

Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública

Young Mexicans' attitudes towards voluntary interruption of pregnancy and opinions on unsafe abortion as a public health problem

Atitudes perante a interrupção voluntária da gravidez em jovens mexicanos, e a opinião deles sobre o aborto inseguro como um problema de saúde pública

Ma. Luisa Marván ¹
Fabiola Orihuela-Cortés ¹
Asunción Álvarez del Río ²

doi: 10.1590/0102-311X00192717

Resumen

El objetivo de este estudio fue explorar las actitudes hacia el aborto inducido en jóvenes mexicanos, y su relación con el hecho de considerar o no al aborto inseguro un problema de salud pública. Los resultados se compararon de acuerdo al sexo, edad, religión y disciplina de los participantes. La muestra estuvo integrada por 411 estudiantes universitarios, quienes contestaron el cuestionario sobre actitudes hacia el aborto y un cuestionario sobre aborto inseguro. Los participantes mostraron actitudes más favorables que condenatorias hacia el aborto inducido. En general, reconocieron que el aborto inseguro constituye un riesgo para la salud, pero no están seguros que su legislación ayude a resolver esta situación. Los hombres y los participantes religiosos (católicos u otra religión derivada del cristianismo) tuvieron actitudes más condenatorias hacia el aborto inducido que sus pares, y fueron los que menos consideran que legalizar el aborto pueda disminuir los problemas de salud que ocasiona el aborto inseguro. No hubo diferencias relacionadas con la edad de los participantes, ni con su disciplina. Un hallazgo preocupante fue el poco interés de los jóvenes en el tema de la legalización del aborto.

Aborto Legal; Aborto Criminal; Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud

Correspondencia

M. L. Marván
Universidad Veracruzana.
Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n Col. Industrial Ánimas,
Xalapa/Veracruz 91190, México.
mlmarvan@gmail.com

¹ Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

² Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.



Introducción

El tema de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido objeto de intensos debates, debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres; así como con los valores éticos, morales y religiosos de sociedades que se caracterizan por su pluralidad.

Según datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 41% de los embarazos que ocurren en todo el mundo son no previstos; de éstos, cerca del 26% terminan en abortos ¹, y más del 80% tienen lugar en países en desarrollo ². En México, se estima que el 54% de los embarazos son no previstos; su tasa anual es de 71 embarazos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva ³. Más aún, México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con la tasa más alta de fecundidad en adolescentes, lo que de acuerdo al Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB) ⁴, se debe a varios factores como: el escaso acceso a información y a servicios integrales de salud sexual y reproductiva; la escasez de anticonceptivos; la falta de acceso a un aborto legal y seguro; la estigmatización sobre la sexualidad en adolescentes; y la discriminación a niñas y mujeres adolescentes que exigen sus derechos, entre otros. Además, cabe destacar que el acceso a los recursos y a la educación resulta más difícil para las mujeres, quienes según algunos autores, aún son percibidas como “ciudadanas de segunda clase” ⁵.

En México, poco más de la mitad de los embarazos no previstos se resuelven con un aborto, lo que se traduce en una tasa estimada de 38 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, aunque la tasa más elevada se observa en mujeres de 20 a 24 años ³. La tasa de abortos en México ha aumentado más del 50% con respecto a 1990, lo que de acuerdo a algunos autores sugiere que las mujeres están más motivadas para evitar nacimientos no deseados ³. Esta motivación se puede deber al fácil acceso que existe actualmente para llevar a cabo un aborto; por ejemplo, se estima que casi el 30% de los abortos en México se llevan a cabo con misoprostol ³, el cual se vende sin receta médica en cualquier farmacia -incluso a menores de edad-, y en su versión genérica es de bajo costo.

El aborto inseguro es definido por la OMS como el procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado ya sea por personas sin capacitación, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos, o ambas situaciones ⁶. De acuerdo a los datos más recientes de la OMS a los que se tiene acceso, el aborto inseguro es responsable de 47.000 muertes cada año en todo el mundo, y una de cada cuatro mujeres que tiene un aborto inseguro es probable que desarrolle una discapacidad temporal o permanente que requiera atención médica ^{1,6}. Se estima que el 45% de los abortos llevados a cabo entre 2010 y 2014 fueron inseguros, y el 97% de éstos se llevaron a cabo en países en desarrollo ⁷. En México, el aborto inseguro es un problema de salud pública ⁸, y se estima que más de un tercio de las mujeres que tienen abortos inseguros desarrollan complicaciones que requieren atención médica, y una de cada cuatro mujeres mexicanas que sufren complicaciones no reciben la debida atención ³.

En la ciudad de México, en el año 2007 se aprobó la despenalización del aborto hasta la doceava semana de gestación, y desde entonces se ofrece el servicio de interrupción legal del embarazo sin ninguna restricción a cualquier mujer que lo solicite. El servicio se brinda de manera segura, confidencial y gratuita en las clínicas de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Como parte del servicio, una trabajadora social brinda consejería para dar el apoyo necesario para que la mujer tome una decisión de manera informada, dándole tres opciones: (a) reconciliación con el embarazo; (b) dar al bebé en adopción; o (c) realizar una interrupción legal del embarazo. Además, la mujer que acude al servicio también recibe consejería sobre anticonceptivos de acuerdo a su edad, estilo de vida, y condiciones de salud ⁹.

A partir de la despenalización del aborto hasta la doceava semana en la Ciudad de México, la tasa de complicaciones y de muertes producidas por abortos inseguros ha disminuido en dicha ciudad ⁸. Sin embargo, posterior a la reforma, se manifestó un movimiento en sentido contrario que resultó en que en 18 estados del país se modificara la constitución estatal, inscribiendo el derecho a la vida desde el momento de la concepción, lo que ha propiciado la persecución punitiva de mujeres que han abortado, incluso accidentalmente en algunos casos. En el estado de Veracruz, lugar en donde se realizó el presente estudio, existe una condena de seis meses a cuatro años de prisión a la mujer que interrumpa voluntariamente el embarazo, así como a la persona que realice el aborto. Sin embargo, la interrupción voluntaria del embarazo en este estado no es punible cuando: (a) es el resultado de

una violación o de una inseminación artificial no consentida, siempre que se practique dentro de los noventa días de gestación; (b) la mujer embarazada esté en peligro de muerte de no provocarse el aborto; y (c) el feto padezca una alteración que pueda resultar en el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves.

En 2008 la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México organizó una serie de audiencias para que los ciudadanos expusieran sus argumentos tanto a favor, como en contra de la constitucionalidad de la despenalización del aborto. En general, las mujeres argumentaron más a favor de la despenalización que los hombres. En términos de derechos, los que estaban a favor destacaron el derecho de las mujeres a decidir y la importancia del Estado laico, mientras que los que estaban en contra, argumentaron principalmente el derecho a la vida del embrión. Con respecto a la salud, los ponentes a favor de la despenalización destacaron los conceptos de salud social y salud pública, mientras que sus oponentes prácticamente no hablaron de salud. Finalmente, los que estaban a favor de la despenalización sustentaron su postura en principios éticos como la autonomía y beneficencia, mientras que sus oponentes se centraron en conceptos religiosos ⁸.

Petracci ¹⁰ realizó una revisión de los artículos publicados entre 2009 y 2014 sobre la opinión pública acerca del aborto en varios países de Latinoamérica, y concluyó que la mayoría de las personas apoyan el derecho al aborto sólo en ciertas situaciones, tales como la violación, malformación del feto, o el riesgo a la vida o a la salud (física o psíquica) de las madres. Estos resultados son consistentes con los de otras partes del mundo, ya que la mayoría de las personas no coinciden con ninguna de las dos posturas extremas ante el aborto, ni con la pro elección (en inglés *pro choice*), ni con la pro vida (en inglés *pro life*); sino que tienden a aceptar el aborto bajo ciertas circunstancias ¹¹. La postura pro elección argumenta que las mujeres son individuos autónomos con capacidad y derecho moral para decidir si abortar o llevar a término el embarazo ¹²; su contraparte, la postura pro vida, sostiene que la vida humana comienza desde el momento de la concepción, por lo que se opone al aborto independientemente de las circunstancias ¹³.

En un estudio realizado con jóvenes mexicanos, se les pidió que completaran la frase “*el aborto voluntario es...*” ¹⁴ (p. 34) con palabras sueltas. Lo mismo hombres que mujeres utilizaron tanto palabras condenatorias (i.e. asesinato, malo), como palabras que implican que el aborto es un derecho de la mujer (i.e. opción, derecho). Los participantes con altos niveles de religiosidad dieron más respuestas condenatorias hacia el aborto que sus pares con menores niveles de religiosidad ¹⁴. Hasta donde sabemos, este es el único estudio realizado con jóvenes latinoamericanos sobre el significado psicológico del aborto inducido, y no se han medido las actitudes como un continuum que va de lo favorable a lo desfavorable. Con base en lo anterior, los objetivos del presente estudio fueron: (a) explorar las actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios mexicanos, y su relación con el hecho de considerar o no al aborto inseguro un problema de salud pública; y (b) comparar los resultados de acuerdo al sexo, edad, religión y disciplina de los participantes.

Material y métodos

Participantes

La muestra estuvo integrada por 411 estudiantes de una universidad pública de la ciudad de Xalapa, capital del estado de Veracruz, México. El tamaño de esta muestra se obtuvo a través del cálculo de la proporción de una población con precisión absoluta específica, con base en un nivel del 95% de confianza y una precisión del 4%. Los criterios de inclusión fueron que los estudiantes tuvieran entre 18 (mayoría de edad) y 24 años, y que fueran solteros. Se estableció el último criterio, debido a que la mayor parte de las jóvenes que recurren al aborto son solteras. Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Una investigadora se acercó a los estudiantes que estaban en diferentes sitios de congregación del campus universitario, y les preguntó si deseaban participar en un estudio sobre actitudes hacia el aborto, aclarándoles que contestarían un cuestionario de forma anónima. El 93% de los estudiantes a los que se les preguntó aceptaron participar.

Tabla 1

Características de los participantes.

	n	%
Género		
Mujer	218	53
Hombre	193	47
Edad (años)		
18-20	192	47
21-24	219	53
Religión		
Católica o derivada del cristianismo	307	75
Otra	6	1
Ninguna	98	24
Disciplina		
Técnica	54	13
Humanidades	178	43
Económica-administrativa	120	29
Ciencias de la salud	50	12

Instrumentos

Además de aplicar los instrumentos para explorar las actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo y las opiniones sobre el aborto inseguro, se hicieron algunas preguntas abiertas para indagar el estado civil de los participantes, así como las variables independientes: sexo, edad (18 a 20 vs. 21 o más años), religión (derivadas del cristianismo, otra o ninguna) y disciplina de la licenciatura que estaban estudiando (humanidades, ciencias de la salud, área económica-administrativa o área técnica).

Se utilizó el *Cuestionario de Actitudes hacia el Aborto (CAA)* que fue diseñado y validado por dos de los autores con una muestra de 764 adultos. Se trata de una escala Likert de 5 puntos (1-completo desacuerdo, 5-completo acuerdo), con 23 reactivos divididos en tres factores que explican el 48,2% de la varianza común: (a) “pro vida”, cuyos reactivos reflejan actitudes negativas hacia el aborto, considerándolo inhumano e injustificado (i.e., el aborto es inaceptable incluso cuando la vida de la madre está en peligro); (b) “pro elección”, cuyos reactivos reflejan el reconocimiento del derecho de las mujeres a abortar (i.e., el aborto debería ser una opción para las mujeres; y (c) “derechos reproductivos”, cuyos reactivos se refieren a implicaciones sobre los derechos reproductivos al no estar legalizado el aborto (i.e., al ser ilegal el aborto, se violan los derechos reproductivos de las mujeres). La confiabilidad del CAA en el presente estudio, utilizando el alfa de Cronbach, fue la siguiente: “Pro vida”: 0,89, “Pro elección”: 0,91, y “Derechos reproductivos”: 0,73¹⁵.

También se aplicó un pequeño cuestionario elaborado para la presente investigación, constituido por cinco preguntas sobre el aborto inseguro. Se trata de una escala Likert con las mismas opciones de respuesta que el CAA, cuyo análisis factorial sugirió la existencia de dos factores que explican el 76,95% de la varianza común: (a) “riesgo a la salud”, cuyos reactivos implican que el aborto inseguro constituye un riesgo para la salud de la mujer que lo practica (i.e., el aborto inseguro puede provocar serios problemas a la salud, inclusive la muerte; alfa de Cronbach: 0,80; y (b) “legalización como solución”, conformado por reactivos que implican que los riesgos a la salud podrían disminuir si se legalizara el aborto (i.e., la tasa de mortalidad producida por abortos disminuiría si éstos fueran legales; alfa de Cronbach 0,81).

Procedimiento

El estudio fue aprobado por el comité de revisión institucional de la Universidad Veracruzana. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera individual. Una vez que algún estudiante aceptaba participar en el estudio, se acordaba un lugar y hora para la aplicación de los cuestionarios. Antes de su aplicación se pidió el consentimiento informado, se les aclaró que no existían respuestas correctas o incorrectas, y se les pidió que no pusieran su nombre para conservar el anonimato. El tiempo que les llevó a los participantes contestar el cuestionario fue de entre 8 y 10 minutos.

Análisis de datos

Para construir el cuestionario, primero se realizó un jueceo cualitativo para evaluar la congruencia de los reactivos, su redacción y su consistencia con el vocabulario propio de los jóvenes mexicanos. También se realizó un jueceo cuantitativo en el que los expertos evaluaron la pertinencia de los reactivos, y se utilizó la fórmula de Lawshe para eliminar los reactivos con baja validez. Para medir el poder discriminativo de los reactivos se realizó un análisis de grupos contrastantes. El análisis factorial exploratorio se realizó con el procedimiento de mínimos cuadrados no ponderados con una rotación Varimax para la extracción de los factores, y se eliminaron ocho reactivos, porque tuvieron una carga factorial inferior a 0,40, o porque no estaban conceptualmente relacionados con el factor correspondiente. El análisis factorial confirmatorio se llevó a cabo por el método de máxima verosimilitud. Se intentó usar el modelo teórico de Parson et al.¹⁶ pero los índices de ajuste encontrados no fueron satisfactorios. Sin embargo, se decidió proseguir con el análisis confirmatorio, ya que éste posee herramientas que permiten obtener un cuestionario más refinado, como los índices de modificación que detectan covarianzas y redundancias en los reactivos, y se puede conocer el grado de ajuste de los datos a la solución factorial aportada por el análisis exploratorio. El ajuste de los datos al modelo se evaluó mediante el cociente $\chi^2/df < 3$, la raíz cuadrada media del error de aproximación (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA) con su intervalo del 90% de confianza (IC90%) asociado; el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste de Tucker-Lewis (TLI). La confiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Al realizar este análisis no hubo necesidad de eliminar ningún reactivo, de tal manera que el cuestionario final quedó conformado por 23 reactivos, divididos en tres factores que explican el 48,2% de la varianza común.

Se compararon los resultados de ambos cuestionarios de acuerdo al sexo, edad, religión y disciplina de los participantes. Para ello se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney (en el caso de dos grupos) y Kruskal-Wallis (en el caso de más de dos grupos). También se realizaron correlaciones de Spearman entre cada uno de los factores que conforman el cuestionario sobre aborto inseguro y cada factor del CAA.

Resultados

Al analizar los tres factores del CAA, se encontró que la mediana del factor “pro elección” fue de 3,75, la de “derechos reproductivos” fue de 3,00, y finalmente la de “pro vida” fue de 2,92. En cuanto a los resultados del cuestionario sobre el aborto inseguro, los participantes consideraron que éste constituye un riesgo para la salud, ya que la mediana fue 4,67 y el máximo puntaje posible era 5,0; en tanto que la mediana del factor sobre la legalización del aborto para disminuir las complicaciones de salud fue de 3,50. Cabe señalar que los puntajes de ambos cuestionarios pueden fluctuar de 1 a 5.

Al comparar los resultados del CAA por sexo se encontró que las mujeres mostraron puntajes más elevados en “pro elección” y “derechos reproductivos”, en tanto que los hombres puntuaron más en “pro vida”. En cuanto al aborto inseguro, no hubo diferencias entre hombres y mujeres relacionadas con el hecho de considerar que el aborto inseguro implica un riesgo a la salud, pero las mujeres creyeron más que los hombres que los riesgos a la salud disminuirían si se legalizara el aborto (Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestran los resultados de acuerdo a la religión. Los participantes que se declararon católicos o de otra religión derivada del cristianismo, en comparación con aquéllos que no profesaban ninguna religión, puntuaron más alto en “pro vida” y más bajo en “pro elección” y en

Tabla 2

Comparaciones por género del cuestionario sobre actitudes hacia el aborto y del cuestionario de aborto inseguro.

	Mujeres Rango promedio	Hombres Rango promedio	U *	Valor de p
Actitudes hacia el aborto				
Pro vida	191,47	222,41	17.869,5	0,008
Pro elección	217,62	192,88	18.504,5	0,035
Derechos reproductivos	224,16	185,49	17.079,0	0,001
Aborto inseguro				
Riesgo a la salud	207,68	204,10	20.671,0	n.s.
Legalización como solución	223,54	186,18	17.212,5	0,001

n.s.: no significativo.

* Pruebas U de Mann-Whitney.

Tabla 3

Comparaciones por religión del cuestionario sobre actitudes hacia el aborto y del cuestionario de aborto inseguro.

	Derivada del cristianismo Rango promedio	Ninguna religión Rango promedio	U *	Valor de p
Actitudes hacia el aborto:				
Pro vida	215,24	164,67	11.286,5	0,0001
Pro elección	190,88	240,98	11.321,0	0,0001
Derechos reproductivos	196,35	223,82	13.002,5	0,042
Aborto inseguro				
Riesgo a la salud	202,93	203,23	15.020,0	n.s.
Legalización como solución	192,74	235,15	11.892,5	0,002

n.s.: no significativo.

* Pruebas U de Mann-Whitney.

“derechos reproductivos”. Asimismo, estuvieron menos de acuerdo con la idea de que al legalizar el aborto disminuiría los riesgos a la salud.

No se encontraron diferencias significativas relacionadas con la edad de los participantes ni con su disciplina, en ninguno de los factores del CAA, ni del cuestionario sobre aborto inseguro.

Finalmente, al correlacionar los factores del CAA con los del aborto inseguro, se encontró lo siguiente: el considerar que los problemas de salud ocasionados por el aborto inseguro disminuirían si éste se legalizara, se correlacionó positivamente con los factores “pro elección” ($r = 0,46$; $p < 0,0001$) y “derechos reproductivos” ($r = 0,29$; $p < 0,0001$), pero negativamente con el factor “pro vida” ($r = -0,41$; $p < 0,0001$). Por otro lado, no hubo ninguna correlación significativa entre los factores del CAA y el hecho de considerar que el aborto inseguro produce serios problemas de salud.

Discusión

Los jóvenes encuestados en este estudio presentaron actitudes más favorables que condenatorias hacia la interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo, reconocen al aborto inseguro como un problema de salud pública, pero no están seguros que la despenalización del aborto ayude a resolver esta situación. Parecería que no relacionan la prohibición de la interrupción voluntaria del embarazo con el hecho de que exista el aborto inseguro, o bien, a pesar de reconocerlo, sus propias creencias y valores les pueden impedir abogar por la legalización.

Al comparar los resultados por sexo, las mujeres tuvieron actitudes más positivas hacia el derecho a abortar, y fueron las que más consideran que legalizar el aborto puede disminuir los problemas de salud que ocasiona el aborto inseguro. Estos resultados refuerzan lo encontrado en las audiencias organizadas por la Suprema Corte de Actudes hacia el aborto en México, en el sentido de que las mujeres se mostraron más a favor de la despenalización del aborto ⁸. Esto quizás se debe a que: (a) en nuestro país, las mujeres están cada vez más expuestas a la discusión pública sobre sus derechos ¹⁷; (b) existe una mayor tendencia de las mujeres a presentar conductas solidarias ¹⁸; y (c) las repercusiones negativas de un embarazo no deseado recaen principalmente en ellas, particularmente en una sociedad machista como la nuestra, en la que muchos hombres creen que la contracepción es responsabilidad exclusiva de la mujer ¹⁹. Sin embargo, cabe mencionar que en estudios previos se han encontrado resultados inconsistentes, en cuanto a diferencias de sexo relacionadas con el apoyo a la legalización del aborto. Algunos han encontrado mayor apoyo de las mujeres, otros de los hombres, mientras que otros no han encontrado ninguna diferencia ²⁰. Estas inconsistencias pueden explicarse por diferencias en las características de las muestras estudiadas, o en la metodología utilizada, tanto para recabar información, como para analizar los resultados. Estudios recientes han concluido que la influencia del sexo en las actitudes hacia el aborto está permeada por la relación con otras variables como la religiosidad ^{21,22}.

En nuestro estudio encontramos que los participantes católicos o que profesan otra religión cristiana tuvieron las actitudes más negativas hacia la interrupción voluntaria del embarazo. Estos resultados son consistentes con estudios previos conducidos en diversos países como: Grecia, Montenegro, Estados Unidos, Brasil, e incluso México ^{17,22,23,24,25}. Sin embargo, aunque los jóvenes religiosos presentaron actitudes más negativas que sus pares, no mostraron puntuaciones extremas. Esto es consistente con los resultados de una encuesta nacional realizada a católicos en México, la cual mostró que poco más de la mitad están de acuerdo con que se permita el aborto en ciertas circunstancias, aún en contra de la postura mantenida por la Iglesia Católica; sólo alrededor del 20% coincide con la Iglesia en condenar el aborto en cualquier circunstancia ²⁶.

A pesar de que los participantes religiosos no se mostraron radicales en su condena al aborto, probablemente son sus creencias religiosas las que influyen en que no hayan reconocido, como sus pares no religiosos lo hicieron, la idea de que al legalizar el aborto disminuirían los problemas de salud pública derivados del aborto inseguro. De hecho, en la encuesta nacional mencionada anteriormente, se encontró que cerca del 40% de los jóvenes católicos no cree que el aborto legal proteja la salud de las mujeres ²⁶.

Ahora bien, no sólo las creencias religiosas explican que no se relacionara el tema de la legalización del aborto con el problema de salud pública. En la encuesta nacional ya mencionada, se encontró que cerca de la mitad de la gente joven no sabe que en la Ciudad de México es legal la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, dato que es consistente con los resultados de una pequeña encuesta realizada recientemente por los autores a 68 estudiantes universitarios de la ciudad de Xalapa. Estos hallazgos, junto con los resultados encontrados en el presente estudio, sugieren que hay poco interés de los jóvenes, especialmente hombres, en el tema de la legalización del aborto. Esta falta de interés es preocupante, ya que puede tener relación con el hecho de que la mayor parte de los abortos inseguros en México ocurran en mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años ²⁷.

Es necesario indagar más sobre esta aparente falta de interés, para así poder incidir en los programas de educación sexual. Por ejemplo, conviene explorar su posible relación con el hecho de que los jóvenes se sientan más confiados, por el hecho de tener fácil acceso a ciertos medicamentos, ya sean abortivos o los de anticoncepción oral de emergencia. Debe tomarse en cuenta que este fácil acceso puede tener ciertas consecuencias perjudiciales sobre la salud. A pesar de que el uso clandestino de

medicamentos abortivos como el misoprostol tiene menores riesgos para la salud que otros métodos abortivos clandestinos, su uso incorrecto puede producir severas complicaciones^{2,28}. Por otro lado, el fácil acceso a la anticoncepción oral de emergencia puede hacer sentir a las jóvenes seguras de no tener que recurrir al aborto, pero muchas veces utilizan estos medicamentos de forma indiscriminada, con una frecuencia mayor a la recomendada, con el riesgo de ocasionarse daños a la salud^{29,30}, o trastornos del sangrado que dificultarían el reconocimiento de las fases del ciclo menstrual³¹.

Finalmente, es importante señalar que los resultados del presente estudio deben de ser vistos en el contexto de sus limitaciones, y algunas sugerencias deben tomarse en consideración. En primer lugar, si bien se tomó en cuenta el hecho de tener una religión, no se hicieron comparaciones entre las diferentes religiones derivadas del cristianismo, debido a que la gran mayoría eran católicos. Más aún, se sugiere que en futuros estudios se realicen análisis multivariados en el que se tome en cuenta la religiosidad, es decir, qué tan religiosa es una persona. Segundo, debido a que se trabajó con una muestra por conveniencia los resultados no se pueden generalizar. Adicionalmente, la muestra estuvo constituida únicamente por estudiantes universitarios. Es necesario estudiar a jóvenes con diferentes grados de escolaridad y de diferentes zonas del país (urbanas y rurales), ya que la tasa de abortos varía en función de la región de que se trate³. Por último, sería importante indagar más sobre la aparente falta de interés de muchos jóvenes sobre la legalización del aborto.

A pesar de las limitaciones mencionadas, nuestro estudio permite comprender la influencia de algunos factores que inciden en la percepción de un problema de salud pública como es el aborto inseguro. Cabe añadir que aun cuando las políticas públicas sobre la reproducción en México se han modificado gradualmente a favor de las mujeres, sigue ejerciéndose una opresión sobre ellas a través del control injustificado sobre su cuerpo, tanto en la implementación institucional de las políticas, como en las relaciones sociales basadas en el imaginario social de la domesticidad. Tener muchos, pocos o ningún hijo, sin tener en cuenta sus necesidades de salud sexual y reproductiva, es un sometimiento y una arbitrariedad contra sus derechos humanos³².

Colaboradores

M. L. Marván participó en el diseño del proyecto, realizó el análisis de los datos y escribió el manuscrito. F. Orihuela-Cortés participó en el diseño del proyecto, recopiló la información y realizó el análisis de los datos. A. Álvarez del Río participó en la revisión del manuscrito y elaboración de la discusión.

Referencias

1. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379:625-32.
3. Juárez F, Singh S, Maddow-Zimet I, Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias. New York: Guttmacher Institute; 2013.
4. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. Hallazgos generales del monitoreo de servicios públicos de salud sexual y reproductiva por parte de jóvenes y mujeres indígenas; 2017. <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes/assets/files/Hallazgos%20generales.pdf> (accedido el 20/Feb/2018).
5. García-Gossio MI, Revilla-Solís TR, Hernández-Morales C. Salud sexual y reproductiva en México ¿Políticas públicas con perspectiva de género? El caso de los embarazos en adolescentes. In: Ojeda-Hidalgo JF Carrillo-Flores I, editores. La subversión de narrativa y mediaciones para la construcción de un contradiscurso femenino. Sin Colonia: Universidad Politécnica de Guanajuato; 2015. p. 227-42.

6. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th Ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
7. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp O, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017; 390:2372-81.
8. Lerner S, Guillaume A, Melgar L. Realidades y falacias en torno al aborto: Salud y derechos humanos. Ciudad de México: El Colegio de México; 2016.
9. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Interrupción legal del embarazo (ILE); 2018. <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/> (accedido el 16/Feb/2018).
10. Petracci M. Opinión pública y aborto. La sociedad discute sobre el aborto en América Latina. En: Ramos S, editor. Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES/Ciudad de México: Population Council; 2015. p. 129-53.
11. Hands J, Kimberly C. Abortion attitudes in context: a multidimensional vignette approach. *Soc Sci Res* 2014; 48:145-56.
12. Kissling F. Is there life after roe? *Conscience* 2004; 25:11-8.
13. Melguizo-Jiménez M, Luna-Lora C, Marcos-Ortega B, Bailon-Muñoz E. Nueva ley del aborto más que un problema legal y moral. *Aten Prim* 2010; 42:403-5.
14. Marván ML, Campos Z, Castillo-López RL, López-Vázquez E. Psychological meaning and attitudes toward elective abortion: a study with Mexican youth. *Women Reprod Health* 2014; 1:31-42.
15. Marván ML, Lagunes-Córdoba R, Orihuela-Cortés F. Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido. *Salud Pública Méx* 2018; <https://doi.org/10.21149/9182>.
16. Parson NK, Richard HC, Kanter GDP. Validation of a scale to measure reasoning about abortion. *J Couns Psychol* 1990; 37:107-12.
17. Amuchástegui A, Flores E, Aldaz E. Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *La Ventana: Revista de Estudios de Género* 2015; 5:153-95.
18. Cabrera VE. Identidad de género en el discurso de los universitarios. *Educación y Educadores* 2007; 10:23-34.
19. Vega-Briones G, Jaramillo-Cardona MC. Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México, en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2010; 9:50-77.
20. Lizotte MK. The abortion attitudes paradox: model specification and gender differences. *Journal of Women Politics Policy* 2015; 36:22-42.
21. Barkan SE. Gender and abortion attitudes: religiosity as a suppressor variable. *Public Opinion Quarterly* 2014; 78:940-50.
22. Adamczyk A. The effect of personal religiosity on attitudes toward abortion, divorce, and gender equality. Does cultural context make a difference? *EurAmerica* 2013; 43:216-53.
23. Bahr SJ, Marcos AC. Cross-cultural attitudes toward abortion: Greeks versus Americans. *J Fam Issues* 2003; 24:402-424.
24. Ben Nathan M, Melitz O. Nurses' and nursing students' attitudes toward late abortions. *Int Nurs Rev* 2011; 58:68-73.
25. Oglan CP, Verona AP. Religion and attitudes toward abortion policy in Brazil. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2011; 50:812-21.
26. Católicas por el Derecho a Decidir. Encuesta Nacional de Opinión Católica; 2014. http://encuesta.catolicasmexico.org/es/?page_id=2152 (accedido el 05/Oct/2017).
27. Juárez F, Singh S. Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva* 2013; número especial:25-35.
28. Lugo-Sánchez AM. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2014; 40:145-54.
29. Reyes-Serrano N, Morales-Alvarado S, Valdivieso-Oliva V. Factores asociados al uso de la anticoncepción oral de emergencia por estudiantes de obstetricia de una universidad privada de Lima, Perú, 2016. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener* 2017; (6):50-60.
30. Villegas-Díaz JS, Martínez-Silva LA, Santiago-Pineda MDL, Quinteros-Avendaño RS. Riesgos y daños a la salud de las adolescentes por el uso de la pastilla de emergencia. *Revista CuidArte* 2012; 1:39-48.
31. Bardisa-Ezcurra D. Anticoncepción de emergencia. *Revista Sexología y Sociedad* 2003; 9:20-5.
32. García-Gossio MI. El control del crecimiento de la población y las mujeres en México: organismos internacionales, sociedad civil y políticas públicas. *Rev Colomb Psicol* 2015; 38:93-111.

Abstract

This study aimed to explore young Mexicans' attitudes towards induced abortion and its relationship to their opinions on unsafe abortion as a public health problem. The results were compared by participants' gender, age, religion, and course major. The sample consisted of 411 university students who answered a questionnaire on their attitudes towards abortion and another questionnaire on unsafe abortion. Participants showed more favorable than unfavorable attitudes towards induced abortion. They generally acknowledged that unsafe abortion poses a health risk, but they were not sure whether legislation would help solve the problem. Male students and those professing a religion (Catholic or another Christian denomination) tended to be more unfavorable to induced abortion and were less likely to feel that legalizing abortion would decrease the health problems caused by unsafe abortion. There were no significant differences according to age or course major. A troublesome finding was the young people's limited interest in the issue of legalizing abortion.

Legal Abortion; Criminal Abortion; Health Knowledge, Attitudes, Practice

Resumo

O objetivo deste estudo foi explorar as atitudes em face do aborto induzido em jovens mexicanos, e relação deles com o fato de considerar ou não o aborto inseguro um problema de saúde pública. Os resultados foram comparados de acordo ao sexo, idade, religião e disciplina dos participantes. A mostra foi integrada por 411 estudantes universitários, que contestaram o questionário sobre atitudes perante o aborto e um questionário sobre aborto inseguro. Os participantes mostraram atitudes mais favoráveis do que condenatórias perante o aborto induzido. Em geral, reconheceram que o aborto inseguro representa um risco para a saúde, porém não estão seguros que a atual legislação ajude a resolver esta situação. Os homens e os participantes religiosos (católicos ou de outras religiões decorrentes do cristianismo) tiveram atitudes mais condenatórias perante o aborto induzido do que seus pares, e foram os que menos consideram que legalizar o aborto possa diminuir os problemas de saúde que acarreta o aborto inseguro. Não teve diferenças relacionadas com a idade dos participantes, nem com a disciplina deles. Um achado preocupante foi o escasso interesse dos jovens sobre o assunto da legalização do aborto.

Aborto Legal; Aborto Criminoso; Conhecimento, Atitudes e Práticas em Saúde

Recibido el 05/Nov/2017
 Versión final presentada el 19/Abr/2018
 Aprobado el 11/Jun/2018