diversas entidades que conforman a México (Democracia Deliberada, 2021; Llerenas, 2021; Mejía, 2019; Melgar, 2021; Pizarnik, s.f.). Todo ello ocurre a pesar de que en el siglo veinte se establecieron los fundamentos para el reconocimiento de la igualdad entre mujeres y hombres, y de la existencia

de los elementos que conforman lo que llamamos derechos humanos de las mujeres (Pizarnik, s.f.).

## **6.2 Limitaciones y sugerencias para otros estudios**

Cabe señalar que el presente trabajo contó con varias limitantes. Para comenzar, la poca accesibilidad, disponibilidad, información nula o poco actualizada de cifras y/o datos oficiales sobre mujeres en edad fértil en Ciudad de México, y la escasez y falta de actualidad de bibliografía alrededor del tema de los motivos de las mujeres para abortar a nivel nacional y regional.

Por lo que se refiere a la población de estudio, esta fue elegida a conveniencia y hace referencia solamente a una sola clínica que brinda los servicios de ILE, la cual fue asignada por las autoridades correspondientes de la Secretaría de Salud por circunstancias de logística y disponibilidad. La posibilidad de acudir a distintas clínicas ayudaría para comparar los resultados y observar si existe o no un patrón. Así pues, estos hallazgos no pueden ser generalizables para todas las mujeres que llevan a cabo una ILE en esa clínica y mucho menos en todos los servicios en Ciudad de México. Un inconveniente más al momento de realizar las entrevistas, fue que la aplicación del cuestionario no siempre fue llevada a cabo en espacios aislados.

## **6.3 Conclusiones**

En conclusión, los hallazgos muestran que el plan de vida, junto con razones relacionadas con la posición frente a la maternidad y dificultades financieras de las usuarias del servicio de ILE, son los motivos frecuentes, además, la mayoría de las participantes tienen más de un motivo que las han llevado a recurrir a este beneficio. Esto concuerda con la revisión bibliográfica que menciona que puede haber más de un motivo y existe una gran diversidad de éstos, los cuales responden a múltiples situaciones y factores sociales (Ferrer y Solsona, 2018; Guillaume y Lerner, 2008; Hanschmidt et al., 2016; Kirkma et al., 2009; Langer, 2002; Rondón,

2009; Sorhaindo et al., 2014; Stotland y Shrestha, 2018; Tapia, 2017), por lo que resultó de gran utilidad la categorización de los mismos. Además, que sí bien las categorías no son equiparables a las realizadas por otros estudios, debido a las distintas condiciones políticas, sociales y culturales, el acceso a servicios de salud y educación, y la carencia de accesibilidad a otros privilegios, se lograron obtener algunos resultados similares a los de los trabajos realizados en otros países.

Hay que tener en cuenta a dónde nos dirigimos con respecto al aborto en ámbitos sociales, culturales y políticos; además este tema ha sido promovido por la lucha de las mujeres en ámbitos que promueven el reforzamiento en educación integral de salud sexual y reproductiva y su integración con perspectiva de género, así como la aplicación de los derechos humanos que conlleva la sexualidad humana. También ha promovido la distribución anticonceptivos, la despenalización del aborto y la emancipación del cuerpo, lo que son pilares en el tema de los derechos humanos de las mujeres que se conforma por principios políticos y éticos que aceptan a las mujeres como sujetos capaces de emitir decisiones propias (Llerenas, 2021; Mejía, 2019; Pizarnik, s.f.).

Es importante señalar que se encontró que existe una relación entre la edad en la que se encuentra la mujer a la hora de tomar una decisión y el estigma social que percibe y los problemas de salud que puede presentar. Las que tuvieron acceso a educación a nivel secundaria, preparatoria o carrera técnica, la hayan concluido o no, mencionan el estigma social percibido, los problemas de salud y las dificultades en torno a la relación de pareja como sus principales razones para abortar. Por otro lado, la categoría plan de vida muestra una relación con el nivel de educación alcanzado.

Finalmente, empleadas, obreras, trabajadoras domésticas y/o trabajadoras independientes tienden a reportar no continuar con el embarazo por experiencias de violencia y sus dificultades financieras. Nuevamente, los motivos ligados al plan de vida y los problemas

de salud se ven relacionados con la ocupación que realice mujer al momento de vivir la interrupción.

El hablar del poco o nulo acceso que tienen las mujeres para conocer y ejercer los derechos sexuales y reproductivos es una de las barreras más fuertes que pueden existir para la prevención de embarazos inesperados, no deseados o no planeados. Para enfrentar este gran inconveniente, el Estado, las políticas públicas y las legislaciones tendrían que evitar la restricción de la práctica abortiva para que puedan hacerse válidos sus derechos. En segundo lugar se debe de garantizar que existen los medios, protocolos, programas y recursos necesarios que facilitar los servicios seguros que los ofrezcan; en tercero, se debe informar a las beneficiaras sobre ellos, y en cuarto revisar y tomar medidas preventivas para la problemática existente sobre el incremento de embarazos en adolescentes (Aborto inducido a nivel mundial 2017 | Guttmacher Institute, 2018; Conde, 2019; Embarazo no planeado y aborto inducido en México | Guttmacher Institute, 2016; Juárez et al., 2013; Lerner et al., 2016; Mejía, 2019; Melgar et al., 2017; Secretaria de Gobernación, 2018).

Por último, existen obstáculos para que las mujeres ejerzan de manera plena el tomar decisiones entorno a su vida sexual y reproductiva, estos se conforman por modelos socioculturales relacionados a las percepciones, normas y exigencias sociales en torno a pensamientos conservadores, argumentos inconsistentes, y el querer la aceptación, el cumplimiento de expectativas, de estándares sexuales aplicados a la feminidad y la maternidad, y situaciones derivadas por violencia sexual, en donde se incluya la violencia obstétrica (Langer, 2002; Ellison et al., 2003; Kirkma et al., 2009; Cuenca et al., 2013; Sorhaindo et al., 2014; Hanschmidt et al., 2016; Ferrer y Solsona, 2018; Conde, 2019).

Esto nos lleva a plantear que más allá del discurso, en el mundo real, se viven realidades complejas a las que se enfrentan las mujeres al momento de decidir interrumpir un embarazo o continuar con él, y que las condiciones en las que se encuentran las mexicanas no son las mismas a las que se enfrentan las mujeres de otras posiciones geográficas alrededor

del planeta; por todo ello, la psicología en sus diversas disciplinas puede hacer grandes aportaciones tanto de tipo clínico, como en la investigación psicosocial y en salud.

## Referencias

- Aborto inducido a nivel mundial. (2016, mayo 10). Guttmacher Institute.  
<https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
- Álvarez del Río, A., Blancarte Jaber, F., Blancarte, R., Canales de la Fuente, R., Chan, S., Gómez Avalos, J., Grether González, P., Guillaume, A., Kraus, A., Lerner, S., Medina-Arellano, M. de J., Melgar, L., Mendoza Cárdenas, H. A., Muñoz Fernández, L., Palacios González, C., Ramos Lira, L., Rendón Cárdenas, A. E., Santillán Doherty, P., Schiavon Ermani, R., ... Vázquez, R. (2017). *Ciencia y conciencia. Diálogos y debates sobre derechos humanos: Controversias en bioética*. Fontamara.
- Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries. *International Family Planning Perspectives*, 24(3), 117.  
<https://doi.org/10.2307/3038208>
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, 13(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-29>
- Biney, A. A. E., y Atiglo, D. Y. (2017). Examining the association between motivations for induced abortion and method safety among women in Ghana. *Women & Health*, 57(9), 1044-1060. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1235076>
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M., & Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: A synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 96(4), 233-241.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.014>
- Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. C. M., & Foster, D. G. (2014). The Role of Intimate Partners in Women's Reasons for Seeking Abortion. *Women's Health Issues*, 24(1), e131-e138. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.10.007>
- Clínicas de aborto legal en la Ciudad de México CDMX - Aborto Legal CDMX. (s. f.). Clínicas de Aborto en México DF. <https://clinicas-aborto.com.mx/clinicas-de-aborto-legal-en-ciudad-de-mexico/>

- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J., & Foster, D. G. (2013). The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 79-88.  
<https://doi.org/10.1363/4507913>
- Conde, E. (2019) Derechos sexuales y reproductivos en México: La agenda pendiente. M. E. Cruzvillegas (Ed.), *Hacia la igualdad sustantiva en México: Agenda prioritaria*. (pp. 81-91) Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), Secretaría de Gobernación, y Subsecretaría de Población y de Servicios Migratorios. (1999). *La situación demográfica de México, 1999*. Consejo Nacional de Población: Secretaría de Gobernación, Subsecretaría de Población y de Servicios Migratorios.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2016). Situación Sexual y Reproductiva. República Mexicana.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. Entidades Federativas*. 136.
- Consulta interactiva de datos. (s. f.).  
[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=111](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=111)
- 44
- Cuenca, L. C., Atienzo, E. E., López, L. S., & Prado, B. H. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*., 9.
- Democracia Deliberada. (2021, marzo 7). Hay que abortar este sistema patriarcal: Maternidades libres, sociedades justas. *Animal Político*.  
<https://www.animalpolitico.com/democratas-deliberados/hay-que-abortar-este-sistema-patriarcal-maternidades-libres-sociedades-justas/>

- van Ditzhuijzen, J., Brauer, M., Boeije, H., & van Nijnatten, C. H. C. J. (2019). Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. *PLOS ONE*, 14(2), e0212611.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212611>
- Echarri, C. (2008), *Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas*. En: Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.). *Salud Reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo 1, El Colegio de México. México, Distrito Federal
- Ellison, M. A. (2003). Authoritative Knowledge and Single Women's Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(3), 322-347. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.3.322>
- Ehrlich, J. S. (2003). Choosing abortion: Teens who make the decision without parental involvement. *Gender Issues*, 21(2), 3-39. <https://doi.org/10.1007/s12147-003-0014-z>
- Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y consecuencias. (2016, enero 27). Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-planeado-y-aborto-inducido-en-mexico-causas-y-consecuencias>
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2018).  
<https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Enríquez, L. (agosto 2018). Power Point Capacitación Proyecto aborto y salud mental [Comunicación personal].
- Fathalla, M. F. (2019). Safe abortion: The public health rationale. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, S1521693419300501.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010>
- Ferrer Serret, L., & Solsona Pairó, M. (2018). The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain. *Sociology of Health & Illness*, 40(6), 1087-1103. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12744>



- Finer, L. B., Frohworth, 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/10.1363/3711005>
- Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E., & Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908-1919. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6)
- Guillaume, A., y Lerner, S. (2008). *El aborto en América Latina y el Caribe*. Instiut de recherche pour le developpement y El Colegio de México. <https://www.ceped.org/IMG/pdf/55-espanol.pdf>
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel- Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review: Abortion stigma - A systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(4), 169-177. <https://doi.org/10.1363/48e8516>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). Mujeres y Hombres en México 2018. 270.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). Comunicado de prensa (Comunicado de prensa N.o 244). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/ENADID2018.pdf>
- IPAS. (2021). Causas Legales para el Aborto. Causas Legales para el Aborto. <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2021-CausalesLegales.pdf>
- 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), 365-378. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I., & Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y Consecuencias*. Guttmacher Institute.

- Lerner, S., Guillaume, A., & Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: Salud y derechos humanos*. IRD Éditions/El Colegio de México.
- Llerenas, V. (2021, enero 1). La Marea Verde en América Latina. *El Economista*.  
<https://www.economista.com.mx/opinion/La-Marea-Verde-en-America-Latina--20210101-0002.html>
- Mayo Abad, D. (2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(2), 0-0.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-600X2002000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2002000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Mejía, M. C. (2019) Los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a decidir de las mujeres: Un pendiente de la agenda democrática M. E. Cruzvillegas (Ed.), *Hacia la igualdad sustantiva en México: Agenda prioritaria*. (pp. 81-91) Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- Melgar, I. (2021, enero 25). Quieren derecho a decidir; avanza discusión sobre el aborto en el Congreso. *Excélsior*. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/quieren-derecho-a-decidir-avanza-discusion-sobre-el-aborto-en-el-congreso/1428964>
- OMS | Prevención del aborto peligroso. (s. f.). WHO.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
- Pizarnik, A. (s.f.). Aborto y derechos humanos—¿Qué dice la ONU sobre la ILE? *Andar.Org*.  
<https://andar.org.mx/aborto-y-derechos-humanos/>
- Orjuela-Ramírez, M. E. (2012). Aborto voluntario y actividad laboral. Reflexiones para el debate. *Revista de Salud Pública*, 14, 112-121. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000700010>
- Rondón, M. B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

- Secretaría de Gobernación. (2018). Análisis de causalidades del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460203/Analisis\\_de\\_Causalidades\\_final\\_04\\_04\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460203/Analisis_de_Causalidades_final_04_04_2019.pdf)
- Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México de. (2019.). CDMX continúa con cero muertes maternas por aborto en servicios públicos. Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México. <https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/cdmx-continua-con-cero-muertes-maternas-por-aborto-en-servicios-publicos>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2015, julio 2). Interrupción Legal del Embarazo (ILE). <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/>
- Sell, S. E., Santos, E. K. A. dos, Velho, M. B., Erdmann, A. L., & Rodriguez, M. de J. H. (2015). Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), 495-501.  
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300019>
- Singh, S., Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A., & Sedgh, G. (2009). Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual. Guttmacher Institute.  
<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/169/Entire%20Monograph%202010%20ES.pdf?sequence=1>
- Sistema de información de Interrupción Legal del Embarazo. (2019). Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadísticas-2007-2017-26-de-septiembre-2019.pdf.  
<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadísticas-2007-2017-26-de-septiembre-2019.pdf>.
- Sistema de información de Interrupción Legal del Embarazo. (2021). Interrupcion Legal del Embarazo (ILE) Estadísticas-30 de Septiembre 2021 <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-21.pdf>

- Stotland, N. L., & Shrestha, A. D. (2018). More Evidence That Abortion Is Not Associated With Increased Risk of Mental Illness. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 775.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0838>
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Piñeros, M. C. M., & Garcia, S. (2014). Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico. *Women & Health*, 54(7), 622-640. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983>
- Tapia Follem, M. E. (2017). Educación sexual para todas y todos: La asignatura urgente para el logro de la igualdad en México.  
<http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2265.pdf>

# Apéndices

## Apéndice A. Tablas de motivos

### Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de edades según los motivos para abortar

Edad	No está lista para tener un/otro hijo/a				No puede sostener a un hijo/a en este momento				Tener a un bebé cambiaría su vida dramáticamente				Interferencia con su empleo o carrera				Interferiría con su educación			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19 años	8	7	8	7	8	7	8	7	7	6.1	9	7.9	10	8.8	6	5.3	4	3.5	12	10.5
20-24 años	13	11.4	34	29.8	18	15.8	29	25.4	24	21.1	23	20.2	24	21.1	23	20.2	24	21.1	23	20.2
25-29 años	12	10.5	13	11.4	16	14	9	7.9	17	14.9	8	7.0	14	12.3	11	9.6	21	18.4	4	3.5
30-34 años	7	6.1	5	4.4	8	7	4	3.5	5	4.4	6	5.3	9	7.9	3	2.6	12	10.5	0	0
35-39 años	6	5.3	1	0.9	4	3.5	3	2.6	5	4.4	2	1.8	5	4.4	2	1.8	7	6.1	0	0
40-44 años	5	4.4	2	1.8	4	3.5	3	2.6	1	0.9	6	5.3	5	4.4	2	1.8	7	6.1	0	0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>44.7</b>	<b>63</b>	<b>55.3</b>	<b>58</b>	<b>50.9</b>	<b>56</b>	<b>49.1</b>	<b>60</b>	<b>52.8</b>	<b>57</b>	<b>47.4</b>	<b>67</b>	<b>58.8</b>	<b>47</b>	<b>41.2</b>	<b>75</b>	<b>65.8</b>	<b>39</b>	<b>34.2</b>

### Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de edades según los motivos para abortar

Edad	No se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a				Tiene otros/as hijos/as dependientes de usted				Problemas físicos con su salud				Para no decepcionar a la familia				Ya ha completado su maternidad			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19 años	8	7	8	7	16	14	0	0	13	11.4	3	2.6	9	7.9	7	6.1	16	14	0	0
20-24 años	26	22.8	21	18.4	35	30.7	12	10.5	39	34.2	8	7	36	31.6	11	9.6	41	36	6	5.3
25-29 años	18	15.8	7	6.1	10	8.8	15	13.2	21	18.4	4	3.5	22	19.3	3	2.6	20	17.5	5	4.4
30-34 años	10	8.8	2	1.8	8	7	4	3.5	9	7.9	3	2.6	12	10.5	0	0	8	7	4	3.5
35-39 años	6	5.3	1	0.9	5	4.4	2	1.8	4	3.5	3	2.6	7	6.1	0	0	3	2.6	4	3.5
40-44 años	7	6.1	0	0	3	2.6	4	3.5	5	4.4	2	1.8	6	5.3	1	0.9	4	3.5	3	2.6
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>65.8</b>	<b>39</b>	<b>34.2</b>	<b>77</b>	<b>67.5</b>	<b>37</b>	<b>32.5</b>	<b>91</b>	<b>79.8</b>	<b>23</b>	<b>20.2</b>	<b>92</b>	<b>80.7</b>	<b>22</b>	<b>19.3</b>	<b>92</b>	<b>80.7</b>	<b>22</b>	<b>19.3</b>

**Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de edades según los motivos para abortar**

Edad	No quiere ser una madre soltera o tener problemas con una relación				Posibles problemas que pudieran afectar a la salud del feto				Su pareja y usted no pueden o no quieren casarse				No tiene actualmente alguna relación				Para no defraudar a alguien			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19 años	13	11.4	3	2.6	14	12.3	2	1.8	13	11.4	3	2.6	15	13.2	1	0.9	16	14	0	0
20-24 años	37	32.5	10	8.8	42	36.8	5	4.4	42	36.8	5	4.4	46	40.4	1	0.9	41	36	6	5.3
25-29 años	24	21.1	1	0.9	25	21.9	0	0	22	19.3	3	2.6	24	21.1	1	0.9	25	21.9	0	0
30-34 años	11	9.6	1	0.9	9	7.9	3	2.6	11	9.6	1	0.9	10	8.8	2	1.8	12	10.5	0	0
35-39 años	6	5.3	1	0.9	6	5.3	1	0.9	7	6.1	0	0	6	5.3	1	0.9	7	6.1	0	0
40-44 años	7	6.1	0	0	5	4.4	2	1.8	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>86</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>101</b>	<b>88.6</b>	<b>13</b>	<b>11.4</b>	<b>102</b>	<b>89.5</b>	<b>12</b>	<b>10.5</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>

**Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de edades según los motivos para abortar**

Edad	Su esposo o pareja quiso que se interrumpiera su embarazo				No quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales o que se embarazó				Su esposo/pareja es abusivo con usted y/o con sus hijos				Una relación o matrimonio se rompería				Problemas con su esposo			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19 años	16	14	0	0	15	13.2	1	0.9	16	14	0	0	15	13.2	1	0.9	16	14	0	0
20-24 años	43	37.7	4	3.5	43	37.7	4	3.5	45	39.5	2	1.8	45	39.5	2	1.8	47	41.2	0	0
25-29 años	24	21.1	1	0.9	25	21.9	0	0	22	19.3	3	2.6	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0
30-34 años	12	10.5	0	0	12	10.5	0	0	10	8.8	2	1.8	12	10.5	0	0	12	10.5	0	0
35-39 años	6	5.3	1	0.9	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0
40-44 años	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	6	5.3	1	0.9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>	<b>109</b>	<b>95.6</b>	<b>5</b>	<b>4.4</b>	<b>110</b>	<b>96.5</b>	<b>4</b>	<b>3.5</b>	<b>111</b>	<b>97.4</b>	<b>3</b>	<b>2.6</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>

**Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de edades según los motivos para abortar**

Edad	No quiere tener hijos				No era la persona adecuada				Se embarazó como resultado de una violación			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19 años	16	14	0	0	16	14	0	0	16	14	0	0
20-24 años	46	40.4	1	0.9	43	37.7	1	0.9	45	39.5	2	1.8
25-29 años	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0	22	19.3	3	2.6
30-34 años	12	10.5	0	0	12	10.5	0	0	12	10.5	0	0
35-39 años	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0
40-44 años	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0	7	6.1	0	0
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>

**Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de ocupación según los motivos para abortar**

Ocupación	No está lista para tener un/otro hijo/a				No puede sostener a un hijo/a en este momento				Tener a un bebé cambiaría su vida dramáticamente				Interferencia con su empleo o carrera				Interferiría con su educación			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actividad Remunerada	27	23.7	33	28.9	30	26.3	30	26.3	29	25.4	31	27.2	33	28.9	27	23.7	47	41.2	13	11.4
Estudiante	8	7	21	18.4	13	11.4	16	14	11	9.6	18	15.8	13	11.4	16	14	6	5.3	23	20.2
Ama de Casa	16	14	9	7.9	15	13.2	10	8.8	20	17.5	5	4.4	21	18.4	4	3.5	22	19.3	3	2.6
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>44.7</b>	<b>63</b>	<b>55.3</b>	<b>58</b>	<b>50.9</b>	<b>56</b>	<b>49.1</b>	<b>60</b>	<b>52.8</b>	<b>57</b>	<b>47.4</b>	<b>67</b>	<b>58.8</b>	<b>47</b>	<b>41.2</b>	<b>75</b>	<b>65.8</b>	<b>39</b>	<b>34.2</b>



**Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de ocupación según los motivos para abortar**

Ocupación	No se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a				Tiene otros/as hijos/as dependientes de usted				Problemas físicos con su salud				Para no decepcionar a la familia				Ya ha completado su maternidad			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actividad Remunerada	43	37.7	17	14.9	32	28.1	28	24.6	51	44.7	9	7.9	52	45.6	8	7	45	39.5	15	13.2
Estudiante	10	8.8	19	16.7	28	24.6	1	0.9	23	20.2	6	5.3	19	16.7	10	8.8	29	25.4	0	0
Ama de Casa	22	19.3	3	2.6	17	14.9	8	7	17	14.9	8	7	21	18.4	4	3.5	18	15.8	7	6.1
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>65.8</b>	<b>39</b>	<b>34.2</b>	<b>77</b>	<b>67.5</b>	<b>37</b>	<b>32.5</b>	<b>91</b>	<b>79.8</b>	<b>23</b>	<b>20.2</b>	<b>92</b>	<b>80.7</b>	<b>22</b>	<b>19.3</b>	<b>92</b>	<b>80.7</b>	<b>22</b>	<b>19.3</b>

**Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de ocupación según los motivos para abortar**

Ocupación	No quiere ser una madre soltera o tener problemas con una relación				Posibles problemas que pudieran afectar a la salud del feto				Su pareja y usted no pueden o no quieren casarse				No tiene actualmente alguna relación				Para no defraudar a alguien			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actividad Remunerada	53	46.5	7	6.1	56	49.1	4	3.5	53	46.5	7	6.1	56	49.1	4	3.5	59	51.8	1	0.9
Estudiante	20	17.5	9	7.9	26	22.8	3	2.6	24	1.1	5	4.4	27	23.7	2	1.8	25	21.9	4	3.5
Ama de Casa	25	21.9	0	0	19	16.7	6	5.3	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0	24	21.1	1	0.9
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>86</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>101</b>	<b>88.6</b>	<b>13</b>	<b>11.4</b>	<b>102</b>	<b>89.5</b>	<b>12</b>	<b>10.5</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>

**Tabla 12. Frecuencias y porcentajes de ocupación según los motivos para abortar**

Ocupación	Su esposo o pareja quiso que se interrumpiera su embarazo				No quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales o que se embarazó				Su esposo/pareja es abusivo con usted y/o con sus hijos				Una relación o matrimonio se rompería				Problemas con su esposo			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actividad Remunerada	56	49.1	4	3.5	59	51.8	1	0.9	57	50	3	2.6	58	50.9	2	1.8	60	52.6	0	0
Estudiante	27	23.7	2	1.8	25	21.9	4	3.5	28	24.6	5	4.4	28	24.6	1	0.9	29	25.4	0	0
Ama de Casa	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0	24	21.1	1	0.9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>	<b>109</b>	<b>95.6</b>	<b>5</b>	<b>4.4</b>	<b>110</b>	<b>96.5</b>	<b>4</b>	<b>3.5</b>	<b>111</b>	<b>97.4</b>	<b>3</b>	<b>2.6</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>

**Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de ocupación según los motivos para abortar**

Ocupación	No quiere tener hijos				No era la persona adecuada				Se embarazó como resultado de una violación			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actividad Remunerada	59	51.8	1	0.9	59	51.8	1	0.9	59	51.8	1	0.9
Estudiante	29	25.4	0	0	29	25.4	0	0	29	25.4	0	0
Ama de Casa	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0	25	21.9	0	0
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>

**Tabla 14. Frecuencias y porcentajes de nivel de escolaridad según los motivos para abortar**

Escolaridad	No está lista para tener un/otro hijo/a				No puede sostener a un hijo/a en este momento				Tener a un bebé cambiaría su vida dramáticamente				Interferencia con su empleo o carrera				Interferiría con su educación			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Educación Básica	16	14	15	13.2	17	14.9	14	12.3	21	18.4	10	27.2	21	18.4	10	8.8	26	22.8	5	4.4
Educación Media	22	19.3	33	28.9	26	22.8	29	25.4	26	22.8	29	25.4	32	28.1	23	20.2	31	27.2	24	21.1
Educación Superior	13	11.4	15	13.2	15	13.2	13	11.4	13	11.4	15	13.2	14	12.3	14	12.3	18	15.8	10	8.8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>44.7</b>	<b>63</b>	<b>55.3</b>	<b>58</b>	<b>50.9</b>	<b>56</b>	<b>49.1</b>	<b>60</b>	<b>52.8</b>	<b>57</b>	<b>47.4</b>	<b>67</b>	<b>58.8</b>	<b>47</b>	<b>41.2</b>	<b>75</b>	<b>65.8</b>	<b>39</b>	<b>34.2</b>

**Tabla 15. Frecuencias y porcentajes de nivel de escolaridad según los motivos para abortar**

Escolaridad	No se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a				Tiene otros/as hijos/as dependientes de usted				Problemas físicos con su salud				Para no decepcionar a la familia				Ya ha completado su maternidad			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Educación Básica	26	22.8	5	4.4	14	12.3	17	14.9	27	23.7	4	3.5	27	23.7	4	3.5	24	21.1	7	6.1
Educación Media	35	30.7	20	17.5	39	34.2	16	14	42	36	14	12.3	42	36.8	13	11.4	44	38.6	11	9.6
Educación Superior	14	12.3	14	12.3	24	21.1	4	3.5	23	20.2	5	4.4	23	20.2	5	4.4	24	21.1	4	3.5
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>65.8</b>	<b>39</b>	<b>34.2</b>	<b>77</b>	<b>67.5</b>	<b>37</b>	<b>32.5</b>	<b>91</b>	<b>79.8</b>	<b>23</b>	<b>20.2</b>	<b>92</b>	<b>80.7</b>	<b>22</b>	<b>19.3</b>	<b>92</b>	<b>80.7</b>	<b>22</b>	<b>19.3</b>

**Tabla 16. Frecuencias y porcentajes de nivel de escolaridad según los motivos para abortar**

Escolaridad	No quiere ser una madre soltera o tener problemas con una relación				Posibles problemas que pudieran afectar a la salud del feto				Su pareja y usted no pueden o no quieren casarse				No tiene actualmente alguna relación				Para no defraudar a alguien			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Educación Básica	28	24.6	3	2.6	25	21.9	6	5.3	30	26.3	1	0.9	30	26.3	1	0.9	30	26.3	1	0.9
Educación Media	47	41.2	8	7	49	43	6	5.3	46	40.4	9	7.9	53	46.5	2	1.8	52	45.6	3	2.6
Educación Superior	23	20.2	5	4.4	27	23.7	1	0.9	26	22.8	2	1.8	25	21.9	3	2.6	26	22.8	2	1.8
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>86</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>101</b>	<b>88.6</b>	<b>13</b>	<b>11.4</b>	<b>102</b>	<b>89.5</b>	<b>12</b>	<b>10.5</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>

**Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de nivel de escolaridad según los motivos para abortar**

Escolaridad	Su esposo o pareja quiso que se interrumpiera su embarazo				No quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales o que se embarazó				Su esposo/pareja es abusivo con usted y/o con sus hijos				Una relación o matrimonio se rompería				Problemas con su esposo			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Educación Básica	31	27.2	0	0	31	27.2	0	0	29	25.4	2	1.8	31	27.2	0	0	31	27.2	0	0
Educación Media	52	45.	3	2.6	51	44.7	4	3.5	54	47.4	1	0.9	52	45.6	3	2.6	54	47.4	1	0.9
Educación Superior	25	21.9	3	2.6	27	23.7	1	0.9	27	23.7	1	0.9	28	24.6	0	0	28	24.6	0	0
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>94.7</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>	<b>109</b>	<b>95.6</b>	<b>5</b>	<b>4.4</b>	<b>110</b>	<b>96.5</b>	<b>4</b>	<b>3.5</b>	<b>111</b>	<b>97.4</b>	<b>3</b>	<b>2.6</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>

**Tabla 18. Frecuencias y porcentajes de nivel de escolaridad según los motivos para abortar**

Escolaridad	No quiere tener hijos				No era la persona adecuada				Se embarazó como resultado de una violación			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Educación Básica	31	27.2	0	0	31	27.2	0	0	30	26.3	1	0.9
Educación Media	54	47.4	1	0.9	55	48.2	0	0	55	48.2	0	0
Educación Superior	28	24.6	0	0	27	23.7	1	0.9	28	24.6	0	0
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>113</b>	<b>99.1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>

## Apéndice B. Instrumentos



INSTITUTO NACIONAL DE

PSIQUIATRÍA RAMON DE  
LA FUENTE MUÑIZ



CUESTIONARIO PARA MUJERES QUE ACUDEN A CLÍNICAS DE ILE EN EL D.F.

**Número de folio:**

**Encuestadora**

**Hora**

**Fecha Resultado:**

Completa 1

Incompleta 2

Rechazo 3

<b>Día</b>		<b>Mes</b>		<b>Año</b>	

**Clínica**

Buenos/as días/tardes:

Mi nombre es:\_. Como ya 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 que acceden a una Interrupción Legal del Embarazo.

**NO ES UN EXAMEN**; por lo tanto, **NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS**. Por favor, en cada pregunta respóndame honesta y sinceramente. **Es muy importante que conteste todas las preguntas.** Como ya se le informó, su identidad permanecerá en el anonimato; es decir, nadie sabrá que usted ha respondido este cuestionario.

En cada pregunta indíqueme la respuesta que le resulte más adecuada a su manera de pensar o de sentir. En caso de que tenga dudas, por favor hágame saber.

### D. SOCIODEMOGRÁFICOS

<p>Empezaremos con algunos datos generales.</p> <p>1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?</p>	<p>_____Años cumplidos</p>
<p>2. ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?</p>	<p>[1] No estudió          [2] Primaria incompleta          [3] Primaria completa          [4] Secundaria incompleta          [5] Secundaria completa          [6] Carrera comercial          [7] Carrera técnica          [8] Preparatoria incompleta          [9] Preparatoria completa          [10] Licenciatura incompleta          [11] Licenciatura completa          [12] Diplomado o Maestría          [13] Doctorado</p>
<p>3. ¿A qué se dedica?</p>	<p>[1] Empleada          [2] Empleada doméstica          [3] Obrera          [4] Jornalera o peona          [5] Trabajadora por su cuenta          [6] Patrona o empleadora          [7] Trabajadora sin pago          [8] Estudiante          [9] Ama de casa          [10] Jubilada o pensionada          [11] Discapacitada que no trabaja          [12] No responde          [13] Otro _____</p>
<p>4. Si usted realiza actividades por las que recibe un ingreso económico, ¿diría que éste es el más importante en el sostenimiento de su hogar?</p>	<p>[1] No tengo ingresos económicos          [2] Sí tengo ingresos pero mi aportación no es la más importante          [3] Sí tengo ingresos y mi aportación es la más importante (pase a la pregunta 6)</p>
<p>5. Entidad donde vive          6. Delegación/municipio</p>	<p>_____          _____</p>
<p>7. ¿Este fue su primer embarazo (independientemente que lo haya finalizado o no)?</p>	<p>[1] No          [2] Sí (pase a la pregunta 28)</p>

8. ¿Tiene hijos (as)?	[2] No (pase a pregunta 19) [3] Sí
9. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó por primera vez?	[0] _____ Años cumplidos
10. En esa ocasión ¿estaba utilizando algún método anticonceptivo?	[0] No (pase a pregunta 23) Sí
11. ¿Cuál?	[1]
12. ¿Quería embarazarse a esa edad?	[0] No Sí
13. ¿Antes de esta ocasión había usted interrumpido voluntariamente un embarazo?	[1] No (pase a pregunta 26) [2] Sí, una vez [1] Sí, más de una vez
14. ¿Qué edad tenía la primera o única vez que interrumpió un embarazo?	[2] _____ Años cumplidos
15. ¿Qué hizo para interrumpirlo?	[1] Fue a una clínica [2] Usó pastillas por su cuenta Otro (Especificar) : _____
16. ¿Alguna vez ha tenido un aborto espontáneo?	[1] No (pase a pregunta 28) [2] Sí, una vez [3] Sí, varias veces
17. ¿Qué edad tenía la primera o única vez que tuvo un aborto espontáneo?	[2] _____ Años cumplidos

#### RP. RELACIÓN DE PAREJA Y CONVIVENCIA

Ahora le voy a preguntar algunos datos sobre su pareja.

1. Actualmente ¿tiene pareja?	[1] Sí [2] No (pase a pregunta 5)
2. ¿Cuánto tiempo llevan juntos?	[1] Menos de un año [2] _____ Años



3. ¿Es mayor que usted?	[1] De la misma edad (se llevan entre uno y dos años) [2] Es mayor _____(se coloca la diferencia de edad) [3] Es menor _____(se coloca la diferencia de edad)
4. ¿Viven juntos?	[1] Sí, viven juntos: en unión libre [2] Sí, casados [3] No
49. ¿Por qué decidió interrumpir este embarazo? (Puede marcar varias opciones)	1. Tener un bebé cambiaría su vida dramáticamente 2. Interferiría con su educación 3. Interferiría con su empleo o carrera 4. Para no decepcionar a la familia 5. Para no defraudar a alguien 6. Tiene otros hijos/as o personas dependientes de usted 7. No puede sostener a un hijo/a en este momento 8. No quiere ser madre soltera o tener problemas con una relación 9. Su pareja y usted no pueden o no quieren casarse 10.No tiene actualmente alguna relación 11. Una relación o matrimonio se rompería 12. Su esposo/pareja es abusivo con usted y/o con sus hijos 13. Ya ha completado su maternidad 14.No está lista para tener un/otro hijo/a 15. No quiere que las personas sepan que tuvo relaciones sexuales o que se embarazó 16. No se siente suficientemente madura para criar un/otro hijo/a 17. Su esposo o pareja quiso que interrumpiera su embarazo 18. Posibles problemas que pudieran afectar la salud del feto 19. Problemas físicos con su salud 20. Sus padres quisieron que interrumpiera su embarazo 21.Se embarazó como resultado de una violación 22.Se embarazó como resultado de un incesto 23.Otra (especifique)_

## Apéndice C. Carta de consentimiento informado



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

### Carta de consentimiento informado para participantes

Interrupción legal del embarazo y problemas de salud mental en mujeres del Distrito Federal

Código para el estudio:

#### ¿Quiénes somos?

Somos un equipo de investigadoras y profesionales de la salud interesadas en la salud mental y sexual de las mujeres, y la estamos invitando a participar en un estudio del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Para que usted decida si quiere participar, le pido que lea con todo cuidado la siguiente información si hay algo que no entienda o tiene preguntas de cualquier tipo, no dude en hacerlas porque así nos aseguraremos que usted ha comprendido de qué se trata el estudio y así podrá darnos su consentimiento voluntario.

#### ¿Cuál es el objetivo del estudio?

Conocer las experiencias que preceden un embarazo, y en su caso la interrupción del mismo, y si éstas inciden en la sensación de bienestar o malestar que tienen mujeres embarazadas que acuden a clínicas de atención gineco-obstétrica o de interrupción legal del embarazo.

#### ¿Cuál es el procedimiento del estudio?

Este consistirá en una entrevista que usted nos haría favor de contestar. Si usted acepta participar, será entrevistada por alguna de las integrantes del equipo de investigación todas somos psicólogas que estamos sensibilizadas y capacitadas en los temas mencionados.

Esta investigación es de riesgo mínimo pues no implica realizar ningún procedimiento físico o psicológico invasivo en su persona, sin embargo, consideramos que ciertos temas podrían ser

difíciles para usted, por lo que le ofrecemos contención emocional o canalizarla si es necesario. Pero sobre todo queremos hacerle saber que la entrevista será un espacio seguro donde usted puede conversar abiertamente sobre diferentes aspectos de sus circunstancias de vida sin ser enjuiciada y con la seguridad de que lo que diga no saldrá de este espacio

**¿Qué le debe quedar claro?**

- a) Que se le está pidiendo su cooperación para aceptar participar en este estudio
- b) Que la entrevistas será sin costo económico alguno
- c) Que usted puede cambiar de opinión o decidir por cualquier motivo no colaborar en el estudio, asimismo, puede retirarse en cualquier momento en que usted lo decida.
- d) Que cualquier decisión que tome no afectará de ningún modo la atención que está solicitando a la Clínica.

**¿Cuáles son las ventajas de participar?**

- a) Las preguntas y escalas que se le aplicarán en la entrevista, permitirán conocer sus emociones negativas y positivas alrededor del embarazo o de la interrupción, lo que puede serle útil para hacer planes dirigidos a su bienestar, ya que se le hará una pequeña devolución de lo observado y en caso de que se le solicite, se le podrá orientar a algún servicio.
- b) Usted de manera indirecta estará ayudando a las mujeres del Distrito Federal, pues contribuirá al conocer de manera objetiva los factores que llevan a decidir embarazarse y a continuar el embarazo o a interrumpirlo. Asimismo, ayudará a saber si existen diferencias en el bienestar y la salud mental de las mujeres, para hacer sugerencias de prevención y de atención. Específicamente, se busca contribuir a implementar una atención oportuna a problemas de salud mental de las mujeres que solicitan una interrupción legal del embarazo en las Clínicas de Interrupción Legal del Embarazo del Distrito Federal.
- c) 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.

**Anonimato y confidencialidad: ¿quién se puede enterar de que participé en este estudio o de mis respuestas?**

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales, es decir solamente el equipo de investigación tendrá acceso a las respuestas obtenidas. Asimismo, 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. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede acudir a las oficinas de la Dra. Luciana Ramos Lira o de la de la Psic. María Teresa Saltijeral, ubicadas en el tercer piso de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. De preferencia le sugerimos llamar antes por teléfono para asegurar que podamos recibirla o simplemente puede hablar para que le resolvamos cualquier duda la Dra. Ramos está en el 4160 5186 y la Psic. Saltijeral en el 416 05165.

## Apéndice D. Formato de Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con una de las integrantes del equipo de investigación y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Me ha dejado claro que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

### ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo también que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución ni con la clínica a la que estoy asistiendo. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo buscar a la Dra. Luciana Ramos Lira o la Psic. María Teresa Saltijeral, cuyas oficinas se encuentran en el tercer piso de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. También puedo hablarles por teléfono para resolverlas o para hacer una cita. La Dra. Ramos tiene el teléfono 4160 5186 y la Psic. Saltijeral el 4160 5165

---

Nombre de la participante Firma Fecha

---

Nombre de la integrante del equipo de investigación Firma Fecha

---

Nombre del Primer Testigo Firma Fecha

---

**Nombre del Segundo Testigo      Firma      Fecha      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.**

## Apéndice E. Tarjeta de Contacto



### Tarjeta de contacto para participantes

Título del proyecto: Interrupción legal del embarazo y problemas de salud mental en mujeres del Distrito Federal.

Agradecemos mucho su participación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede acudir a las oficinas de la Dra. Luciana Ramos Lira o de la de la Psic. María Teresa Saltijeral, ubicadas en el tercer piso de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. De preferencia le sugerimos llamar antes por teléfono para asegurar que podamos recibirla o simplemente puede hablar para que le resolvamos cualquier duda la Dra. Ramos está en el 4160 5186 y la Psic. Saltijeral en el 4160 5165.

Fecha

/ /

Día Mes Año

## Apéndice F. 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 E 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.



## Apéndice G. Addendum del Comité de Ética



### Comité de Ética en Investigación

"2015; Año del Generalísimo José María Morales y Pavón"

Ref.: CEI/C/045/2015.

Agosto 3, 2015

Dra. Luciana Esther Ramos Lira  
Investigador Principal  
Presente

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 Olvera, Secretario Técnico Del Comité de Investigación.-Presente

## Apéndice H. Directorio de Instituciones

### 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.centroelea.edu.mx/ayuda-psicologica-df-atencion-psicologica">http://www.centroelea.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 María 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, 5° 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

Institución	Dirección	Teléfonos	Servicios que ofrece	Costo	Información importante
<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	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:

		familiar, orientación SSRR.		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:clesmah@hotmail.com">clesmah@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	