



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Ciencias de la Conducta

Doctorado en Ciencias de la Salud

Relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo, en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Tesis

Para Obtener el Grado de:
Doctor en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtro. Crisanto Martínez Méndez

Número de cuenta: 0724002

Comité Tutorial:

Dra. Marcela Veytia López

Tutor Académico

Dr. Octavio Márquez Mendoza

Tutor Interno

Dra. Lydia Feito Grande

Tutor Externo



Toluca, Estado de México, mayo de 2022

Índice

Resumen	5
Introducción	8
Antecedentes	8
1.1 Aborto	8
1.1.1 Definición	9
1.1.2 Situación Mundial	9
1.1.3 Situación en América Latina	10
1.1.4 Situación Nacional	11
1.1.5 Estado de México	12
1.1.6 Aborto como problema de salud en jóvenes	13
1.1.7 Modelos de toma de decisión IVE	16
1.2 Salud sexual y reproductiva	24
1.2.1 Definición	24
1.2.2 Derechos reproductivos	24
1.2.3 Salud sexual y reproductiva en México	25
1.2.4 Situación de salud sexual y reproductiva en jóvenes mexicanos	26
1.3 Consideraciones bioéticas	28
1.3.1 Definición	28
1.3.2 Bioética y aborto	29
1.3.3 Postura próspera	31
1.3.4 Postura Proelección	33
1.3.5 Bioética y posturas morales sobre la IVE	35
2. Planteamiento del problema	37
3. Justificación	41
4. Hipótesis	43
5. Objetivos: General y específicos	44
6. Diseño metodológico	45
6.1 Diseño del estudio	45
6.2 Universo y muestra	45
6.3 Criterios de inclusión y exclusión	46
6.4 Variables	47
6.5. Instrumentos	50
6.6. Procedimiento	51
6.7 Recolección de datos	53
6.8 Análisis de datos	54
6.9 Aspectos éticos	55
7. Resultados	57
7.1 Artículo y/o capítulo de libro aceptado	57
7.1.1 Título del artículo y/o capítulo de libro aceptado	57
7.1.2 Página frontal del manuscrito	58
7.1.3 Carta de aceptación	59
7.1.4 Resumen	60
7.2 Artículo y/o capítulo de libro enviado	62
7.2.1 Título del artículo y/o capítulo de libro enviado	62

7.2.2 Carta de envío y/o recepción del artículo	63
7.2.3 Resumen	64
8. Resultados adicionales (en su caso)	66
9. Discusión	75
10. Conclusiones	82
11. Referencias	84
12. Anexos	96

Resumen

La presente investigación indaga las variables que confluyen en el tema de la interrupción voluntaria del embarazo como lo son las consideraciones bioéticas, determinadas en esta investigación por las posturas provida y proelección, la salud sexual y reproductiva, determinada por el acceso a los servicios de salud sexual y reproductivas, así como la toma de decisión de la interrupción del embarazo, para contribuir a un mayor entendimiento del tema y ofrecer variables a considerar a futuras investigaciones para tener un mayor entendimiento.

Se aplicaron los siguientes instrumentos de Cuestionario de actitud ante el aborto, de Marvan *et. al.*, (2018); Encuesta integral de Salud sexual y reproductiva (FPNU, 2009) y Encuesta de actitud ante el aborto (Crock, R., 2007).

Se tradujo la Encuesta de actitud ante el aborto de su versión en inglés y se analizaron sus principios psicométricos, los resultados indicaron una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.92$).

Se aplicaron los instrumentos de investigación a 625 alumnos de Ciencias de la Salud, en la Universidad Autónoma del Estado de México, en las licenciaturas de Enfermería, Medicina y Psicología.

Los resultados indicaron que el 84% de los participantes tuvieron predilección por la postura proelección, en comparación con el 15.5% quien se identificó con la postura proelección, con diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, ya que las mujeres tuvieron un porcentaje más en esta última postura.

La mayoría de los estudiantes (75.1%) no tiene acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y el 60.1% afirma que no asistiría a los servicios existentes debido a la falta de confidencialidad y malos tratos que asocian al sistema de salud. El 27.4% de los encuestados se clasificó como personas con conductas sexuales de riesgo.

Se analizó la participación del hombre en la toma de decisión de la interrupción del embarazo, en el que se concentraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo los hombres quienes manifestaron la necesidad de consultarlos para tomar la decisión de continuar o interrumpir el embarazo.

Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las consideraciones bioéticas en torno al aborto, con la toma de decisión del aborto, siendo la postura proelección la que registró una correlación negativa a los factores que determinaban el aborto.

Introducción

La interrupción voluntaria del embarazo es un tema vigente e importante que implica cuestiones relacionadas con la salud, moral, religión, política, entre otras. Es un tema multifactorial, ya que la toma de decisión de la interrupción del embarazo depende tanto de elementos externos como internos que se conjugan para hacer del acto un problema de salud pública, el cual atañe principalmente a la población joven. La presente investigación profundiza en la toma de decisión de la interrupción del embarazo, lo que conlleva a revisar cuestiones de salud sexual, reproductiva y consideraciones bioéticas, ya que son dimensiones determinantes en la toma de decisión.

Antecedentes

Aborto

Definición

El aborto se define como la interrupción voluntaria de un embarazo (IVE) antes de la viabilidad fetal (Rollero, 2018, p.2). A su vez, la viabilidad fetal es la edad gestacional en la que es posible la vida extrauterina (asistido y dependiente de los recursos médicos y tecnológicos), el límite propuesto se establece entre las 20 a las 23 semanas de edad gestacional o entre de 400 a 500 gramos, si la edad gestacional es desconocida (Astete, Beca y Lecaros, 2014, p.1451). Según estimaciones del instituto

Guttmacher, se efectuaron 56 millones de abortos inducidos a nivel mundial cada año, en el periodo de 2010 a 2014, seis millones más que los reportados en el periodo 1990-1994 (Guttmacher Institute, 2018, p.1).

Situación Mundial

Se estima que a nivel mundial el 25% de embarazos termina en aborto (Lord, Regan, Kasliwal, Massey y Cameron, 2018, p.1), con una notable diferencia entre países, ya que la prevalencia del abortos es mayor en países en desarrollo que en países desarrollados, con una tasa de 36 casos por cada 1,000 mujeres al año en los primeros y 27 casos en los desarrollados (Singh, Remez, Sedgh, Kwok, y Onda, 2018, p.4),(Piekarewicz,2015, p.9).

Aproximadamente el 36% de mujeres en edad reproductiva en, aproximadamente 590 millones, tienen acceso al aborto solicitándolo, sin otra condicional, salvo el límite gestacional, el cual se fija 12 semanas en promedio. El otro extremo, 5% de dicha población, aproximadamente 90 millones de mujeres, viven en países en donde está prohibido la IVE bajo cualquier circunstancia, inclusive cuando la vida de la gestante está en peligro. El porcentaje restante mujeres en edad reproductiva (59%) reside en países que tiene algunas condicionales para la IVE, ya sea preservar la salud de la gestante, motivos sociales, económicos y condiciones patológicas al feto (CRR, 2019).

El continente con mayor número de abortos es Asia, con 26.8 millones de abortos reportados en 1995 y 24.7 millones en 2008, lo que representa más de la mitad de la totalidad de IVE reportadas en 1995 y 2008, 45.5 y 41.64 millones respectivamente (Henshaw, Singh y Haas, 1999, p.19), (Singh, Sedgh y Hussain, 2010, p. 244).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que hay 25 millones de abortos inseguros al año, el cual se define como “un procedimiento para interrumpir un embarazo realizado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un entorno que no cumple con los estándares médicos mínimos, o ambos” (Ganatra *et. al.* 2014, p.155) y es responsable de 47,000 muerte materna anual y más de 5,000,000 de complicaciones (OMS, 2019).

Situación en América Latina

En América Latina, del periodo de 2010 a 2014, se estima que se realizaron 6.5 millones de abortos, con una tasa anual de 44 casos por cada 1,000 mujeres, ocho puntos porcentuales más que el promedio mundial (Lord, Regan, Kasliwal, Massey y Cameron, 2018); el 60% de dichas IVE se realizaron en condiciones de riesgo, por lo que la tasa de mortalidad de este tipo de intervención es 220 muertes por cada 100,000 procedimientos, 350 veces mayor de la que se hace regulada por un marco legal y de salud, (Alvarado-Zeballos, Nazario y Taype-Rondan, 2017,p.622).

La tasa de aborto en América latina registrada en 2003 fue 10 veces mayor que la de países desarrollados, por lo que es la región del planeta en la que registra más casos en proporción con el resto de mundo (Espinoza y Carrillo, 2003, p.9). Tan es así que el 95% de abortos en la región en 2008 fueron procedimientos inseguros, lo que provocó el 12% de todas las muertes maternas en dicha región (Chiapparrone, 2018, p.203).

La ilegalidad del aborto está íntimamente relacionada con la realización de abortos inseguros, de tal manera que en los países más restrictivos se realizan IVE con esa

condición. El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam, son los países en los que está prohibido totalmente al aborto sin excepciones; mientras que, en Cuba, Guyana, Puerto Rico y Uruguay son países que no tienen más restricción que limite gestacional, generalmente el primer trimestre (Guttmacher Institute, 2018).

Situación Nacional

La situación del aborto en México no es muy diferente a los datos de América Latina, porque mantiene un estado de ilegalidad (con algunas excepciones) en casi todo el territorio nacional (31 de 32 entidades federativas), salvo en la ciudad de México, en donde es legal. El instituto Guttmacher estima que en México se realizan 1,026,000 IVE cada año y 36% resultan en complicaciones que requieren atención médica (Juárez, Singh, Maddow-Zime y Wulf, 2013, p. 4,15). En consecuencia, una de cada diez hospitalizaciones de mujeres con emergencias obstétricas se origina por consecuencia de un aborto negligente (Montoya-Romero, Schiavon, Troncoso, Díaz-Olavarrieta y Karver, 2015, p.24).

De las 32 entidades federativas en México, en la mayoría, la IVE es ilegal, pero presenta algunas exclusiones en donde consideran al aborto como un acto no punible, en las que se encuentra:

- Violación: 32 estados la reconocen como exclusión.
- Imprudencial o culposo: 29 estados la reconocen como exclusión.
- Peligro de muerte de la gestante: 24 estados la reconocen como exclusión.
- Alteraciones genéticas en el feto: 17 estados la reconocen como exclusión.
- Afectación a la salud: 14 estados la reconocen como exclusión.
- Inseminación no consentida: 13 estados la reconocen como exclusión.

- Causas económicas: 2 estados la reconocen como exclusión.
- Voluntad: sólo la Ciudad de México la reconoce como exclusión (GIRE, 2019).

Situación en Estado de México

Las estadísticas indican que el Estado de México es la entidad federativa con más IVE, con una tasa de 54.4 de abortos por cada 1,000 mujeres en edad de 15 a 44 años, por lo que es la misma tasa que la Ciudad de México en 2009, pero al tener mayor población, el Estado de México se realizaron 205,613 interrupciones (correspondiente 20% al número total de abortos a nivel nacional), mientras que en la Ciudad de México fueron 122,445 (11.9% a nivel nacional) (Juárez y Singh, 2013, p.28).

El Estado de México también es la entidad federativa con mayor prevalencia de complicaciones del aborto, en el que se presentaron 25,527 casos, es decir el 16% del total nacional (*Ibidem*). Las principales razones de lo anterior residen en ser el Estado con mayor población, así como tener una política restrictiva, ya que, en el Código Penal del Estado de México, en su artículo 251 establece los cuatro supuestos bajo los cuales el aborto no tiene repercusiones legales:

Artículo 251.- No es punible la muerte dada al producto de la concepción: I. Cuando aquélla sea resultado de una acción culposa de la mujer embarazada; II. Cuando el embarazo sea resultado de un delito de violación; III. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora; y IV. Cuando a juicio de dos médicos exista prueba suficiente para diagnosticar que el producto sufre

alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves, siempre y cuando se cuente con el consentimiento de la madre (CPEM, 1999, p.79).

Aborto como problema de salud en jóvenes

Los datos sobre el aborto son estimación con base en indicadores indirectos, como lo son los reportes de hospitalizaciones por consecuencias de un aborto, lo anterior como resultado del carácter de ilegalidad en el país, por lo que no se cuentan con datos exactos sobre la prevalencia y repercusiones en la salud de las gestantes (González de León, Billings, Gasman y Rayas, 2002, p.12). Se ha demostrado que las restricciones legales del aborto tienen impacto en la salud pública, ya que independientemente de su carácter de legalidad es una acción que se ha realizado y se seguirá practicando, pero debido a la ilegalidad la mayoría de IVE son inseguras, lo que conlleva a un mayor riesgo de sufrir alguna consecuencia que afecta la salud de las mujeres que optan por IVE (Finer y Fine, 2013, p.585).

Se reconoce al aborto inseguro como un problema de salud pública, ya que cada año se presentan 22 millones de casos en el mundo con alta probabilidad de sufrir alguna complicación (Renner, de Guzman y Brahmi, 2014, p. 1, 5).

Los indicadores sobre consecuencias de abortos inseguros son registrados en los egresos hospitalarios con causa de hospitalización al aborto (excluyendo al aborto espontáneo) con 603,065 hospitalizaciones en el periodo 2002-2009 y con un índice de 7% del total de muertes maternas en dicho periodo (Cantón, Trujillo y Uribe, 2012,

p.77,80). Los costos que se general de las consecuencias del aborto inseguro afectan no solamente a las mujeres que lo practican, también en las instituciones médicas y la sociedad en general, pues se invierten recursos para la atención a las complicaciones generando enormes costos económicos, inclusive llega a representar el 50% del presupuesto destinado a la maternidad en los hospitales en países en desarrollo (Curioni, 2014, p. 65), al estar en segundo lugar, después del parto, en uso de recursos hospitalarios para la atención obstétrica (Langer, 2002, p. 196). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública, 11, 192-205.). Además, la mayoría de atenciones a complicaciones del aborto se realizan en hospitales públicos, es decir, subvencionados por la ciudadanía (Singh, Wulf, Hussain, Bankole y Sedgh, 2009, p. 5). Lo anterior evidencia las carencias de un sistema exento de buena educación sexual y reproductiva, servicios de salud y rol de la mujer en la sociedad, provocando que las mujeres con complicaciones retasen la búsqueda de ayuda médica y profesional, debido a las restricciones legales, morales o financieras, agravando con ello sus condición y repercutiendo en un gasto mayor de recursos, sobre cargando los costos para los sistemas gubernamentales de salud o impactando consideradamente a la economía de las personas (Távora Orozco, *et.al.*, 2012, p.242).

Los jóvenes tienen especial consideración, no sólo porque representan el grupo etario más numeroso en la población en países en desarrollo (alrededor del 30%), también porque es el grupo con más complicaciones en el embarazo, entre ellas el aborto (Flores-Valencia, Nava-Chapa y Arenas-Monreal, 2017, p.375). La tasa estimada de hospitalizaciones por complicaciones del aborto inducido en población joven, es decir,

edades de 20 a 24 años, es de 8.5 casos por cada 1000 mujeres, por lo que es la tasa más alta en grupos quinquenales, seguida de la población adolescente (de 1 a 19 años), con una tasa de 6.9 casos por cada 1000 mujeres (Juárez, Singh, Maddow-Zimet y Wulf, 2013, p.34). Este grupo de edad tiene una condición de vulnerabilidad debido a una conducta sexual insegura, lo que suele llevar a embarazos no deseados (Carrera, Guerrero, Mendoza y Bermúdez, 2012, p. 551). La caracterización de este grupo etario se basa en la emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad y necesidad de alcanzar identidad y autonomía (Flores, Nava-Chapa y Arenas-Monreal, 2017, p.376), lo que conduce a una posible condición de subordinación y dependencia, comprometiendo con ello su salud sexual (López, Romero, Salabarría, Casino, 2008, p.4-6).

Según las estadísticas recabadas por el sistema de información de la interrupción del embarazo en la Ciudad de México, se han realizado 214,165 interrupciones del embarazo de manera legal en México entre el año 2007 al 2019, de las cuales más de 96% se realizó en mujeres provenientes de la Ciudad de México y Estado de México (69.60% y 26.97% respectivamente), menos del 4% reportó ser de alguno de los 30 estados restantes. El perfil de la mujer que interrumpe su embarazo de manera legal corresponde a una mujer soltera, con estudios de preparatoria, entre 18 a 24 años, trabajadora del hogar, sin hijos, con método medicamentoso para la IVE, a las 4 semanas de gestación (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo. (2018, p. 1-11).

La población universitaria responde al perfil anteriormente descrito, ya que es una población mayoritariamente joven, cuyas características en el inicio de su vida sexual conlleva desconocimiento, mitos, miedos, e inseguridad, lo que provoca conductas de riesgo, entre ellas la posibilidad de un embarazo no deseado y, en consecuencia, la IVE insegura (Hurtado y Olvera, 2013, p 243), las que , a su vez, se suman a las enfermedades de transmisión sexual, como parte de las razones de los índices de deserción, rezago educativo y bajo índice de titulación (Chávez, Petrzelová y Zapata, 2009, p.138).

Los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud son los futuros profesional a cargo de la salud de las personas y, concretamente, la autoridad profesional orientadora sobre temas de sexualidad, al que la personas acudieran para satisfacer su conocimiento y dudas sobre la materia, por lo cual se pensaría que la formación en Ciencias de la Salud representa un factor protector para los jóvenes, pero investigaciones como la de han demostrado lo contrario, ya que Mildred y Guarnizo-Tole llevaron a cabo un estudio comparativo en 2016, en Colombia, entre estudiantes de Medicina, Enfermería e Ingeniería, con el objetivo de comparar las prácticas de salud reproductiva entre licenciaturas, en la que concluyeron que cursar los programas profesional de enfermería y medicina no representan un actor protector para la población joven universitaria, ni asegura que los conocimientos sobre la materia revisado en los cursos sean llevados a la vida propia (Ibáñez y Guarnizo-Tole, 2016, p.68).

Modelos de toma de decisión de la IVE

Las investigaciones sobre la materia han reportado que las principales razones para la IVE se deben a la incompatibilidad del embarazo con sus planes de vida, ya sea porque se encuentran estudiando, trabajando o debido a complicaciones en la vida que no están dispuestas a asumir en el momento del embarazo; problemas externos como: económicos, que procedan de un estrato económico bajo, en el que no podrían cubrir la necesidades del bebé; además del tipo y la calidad de relación que guarden con su pareja y familia, en el que la confianza y apoyo es determinante para la toma de decisión, puesto que la percepción de falta de apoyo se traduce en una mayor predisposición al aborto (Elizalde, Mateo, 2018, p. 443), (López, 2015, p.23), (Gabriela, Cecilia, y Juan, 2017, p. 22).

Las investigaciones específicas para mujeres jóvenes universitarias han demostrado la significancia de varios factores que predisponen a la IVE, Peláez y colaboradores reportaron algunos factores que inciden en la decisión, por ejemplo el inicio de la primer relación sexual, la que se presenta dos años antes en comparación de las mujeres que no recurrieron a IVE; el uso preservativos en la primer relación sexual, así como su uso frecuente, reportando como resultado que el porcentaje de uso es 25% menor en el grupo que interrumpió el embarazo; y el número de parejas sexuales, el cual se duplicó respecto a las universitarias que no experimentaron la IVE (Peláez, 2018, p.36).

El principal determinante de la IVE es el embarazo no deseado, el que, a su vez, es determinado por las necesidades no satisfechas de anticoncepción debido a

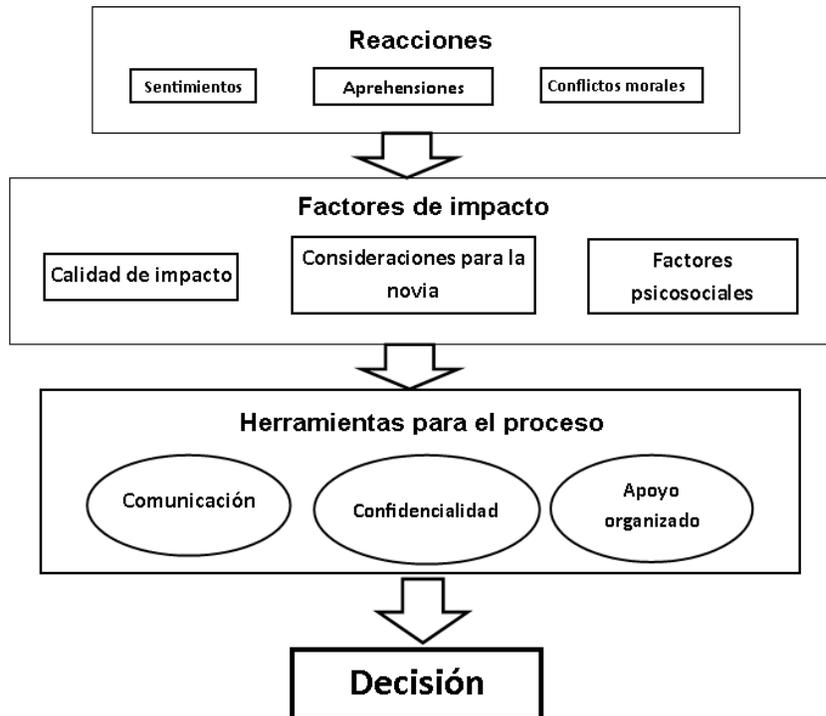
ignorancia, descuido o inacceso y prestación deficiente a servicios de salud que provean de métodos anticonceptivos eficientes y específicos a la población joven, así como orientación integral sobre planeación familiar, ocasionando que 4 de cada 10 mujeres perciba deficiencias en el acceso y uso de los métodos anticonceptivos (Juárez, Maddow-Zimet, Wulf, 2013, p.26-28).

En México, el número de embarazos no planeados representan el 54% del total de embarazos, de los cuales poco más de la mitad terminan en aborto, con una tasa de 38 abortos por cada 1,000 mujeres, especialmente en mujeres jóvenes de 20 a 24 años (Marván, Orihuela-Cortés, y Río, 2018, p2), por lo que representan una población de especial atención, sobre todo por las consecuencias a las que se exponen por un aborto negligente, que suelen tener mayores riesgos porque su salud sexual se encuentra en desarrollo y los padecimientos consecuentes del aborto pueden resultar en una pérdida de calidad vida y salud sexual, a corto plazo como hemorragias, infecciones y complicaciones obstétricas, hasta el desenlace extremo: la muerte; o a largo plazo como embarazos ectópicos, proceso inflamatorio pélvico crónico e infertilidad (Carrera, Guerrero, Mendoza y Bermúdez, 2012, p.551).

Un estudio clásico sobre la toma de decisión fue realizado por Lars I. Holmberg y Vivian Wahlberg, en el 2000, en el que se plateó un modelo de explicación que contiene tres categorías y nueve factores implicados en la toma de decisión sobre el aborto en jóvenes: Reacciones, en las que incluyen sentimientos, aprehensiones, conflictos morales; Factores de impacto que incluyen calidad de imparto, consideraciones para la novia y factores psicosociales; Herramientas para

proceso, en la que se incluye comunicación, confidencialidad y apoyo organizado (Holmberg y Wahlberg, 2000, p. 232), (Figura 1).

Figura 1. Modelo de toma de decisión de Holberg y Wahlberg



Un modelo más holístico es el propuesto por Sandoval, García y Bustos, en el que identifican la interacción de creencias, actitudes, intenciones y conductas como los elementos que intervienen en la decisión de aborto planificado, de tal manera que, en el mejor de los casos posible, la IVE es una decisión procesada y asimilada bajo la deliberación y planificación. A su vez, identifican los principales elementos de cada factor, organizados de la siguiente manera:

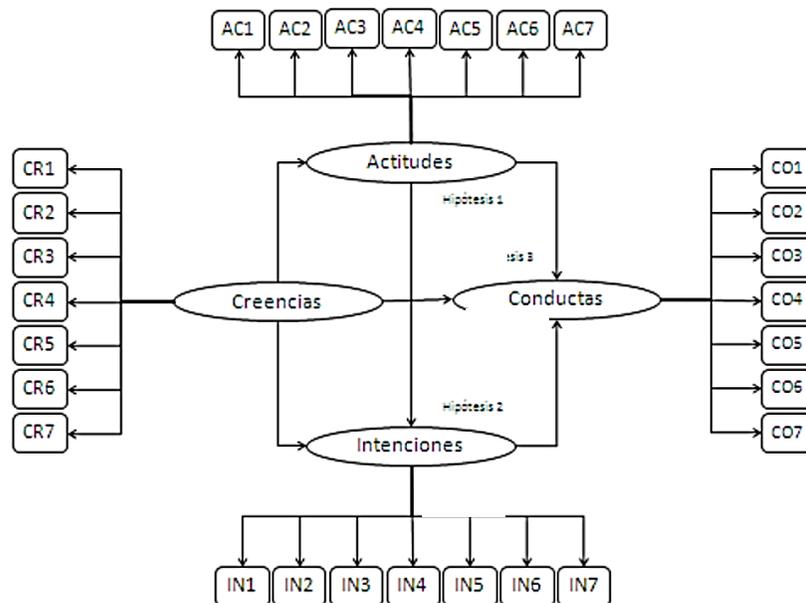
Creencias: Procesamiento de información académica o cotidiana sobre la IVE

Actitudes: Disposición a la IVE en cuento a su postura a favor o en contra

Intenciones: Probabilidad de IVE en relación a las expectativas de pareja

Conductas: Frecuencia a las acciones referentes IVE (fidelidad, documentación, financiamiento y solicitud de IE), (Sandoval, García, Bustos, 2016, p. 45-47).

Figura 2. Modelo especificado de relaciones (Sandoval et. al., 2016, p.47)



Usha Kumar *et al.*, reportaron que la relación de la mujer que ha decidido abortar con el profesional de la salud al que acuden para IVE, no busca una orientación a la decisión, por el contrario, cuando acuden con el médico ya han tomado una decisión firme, no requieren ayuda y pueden considerar que indagar en sus razones es intrusivo, inclusive el cuestionamiento excesivo a las razones de la IVE o un procesamiento lento, ocasiona el abandono del proceso (Kumar *et al.* 2004, p.53-54).

Foster *et. al.*, reportaron que la toma de decisión de la IVE en mujeres es una decisión con alta confianza, ya que el 94% de 5,109 mujeres encuestadas aceptaron que la decisión de abortar era una decisión segura y antecedía dicha seguridad al asesoramiento con el profesional de la salud. Otro hallazgo importante de Foster *et.al.*, identificaron que las personas jóvenes fueron más propensos a presiones para realizarse un aborto por parte de sus padres o de su pareja (Foster, *et. al.*, 2012, p. 119-120), (Wigdor, Johnson y Vaggione, 2017, p. 35-40. Lo anterior es confirmado por otras investigaciones, en las que la toma de decisión del embarazo en adolescentes y jóvenes son influencias y a veces determinadas por los padres de la gestante (Suárez y Cañete, 2015, p. 6), por lo que las relaciones familiares influyen significativamente en la decisión, sobre todo la falta de una relación de comunicación o la imposibilidad de decir a los padres que está embarazada es un factor de riesgo para interrupciones del embarazo tardías, aumentando con ello el riesgo a sufrir alguna consecuencia (Mendoza, 2014, p. 31).

A nivel nacional García-Lirios realizó una investigación en 300 estudiantes universitarios, en el que identifica como factores determinantes en la toma de decisión de la IVE a la propensión al futuro familiar, responsabilidad, planificación parental, motivos económicos, convicción anti-familiar, incompatibilidad escolar-familiar y la crianza funcional. Centrando las conclusiones en la propensión al futuro, la cual define como actitud hacia el aborto relacionada con la situación personal-familiar actual y futura en la que mujer tiene o una participación fundamental o intrascendente, es decir, el papel de la mujer en la dinámica en la que está inscrita en relación con el bienestar personal, interpersonal, parental y familiar (Lirios, 2012, p. 78-79).

Por su parte Huanuco y Mery, identificaron 4 factores predominantes en la toma de decisión: económico, familiar, pareja y proyecto de vida. La interacción de dichos factores predisponía, o no, optar por la IVE, ya que se reportó que la interacción de tres factores explica en mayor medida la toma de decisión de la IVE, principalmente la interacción de los factores económicos, familiar y de pareja. Concretamente, el resultado de dicho perfil identifica a las mujeres con más propensión a la IVE embarazadas con percepción económica baja, con miedo de que sus familiares conocieran su situación y tengan una mala relación con el progenitor a interrumpir el embarazo (Huanuco y Mery, 2018, p. 60-70).

Otro de los elementos importantes en la toma de decisión de la IVE es papel de los hombres (progenitores) en la toma de decisión, la percepción y actitudes ante el fenómeno (Guevara, 2003, p.106), sin embargo, se ha determinado que suelen influir significativamente en la decisión de la mujer y en su mayoría es ejecutada por la mujer gestante, aunque no haya contemplado dicha decisión desde el principio como una opción (Guevara, 2011, p.248). Lo anterior lleva a confrontar los derechos reproductivos de los progenitores, si la decisión es contradictoria no es fácil vislumbrar los alcances de los derechos reproductivos de cada progenitor, es decir, si uno de ellos desea interrumpir el embarazo y el otro desea continuarlo ¿qué debería decidirse?, ¿ambas decisiones tienen el mismo nivel?, o ¿hay primacía de alguna? (Valenzuela, Villavicencio, 2015, p.274). Las investigaciones han reportado que al no considerarse al progenitor en la toma de decisión de la IVE dan como resultado reacciones emocional de enojo, impotencia y tristeza, ya que la opinión de los hombres que no se consideran para la decisión es tomada como superflua al considerarse que es una

decisión exclusivamente de la progenitora, por lo que incluso puede hablarse de una discriminación a los progenitores (Martínez y Hernández, 2016, p.56-58). Además de lo anterior, se han estudiado las consecuencias en el hombre por la IVE relacionado con la paternidad frustrada, en el caso que el hombre deseaba continuar con el embarazo, así como en qué medida acompañan a la mujer en el proceso, en el que existe una relación de cuidado y responsabilidad (Ramos, 2016, p.840).

Vivero y Facundo (2012) realizaron una investigación sobre el lugar de la masculinidad en la decisión del aborto, en que clasificaron las posibles relaciones que guardan los hombres con la toma de decisión de la IVE, las cuales se clasifican en: a) Decisión solamente femenina, referente a la exclusividad de decisión por parte de la mujer gestante, por lo que el hombre no tendría derecho de voto; b) Silenciamiento del deseo de paternidad, refiriéndose a no expresar su deseo de paternidad y no inmiscuirse en la decisión; c) Presión indirecta, posición en la que no están de acuerdo en continuar en el embarazo pero aceptan que la decisión final está en las mujeres; d) Presión directa, se refiere a la influencia u obligación de la progenitora a interrumpir el embarazo, inclusive a pesar que la mujer desee continuarlo; e) Decisión conjunta, decisión razonada y deliberada en pareja, fruto de una negociación racional y; f) no son consultados, en donde se enteran posteriormente realizada la IVE y no son consultados sus deseos o emociones (Vigoya y Navia, 2012, p.151-154) .

En suma, el aborto representa un problema de salud que debe ser atendido, en el que se conjugan diversos factores y elementos, por lo que comprender mejor el fenómeno

podrá ayudar a crear estrategias y modelos de entendimiento que permitan prevenir las consecuencias negativas del fenómeno.

Salud Sexual y reproductiva

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019, p.6) define a la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad (OMS, 2019). Ahora bien, la salud reproductiva aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee (OMS, 2019). En ambos casos es necesario reconocer los derechos de las personas en el ámbito sexual y reproductivo, garantizando su ejercicio con el fin de alcanzar una plenitud en dicho ámbito.

Derechos reproductivos

Históricamente existe el reconocimiento de la conjunción de la salud sexual y de la salud reproductiva, ambas encaminadas al desarrollo de la vida y de las relaciones entre las personas para promover el ejercicio pleno de su sexualidad y no solamente en el asesoramiento de enfermedades de transmisión sexual (CIPD, 1994, p.72). Para ejercer adecuadamente la salud sexual y reproductiva (SSyR) es necesario reconocer, respetar y ejercer adecuadamente los derechos sexuales y reproductivos, entre los que podemos encontrar los siguientes: derecho a la vida, integridad física, psíquica y

social; a la libertad, a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva; a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual, opción de la reproducción, entre otros (RILL, 2006, p.1).

El marco internacional destaca la importancia de la salud sexual y reproductiva (SSyR), por mencionar algunos documentos importantes encontramos: la Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos; Pacto de Derechos Económicos y Sociales; Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo. Éste último fue el primer texto internacional en el que se trató explícitamente sobre el tema, proponiendo un plan de acción que contemplaba la participación de la sociedad, el Estado, los equipos de salud y las personas en general, con la finalidad de garantizar la convivencia y armonía sexual de todos los seres humanos, basándose en la libertad y dignidad para proveer el disfrute de una sexualidad sana, responsable, segura, con el menor riesgo posible (RILL, 2006, p.2).

Para un adecuado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es necesario poseer conocimientos sobre ellos, saber de su existencia, objetivo que se logra con la promoción de la educación en la materia. La OMS reconoce dentro de los aspectos fundamentales de la SSyR a los servicios de planificación familiar y la promoción de la salud sexual, mostrarse conforme a la importancia del conocimiento y la orientación para los adolescentes y jóvenes (OMS, 2004). Se ha reportado que la obtención del conocimiento de la SSyR se obtiene principalmente de la escuela y en mucha menor medida, del hogar, libros, sector salud y agrupaciones sociales (Pineda, Ramos, Frías,

Cantú, 2000, p.2). Lo que indica la existencia de un vacío por parte de la sanidad, al carecer de espacios adecuados y eficaces para la promoción del conocimiento referente a la SSyR, ya que la información accesible a los jóvenes no se obtiene de centros especializados en la materia, sino de fuentes indirectas y en su mayoría por profesional no sanitario, careciendo de una cultura de prevención, equidad de género, información actualizada y científica (Campero, et. al. 2013, p.2). Lo anterior se comprueba al reportarse que sólo el 7% de los estudiantes de educación primaria han recibido información sobre SSyR, en la secundaria el porcentaje llega a 55%, pero en la educación preparatoria baja a 14.5% (Rojas *et. al.*, 2017).

Salud sexual y reproductiva en México

En México se han emprendido diversos programas sobre salud sexual y reproductiva, enfocados principalmente a los adolescentes y jóvenes. Los primeros programas, dependientes de la Secretaria de Salud, realizados en la década de los setentas, se enfocaron en el control de la fecundidad (Córdoba Basulto, 2011), posteriormente se han diseñado programas para la prevención del embarazo en adolescentes, hasta programas más integrales donde se plantean específicamente mejorar la SSyR de los jóvenes, fomentando las prácticas preventivas, promover la creatividad, el desarrollo y la alta estima de la juventud (Juarez, Palma, Singh y Bankole, 2010, p.20). Por lo anterior, en México existe un reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivo de los jóvenes, pero hay una deficiencia en la divulgación y cobertura de los servicios de salud fundamentales, relegando el papel de la divulgación y fomento de los derechos a profesores de educación básica, los que a pesar de su entusiasmo y

disposición, no poseen la pericia y conocimiento especializado para proveer a los estudiantes de la información necesaria; aunado a lo anterior, no hay promoción y capacidad necesaria en los espacios de salud especializados en la materia (Juárez, Palma, Singh y Bankole, 2010, p.20). Lo anterior propicia un vacío de conocimiento por la falta de acercamiento de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, además, dependiendo de la zona geográfica y económica en la que se encuentren, el acceso a los servicios de SSyR es más restringida (Hernández y Sánchez, 2016).

Situación de salud sexual y reproductiva en jóvenes mexicanos

Según los resultados de la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID, 2014), las mujeres jóvenes, en el rango de 20 a 24 años, son el grupo de edad que reporta mayor fecundidad, con casi la tercera parte de embarazos (29.2%) del total del país (CONAPO, 2016, p.50). Por lo que es de esperarse que en este grupo etario se presente conflicto sobre la salud sexual y reproductiva, puesto que los datos nos indican que el 25.8% del total de embarazos en este grupo etario son no planeados; mientras que el 12.6% corresponde a embarazos no deseados, lo que representa un incremento de 2.4% y 3.4% respectivamente, en comparación con la encuesta recabada en 2009, (INEGI, 2017c, p. 3). Al profundizar sobre el tema de los embarazos no planeados y no deseados, las mujeres encuestadas refieren a la falta de utilización de anticonceptivos como la principal causa del embarazo (34.8%), seguida de falla en el anticonceptivo usado (23.2%) y en tercer lugar aluden al interés de la pareja de tener un hijo más del que ellas deseaban (17.1%) (CONAPO, 2016, p.110).

Los resultados anteriores muestran las carencias en el conocimiento del funcionamiento y correcta utilización de los anticonceptivos, originando que los jóvenes tengan necesidades insatisfechas de anticoncepción, pues al cuestionar a las mujeres sobre la razón de la falta de uso de algún anticonceptivo en su primera relación sexual, la respuesta con mayor porcentaje fue el desconocimiento de uso y obtención de los anticonceptivos (28.6%), (CONAPO, 2016, p.70), atentando con ello a los principios de la salud reproductiva, es decir, impide decidir libremente cuándo, cuántos y con quién tener hijos. De este modo, se estima que a nivel nacional el 23.5% de las mujeres de 15 a 24 años tiene necesidades insatisfechas de anticoncepción (CONAPO, 2014), (Escobar, 2016).

Los derechos sexuales y reproductivos van más allá de su divulgación, se requiere que exista un marco legal y político que los resguarde, para el fomento de la dignidad y genere las condiciones necesarias para una autonomía reproductiva (Gómez-Dávila, 2018, p.54). De no existir ese marco legal y político existe un riesgo para la población joven, porque las propias características etarias propician una situación de vulnerabilidad y resulta necesario incidir en la exposición a tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, y en general los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), para evitar alguna morbilidad en SSyR de la población joven (Cuenca, *et.al.* 2013, p.300).

Existen dos principios básicos que deben ser ejercido por las personas para comprobar que se encuentran en un adecuado ejercicio de sus derechos sexuales y

reproductivos: a atención la SSyR y el derecho a la autodeterminación, implicado, con ello, a estar libre de todas las formas de violencia, por esa razón los gobiernos deben ponderar en proveer servicios de SSyR que permitan un adecuado acceso para la juventud, así como la correcta información para satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad (Peláez, 2008, p. 2-5).

La ONU considera el acceso al aborto como uno de los derechos sexuales y reproductivos al que deben aspirar todas las personas, de hecho, “los órganos internacionales de derechos humanos han calificado las leyes que penalizan el aborto como discriminatorias y como un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a atención médica”, de no ser así, las restricciones a la IVE atenta contra la dignidad y autonomía de las mujeres, así como restringir la libertad la toma de decisiones en cuanto a la SSyR, por lo que se busca que sea reconocida la IVE legal, segura, accesible, económica y de buena calidad para garantiza los derecho sexuales y reproductivos (OMS, 2012, p. 71-2).

Consideraciones bioéticas

Definición

La bioética es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen en relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica (OPS, 2013).

En el acontecer de la disciplina se ha desarrollado en proximidad con la ética médica y la experimentación con los seres humanos (Hottois, 2011), por lo que es común que los tópicos que suele tratar versan sobre inicio y fin de la vida.

Las consideraciones son reflexiones meditadas que expresan la opinión que se tiene sobre algún tema (RAE, 2016), contextualizando, una consideración bioética es pensar sobre un problema bioético, analizando con atención los elementos del fenómeno, lo que, a su vez, proporciona las pistas de las posturas morales y éticas de las personas, es decir “los horizontes de significación, que le dan sentido y coherencia a sus posturas éticas, sus juicios valorativos y el contexto en el que se desarrolla” (Kottow, 2011, p.62) concretándose una actitud, es decir como un aprendizaje que predispone a pensar, sentir y actuar de una manera determinada (Sabatés y Montané, 2010).

La bioética ha resultado particularmente útil para la toma de decisiones en el ambiente profesional sanitario, en el que representa una reflexión con vías a obtener información que pueda aplicarse, es una guía en escenarios de incertidumbre en los que haya conflicto de valores morales para ofrecer posibles vías de solución (Costa-Alcaraz, 2011). La bioética parte de la idea general que el diálogo, la información y los valores intervienen en la deliberación de acciones a realizarse, en el que se considera el mayor número de elementos implicados (Gracia, 2001, p. 22), (Mercado, 2001).

Bioética y aborto

Uno de los temas más polémicos, tanto coloquialmente, así como en la reflexión Bioética es el aborto, ya que es el resultado de un problema de salud, en el que su permisibilidad o prohibición inciden significativamente en las consecuencias del acto. Tradicionalmente la IVE ha sido considerado un problema moral, pero es un tema que trasciende este ámbito y afecta a numerosas dimensiones de la sociedad pero que pueden resumirse en un modelo tridimensional: factico, normativo y axiológico;

elementos interrelacionados, de tal manera que las leyes sobre el aborto se sustentan en hechos (científicos, económicos, políticos, entre otros) y una estimación del hecho, es decir un valor, que le da significado (Cabria, 2015, p.5).

En un terreno con posiciones tan diversas sobre cómo proceder se encuentran cuestiones jurídicas, científicas, religiosas, económicas y de salud que no llegan a un acuerdo final sobre la cuestión debido a la inexistencia de un argumento o criterio universalmente válido para las dimensiones inmersas en el problema, sobre todo el conflicto de valores implícito que una persona ante la toma de decisión la IVE experimenta (Maguire, Maguire, Alvarez, 1994, p.4-6).

La IVE no es un tema con resolución evidente, es necesario un diálogo ya que “en la ética se habla desde una posición, no desde un vacío, y esa posición está dada por la historia, la tradición y las circunstancias de una sociedad; la estructura la convivencia, el sentido de pertenencia y la voluntad de cohesión o de cambio” (Kottow, 2011, p.64).

El ser humano es un ser estimativo, pero debido a la incapacidad de cumplir con todos los valores emanados de la moral, se debate en un conflicto de valores, en el que prioriza la vida social de la mujer, condiciones de la familia y del futuro niño: la decisión de interrumpir el embarazo no es un simple capricho egoísta, no es una decisión agradable, conlleva un disgusto socio-moral, en la medida que contradice el arquetipo de madre como realización del ser mujer (Kumar, 2018, p. 3), en búsqueda de evitar consecuencias negativas o la obtención de otros bienes que le son más deseables (Jimenes Garrote, 2006, p.5-6).

Por lo anterior, ante un terreno de incertidumbre, la Bioética contiene los elementos para orientar la toma de decisiones, puesto que no hay fechas ni fórmulas matemáticas para su resolución, por lo que la Bioética debe ser una guía que tome en cuenta las dimensiones legales, científicas y axiológicas (Lariguet, 2012. p.25).

Postura próvida

Dentro de las consideras bioéticas en la IVE se encuentran dos posturas principales, con claras diferencias entre sí: los movimientos “pro vida” y “pro elección”. Cada uno con planteamientos y fundamentaciones distintas sobre el aborto, en las otorgan una postura en aspectos principales: el conflicto de valores, el estatuto ontológico del embrión, y el papel del profesional sanitario, a continuación, se exponen.

El movimiento “pro-vida” o conservador centra su atención en la vida del ser humano y la considera como un valor supremo, por lo que, desde su postura, a partir de la concepción, el embrión tiene las mismas consideraciones de cualquier persona por el hecho de poseer vida (Ramírez, 2017, p.181), considera al embrión y al feto como humano, con derechos y necesidades de protección, ya que depende enteramente de la mujer gestante para su desarrollo (Lugo, 2017, p. 81-92).

Esta postura considera inmoral interrumpir el embarazo porque considera que, desde el momento de la concepción, es decir, cuando los gametos humanos se fusionan, con el argumento que desde la fecundación hay una nueva vida humana, por lo que interrumpir el embarazo sería equiparable a un asesinato (Lariguet, 2012, p. 23).

Ya que se considera a la IVE como un homicidio

La consideración de la vida como un valor supremo tiene su base en la fuente de posibilidad que representa para los partidarios de la postura, ya que afirman que tener vida es poseer opciones, en consecuencia, el cese de la misma es la nulidad de cualquier acción posible, por lo que la vida o, más concretamente, el derecho a la vida, sustenta todos los demás derechos que una persona puede poseer, al asegurar su preservación (Montero, 2015, p.137-160). Esta postura considera el respeto y cuidado de la vida humana desde la concepción, el embrión adquiere derechos, al mismo nivel que cualquier persona, por lo que consideran que atentar contra la integridad del embrión o el feto tiene el mismo grado de responsabilidad y daño que se haría a una persona adulta, llegando a ser considerado tal acto como un homicidio (Morán y Peñas, 2013, p.13).

La postura pro-vida generalmente es asociada a la afiliación religiosa, principalmente el catolicismo, en la que de la vida es vista como parte de la divinidad, por ende, es digna de toda consideración de protección (Lugo, 2017, p.83), la adscripción a una religión y ser un miembro practicante, es un predictor para la elección de una postura pro-vida principalmente en evangelistas protestantes y católicos (Rossi y Triunfo, 2012, p. 13). Así, activamente, promueven el respeto y cuidado de la vida desde el momento de la concepción, invalidando cualquier justificación del aborto, para reivindicar la vida humana (Díaz, 2016, p. 95). Consideran que el embrión o feto son personas en potencia, es decir, contienen desde la concepción todos los elementos e información genética para ser adultos (personas a las que es innegable aceptar que poseen derechos), así, afirma que la única diferencia entre el embrión y un adulto es una

diferencia de temporalidad, pero no de cualidad, ya que esencialmente son iguales (Ramírez, 2017, p.183).

Suele incluirse en la postura “pro-vida” el argumento de no contradicción con la formación médica, al considerar que las profesiones sanitarias tienen como objetivo combatir las enfermedades para preservar la vida, por lo que considerar al aborto como una acción viable, entonces se estaría infringiendo el principio por excelencia terapéutico al interrumpir intencionalmente una vida, en lugar de preservarla (Contreras, 2018, p.47).

Postura Pro elección

Por su parte la postura “pro-elección” o liberal, tal como su nombre lo menciona, apoya la libertad de elección referente a continuar o interrumpir el embarazo y, de así elegirse, que se proporcione el acceso al aborto seguro, acompañado de un marco legal que permita tal acción (Freed, 2015, p.1). Sustentan lo anterior en el ejercicio de la autonomía, ya que los efectos y procesos suceden en el cuerpo de la mujer, el que experimenta un cambio radical y por tal motivo reconocen la exclusividad de la decisión por parte de la mujer embarazada (Chaqués-Bonafont, Palau y Baumgartner, 2015, p.203).

La “pro-elección” no establece como valor superior a la vida, sino la buena vida, la vida de calidad, por lo que aceptan que IVE tiene la intención de evitar la merma de calidad de vida, tanto en la madre, como en el neonato (Reyes y Silva, 2015, p. 115). Es importante distinguir que la postura “pro-elección” no es contradictoria a la “pro-vida”, en el sentido que el objetivo central no es la muerte del feto, sino la elección, es decir,

a tener la libertad de continuar o terminar con el embarazo y que exista un marco legal que permita el acceso al IVE de manera segura, legal y excepcional (Weitz, 2014, p.162).

Suele atribuirse a esta postura la falta de reconocimiento del estatuto ontológico del embrión como persona, tal como un adulto, afirma que es una consideración que se obtiene en un estadio avanzado gestacional (a partir del 6° mes, cuando existe viabilidad fetal fuera del cuerpo de la mujer), por lo que se atribuye el poder de decisión definitiva a la mujer gestante (Ortiz, 2014, p. 245), por lo que tiende a infravalorar la condición de persona y lo define como un ser humano en potencia, la que contiene todos los elementos para ser un ser humano que tenga un rol en la sociedad, pero que aún no lo es, siendo más evidente la diferenciación en etapas tempranas del embarazo, cuando menos apariencia humana tiene y el aborto es más permisible (Carracedo, 2005, p. 38), por lo que se establece una serie de plazos para poder optar por la IVE, los cuales, normalmente, no excede las 13 semanas de gestación como plazo, en el que sistema nervioso del embrión está desarrollado, periodo a partir del cual se acepta pueden sentir dolor (Paladino y Gentile, 2007, p.55), (Piekarewicz, 2015, p.7).

Se reconoce en la “pro-elección” la libertad de optar por la IVE o no hacerlo, es decir, esta postura otorga la posibilidad de elección, por lo que no se impone más que el derecho a elegir, mientras que en la postura “pro-vida” se impone la conservación y respeto por la vida del embrión, sólo existe una vía de acción: continuar con el embarazo; mientras que la postura “pro-elección” no impone una vía de acción, sino

que confiere la posibilidad de decidir la acción que consideren más pertinente (Sztajnszrajber, comunicación personal, 17 de abril de 2018).

El planteamiento de la postura pro-elección reside en tres argumentos: que la prohibición del aborto trae consigo problemas de salud indeseable, por lo que debe ser legal; la autonomía de las mujeres debe ejercerse en el derecho moral de decidir abortar; y la consideración ontológica que el embrión no es todavía una persona, por lo que no se atenta contra sus derechos legales (Romero, Pérez, Fernández, y Villafranca, 2012, p. 12).

Bioética y posturas morales sobre la IVE

Garel *et. al.*, realizaron un estudio cualitativo con 47 profesionales involucrados en el diagnóstico prenatal e IVE, en donde se reportó que todos los encuestados refieren la existencia de dilemas morales en su práctica profesional, así como la falta de protocolos que permitan decidir la justificación de IVE, ya que en cada aborto están inmiscuidos dilemas sobre el eugenismo, pues la percepción del profesional sanitario es la búsqueda del perfeccionamiento y la aminoración de las “anomalías”, por lo que muchas veces padecimientos no graves como el paladar hendido y ceguera cada vez son menos tolerados y se opta por la IVE (Garel, *et. al.*, 2003, p. 815). Marván, Orihuela-Cortés y Álvarez (2018) realizaron una encuesta a 411 estudiantes universitarios mexicanos, para conocer su postura en relación a la IVE, por lo que identificaron las posturas o en “pro vida” o en “pro-elección”, en cuyos resultados reportaron diferencias significativas en la comparación de grupos por sexo en el grupo “pro vida”, en el que los hombres tuvieron mayor predilección y una baja consideración

a la legalización de la intervención como posible solución a los efectos adversos. También reportaron como factor significativo a la región, en la que la adherencia al cristianismo se relacionó con mayor actitud a la posición “pro vida” y baja consideración de la legalización como solución (Marván, Orihuela-Cortés y Río, 2018, p.6-7).

Las dos propuestas antes expuestas expresan la estimación de los valores inmersos en el problema, pero uno de los requisitos para la reflexión bioéticos es contar con los hechos para una adecuada reflexión, de tal manera que a continuación se exponen datos científicos necesario para reflexión Bioética y, a su vez, permita una guía en la toma de decisión.

En cuestiones del marco legal de la IVE, éste no debe ser dependiente de las consideraciones morales del acto, ya que la finalidad del Derecho no es moralizar a la sociedad bajo las consideraciones que tiene la mayoría, porque el marco normativo se convertiría en instrumento persuasivo de la moral que ignoraría las necesidades de la población, específicamente las consecuencias de la salud por un aborto inseguro (Cabria, 2015, p.25).

Por otra parte, en cuanto a la cuestión ontológica del embrión y su consideración de persona hay datos científicos necesarios para la reflexión. El primero, temporalmente hablando, es la fecundación, de la que hay que aclarar no es un proceso inmediato y totalmente determinado como se piensa coloquialmente, es un proceso que dura más de 20 horas (Masiá Clavel, 2012, p. 73).

Planteamiento del problema

El aborto es una situación límite que representa un proceso de difícil afrontamiento para las personas que lo viven, cada una con diversas posturas y consideraciones. Independientemente de la legalidad del acto, es un tema de salud pública, que le compete a toda la sociedad, al estar directamente relacionado con la morbilidad materna, el número de las familias desintegradas y la injusticia social (Tapiero, 2001), así como las consecuencias fisiológicas que van desde hemorragias, perforación uterina, infertilidad, hasta la muerte (Miranda, 2016, p.7).

El IVE es un fenómeno multidimensional en el que se conjugan diversos ámbitos como el social, ético, científico, religioso, político; representa un problema de prioridad para la sociedad por tocar temas de diversas dimensiones y por ser un problema de salud pública debido a su morbilidad, efectos y mortalidad (Cantón, Trujillo, Uribe, 2012, P.77), (Gómez-Dávila, 2018, p.54). En ese sentido, las mujeres jóvenes representan el grupo etario de prioridad en el tema, no sólo porque es el grupo con la tasa más elevada de IVE, también por la tasa de mortalidad y afectaciones en la salud, al ser la primera causa de muerte en mujeres jóvenes gestantes (Flores-Valencia, Nava-Chapa y Arenas-Monreal, 2017, p.375).

México, es un país joven, lo evidencia las estadísticas de grupos etarios, en el que la población joven representa el grupo más numeroso. En ese sentido, este grupo necesita de información y servicios que busquen proporcionar elementos para conservar su salud, ya que representan un pilar importante para el avance social, económico y político de un país, así como sufrir las consecuencias, costos y estragos

que deterioren su estado de salud, tal como IVE, que representa una situación de riesgo tanto por su edad, así como la calidad del servicio (Alfonso, y Reyes Díaz, 2003, p. 183).

La universidad concentra a un gran número de población joven, además de propiciar un estilo de vida más autónomo respecto a sus anteriores etapas escolares, caracterizado por mayor nivel permisivo, inclusive en comportamientos sexuales, al reportarse que más de la mitad de estudiantes inició su vida sexual hasta ese nivel educativo (Díaz-Cárdenas, Arrieta-Vergara y González-Martínez, 2014, p. 23-25).

La exposición a situaciones de riesgo en el ámbito sexual y reproductivo, conllevan al incumplimiento de los derechos SSR, ya que el desconocimiento de éstos conlleva a mitos, prejuicios, estereotipos y dudas no resueltas que incrementan la vulnerabilidad de la población joven universitaria, principalmente a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Preinfalk Fernández, 2019, p. 217), al reportarse que 25% de los embarazos no deseados terminan en IVE (Morales, Solanelles, Mora y Miranda, 2013, p.155).

Se reconoce a la salud sexual y reproductiva como un derecho humano que debe ser respetado y fomentado para la salud de las personas. La Salud sexual se define como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad (OMS, 2009). Definición que es complementada con la de salud reproductiva en la que se abordan los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable,

satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee (OMS, 2009).

Las investigaciones sobre la materia han reportado que las razones para optar por la IVE se deben a dos tipos de factores: interno y externos; en los internos se encuentra la incompatibilidad del embarazo con sus planes de vida; en cuanto a los factores externos se encuentran los problemas económicos, la calidad de relación de pareja y la familia, que se conjugan para establecer su postura hacia el aborto (Elizalde, Mateo, 2018, p. 443), (López, 2015, p.23), (Gabriela, Cecilia, y Juan, 2017, p. 22).

En el tema IVE existen dos posturas: movimiento “pro vida” y “pro elección”, cada una de estas posturas tiene una concepción y racionalidad sobre temas como el estatuto ontológico del embrión, el derecho a la vida, el derecho a la elección, la justificación de la IVE, la responsabilidad con el feto, la autonomía de la mujer, políticas públicas, entre otros.

El movimiento “pro-vida” o conservador, centra su atención en la vida del ser humano y la considera como un valor supremo, por lo que, desde su postura, a partir de la concepción el embrión tiene las mismas consideraciones que cualquier persona, por el hecho de poseer vida (Ramírez, 2017, p.181), lo que le confiere derechos y necesidades de protección, ya que depende enteramente de la mujer gestante para su desarrollo (Lugo, 2017, p. 81-92). Por su parte, la postura “pro- elección” o liberal, tal como su nombre lo menciona, apoya la libertad de elección, es decir, la opción de continuar o interrumpir el embarazo y de así elegirse, asegurar el acceso al aborto seguro, reglamentado y regulado por un marco legal (Freed, 2015, p.1).

Por lo anterior, el presente proyecto tiene como finalidad comprobar las relaciones entre las consideraciones bioéticas y la salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la IVE, describiendo cada factor implicado a fin de identificar si existe asociación entre las variables, aportando con ello conocimientos multidimensionales al tema del aborto, ya que a pesar que el aborto ha sido un tema tratado, poco se ha estudiado sobre la relación de las consideraciones bioéticas con la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios, sobre todo, relacionado las con el perfil de futuro profesional sanitario.

Lo anterior se concreta en la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud?

Justificación

La OMS reporta que a nivel mundial más de 11 millones de IVE se realizan de manera insegura, 45% de total mundial anual, las cuales se efectuaron sin los conocimientos y requerimientos necesarios para ofrecer un procedimiento seguro (OMS, 2014). En Latinoamérica, 3 de 4 IVE tienen estas características de riesgo, con especial atención en la población joven, en la que la legislación restrictiva, poca disponibilidad, costos elevados, la estigmatización, entre otros, son los principales obstáculos para una IVE segura (OMS, 2018).

La salud sexual y reproductiva de los jóvenes suele estar comprometida por la vulnerabilidad que caracteriza al grupo etario, ya que para muchos de ellos es el primer acercamiento a las cuestiones relacionadas con los derechos SSR, en los que pueden encontrar problemas como: embarazos de alto riesgo, inicio de la vida sexual, índice de mayor separación marital, deserción escolar, embarazo no desea. ITS e incremento de IVE y sus secuelas (García y Cruz Quiróz, 2015 p.24).

Por lo que el estudio propuesto permitirá acceder a indicadores de relevancia que resulten en un diagnóstico de la población objetivo en temas como el acceso a los servicios de salud sexual, conductas sexuales de riesgo, actitud hacia la IVE y consideraciones bioéticas, lo que, a su vez, propiciará identificar los elementos considerados como importantes en el problema, con el propósito de obtener mayor comprensión y propiciar estrategias para la reducción de riesgos.

La investigación propuesta centra su objetivo en la laguna de conocimiento reportada sobre la relación entre los profesionales de la salud y el aborto en un contexto

relacionado con los derechos y la salud sexual y reproductiva, así como la conjugación de la ética en el tema, sentando con ello las bases de futuras investigaciones al acudir a la formación del profesional de salud (Ramos, 2015, p.842).

Hipótesis

Ho: No existe relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud.

Hi: Sí existe relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud.

Objetivos

Objetivo general:

Analizar si existe relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud.

Objetivos particulares:

- Traducir y validar el instrumento de toma de decisión de la IVE basado en viñetas.
- Identificar las consideraciones bioéticas: “pro-vida” y “pro-elección”, en los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.
- Conocer las características de salud sexual y reproductiva en los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.
- Definir la participación del hombre en el aborto.
- Relacionar las consideraciones bioéticas de la IVE con el estado salud sexual y reproductivo en los estudiantes de Ciencias de la Salud.

Diseño metodológico

Diseño del estudio:

Correlacional, transversal, analítico, retrospectivo, cuantitativo.

Universo y muestra:

Alumnos universitarios del área de la salud: en la licenciatura de Médico Cirujano, Enfermería, Psicología, en la Universidad Autónoma del Estado de México.

Método de Muestreo no probabilístico, por cuotas, es decir, la selección de los individuos se realizará acudiendo al espacio donde se ha identificado a la población, tratando de incluir casos hasta que se complete el número de sujetos establecidos.

Tamaño de la muestra se conformarán los siguientes grupos:

Grupo 1: 150 estudiantes de la licenciatura de Médico cirujano

Grupo 2: 150 estudiantes de la licenciatura de Enfermería

Grupo 3: 150 estudiantes de la licenciatura de Psicología

Criterios de inclusión

- Estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud en la UAEMex, que cursen las licenciaturas de Médico Cirujano, Enfermería y Psicología.
- Mujeres y Hombres.
- Edad comprendida de 18 a 24 años.
- Accedan a participar en la investigación.
- Firmen carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- No firmen carta de consentimiento.
- Estar en tratamiento psicofarmacológico.

Criterios de eliminación

- No cumplan el criterio de edad.
- No completen el llenado de los instrumentos de investigación.

Variables

Independientes:

- Consideraciones Bioéticas
- Salud sexual y reproductiva

Dependientes:

- Toma de decisión de interrupción voluntaria del embarazo

Operacionalización de variables

Variables	Sub variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable
Salud sexual y reproductiva		Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. (OMS, 2009).	Encuesta Integral sobre Salud Sexual y Reproductiva: mide el conocimiento, las actitudes y la utilización de los servicios de salud reproductiva, así como también sus conductas sexuales de riesgo. Los ítems son de selección múltiple, es decir, cada ítem tiene una serie de posibles respuestas. La forma de calificar es sumativa, dando como resultado un puntaje que indica si la persona se tiene conductas de riesgo, así como el acceso a los servicios de SSyR, por lo que, entre menor sea el puntaje obtenido en el test, entonces será mayor el riesgo en la SSyR: 0 - 13 Servicios no orientados a los adolescentes; 14 - 25 servicios parcialmente orientados a adolescentes mayor a 25 Servicios muy orientados a los adolescentes. Las respuestas (no lo sé o no contesta, no suman).	Cuantitativa Discreta
	Pro-vida	Postura ante el aborto que centra su atención en la vida del ser humano y la considera como un valor supremo, por lo que, desde su postura, a partir de la concepción, el embrión tiene las mismas consideraciones de cualquier persona por el hecho de poseer vida (Ramírez, 2017, p.181)	Cuestionario de Actitudes hacia el Aborto (CAA): test que identifica las actitudes ante el aborto, constituido por 23 reactivos divididos en tres factores: (a) "pro vida", (b) "pro elección" y (c) derechos reproductivos. Cada uno de los tres factores se califica de manera	Cuantitativa Discreta

<p>Consideraciones Bioéticas</p>	<p>Pro-Elección</p>	<p>Postura que apoya la libertad de elección de continuar o interrumpir el embarazo y de así elegirse, que se proporcione el acceso al aborto seguro, acompañado de un marco legal que lo garantice (Freed, 2015, p.1)</p>	<p>independiente, dando un puntaje a cada reactivo de 1 a 5 (1-completo desacuerdo a 5-completo acuerdo), por lo que el factor con la puntuación más alta indica la postura a la que se adscribe.</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>
<p>Toma de decisión de interrupción del embarazo</p>		<p>Problema que implica la existencia de al menos dos alternativas sobre las cuales elegir. Frente a estas alternativas existe un conflicto porque no hay un orden de preferencias claro, y porque las consecuencias derivadas de la elección o cursos de acción no siempre son conocidas (Gambara y González, 2004), ante la posibilidad de interrumpir voluntariamente un embarazo.</p>	<p>Escala de actitud sobre el aborto, de Rosemary J. Crock. Instrumento que recaba información sobre las circunstancias en las que se lleva a cabo una IVE y factores internos y externos que intervienen en la decisión, basado en viñetas. Cada una de las viñetas tiene una escala de Likert de 5 niveles (1 totalmente en desacuerdo – 5 totalmente de acuerdo). La calificación del test se divide en 3 partes de acuerdo a las secciones del instrumento. La primera sección indica la actitud ante el aborto, su calificación es sumativa, con los siguientes puntos de corte: <26 baja actitud ante el aborto: >52 alta actitud ante el aborto. La segunda sección es sumativa, indica la actitud ante el aborto con los siguientes puntos de corte: <32 baja actitud ante los factores del aborto >64 alta actitud ante los factores del aborto. Cada viñeta tiene un peso de factor identificable. Tercera sección, religiosidad, indica el lugar de la religiosidad en las personas, c</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>

Instrumentos

Cuestionario de Actitudes hacia el Aborto (CAA): Instrumento creado por María Luisa Marván, Roberto Lagunes-Córdoba y Fabiola Orihuela-Cortés, en 2018. El instrumento identifica las actitudes ante el aborto, constituido por 23 reactivos divididos en tres factores: (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; (c) derechos reproductivos, en donde se cuestiona si el aborto debería ser una opción para las mujeres. Basado en una escala Likert de 5 puntos (1. Completamente en desacuerdo, 2. Medianamente en desacuerdo, 3. Indeciso, 4. Medianamente en de acuerdo. 5. Completamente de acuerdo). La consistencia interna del instrumento se realizó por cada uno de los tres factores, en el estudio original se reportó que la prueba de Alfa de Cronbach obtuvo los siguientes resultados: Pro vida $\alpha=0.89$, Pro elección $\alpha=0.91$ y Derechos reproductivos $\alpha=0.73$; mientras que, en el presente estudio, los resultados de la prueba de consistencia interna fueron: Pro vida $\alpha=0.93$, Pro elección $\alpha=0.92$ y Derechos reproductivos $\alpha=0.85$.

Encuesta Integral sobre Salud Sexual y Reproductiva: diseñada por el Fondo de población de las naciones unidas (FPNU) y la organización “*save the children*”, publicada en 2009. Es una encuesta de salud general para recabar información acerca del conocimiento, creencias y conductas que tienen los adolescentes sobre salud

sexual y reproductiva, así como también la utilización de los servicios de salud reproductiva. Está conformada por 27 ítems de selección múltiple, que contempla servicios de salud sexual y reproductiva, y conductas sexuales.

Escala de actitud sobre el aborto: Instrumento elaborado por Rosemary J. Crock en 2007. Recaba información sobre las circunstancias en las que se lleva a cabo una interrupción voluntaria del embarazo, así como una serie de viñetas que presentan escenarios en las que destacan factores internos: dificultad de autorrealización, momento inoportuno y externos: familia, economía y pareja, en la toma de decisión del aborto. La escala utiliza una escala Likert de 5 niveles que va de 1. Completamente en desacuerdo, 2. Medianamente en desacuerdo, 3. Indeciso, 4. Medianamente en de acuerdo. 5. Completamente de acuerdo. En el estudio original, el resultado de la prueba de Alfa de Cronbach fue de $\alpha=0.83$; mientras que el resultado obtenido de la aplicación en este estudio fue de $\alpha=0.92$.

Procedimiento

Correspondiente al primer objetivo de la investigación se procedió con la traducción del instrumento de investigación "*abortion attitude scale*" de la investigadora Rosemary J. Crock.

La primera fase de la traducción correspondió a la traducción por parte de dos profesionistas en ciencias de la salud, con experiencia en la construcción de instrumentos y dominio de la lengua inglesa, dichas traducciones se realizaron de manera independiente, uno de los investigadores con conocimiento del tema de la IVE

y de los objetivos del proyecto de investigación; el otro investigador los desconocía, tal como lo recomienda Tsang, Royse y Terkawi (2017, p.84).

Una vez realizadas las traducciones, se continuo con la elaboración del primer borrador, en el que se unificaron las traducciones y se corroboraron las diferencias para consultar la pertinencia de los términos.

La siguiente fase consistió en la traducción inversa realizada por traductores profesionales, con la técnica de enmarcamiento, en la que los traductores desconocían la versión original del cuestionario, así como de la ausencia de conocimientos sobre el tema antes de la traducción y los objetivos de la investigación, tal como la realizada por Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas y Delclós-Clanchet, 2013, (p.61), con la finalidad de comprobar la equivalencia entre las traducciones, indicando a la importancia de adaptar la versión a ítems específicos que tratan sobre la equivalencia de los grados escolares.

Se procedió a crear un nuevo borrador y se provino a verificar la calidad metodológica tanto de la traducción, así como la validación del constructo del instrumento, con el método de validez por jueceo (Escobar-Pérez, Cuervo-Martínez, 2008, p. 29), la que consistió en la invitación formal a 19 profesionales del área de la Ciencias de la Salud. Después de acceder a participar en la validación se entregó un paquete con las instrucciones para realizar la validación, un resumen del proyecto de investigación y dos rubricas que evaluaban el instrumento y la calidad de la traducción.

Una vez confirmada la calidad de la traducción, se realizó una prueba piloto 150 estudiantes universitarios de las licenciaturas de Medicina, Enfermería y Psicología: 50 participantes por cada licenciatura.

La presente investigación fue sometida al registro del protocolo por parte del Departamento de Estudios Avanzados de la UAEMex, así como su dictamen al Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED). Una vez registrado y aprobado, se solicitó, mediante oficio, a las autoridades de las Facultades de Psicología, Medicina y Enfermería de la UAEMex, el permiso necesario para invitar a los alumnos a la investigación, por lo que se les hizo conocer el proyecto en cuanto sus objetivos e instrumentos y tiempo. Ya otorgados los permisos adecuados, se identificaron los grupos que contaban con los criterios de inclusión, para agendar fechas.

El día de la aplicación, se presentó la investigación y proporcionó el consentimiento informado para que lo leyeran con detenimiento. Se contó con la presencia del investigador para responder a todas las dudas que surgieron, para que posteriormente los alumnos, si así lo deseaban, firmaran el consentimiento informado y fueron incluidos en la investigación. Posteriormente, se entregó un paquete con los instrumentos de investigación para su llenado. La aplicación de los instrumentos se realizó dentro de las instalaciones de la Universidad, en el horario de clases; las pruebas requirieron un tiempo promedio de 40 minutos para ser contestadas.

Recolección de datos

Se realizó una base de datos con las respuestas de los instrumentos aplicados, en la cual se registraron las respuestas de todos los alumnos encuestados, conformada por una sección de datos sociodemográficos, el cuestionario de actitud ante el aborto, la

encuesta integral de salud sexual y reproductiva y la escala de actitud ante el aborto. La base de datos se realizó en formato Excel y ese SPSS para la realización de las pruebas estadísticas.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo para conocer la frecuencia de las variables sociodemográficas en la población encuestada.

Correspondiente a la traducción y validación, se realizaron análisis alfa de Cronbach para la consistencia interna, análisis factorial confirmatorio, exploratorio y un modelo de ecuaciones estructurales.

Para identificar las consideraciones bioéticas, la salud sexual y reproductiva y la Encuesta de actitud ante el aborto, por la naturaleza de los datos, se realizaron frecuencias, así como pruebas U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis para conocer diferencias entre grupos.

Para identificar correlación entre las variables (consideraciones bioéticas, salud sexual, salud reproductiva y toma de decisión IVE), se realizó una prueba de coeficiente de correlación de Spearman.

Todas las pruebas estadísticas se realizaron con el programa informático SPSS versión 22.

Aspectos éticos

de investigación con seres humanos de la Secretaría de salud.

La aplicación del instrumento de investigación fue importante conservar los lineamientos éticos básicos recomendados por las normas internacionales y nacionales, por lo que se atendieron los lineamientos de investigación con seres humanos indicados en la Declaración de Helsinki, además el presente estudio es clasificado como una investigación con riesgo menor al mínimo, ya que es una encuesta sin ninguna intervención en las variables fisiológicas o psicológicas, según el reglamento. Con base en lo anterior se solicitó el consentimiento informado para poder ser parte de la investigación, de tal manera que se contó con la evidencia del acceso a los objetivos de la investigación, así como su consentimiento explícito para participar. Concretamente, en el apartado de información, se presentó un resumen general de la investigación, destacando el propósito, el procedimiento, los objetivos y la tarea que tendrían los participantes en la misma.

A cada uno de los estudiantes se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información que proporcionaran en el instrumento de investigación que se aplicó, además de asegurar la utilización de la información recolectada exclusivamente para la finalidad de la investigación, con la intención que las personas encuestadas tuvieran una idea clara el tratamiento de sus datos.

El proyecto consideró generar confianza en la aplicación de los instrumentos, para evitar surgir incomodidad sobre la temática de la interrupción voluntaria del embarazo,

por lo que se explicitó que no conllevaría ninguna consecuencia sobre su evaluación académica.

Resultados

Artículo aceptado

Título de artículo aceptado

Traducción y validación de la “escala de actitud ante el aborto” de Rose
Mary J. Crock

Página frontal del manuscrito



artículos — búsqueda de artículos
sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

[Dilemas contemporáneos: educación, política y valores](#)

versión On-line ISSN 2007-7890

Dilemas contemp. educ. política valores vol.8 no.spe5 Estado de México dic. 2020 Epub 28-Ene-2021

<https://doi.org/10.46377/dilemas.vol8.2485>

ARTÍCULOS

Traducción y validación de la "escala de actitud ante el aborto" de Rose Mary J. Crock

Translation and validation of the "Attitude to Abortion Scale" by Rose Mary J. Crock

Crisanto Martínez-Méndez¹

<http://orcid.org/0000-0003-1144-9199>

Marcela Veytía-López²

<http://orcid.org/0000-0003-3100-6504>

Octavio Márquez-Mendoza³

<http://orcid.org/0000-0003-2404-1889>

Lydia Feito-Grande⁴

<http://orcid.org/0000-0002-9300-5470>

¹Maestro en Ciencias de la Salud. Doctorando en Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México. México. Correo electrónico: martinezmendezcrisanto@gmail.com

²Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora de tiempo completo, Instituto de Estudios sobre la Universidad, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México. México. Correo electrónico: mveytia@uaemex.mx

³Doctor en Ciencias. Instituto de Estudios sobre la Universidad, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México. México. Correo electrónico: octavio-mar@hotmail.com

⁴Doctora en Filosofía y Neurociencias. Profesora de Facultad de Medicina en Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Correo electrónico: lydia.feito@med.ucm.es

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue traducir y validar la *abortion attitude scale (EAA)*, instrumento con viñetas que analizan la actitud de los jóvenes ante la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se empleó el método de jueceo con 19 jueces para la validación. Se aplicó el instrumento en una muestra de 150 estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Los resultados indicaron la equivalencia la traducción tanto por los jueces como por la retrotraducción, demostrando una adecuada consistencia interna $\alpha=0.91$. El AFE identificó dos factores que representaron el 50.82% del total de la varianza, confirmado por un modelo SEM. Se concluye que la traducción de EAA comprobó identificar adecuadamente los factores implicados en la IVE.

Palabras claves: Aborto; traducción; validación; viñetas

Servicios Personalizados

Revista

- SciELO Analytics
- Google Scholar H5M5 (2020)

Artículo

- nueva página del texto (beta)
- Español (pdf)
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- SciELO Analytics
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Compartir

- Otros
- Otros
- Permalink

Carta de aceptación



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898476*

RFC: ATI120618V12

*Revista Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores.
Reserva de Derechos al uso exclusivo: no. 04-2013-050912481700-203.
ISSN: 2007-7890.*

Toluca, Estado de México, 27 de septiembre del 2020.

Estimado autor: **Crisanto Martínez-Méndez.**

Nos dirigimos a Ustedes para dar constancia de haber recibido su artículo titulado: **“La Traducción y validación de la ‘escala de actitud ante el aborto’ de Rose Mary J. Crook”**, el cual obtuvo la pertinencia y aprobación inicial del Consejo Editorial de la Revista, así como posteriormente los dictámenes positivos de los miembros designados del Consejo Científico Externo para su publicación. El artículo se publicará en la Edición Especial del **01 de diciembre del 2020.**

Esta Revista es arbitrada bajo el Sistema **“Double Blind Peer-reviewed”**, que además incluye la revisión por parte de al menos un miembro del Consejo Editorial. La Revista está indexada en 35 plataformas de base de datos de revistas internacionales como **CROSSREF, CONACyT-Ciencias Sociales, EUROPUB, DOAJ, ERIHPLUS, REDIB, LATINDEX, HINARI, PROQUEST, LATINOAMÉRICA, CLASE, IRESIE, SHERPA/ROMEO, EZB, OLPED, SIS, EBSCO, ESJI, DRJI, J-GATE, ADVANCED SCIENCE INDEX, RESEARCHBIBLE, WORLD OF PERIODICALS, OAJI.net, JOURNALINDEX.net, NHS, SCHOLARSTEER, INFOBASE INDEX, SJOURNALS, WORLDCAT, PUBICON SCIENCE INDEX, TEI, I2OR, JOURINFORMATICS, y GOOGLE SCHOLAR**, bajo los permisos de **CREATIVE COMMONS (BY NC-ND)**. A todas se pueden acceder desde la página principal de la Revista.

La Revista es editada por **“Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.”**, en Toluca, Estado de México, la cual es Centro Privado de Investigación no.197386 con registro de constancia vigente no.:16735, reconocimiento otorgado por **RENIECYT-CONACYT**.

Muchas gracias por su preferencia de colaboración con nuestra Revista.

Dra. Maura de la C. Salabarría Roig,
Directora de la Revista.



Dr. José Sergio Puig Espinosa,
Editor Principal.

Resumen

El objetivo de este estudio fue traducir y validar la *abortion attitude scale (EAA)*, instrumento con viñetas que analizan la actitud de los jóvenes ante la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se empleó el método de jueceo con 19 jueces para la validación. Se aplicó el instrumento traducido a una muestra de 150 estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Los resultados indicaron la equivalencia del cuestionario traducido tanto por los jueces como con la retrotraducción, se demostró una adecuada consistencia interna $\alpha=0.91$. El análisis factorial exploratorio identificó dos factores que representaron el 50.82% del total de la varianza, confirmado por un modelo SEM. Se concluye que la traducción de EAA demostró adecuadas propiedades psicométricas para identificar los factores implicados en la IVE.

Abstract:

The objective of this study was to translate the abortion attitude scale (AAS) into Spanish and to test the translation's reliability and validity. The AAS is a vignette-based research instrument with scenarios that analyze the attitudes of young people toward decisions regarding the voluntary interruption of pregnancy (VIP). The former was validated as equivalent to the original by 19 judges; the back-translation also demonstrated equivalence. The translated instrument was then applied to a sample of 150 university students in the health sciences. The results showed adequate internal consistency, with $\alpha = 0.91$. An exploratory factor analysis identified two factors that

represented 50.82% of the total variance, which was then confirmed by an SEM measure. It is concluded that the Spanish-language version of the AAS demonstrated adequate psychometric properties to identify the factors involved in the voluntary termination of pregnancy.

Artículo enviado

Título del artículo y/o capítulo de libro enviado

Attitude and participation of men in the decision-making of the voluntary
interruption of pregnancy

Carta de envío y/o recepción del artículo

Re: Paper for consideration for publication

Journal of Medicine & Philosophy <journalofmedicineandphilosophy@gmail.com>

Mié 02/06/2021 07:27 PM

Para: Crisanto Martinez Mendez <cmartinezme@uaemex.mx>

Dear Professor Méndez,

Thank you for submitting your paper, "Attitudes and participation of men in the decision-making of the voluntary interruption of pregnancy" to *The Journal of Medicine and Philosophy*. The following serves as official confirmation of our receipt of your paper. The reference number for your paper is JM064E21. It would be helpful to us if you used this number in any future correspondence regarding your paper. If you have any questions, please feel free to contact our office.

Thank you for your interest.

Best,

Kelly Kate Evans

Assistant Managing Editor

Journal of Medicine and Philosophy

journalofmedicineandphilosophy@gmail.edu

Resumen del artículo enviado

Resumen:

La interrupción voluntaria del embarazo es un tema vigente, en el cual existen dos posturas generales sobre el aborto: “pro vida” y “pro elección”, en ambas se reconoce a la mujer la exclusividad de decisión de continuar o interrumpir el embarazo, por lo que hay una falta de reconocimiento del papel del hombre, a pesar de la evidente participación que tiene en la concepción. Por tal motivo, la presente investigación tuvo el objetivo de conocer la actitud moral sobre el aborto e identificar la participación del hombre en la decisión de la interrupción voluntaria del embarazo. Se realizó un estudio de encuestas a 625 adultos jóvenes universitarios con 3 instrumentos: datos sociodemográficos, cuestionario de actitud ante el aborto y la escala de actitud del aborto. Los resultados mostraron una preferencia por la postura “pro elección”, mientras que la postura “por vida” fue mejor puntuada por el grupo de las mujeres. Se consideró que la participación del hombre coincide en reconocer la exclusividad de decisión a la mujer, siempre y cuando el escenario fuera favorable para tener el bebé; mientras que, si el escenario era desfavorable, aunado al deseo de no tener al bebé por parte del progenitor, las respuestas del grupo del hombre preferían recurrir al aborto. Por lo anterior, la presente investigación aporta información a una temática no muy explorada en el conocimiento científico, sobre el papel del hombre en el proceso del aborto, lo que ofrece evidencia relevante para futuros estudios sobre el del aborto.

Abstract:

Voluntary interruption of pregnancy is a current issue, in which there are two general positions on abortion: pro-life and pro-choice, both of which recognize the exclusive decision of the woman to continue or interrupt the pregnancy, so there is no a recognition of the role of man, despite the evident participation that he has from conception. Therefore, this research aimed to know the moral stance on abortion and identify the participation of men in the decision of the voluntary interruption of pregnancy. A survey study was carried out on 625 young university adults with 3 instruments: sociodemographic data, questionnaire on attitude towards abortion and the scale of attitude towards abortion. The results showed a preference for the “pro-choice” position, while the “for life” position was better scored by the group of women. It was considered that the participation of the man coincides in recognizing the exclusiveness of the decision to the woman, as long as the scenario was favorable to have the baby; While, if the scenario was unfavorable, coupled with the man's desire not to have the baby, the responses of the man's group preferred to resort to abortion. Therefore, this research provides information on a subject not widely explored in scientific knowledge, on the role of men in the abortion process, which offers relevant evidence for future studies on abortion.

Resultados adicionales

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta integral sobre salud sexual y reproductiva, lo que permitió conocer el acceso a los servicios de salud que tienen los estudiantes encuestados.

Se identificó que el 75.7% (n=473) de los estudiantes no tienen acceso a los servicios de ssyr; 23.2% (n=145) tienen acceso parcial y el 1.1% (n=7) tienen un adecuado acceso a estos servicios (ver tabla 1). Al comparar los grupos, con la prueba U de Mann Whitney, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, ni por licenciatura, con prueba H de Kruskal-Wallis (ver tabla 2).

Tabla 1

Frecuencias de acceso servicios de ssyr

Acceso servicios ssyr	Total (n=625)		Mujeres (n=470)		Hombres (n=155)		Enfermería (n=162)		Medicina (n=230)		Psicología (n=233)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin acceso a servicios de ssyr	473	75.7	364	77.4	109	70.3	124	76.5	170	73.9	179	76.8
Acceso limitado a servicios ssyr	145	23.2	101	21.5	44	28.4	35	21.6	57	24.8	53	22.7
Acceso adecuado a servicios de ssyr	7	1.1	5	1.1	2	1.3	3	1.9	3	1.3	1	0.4

Tabla 2

Comparación de acceso de servicios de ssyr por grupos

Acceso servicios ssyr	Mujeres(n=470)		Hombres(n=155)		z	u	p	
	Rango promedio		Rango promedio					
Acceso servicios ssyr	307.50		328.68		-1.782	33839	.075	
	Enfermería		Medicina		Psicología	h	gl	p
Acceso servicios ssyr	310.89		318.60		308.94	.652	2	.722

u= prueba U de Mann Whitney para muestras independientes; h= prueba H de Kruskal Wallis para muestras independientes

El 49.3% (n=308) de los participantes reportó saber de la existencia de los servicios de ssyr, pero más de la mitad de los alumnos encuestados, el 50.7% (n=317) no tenía

conocimiento de a dónde acudir para obtener información sobre ssyr al momento en el que se aplicó la encuesta. Solo el 27.8% (n=174) de los encuestados reportaron haber visitado un centro de salud para obtener algún servicio de ssyr (ver tabla 3). Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas por grupo de sexo ($p=.799$), pero los resultados de la prueba de Kruskal Wallis identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.46$) en la asistencia de los servicios de ssyr por licenciatura, siendo los estudiantes de medicina los que han asistido en menor proporción que las otras licenciaturas (ver tabla 4).

Tabla 3

Frecuencias asistencia a servicios de ssyr

<i>Asistencia a servicios ssyr</i>	Total (n=625)		Mujeres (n=470)		Hombres (n=155)		Enfermería (n=162)		Medicina (n=230)		Psicología (n=233)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>No ha asistido a servicios ssyr</i>	451	72.2	134	72.2	40	74.2	57	35.2	46	20	71	30.5
<i>Sí ha asistido a servicios ssyr</i>	174	27.8	336	25.8	115	28.5	105	64.8	184	80	162	69.5

Tabla 4

Comparación asistencia a servicios de ssyr por grupos

Acceso servicios ssyr	Mujeres(n=470)		Hombres(n=155)		z	u	p	
	Rango promedio		Rango promedio					
Acceso servicios ssyr	329.68		307.50		-1.782	33839	.075	
Acceso servicios ssyr	Enfermería		Medicina		Psicología	h	gl	p
	292.4		330.32		310.23	6.171	2	.046

u= prueba U de Mann Whitney para muestras independientes; h= prueba H de Kruskal Wallis para muestras independientes; gl=grados de libertad; p*= p valor < 0.005, resultado estadísticamente significativo.

Las características más criticadas del acceso a los servicios de ssyr fueron: la falta de confidencialidad 28.5% (n=178) y el personal poco amigable 19.5% (n=122) (ver tabla 5). Estos resultados tuvieron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=.03$), siendo el grupo de mujeres el que reportó que solo el 35.5% (n=35.5) se sentiría cómoda al acudir a los servicios de ssyr, a diferencia del 49% (n=76) reportado

por los hombres. No se encontraron diferencias significativas por licenciatura ($p=.776$) (ver tabla 6).

Tabla 5
Frecuencia de razones de no asistencia a los servicios de ssyr

<i>Asistencia de servicios de ssyr</i>	Total (n=625)		Mujeres (n=470)		Hombres (n=155)		Enfermería (n=162)		Medicina (n=230)		Psicología (n=233)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Sí, asistiría a servicios ssyr</i>	243	38.9	167	35.5	76	49	60	37.0	91	39.6	92	39.5
<i>No, no hay confidencialidad</i>	178	28.5	143	30.45	35	22.6	48	29.6	55	23.9	75	32.2
<i>No, demasiado vergonzoso</i>	72	11.5	56	11.9	16	10.3	19	11.7	36	15.7	17	7.3
<i>No, personal poco amigable</i>	122	19.5	96	20.4	26	16.8	32	19.8	46	20.0	44	18.9
<i>No, cuesta demasiado</i>	10	1.6	8	1.75	2	1.3	3	1.9	2	.9	5	2.1

Tabla 6
Razones de no asistencia a los servicios de ssyr
diferencias por grupos

<i>Asistencia de servicios de ssyr</i>	Mujeres(n=470)		Hombres(n=155)		z	u	p	
	Rango promedio		Rango promedio					
<i>Asistencia de servicios de ssyr</i>	322.85		283.15		-2.490	31797.5	.013*	
<i>Asistencia de servicios de ssyr</i>	Enfermería		Medicina		Psicología	h	gl	p
	318.38		315.68		306.61	.536	2	.765

u= prueba U de Mann Whitney para muestras independientes; h= prueba H de Kruskal Wallis para muestras independientes; gl=grados de libertad; p*= p valor < 0.005, resultado estadísticamente significativo.

Cuando se cuestionó sobre qué servicios de ssyr ofertaban en los centros de salud, reportaron un porcentaje bajo en todas las opciones, de los cuales, se mencionaron: planificación familiar 39% (n=227) (ver tabla 7), atención durante el embarazo y parto 36.8% (n=214) y tratamiento y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual 30.1% (n=175); en contraste, el menos reportado fue la atención ante la pérdida de embarazo o luego de aborto 5% (n=29).

Tabla 7
Conocimiento sobre servicios de ssyr

Conocimientos de servicios de ssyr ofertados	n	%
Servicios de planeación familiar	227	39
No lo sé	221	38
Atención durante el embarazo y parto	214	36.8
Tratamiento y asesoramiento sobre its	175	30.1
Educación en ssyr	141	24.2
Salud mental y apoyo psicosocial	119	20.4
Consejo asistido para VIH	53	9.1
Atención ante la pérdida de embarazo o aborto	29	5

Se reportó que el personal que con mayor frecuencia atendió a las personas que asistieron a un centro de salud fueron los de enfermería con el 43.8% (n=253) y personal médico 43.7% (n=252) (ver tabla 8), entre ambos conformaron el 87.5% (n=505) de los casos, el 12.5% (n=62) restante lo conformaron ayudantes de salud, como estudiantes o practicantes, profesores, entre otros.

Tabla 8
Personal que atendió sobre ssyr

<i>Personal</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Médico</i>	252	43.7
<i>Enfermera</i>	253	43.8
<i>Ayudante</i>	45	7.8
<i>Educador</i>	19	3.3
<i>Otro</i>	8	1.4

En cuanto a la segunda subescala del cuestionario, sobre las prácticas de riesgo de ssyr, los resultados indicaron que el 72% (n=454) (ver tabla 9) de las personas encuestadas se encontraban sin riesgo en la ssyr; mientras que el 27.2% (n=171)

reportaron conductas de riesgo en ssyr. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, ni por licenciatura.

Tabla 9

Conductas de riesgo en ssyr

<i>Asistencia de servicios de ssyr</i>	Total (n=625)		Mujeres (n=470)		Hombres (n=155)		Enfermería (n=162)		Medicina (n=230)		Psicología (n=233)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Sin riesgo en ssyr</i>	454	72.6	333	70.9	121	78	115	71	166	72.2	173	74.2
<i>Con riesgo en ssyr</i>	171	27.4	137	29.1	34	22	47	29	64	27.8	60	25.8

La edad promedio de la primera relación sexual fue de 17.10 años (± 1.7); mientras que el de la pareja fue de 18.50 (± 2.6) años, siendo el grupo de los hombres quienes comenzaron a una edad más temprana con 16.65 (± 1.9) años y las mujeres con 17.27 (± 1.6), en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($u=17803$, $p=001$) (ver tabla 10).

Tabla 10

Edad primera relación sexual

	<i>Total</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>u</i>	<i>p</i>
	<i>x</i>	σ	<i>x</i>	σ	<i>x</i>	σ		
<i>Primera relación sexual</i>	17.10	1.75	17.27	1.66	16.65	1.9	17803	.001*

Al pedir que describieran la experiencia de la primera relación sexual, los resultados fueron: “tenía ganas” 51% (n=319), seguida de “me persuadieron” 7.7% (n=48); “me violaron” 0.6 (n=4), “me engañaron” 0.5% (n=3); y “se esperaba que lo hiciera como

parte de mi trabajo” 0.2% (n=1). Comparando los grupos de sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($u= 33939$, $p= .155$) (ver tabla 11).

Tabla 11

Experiencia primera relación sexual

<i>Asistencia de servicios de ssyr</i>	Total (n=625)		Mujeres (n=470)		Hombres (n=155)	
	n	%	n	%	n	%
No han tenido relación sexual	247	39.5	195	41.5	52	33.5
Tenía ganas	340	51	230	48.9	89	57.4
Me persuadieron	48	7.7	36	7.7	12	7.7
Me engañaron	3	0.5	3	.6	0	0
Me forzaron	3	0.5	2	.4	1	.6
Me violaron	4	0.6	4	.9	0	0
Se esperaba que lo hiciera Como parte de mi trabajo	1	0.2	0	0	1	.6

Se reportó que el 48% (n=300) de los encuestados utilizó preservativo en su primera experiencia sexual (ver tabla 12). Pero el uso habitual de los anticonceptivos solo se reportó por el 31.5% (n=197) de los encuestados quienes afirmaron usarlo siempre, 11.2% (n=70) casi siempre; 5.9% (n=37) a veces; 4.5% (n=28) nunca y 10.47 (n=67) no sabe la frecuencia. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($u= 34186$, $p= .206$).

Tabla 12

Frecuencia del uso de preservativos

	Total		Mujeres		Hombres	
No aplica	250	40.0	198	42.1	52	33.5
Sí	300	48.0	213	45.3	87	56.1
No	72	11.5	56	11.9	16	10.3
No sé la frecuencia	3	.5	3	.6	0	0

Solo el 31.5% (n=197) de los participantes informó haber hablado sobre planificación familiar con su pareja, siendo el grupo de las mujeres el que reportó una mayor frecuencia 33.4% (n=157), en comparación con los hombres con 25.8% (n=40), estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($u=31710$, $p= .009$) (ver tabla 13). También las diferencias entre licenciaturas tuvieron diferencias estadísticamente significativas ($h= 14.097$, $p= .001$), en la que la licenciatura de enfermería presentó más casos en los que se habló de planificación familiar, mientras que medicina, fue la licenciatura con menos casos (ver tabla 14).

Tabla 13

Planificación familiar

Hablando de planificación familiar	Total (n=625)		Mujeres (n=470)		Hombres (n=155)		Enfermería (n=162)		Medicina (n=230)		Psicología (n=233)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No aplica	123	19.7	98	20.9	25	16.1	27	16.7	69	30.0	27	11.6
Sí	197	31.5	157	33.4	40	25.8	68	42.0	55	23.9	74	31.8
No	283	45.3	201	42.8	82	52.9	57	35.2	102	44.3	124	53.2
No lo sé	22	3.5	14	3	8	5.2	10	6.2	4	1.7	8	3.4

Tabla 14

Planificación familiar diferencias por grupos

Planificación familiar	Mujeres(n=470)		Hombres(n=155)		z	u	p
	Rango promedio		Rango promedio				
Planificación familiar	302.97		343.42		-2.596	31710	.009*
<i>Planificación familiar</i>	Enfermería	Medicina	Psicología	h	gl	p	
	304.01	287.26	344.66	14.097	2	.001*	

u= prueba U de Mann Whitney para muestras independientes; h= prueba H de Kruskal Wallis para muestras independientes; gl=grados de libertad; p*= p valor < 0.005, resultado estadísticamente significativo.

Al correlacionar los resultados del acceso de los servicios de ssyr con las prácticas de riesgo en ssyr, los resultados mostraron una correlación estadísticamente significativa

negativa, lo que se traduce que entre mayor acceso se tenga a los servicios de ssyr, menor será el riesgo en prácticas de ssyr (ver tabla 15).

Tabla 15

Correlación accesos a servicio de ssys y prácticas de riesgo de ssyr

	PRssyr	p	d	1-β
Accesos a servicio de ssys	-.574*	.001*	.574*	1

PRssyr= prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva; p=p valor; d=tamaño del efecto; 1-β potencia estadística.

Para responder al objetivo general, se relacionaron las variables de las consideraciones bioéticas, la salud sexual y reproductiva, con la decisión de la interrupción voluntaria del embarazo. Se encontró correlación estadísticamente significativa en la postura bioética (determinada por el resultado del CCA), en la que la postura provida se correlaciono con de manera negativa y estadísticamente significa con la postura proelección (Rho=-.683, p=001), por la que entre mayor sea la elección a la postura provida, menos será a la postura proelección y viceversa; el acceso a los servicios de ssyr (Rho=-.115, p=004), una correlación significativa pero con un tamaño del efecto pequeño, lo que se traduce que entre mayor predilección a la postura provida, menor acceso a los servicios de ssyr; factores internos de IVE (Rho=-.564, p=001), correlación negativa que indica menor predilección por la IVE por motivos personales de la mujer gestante mientras haya más afinidad a la postura provida; y factores externos (Rho=-.605, p=001) (ver tabla 16) que significa que a mayor predilección por la postura provida, menor afinidad a la IVE por motivos externos a la mujer gestante .

Tabla 16

Correlaciones de postura provida

	Rho	p	d	1-β
Postura Proelección	-.683	.001*	.683*	1*
Acceso a servicios de ssyr	-.115	.004*	.115	.59
Conductas de riesgo de ssyr	.043	.284	.043	.69
Factores internos IVE	-.564	.001*	.564*	1*
Factores externos IVE	-.605	.001*	.605*	1*

PRssyr= prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva; p=p valor; d=tamaño del efecto; 1-β potencia estadística.

La postura provida tuvo correlación estadísticamente significativa con el acceso a los servicios de salud (Rho=.101, p=.012) y los factores internos (Rho=-.517, p=001) y externos de la decisión de IVE (Rho=.567, p=001) (ver tabla 17).

Tabla 17
Correlaciones de la postura proelección

	Rho	p	d	1-β
Acceso a servicios de ssyr	.101	.012*	.101	.50
Conductas de riesgo de ssyr	-.031	.441	.031	.44
Factores internos IVE	.517	.001*	.517	1
Factores externos IVE	.567	.001*	.567	1

PRssyr= prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva; p=p valor; d=tamaño del efecto; 1-β potencia estadística.

Las conductas de riesgo en ssyr solo tuvieron correlación negativa estadísticamente significativa con el acceso a los servicios de ssyr (reportado en la tabla 14).

Discusión

En 1994, en la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo de el Cairo, la Organización de la Naciones Unidas evidenció que los derechos sexuales son la base para la ssyr y el mejoramiento significativo en la calidad de vida de las personas. En dicha conferencia se creó un programa de acción en el que se establecieron una serie de metas que incluían: “la igualdad y equidad entre los sexos y la habilitación de la mujer; la familia, sus funciones, derechos, composición y estructura; crecimiento y estructura de la población; derechos sexuales y salud reproductiva, entre otros temas de la población y el desarrollo” (Silva, 2013). Este estudio aporta a la comprensión de este tema complejo desde 3 perspectivas: la postura bioética, los derechos ssyr y la decisión del aborto, en el grupo etario con más consecuencias negativas, pero con el acercamiento a la educación en salud, al ser estudiantes universitarios en Ciencias de la salud, para comprobar si el panorama es diferente en esta población y aportar más datos sobre la situación de la ssyr y la IVE.

Los resultados obtenidos en la investigación mostraron la realidad que tienen los adultos jóvenes en México, en la que no se tiene un acceso adecuado en los servicios de ssyr, ya sea por un desconocimiento del lugar al que pueden acudir, así como la falta de estos servicios en su comunidad, que refleja las carencias de la política en ssyr, en la que la falta de presupuesto es la principal causa, pues a pensar que se han emprendido programas orientados e incrementar al acceso a los servicios, no hay una estabilidad en los mismos (Juarez y Gayet, 2005).

Sobresale que los encuestados pertenecen a licenciaturas de Ciencias de la salud, por lo que se piensa deberían estar más informados sobre los servicios ssyr, pero aun así la mayoría de los encuestados no tienen un adecuado acceso a la información de ssyr, hecho que difiere con lo reportado en la literatura, concretamente con el reporte del Consejo Nacional de Población: situación de los derechos sexuales y reproductivos, en que se afirma que “un mayor nivel de estudios proporciona los conocimientos necesarios para ejercer los derechos sexuales y reproductivos con menores riesgos” (CONAPO, 2020), pero estudios como Ojeda (2021); Vera y Fernández (2021); Baca *et. al.* (2018); González, Salinas y Medina. (2019); Zuleta et al (2018); Gómez y Durán (2017); enuncian las carencias en conocimientos en ssyr por parte de los estudiantes universitarios y la necesidad de información accesible, así como de los servicios de salud en materia de ssyr. Los hallazgos sobre las diferencias estadísticamente significativas por licenciatura, en donde los alumnos de medicina reportaron, en mayor proporción, la asistencia a los servicios de salud puede deberse a la modalidad del plan de estudios, en el que deben de asistir semanalmente a prácticas clínicas y tener la oportunidad de acceder al servicio.

Aunado a lo anterior, más de la mitad de la población encuestada afirma que no asistiría a servicios de ssyr, y según los datos obtenidos, con diferencias estadísticamente significativas en mujeres, por lo que se evidencia que los servicios no están adecuados a la población. Tal como lo menciona Juarez y Gayet (2005), Cuenca et al (2013), la confidencialidad es clave para el éxito de los programas que incentiven el acceso de los adultos jóvenes a los servicios de ssyr, y en esta investigación fue la razón más reportada para no asistir a dichos servicios.

En cuanto a los servicios de ssyr a los que accedieron la población encuestada, reportaron que la planificación familiar es el servicio más recurrido, pero este dato no tiene correspondencia con los datos sobre la tasa de fecundidad en México, en el que el embarazo adolescente representa el 20% de los embarazos (Humbert, *et. al.*, 2019), siendo el país dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con más embarazos en menores de 20 años (Rojas, 2021), en los que coincide con la edad escolar que la población representa y, en muchos casos, renunciar a los estudios por parte de la mujer gestante (Villalobos, *et al.* 2015). Bajo esa misma línea, el servicio de atención durante el embarazo y el parto, reportado como uno de los servicios más conocidos, contrasta con lo reportado en la literatura científica, en la que se reporta la falta de asistencia de los embarazos y partos en adolescentes, puesto que se caracterizan como embarazos de mayor riesgo, tanto por las características fisiológicas de las mujeres gestantes, como menor cuidado del embarazo, además de no reportar los embarazos por este grupo etario (Salgado, Sánchez y Gonzalez, 2017).

Dado que se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre la de planificación familiar, el hecho que los hombres hablen menos del tema con sus parejas se ha reportado que se debe a la falta de comunicación con la pareja, desconocimiento del tema o por la falta de participación en la toma de decisiones de la planificación familiar (Márquez, 2021) por cuestiones ideológicas que polarizan la sexualidad entre sexos, convirtiéndola en dicotómicas, cuando no es lo más recomendables (Gutmanny y Atala, 2015).

Al hecho que el personal médico y de enfermería fueron el personal en salud que proporcionó el servicio o la información en ssyr coincide con ser el personal más numeroso dentro de un hospital o clínica de salud, además de considerarse capacitado para la materia (Tapia, González y Puebla, 2017), pero se ha reportado carencias en conocimientos de ssyr aún en médicos especialistas en formación como en la investigación de Serrano (2011). Concretamente, para las licenciaturas de la población encuestada, solo la licenciatura de enfermería se contempla una asignatura obligatoria sobre sexualidad humana, mientras que en medicina y en psicología sí existen asignaturas sobre sexualidad, pero son optativas, aun así, existe al menos una asignatura específica para ssyr a la que los alumnos pueden tener acceso (UAMex, 2022).

Como lo mostraron los resultados, más del 70% de los encuestados no presentó conductas de riesgo en ssyr, lo anterior podría deberse a lo mencionado con anterioridad, al acceso a información con mayor facilidad al pertenecer a las Ciencias de la Salud, ya que, según lo reportado en investigaciones como las de Hurtado de Mendoza, *et. al.* (2013), los de estudiantes universitarios fuera de licenciatura de Ciencias de la Salud, tienen mayor desconocimiento y conductas de riesgo en temas de ssyr.

En el presente trabajo, se encontró que el inicio de la vida sexual se encuentra, en su mayoría, entre los 17 a 19 años, lo que corresponde con lo reportado en la literatura contemporánea para la población mexicana, con una edad más temprana en los hombres (Menkes, Jesús y Sosa, 2020) (Rojas y Caballero, 2020). Esta variable resulta importante, ya que al comenzar la vida sexual antes de los 20 años es un factor

de riesgo, lo que se traduce que entre más joven se inicie la vida sexual, más riesgo asociado para contraer alguna enfermedad sexual (Venega-Coveña, *et. al.*, 2019), (Ángeles-Garay, *et. al.*, 2020), (Villanueva y Ruvalcaba, 2019).

La experiencia de la primera relación nos proporcionó datos sobre la autonomía de los encuestados en la decisión del inicio de su vida sexual, los datos, en su mayoría, mostraron que la experiencia se debió a su propia voluntad, pero se registró que el 10% de los encuestados tuvieron su primera relación sexual como consecuencia a una razón externa a su voluntad, hecho que muestra la realidad del contexto mexicano en el que se reportan, solo en la ciudad de México, tres violaciones diarias en promedio, pero estimando que solo se reporta el 10% de las agresiones (Lara, *et. al.* 2003). La población adolescente y joven son las que más riesgo tiene, puesto que según los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, cerca de dos millones y medio de mujeres indicaron alguna agresión sexual antes de los 15 años (Frías, 2018).

El uso de métodos anticonceptivos previene embarazos no deseados y, consigo, abortos. Los resultados obtenidos muestran que menos de la mitad usaron algún anticonceptivo en la primera relación sexual y el 37% lo utilizaron en todos los encuentros sexuales, en contraste el 10% nunca, datos que coinciden con las investigaciones realizadas en jóvenes mexiquenses como Vilchis, Lucio y Olivos (2015) y Menkes *et. al.* (2020). Resalta, nuevamente, que se presenten esas cifras en estudiantes de Ciencias de la salud, ya que no solo tienen mayor acceso a la información, sino que serán de los profesionales que consultarán para estos temas, lo cual se confirma en investigaciones como en Covarrubias *et. al.* (2016), en la que los

estudiantes de enfermería en que un porcentaje considerable de estudiantes afirmaba no tener los suficientes conocimientos en métodos anticonceptivos; aunado a lo anterior, puede que tengan los conocimientos suficientes sobre su utilización, pero con ello no se asegura su utilización, como los hallazgos de Solano *et. al.* (2016), en donde se mostró que solo un porcentaje bajo de estudiantes de medicina utiliza algún método anticonceptivo en su vida sexual.

En el presente estudio se confirma que existe correlación negativa entre el acceso a los servicios de ssyr y las prácticas de riesgo en sexualidad, por lo que el fortalecimiento a los servicios y la educación de salud a la población joven tendrían un impacto en las prácticas sexuales de riesgo, evitando que la población joven sufra algún padecimiento sexual o tenga un embarazo no deseado (Sam-Soto, *et. al.* 2014), tal como lo sugiere Gamboa (2018) el acceso a los servicios debe ser sistémico, apoyado tanto por el acceso a los servicios por parte del gobierno y a la difusión y fortalecimiento de la información por parte de los docentes, prestadores de servicio y padres de familia (Meza, 2015), de tal manera que exista mayor apertura en los temas y no se conviertan en estrategias obsoletas al no estar especializadas en la población, u omitidas por cuestiones de tabú (Portuondo, Hernandez y Chibás, 2016).

Al correlacionar los instrumentos aplicados en la presente investigación enuncian correlación de las posturas bioéticas, determinadas por las posturas provida y proelección con la toma de decisión de la interrupción del embarazo en los factores internos y externos como causales aceptadas para interrumpir el embarazo. Concretamente, la postura provida mostró correlación negativa y estadísticamente significativa, con un tamaño del efecto grande, con las razones personales como

causales para interrumpir el embarazo, por lo que, entre más afección a la postura provida, menos predilección por las causales, tanto de las que dependían de la decisión personal de la mujer (factores internos), como la que dependía del padre del hijo, los padres de la madre y el contexto desfavorable (factores externos); mientras que la postura proelección presentó correlación positiva y estadísticamente significativa con la toma de decisión de la interrupción del embarazo, lo que se conjuga con los fundamentos de las posturas éticas sobre el aborto, en donde la postura provida no considera distinción entre causales de factores internos o externos, ambas son incompatible con la postura relacionada con mayor afinidad a la religión (Gaibor, 2019), (Gudiño, 2017); mientras que la postura proelección se asocia a la autonomía de decisión, en la que la mujer decide si continúa o no con el embarazo, por lo que las causales del porqué interrumpir el embarazo son más aceptadas, tanto por factores internos como externos (Rye y Underhill, 2020), (Svenaeus, 2018).

Por último, la postura proelección se correlacionó significativamente con el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal manera que la predilección por la postura proelección indicó que las personas tuvieron mayor acceso a dichos servicios que los jóvenes que tenían mayor predilección por la postura provida, pero los resultados no tuvieron un tamaño del efecto significativo, este resultado relacionado a los valores y comportamientos de la postura provida, en la que las personas son más conservadoras y por cuestiones de cosmovisión y sociales no se acercan a los servicios de ssyr (Portuondo, et. al, 2016).

Conclusiones

Los hallazgos obtenidos de la presente investigación permiten concluir lo siguiente:

Se demostró la confiabilidad de la versión traducida de la encuesta de actitud ante el aborto de la autora Rosemary J. Crock, con correctos resultados psicométricos y variables importantes para el entendimiento de la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo.

El 84% de estudiantes universitarios de Ciencias de la salud encuestados tuvieron preferencia por la postura proelección, sin diferencia entre hombres y mujeres. Mientras que el 15.5% lo tuvo por la postura provida, siendo las mujeres el grupo que más predilección tuvo por esta postura.

Los hombres afirmaron que debe tomarse en cuenta su participación en la decisión de la interrupción del embarazo, tanto en un escenario favorable (económico, familiar, social y personal) si es el que el padre no quiere que se continúe con el embarazo, así como en un escenario desfavorable, tanto sí se quiere seguir con el embarazo, al igual que si quiere interrumpirlo.

El 75.1% de los estudiantes encuestado no tiene acceso a los servicios de salud sexual y 60.1% afirma no asistiría en busca de los servicios al sistema de salud, principalmente por la falta de confidencialidad, mal trato de personal y porque resultaría vergonzoso para ellos.

El 72.6% de las personas encuestadas no reportó prácticas sexuales de riesgo, estos resultados no tuvieron diferencias por sexo, ni por licenciatura.

Se confirmó correlación significativa y negativa entre el acceso a los servicios de ssyr y las conductas sexuales de riesgo, lo que se traduce que a mayor acceso a los servicios de ssyr, menos conductas sexuales de riesgo fueron reportadas.

Al correlacionar las tres variables generales de la presente investigación, se concluye que las consideraciones bioéticas presentaron correlación con la toma de decisión de la interrupción del aborto de manera significativa; y correlación con menor tamaño del efecto con el acceso a los servicios de ssyr, por lo que se comprueba que son variables que deben contemplarse en un modelo explicativo del fenómeno de la interrupción del embarazo.

Referencias

- Alvarado-Zeballos, S., Nazario, M. A., y Taype-Rondan, A. (2017). Características de las páginas web en español que brindan información sobre aborto. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(4), 621-626.
- Ángeles-Garay, Ulises, Sandoval-Sánchez, Juan Joel, Sánchez-Martínez, Luis Carlos, Acosta-Cazares, Benjamín y Ruíz-Betancourt, Blanca Sandra. (2019). Conducta sexual y otros factores de riesgo para cáncer de próstata. *Revista mexicana de urología*, 79(5), 1-14.
- Arnau Sabatés, L., y Montané Capdevila, J. (2010). Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (3), 1283-1302.
- Arratia, A. (1999). Bioética y toma de decisiones en Enfermería. Cuadernos de Bioética, 39(3), 512-521.
- Artículo 251. Código penal del Estado de México, Toluca, México, 3 de septiembre de 1999.
- Astete, C., Beca, J. P., y Lecaros, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista médica de Chile*, 142(11), 1449-1451.
- Azulay Tapiero, A. (2001). Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *Anales de Medicina Interna*, 18(12), 650-654.
- Baca Tavira, Norma, Román Reyes, R., Murguía Salas, M. V., y Ronzón Hernández, Z. (2018). *Relaciones de género, salud sexual y reproductiva del estudiantado de licenciatura de la UAEM*. Editorial Gedisa, SA.
- Bard Wigdor, G., Johnson, M. C., y Vaggione, J. M. (2017). Prácticas Tuteladas: Masculinidad Y Adultocentrismo En La Decisión Del Aborto. *Revista de Ciencias Sociales (CI)*, (38).
- Cabria, A. M. O. (2015). *El aborto: aspectos filosóficos, éticos y jurídicos* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Campero Cuenca, L., E. Atienzo, E., Suárez López, L. and Hernández Prado, B. (2013). Campero, L. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 159(3), pp.299-307.
- Cantón, S. B. F., Trujillo, G. G., y Uribe, R. V. (2012). Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(2), 144-148.
- Carracedo, J. R. (2005). Algunas precisiones sobre la argumentación a favor y en contra del aborto. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*.
- Carrera, S. A. U., Guerrero, E. R., Mendoza, M. F., y Bermúdez, Y. B. (2012). Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de

- escuelas de educación superior. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4).
- Center for Reproductive Rights. (2019). The World's Abortion Laws | Center for Reproductive Rights. Retrieved 31 July 2019, from <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
- Chaqués-Bonafont, L., Palau, A. M., y Baumgartner, F. R. (2015). Framing the Abortion Debate. In *Agenda Dynamics in Spain* (pp. 199-226). Palgrave Macmillan, London.
- Chiapparrone, N. G. (2018). El derecho al aborto en América Latina y el Caribe. *Atlánticas—Revista Internacional de Estudios Feministas*, 3(1), 192-223.
- Comisión Nacional de Bioética. (2015). ¿Qué es Bioética? Recuperado de <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslabioetica.html>.
- CONAPO. (2014). Necesidad Insatisfecha de uso de métodos anticonceptivos, 2009 y 2014 - CONAPO. [online] Conapo.gob.mx. Available at: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Necesidad_Insatisfecha_de_uso_de_metodos_anticonceptivos_2009_y_2014
- Consejo Ejecutivo, 113. (2004). Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/20518>
- Contreras López, C. F. (2018). Sobre el aborto y la objeción de conciencia. *Revista CONAMED*, 23(S1), 46-49.
- Córdoba Basulto, D. (2011). El control demográfico en México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (1), 1-2.
- Correa, L., y Javier, F. (2010). El Aborto desde la Bioética: ¿Autonomía de la Mujer y del Médico? *Cuadernos de Bioética*, 21(1).
- Costa-Alcaraz, A. M., Siurana-Aparisi, J. C., Almendro-Padilla, C., García-Vicente, S., y Ordovás-Casaurrán, R. (2011). Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista clínica española*, 211(11), 581-586.
- Covarrubias, E., Villegas, R., Flota, E. y Espinosa, J. (2016). Utilización de Métodos Anticonceptivos en estudiantes de Enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 31-43.
- Cuenca, M.D.L.E.C., prado, b. H., Atienzo, E. E., López, L. S., y Hernández, A. L. V. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas.
- Curioni, M. Á. (2014). *El problema del aborto en Santiago del Estero: su magnitud y costos humanos, sociales y económicos* (disertación Doctoral, Universidad Nacional de Córdoba).

- De Mendoza Zabalgoitia, M. T. H., y Méndez, J. O. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 241.
- Díaz, A. R. (2016). La cuestión del aborto. Una perspectiva filosófico-jurídica de un problema ético-moral. *Diánoia. Revista de Filosofía*, 47(48), 89-118.
- Díaz-Cárdenas, S., Arrieta-Vergara, K., y González-Martínez, F. (2014). Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia, 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(1), 22-31.
- Elizalde, S., y Mateo, N. (2018). Las jóvenes: entre la “marea verde” y la decisión de abortar. *Salud Colectiva*, 14.
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science*, 196(4286), 129-136.
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Española, R. A. (2016). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: RAE. Súper Intendencia Industria y Comercio. (2016). Protocolo de Madrid.
- Facico-uaemex.mx. 2022. Plan de estudios Licenciatura en Psicología. [online] disponible en: <<https://www.facico-uaemex.mx/2018-2022/psicologia.html>> [Consultado 10 April 2022].
- Facio Montejó, A., y Torres García, I. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José, Costa Rica: IIDH.
- Finer, L., y Fine, J. B. (2013). Abortion law around the world: progress and pushback. *American Journal of Public Health*, 103(4), 585-589.
- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., y Arenas-Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 374-378.
- Foster, D. G., Gould, H., Taylor, J., y Weitz, T. A. (2012). Attitudes and decision making among women seeking abortions at one US clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(2), 117-124.
- Freed, A. F. (2015). Pro-choice and pro-life. *The International Encyclopedia of Human Sexuality*, 861-1042.
- Frías, Sonia. (2018). Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016. *Papeles de población*, 24(95), 237-272.
- Gabriela, B., Cecilia, J., y Juan, V. M. (2017). Prácticas tuteladas: masculinidad y adultocentrismo en la decisión del aborto. *Revista de Ciencias Sociales*, 28(38), 25-25.

- Gaibor, J. (2019). Análisis Ético Sobre El Aborto: Decisión O Derecho. *Revista Caribeña De Las Ciencias Sociales*, (4) 1-7.
- Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):455-60
- Gamboa, L. V. (2018). Salud sexual de adolescentes y jóvenes. *Revista biomédica*, 29(3), 43-44.
- Ganatra, B., Tuncalp, O., Johnston, H. B., Johnson Jr, B. R., Gulmezoglu, A. M., y Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion.
- García Mazorra, M., y Cruz Quiróz, V. Y. (2015). Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 23-38.
- García-Salgado, A., Sánchez-Chávez, S., y González-Aldeco, P. M. (2017). Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Revista del Hospital Juárez de México*, 84(1), 8-14.
- Garel, M., Gosme-Seguret, S., Kaminski, M., y Cuttini, M. (2003). Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: A qualitative survey among physicians and midwives. *Obstetrical y gynecological survey*, 58(3), 168-170.
- Garrote, J. L. J. (2007). Aborto. *Bioética*, 1.
- Gómez-Dávila, J. G. (2018). El aborto: una mirada desde la salud pública, los derechos y la justicia social. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1), 53-64.
- González de León Aguirre, D., Salinas Urbina, A. A., y Torre Medina-Mora, M. D. P. (2019). Salud sexual y reproductiva en estudiantes de primer ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, 30(77), 149-168.
- Gracia Guillén, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. EUDEMA (Ediciones de la Universidad Complutense).
- Grupo de información en reproducción elegida. (2019). Causales de aborto en códigos penales estatales GIRE. Disponible en: <https://gire.org.mx/consultations/causales-de-aborto-en-codigos-penales-estatales/?type=aborto-legal-y-seguro>
- Gudiño Bessone, P. (2017). "El aborto en el campo de la memoria y los derechos humanos. Feminismo, Iglesia católica y activismo pro-vida en Argentina". Aposta. *Revista de Ciencias Sociales*, 73, 86-119
- Guevara Ruiseñor, Elsa S. (2003). Los derechos reproductivos y los hombres: El debate pendiente. *Desacatos*, (11), 105-119.

- Gutmann, Matthew, y Atala, Lili. (2015). Planificar la exclusión de los hombres de la planificación familiar: un estudio de caso en México. *Revista interdisciplinaria de estudios de género del Colegio de México*, 1(1), 54-75.
- Guttmacher Institute. (2018). Aborto inducido a nivel mundial. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf>
- Guttmacher Institute. (2019). Aborto en América Latina y el Caribe. Retrieved 1 August 2019, from <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>.
- Henshaw, S. K., Singh, S., y Haas, T. (1999). La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, 25, 16-24.
- Hernández, M. F., Muradás, M. D. L. C., y Sánchez, M. (2016). Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014. Consejo Nacional de Población.
- Holmberg, L. I., y Wahlberg, V. (2000). The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. *Journal of adolescent health*, 26(3), 230-234.
- Hottois, G., y Sagols Sales, L. (2011). *¿Qué es la bioética?* México: Fontamara.
- Huanuco, G., Lizet, S., Rojas, T., y Mery, A. (2018). Factores que influyen en las mujeres en edad fértil en la decisión para provocarse un aborto del servicio gineco obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, periodo junio-agosto del 2017. Tesis
- Hubert, C., Villalobos, A., Abreu, A. B., Suárez-López, L., y Castro, F. D. (2019). Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24. *Cadernos de saude publica*, 35 (6) 1-12.
- Hurtado de Mendoza Zabalgoitia, M. T., y Olvera Méndez, J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16(1).
- Ibáñez, E. A., y Guarnizo-Tole, M. (2016). Comparación de prácticas en salud sexual y reproductiva entre estudiantes de Ciencias de la Salud y de ingeniería de una institución de educación superior en Bogotá, Colombia, 2008. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13, 59-74.
- INEGI, C. (2015). Encuesta nacional de la dinámica demográfica ENADID 2014: Principales resultados. Mexico: Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Consejo Nacional de Población.
- INEGI. (2017) *La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México*. INEGI, México.
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I., y Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Juárez, F., y Singh, S. (2013). Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología

- modificada. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 25-35.
- Juárez, Fátima, & Gayet, Cecilia. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de población*, 11(45), 177-219.
- Júdez, J., y Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina clínica*, 117(1), 18-23.
- Kottow, M. (2011). Bioética pública: una propuesta. *Revista bioética*, 19(1), 61-76.
- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S., y Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 30(1), 51-54.
- Lamas, M. (2014). Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud pública de México*, 56, 56-62.
- Lamas, M. (2015). La bioética: proceso social y cambio de valores. *Sociológica México*, (22).
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 192-205.
- Lara, D., García, S., Strickler, J., Martínez, H., & Villanueva, L. (2003). El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México. *Gaceta Médica de México*, 139(s1), 77-90.
- Lariguet, G. (2012). ¿Cómo es posible justificar moralmente el aborto? *erasmus R*, 23.
- Lastra, C. M. G., y Urrutia, A. C. P. (2011). Consideraciones bioéticas sobre el aborto. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 9(1), 43-44.
- León Correa, Francisco Javier, El aborto desde la bioética: ¿autonomía de la mujer y del médico? Cuadernos de Bioética [en línea] 2010, XXI
- Lirios, C. G. (2012). Estudio de actitudes hacia el aborto en universitarios de Morelos, México. *Xihmai*, 7(13), 61-82.
- López, L. R. M., Romero, G. R., Salabarría, M., y Casino, M. I. (2008). La adolescencia y su importancia para la vida. *Archivos de medicina*, 4(5).
- Lord, J., Regan, L., Kasliwal, A., Massey, L., y Cameron, S. (2018). Early medical abortion: best practice now lawful in Scotland and Wales but not available to women in England. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 44(3), 155-158.
- Lugo, N. T. (2017). Una aproximación histórico-religiosa, jurídica y bioética al aborto provocado de causa genética. *Acta Médica del Centro*, 12(1), 81-92.
- Maguire, M. R., Maguire, D. C., y Alvarez, E. A. (1994). *Aborto: una guía para tomar decisiones éticas*. Católicas por el derecho de Decidir.

- Márquez Saldaña, N. D. (2021). *La participación de los hombres en la planificación familiar* (tesis de maestría) Universidad Autónoma de Baja California, México.
- Martín Alfonso, L., y Reyes Díaz, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista cubana de salud pública*, 29(2), 183-187.
- Martínez García, A., y Hernández Valdez, M. (2016). LA POSICIÓN DEL HOMBRE FRENTE AL ABORTO: UN RETO A LA DESIGUALDAD DE GÉNERO. *Etbio*, 8(6), 50-67.
- Marván, M. L., Lagunes-Córdoba, R., y Orihuela-Cortés, F. (2018). Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido. *salud pública de méxico*, 60 (6, nov-dic), 742-743.
- Marván, M., Orihuela-Cortés, F., y Río, A. Á. D. (2018). Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública. *Cuadernos de Salud Pública*, 34.
- Masiá Clavel, J. (2012). Confusiones al debatir sobre el aborto. *Erasmus*, 1(14), 69-84.
- Mendoza, J. P. (2014). Aborto en las Adolescentes: ¿Quién toma la Decisión? *Revista Sexología y Sociedad*, 13(34).
- Meneses Mendoza, E., Muradás Troitiño, M., Hernández López, M. y Ramírez Frago, M., (2020). *Situación de los derechos sexuales y reproductivos 2018*. Mexico: CONAPO.
- Menkes Bancet, Catherine, Jesús-Reyes, David de, y Sosa Sánchez, Itzel A. (2019). Jóvenes en México: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón? *Papeles de población*, 25(100), 183-215.
- Mercado, R. (2001). Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas. *Acta bioethica*, 7(1), 129-141.
- Meza, J. A. Z. (2015). Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes en México en el siglo XXI. *Uaricha*, 12(29), 129-144.
- Milú Vargas Escobar. (2003). Derechos humanos: derechos sexuales y reproductivos. 16 de octubre, de Escuela Andaluza de Salud Pública Sitio web: https://www.nodo50.org/mujeresred/IMG/pdf/Milu_Vargas.pdf
- Miranda, J. N. (2016). Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 31(1), 64-69.
- Montero, A. (2015). El derecho a la vida: su problemática en el Uruguay de hoy. *Revista de Derecho*, 137-160.
- Montoya-Romero, J. D. J., Schiavon, R., Troncoso, E., Díaz-Olavarrieta, C., y Karver, T. (2015). Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 83(1).

- Mora, A. A. M., y Muñoz, K. M. (2017). La Interrupción Terapéutica del Embarazo como Derecho Humano a la Salud. Un análisis desde el Bioderecho. *Cuadernos iberoamericanos de derecho sanitario*, 6(1), 167-179.
- Morales Díaz, E., Solanelles Rojas, A. M., Mora González, S. R., y Miranda Gómez, O. (2013). Embarazo no deseado en alumnas universitarias. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(2), 153-163.
- Moran Faundes, J. M. F., y Peñas Defago, M. A. (2013). ¿Defensores de la vida? ¿De cuál “vida”? un análisis genealógico de la noción de “vida” sostenida por la jerarquía católica contra el aborto.
- Morcillo, S., y Felitti, K. (2017). “Mi cuerpo es mío”. Debates y disputas de los feminismos argentinos en torno al aborto y al sexo comercial. *Amerika. Mémoires, identités, territoires*, (16).
- Ojeda Sánchez, A. (2021). Escuela, salud y derechos. Un abordaje de investigación-acción-participativa en sexualidad con/para jóvenes universitarias/os. *Revista Innovación Educativa*, 21(85), 77-99.
- OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2nd ed.). Montevideo: Biblioteca de la OMS.
- OMS. (2019). Prevención del aborto peligroso. Retrieved 1 August 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- OMS. (2019). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina: OMS.
- ONU. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Síntesis de los informes nacionales sobre la población y el desarrollo, 1994.
- OPS/OMS | Programa Regional de Bioética. (2013). Retrieved from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=5582:regional-program-on-bioethicsyltemid=4124ylang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud sexual*. [online] Recuperado de: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Ortiz, H. H. (2014). El aborto ¿está bien justificado moralmente? Una réplica a Lariguet. *Dilemata*, (15), 243-249.
- Paladino, M. Á., y Gentile, A. (2007). Percepción del dolor en los niños. Analgesia multimodal perioperatoria. *Rev Argent Anestesiol*, 65(1), 52-67.
- Peláez Jiménez, A. C. (2018). Factores asociados al aborto provocado en estudiantes universitarias. (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Peláez Mendoza, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(2), 1-10.

- Pérez, C. S., Quezada, L. R., Gutiérrez, D. C., Rodríguez, S. O., y Miranda, Y. (2016). Percepción de los estudiantes de medicina sobre el uso de métodos anticonceptivos, ICSa 2016. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 5(9).
- Piekarewicz Sigal, M. (2015). Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. *Revista de bioética y derecho*, (33), 3-13.
- Pineda Leyva, T. D. J., Cavazos, M. R., Contreras, M. F., y Martínez, P. C. (2000). Encuesta sobre salud reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior en Monterrey, NL (México). *Revista Salud Pública y Nutrición*, 1(4), 1-6.
- Porcelli, S., Van Der Wee, N., van der Werff, S., Aghajani, M., Glennon, J. C., van Heukelum, S. y Posadas, M. (2018). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*. 97, 10-33.
- Portuondo, J., Hernández, Y., Chibás, A., Herrera, D. M. y Guindo, P. E. G. (2016). Salud sexual reproductiva. Intervención educativa en jóvenes. *Revista Información Científica*, 95(4), 571-580.
- Preinfalk Fernández, M. (2019). Salud sexual y reproductiva de la población estudiantil universitaria en Costa Rica. In: N. Baca Tavira, P. Román Reyes and Z. Rozón Hernández, ed., *Juventudes género y salud sexual y reproductiva*, 1st ed. Ciudad de México: Gedisa, pp.215-236.
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., y Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública de México*, 55, 57-66.
- Ramírez, L. B. (2017). Fronteras de la biopolítica en el debate sobre el aborto. *Eikasía: revista de filosofía*, (78), 171-186.
- Ramos, S. (2015). Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Resumen ejecutivo.
- Ramos, Silvina. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 833-860.
- Rancich, A., Pérez, M., Gelpi, R., y Mainetti, J. (1999). Análisis de los principios éticos de beneficencia y de no maleficencia en los juramentos médicos, en relación con el hipocrático. *Gac Med Mex*, 135(3), 345-51.
- Renner, R. M., de Guzman, A., y Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 126(1), 1-7.
- Reyes, A. B., y Silva, P. S. F. (2015). El aborto en Chile: ¿disputa social o jurídica?. *Nomadías*, (20).

- Ri.uaemex.mx. 2022. *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería*. [online] disponible en: <<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/62718>> [Accessed 10 April 2022].
- Rojas, Marco. (2021). Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. *Revista Salud y Bienestar social*, 5 (1), 59-74.
- Rojas, O. L., y Caballero, J. L. C. (2020). El inicio de la vida sexual en México. Un análisis de los cambios en el tiempo y las diferencias sociales. *Revista Latinoamericana de Población*, 14(27), 77-114.
- Rojas, R., Castro, F. D., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein, A., y Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *salud pública de méxico*, 59, 19-27.
- Rollero, M. B. (2018). Consideraciones éticas sobre el aborto terapéutico. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 27(1).
- Romero, E., Pérez, Y. M., Fernández, E. R., y Villafranca, R. C. (2012). Comportamiento del aborto inducido en adolescentes. *Su relación con la Bioética. Hospital Materno Provincial, Matanzas*.
- Rossi, M., y Triunfo, P. (2012). Aborto en Uruguay y América Latina: el posicionamiento de los ciudadanos. *Equidad y Desarrollo*, 1(18), 9-21.
- Ruiseñor, E. G. (2001). La experiencia del aborto en los hombres y los derechos reproductivos. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 2(14), 242-266.
- Rye, B. J. y Underhill, A. (2020). Pro-choice and pro-life are not enough: an investigation of abortion attitudes as a function of abortion prototypes. *Sexuality & Culture*, 24(6), 1829-1851.
- Sam-Soto, Selene, Osorio-Caballero, Mauricio, Rodríguez-Guerrero, Rosa Estela y Pérez-Ramírez, Norma Paulina. (2014). Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta pediátrica de México*, 35(6), 490-498.
- Sandoval, F. R., García, C., y Bustos, J. M. (2016). Estructura factorial exploratoria del aborto planificado en estudiantes de Xochimilco, Ciudad de México. *Prospectivas en Psicología*, 2(2), 40-50.
- Serrano Berrones, Miguel Ángel (2011). Conocimiento, actitud y percepción de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE acerca de la anticoncepción de emergencia. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(4), 215-220.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., y Onda, T. (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*.
- Singh, S., Sedgh, G., y Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in family planning*, 41(4), 241-250.

- Singh, S., Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A., y Sedgh, G. (2009). Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual.
- Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo. (2019). *Interrupción legal del embarazo (ILE)*. Ciudad de México: Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
- Suárez, A. L. M., y Cañete, A. R. R. (2015). Aborto provocado en la adolescencia. *Multimed*, 19(4), 5-18.
- Svenaesus, F. (2018). Fenomenología del embarazo y la ética del aborto. *Estudios de Filosofía*, 16, 106-132.
- Tapia-Martínez, H., González-Hernando, C., y Puebla-Nicolás, E. (2017). Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas. *Enfermería universitaria*, 14(4), 251-258.
- Távora Orozco, Luis, y Orderique, Luis, y Mascaro, Pedro, y Cabrera, Santiago, y Gutiérrez Ramos, Miguel, y Paiva, Juana, y Ramírez Jiménez, Ysoé, y Silva Benavides, Carlos (2012). Costos de la atención Postaborto en hospitales de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(4),241-251.
- Tsang, S., Royse, C. F., y Terkawi, A. S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi journal of anaesthesia*, 11(Suppl 1), S80–S89.
- Valenzuela Oyaneder, C., y Villavicencio Miranda, L. (2015). La constitucionalización de los derechos sexuales y reproductivos: Hacia una igual ciudadanía para las mujeres. *Ius et Praxis*, 21(1), 271-314.
- Valenzuela, Carlos Y. (2003). Ética científica del aborto terapéutico. *Revista médica de Chile*, 131(5), 562-568.
- Vanegas-Coveña, Diana Patricia, Parrón-Carreño, Tesifón, Aranda-Torres, Cayetano y Alarcón-Rodríguez, Raquel. (2019). Factores de riesgo asociados con embarazos no deseados en mujeres estudiantes de medicina. *Gaceta médica de México*, 155(4), 357-362.
- Vigoya, M., y Navia, Á. (2012). El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio De Janeiro)*, (12), 135-163.
- Vilchis-Dávila, E., Lucio-Alvarado, M., y Olivos-Rubio, M. (2015). Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una comunidad mexiquense. *Revista Horizontes*, 37-45.
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E., Estrada, F., y Vara-Salazar, D. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública de México*, 57, 135-143.
- Villanueva González R. y Ruvalcaba Ledezma J. La vida sexual insegura como riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres con displasia cervical. *JONNPR*. 2019;4(5):537-50.

- Weitz, T. A. (2014). Rethinking the mantra that abortion should be “safe, legal, and rare”. In *Reproduction and Society: Interdisciplinary Readings* (pp. 87-94). Routledge.
- Zuleta, I. (2018). Salud sexual reproductiva en estudiantes universitarios: conocimientos y prácticas. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(1), 58-70.

Anexos

Permisos



Universidad Autónoma del Estado de México
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados
Centro de Investigación en Ciencias Médicas

Toluca Estado de México, 06 de marzo de 2019

Dra. María Teresa García Rodea
Directora De La Facultad De Ciencias De La Conducta
PRESENTE

Por medio de este conducto me permito enviarle un cordial saludo. El motivo del presente es para solicitar su apoyo para que el alumno de **Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Mtro. En C.S. Crisanto Martínez Méndez**, con número de cuenta 0724002, pueda realizar la aplicación de una batería de cuestionarios a 150 estudiantes de dicha facultad, esto para fines del proyecto de investigación intitulado **"Relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud"**. En caso de contar con su autorización, la batería a aplicar consiste en:

- Consentimiento informado
- Ficha de Datos Sociodemográficos
- Encuesta integral de salud sexual y reproductiva
- Actitud ante el aborto
- Toma de decisión ante el aborto

Las aplicaciones que se realicen serán con fines estadísticos y de investigación. Además de poner a disposición de los alumnos los resultados, por lo que éstos estarán disponibles para su consulta.

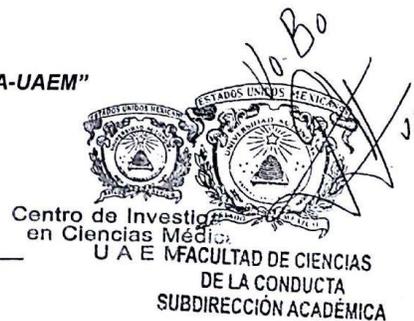
Sin más por el momento, le reitero mi estima académica, agradezco de antemano su apoyo y quedo en espera de su respuesta.

PATRIA, CIENCIA y TRABAJO
"2019, 75 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"



ATENTAMENTE
[Signature]

Dra. en C.S. **Marcela Veytia López**
Profesor del CICMED



Av. Jesús Carranza # 205,
Col. Universidad, Toluca, Méx.
C.P. 50130
Tels. (01722)212 80 27
219 41 22





Toluca Estado de México, 06 de marzo de 2019

M. EN S.P Salvador López Rodríguez
 Director de la Facultad de Medicina
P R E S E N T E

Por medio de este conducto me permito enviarle un cordial saludo. El motivo del presente es para solicitar su apoyo para que el alumno de **Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Mtro. En C.S. Crisanto Martínez Méndez**, con número de cuenta 0724002, pueda realizar la aplicación de una batería de cuestionarios a 150 estudiantes de dicha facultad, esto para fines del proyecto de investigación intitulado **“Relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud”**. En caso de contar con su autorización, la batería a aplicar consiste en:

- Consentimiento informado
- Ficha de Datos Sociodemográficos
- Encuesta integral de salud sexual y reproductiva
- Actitud ante el aborto
- Toma de decisión ante el aborto

Las aplicaciones que se realicen serán con fines estadísticos y de investigación. Además de poner a disposición de los alumnos los resultados, por lo que éstos estarán disponibles para su consulta.

Sin más por el momento, le reitero mi estima académica, agradezco de antemano su apoyo y quedo en espera de su respuesta.

PATRIA, CIENCIA y TRABAJO
“2019, 75° Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM”

ATENTAMENTE

UeUTD
 Dra. en C. S. **Marcela Veytia López**
 Profesor del CICMED



Centro de Investigación
 en Ciencias Médicas
 UAEM

W. B. 2
Am. 2

2:05

000 975
Marcela

Av. Jesús Carranza # 205,
 Col. Universidad, Toluca, Méx.
 C.P. 50130
 Tels. (01722)212 80 27
 219 41 22





Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia

Coordinación de Investigación

Toluca, México; 25 de marzo de 2019

**MTRO. EN C.S. CRISANTO MARTÍNEZ MÉNDEZ
ALUMNO DEL 2º SEMESTRE,
DEL DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UAEMex.
PRESENTE**

Sirva este medio para enviarle un cordial saludo, y en respuesta a su solicitud de aplicar un cuestionario de **Actitudes hacia el Aborto**, del proyecto de investigación titulado **“Relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud”**, a los alumnos de la Licenciatura en Enfermería, del 27 de marzo al 12 de abril de 2019, siendo responsable del proyecto la Dra. en C.S. Marcela Veytia López, se le comunica que **queda autorizado la aplicación**. Así mismo le informo que las fechas se sujetaran a la autorización de la Mtra. Yolanda Hernández Ortega, Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería, para el desarrollo de la actividad.

Sin más por el momento y esperando se cumpla el objetivo, quedo de usted.

ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2019, Año del 75 Aniversario de la Autonomía de la UAEM"



**DRA. EN A.D. MARÍA JUANA GLORIA TORRES FLACHINO
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN**

C.c.p M. en EASE. Yolanda Hernández Ortega.- Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería
C.c.p. archivo
MJGTT/pchp***

Paseo Tollocan s/n esq. Jesús Carranza
col. Moderna de la Cruz. C.P. 50180
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2706270 / 2702357
feyo@uaemex.mx



Evaluación del Comité de ética en investigación



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro de Investigación en Ciencias Médicas
Comité de Ética en Investigación

Toluca, México a 3 de junio de 2019.

Mtro. Crisanto Martínez Méndez
PRESENTE

Por éste conducto se le comunica que el Comité de Ética en Investigación del CICMED, solicita a Usted realice las siguientes recomendaciones al protocolo investigación, que tiene como título: **Relación de las consideraciones bioéticas, salud sexual y reproductiva con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.**

Considerar algunos detalles de escritura y un poco de redacción, los cuales están marcados en color rojo.

Se anexa documento.

- **Incluir archivo PDF del oficio de recomendaciones firmado por el tutor académico.**
- **Indicar dentro del documento corregido los cambios realizados.**

El documento corregido favor de enviarlo vía electrónica a la su servidora (sococamarillo@yahoo.es), en un lapso no mayor a 10 días hábiles; para su revisión y dictaminen.

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2019, Año del 75 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación en Ciencias Médicas

Dra. María del Socorro Camarillo Romero
Secretaria Técnica del Comité

c.c.p. Archivo

Av. Jesús Carranza n° 205.
Col. Universidad, Toluca, Méx.
C.P. 50130
Tels. (01722)212 80 27
219 41 22



Carta de consentimiento informado

Toluca, México a ____ de _____ de 2019

Consentimiento bajo información

Estimado estudiante:

Las presentes encuestas son parte de una investigación sobre la interrupción voluntaria del embarazo. El objetivo del estudio es analizar la relación entre las consideraciones bioéticas en las posturas pro-elección y pro-vida; además de la salud sexual y reproductiva en la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo.

Dicha investigación se realizará por medio de encuestas de auto reporte, por lo que se respetarán los lineamientos éticos básicos recomendados para las investigaciones en seres humanos indicados en la Declaración de Helsinki y en el reglamento de la Ley General de Salud de México, en materia de investigación para la Salud.

Al ser una investigación de encuestas, la presente investigación se considera como una investigación con riesgo menor al mínimo, sustentado en el artículo 17° del reglamento citado, por lo que no existirá ninguna intervención en las personas encuestadas.

Tu participación consiste en contestar los siguientes cuestionarios: Ficha de datos sociodemográficos, Encuesta integral sobre Salud Sexual y Reproductiva, Cuestionario de actitudes hacia el aborto y la Escala de actitud sobre el aborto. Para que puedas participar en este proyecto, es necesario contar con tu autorización sustentada en la información y conocer el tratamiento a los datos recabados.

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada en los instrumentos de investigación, solamente el equipo de investigación tendrá acceso a los datos y la publicación de los mismos no revelará datos personales. La utilización de la información recolectada será exclusivamente para la investigación, en ningún momento la información proporcionada será empleada para cualquier otro fin, diferente del estipulado sin el consentimiento expreso de la persona encuestada.

Es necesario destacar que puedes abandonar el estudio en cualquier momento, solo bastará con informarlo.

¡Gracias por tu colaboración!

Atentamente:

Mtro. Crisanto Martínez Méndez, Dra Marcela Veytia López (investigadores responsables)

Yo, (nombre) _____

Acepto participar en el estudio de investigación de la relación de consideraciones bioéticas con la salud sexual y reproductiva, en la toma de decisión de la interrupción del embarazo; manifiesto que, tras haber leído este documento, me considero adecuadamente informada(o) sobre la investigación a realizarse, además de haber aclarado las dudas surgidas con el personal del equipo de investigación.

Por lo tanto, doy mi consentimiento voluntario bajo información para realizar las pruebas que me han sido especificadas para dicho estudio.

Firma de consentimiento del alumno

Firma del investigador

Instrumentos

Datos de Identificación

Instrucciones: Por favor, llena con tus datos el siguiente formulario y rellena los cuadros según corresponda, en algunos de ellos se pueden marcar más de uno. Si tienes alguna duda, pregunta al facilitador. Todos los datos obtenidos en esta ficha son **estrictamente confidenciales** y únicamente servirán para fines de análisis estadísticos.

Fecha ____/____/____

1. Nombre: _____
2. No. Cuenta: _____ 3. Edad: _____ 4. Sexo: Hombre Mujer
5. Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro: _____
6. Religión: Ninguna Católico Cristiano Testigo de Jehová Otro: _____
7. Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Unión Libre
8. Municipio de residencia fija: _____
9. Licenciatura: Enfermería Medicina Psicología 10. Semestre: _____
11. Turno: Matutino Vespertino 12. Promedio del semestre anterior: _____
13. ¿Vives con tu familia? No Sí
14. En caso de que no vivas con tu familia, indica con quién vives:
 Con otros familiares Amistades Casa de Huéspedes Solo/a
15. ¿Tus padres están separados o divorciados?
 No Sí, menos de 1 año Sí, de 1 a 4 años Sí, de 5 a 6 años Sí más de 9 años
16. ¿Alguno de los miembros de tu familia ha fallecido? Indica quiénes:
 Ninguno Padre Madre Hermanos/as
17. ¿En la actualidad desempeñas algún trabajo remunerado? No Sí
18. Indica si actualmente estás en alguno de los siguientes tratamientos:
 Psicológico / Psiquiátrico Nutricional Médico
19. ¿Has tenido relaciones sexuales? No Sí
20. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos seis meses? _____
21. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____
22. ¿Utilizas métodos anticonceptivos habitualmente durante las relaciones sexuales?
 No uso Condón Pastilla Anticonceptiva DIU (Dispositivo Intrauterino)
 Parche Anticonceptivo Coito Interrumpido
23. ¿Actualmente fumas? No fumo Sí, algunos días Sí, diariamente
24. De ser el caso, ¿a qué edad comenzaste a fumar?: _____
25. ¿Actualmente ingieres bebidas alcohólicas?
 No las consumo Sí, una o dos veces por mes Sí, cada semana Sí, diariamente

26. De ser el caso, ¿a qué edad iniciaste el consumo regular?: _____
27. ¿Alguna vez has consumido alguna droga? Indica cuál:
- Nunca he consumido Marihuana Cocaína (Crack, Piedra) LSD (Cuadros)
- Metanfetaminas (Cristal) Éxtasis (MDMA, Tachas) Inhalantes
- Hongos Alucinógenos Otra: _____
28. ¿Cómo evalúas globalmente tu salud física?:
- Excelente Regular Mala
29. ¿Cómo evalúas globalmente tu salud mental?:
- Excelente Regular Mala
30. En los últimos seis meses, ¿te has sentido triste o deprimido? No Sí
31. En los últimos seis meses, ¿has tenido pensamientos de suicidio recurrentes? No Sí
32. ¿Cuál es tu pasatiempo favorito? _____
33. ¿Cuánto es $(5+10) + 15/2$? _____

(CAA)

Dra. María L. Marvan, Roberto Lagunes-Córdoba, Fabiola Orihuela-Cortés

Instrucciones:

Contesta el cuestionario marcando con una "X" en el casillero que considere pertinente en cada uno de los enunciados, tomando en cuenta qué tan adecuada considera la afirmación con la realidad. No hay respuestas correctas, por lo que solamente debe procurarse honestidad y privacidad en la elección.

La escala es la siguiente:

TD-Totalmente en desacuerdo **MD**-Medianamente en desacuerdo, **DA**-Medianamente de acuerdo **TA**-Totalmente de acuerdo

¡Gracias por su colaboración!

	TD	MD	MA	TA
1. El aborto es inhumano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El aborto niega el derecho a la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Repruebo el aborto porque considero que la vida empieza desde la fecundación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Desde el momento de la concepción, el embrión es un ser con derechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abortar es un acto de egoísmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El aborto implica impedir injustamente la posibilidad de una vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si se legaliza el aborto, la sociedad perdería sus valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es injustificable que una mujer aborte, inclusive cuando ya había decidido no tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es injustificable que una mujer aborte, inclusive cuando sea por falta de una pareja estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Repruebo el aborto, aunque el embarazo sea producto de una violación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El aborto es inaceptable incluso cuando la vida de la madre está en peligro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Condeno que una mujer aborte, incluso cuando ya tiene muchos hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Una mujer debe poder decidir libremente sobre el aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Una mujer debería poder decidir si abortar o no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Una mujer debería tener el control de su cuerpo, teniendo la opción de abortar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si una mujer decide abortar, se debe respetar su decisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. El aborto debería ser una opción para las mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Las mujeres deberían tener acceso a un "aborto seguro" en todos los hospitales públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Una mujer debería tener el derecho de abortar basándose en sus circunstancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. El aborto debería ser legal en todo el país	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Al ser ilegal el aborto, se violan los derechos reproductivos de las mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Al ser ilegal el aborto, se quita autonomía a las mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. La falta de acceso al "aborto seguro" viola los derechos de las mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Encuesta Integral sobre Salud Sexual y Reproductiva

Instrucciones: contesta el siguiente cuestionario verazmente, marcando la casilla correspondiente a la respuesta de las siguientes preguntas basadas en tu experiencia.

- ¿Existe un lugar en tu comunidad donde la gente joven como tú tiene la posibilidad de hablar y averiguar sobre relaciones, sexo, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, etc?
 - Sí
 - No
 - No lo sé
- ¿Qué tipos de servicios de salud sexual y reproductiva se brindan?
 - Educación y asesoramiento sobre SSR
 - VCT para VIH
 - Atención ante pérdida de embarazo o luego de aborto
 - Servicios de planificación familiar
 - Tratamiento y asesoramiento sobre ITS
 - Atención durante embarazo y parto
 - Salud mental y apoyo psicosocial
 - No lo sé
- ¿Has visitado un centro de salud u otro lugar para obtener servicios de salud sexual en el último año?
 - Sí
 - No
 - Quería, pero los servicios/Centro de salud no estaban disponibles/accesibles
 - No lo sé
- ¿Has visitado un centro de salud u otro lugar para obtener servicios de salud sexual en los últimos tres meses?
 - Sí
 - No
 - Quería, pero los servicios/Centro de salud no estaban disponibles/accesibles
- ¿Cuál fue la razón por la cual acudiste a los servicios de salud sexual y reproductiva en un centro de salud?
 - Educación y asesoramiento sobre SSR
 - VCT para VIH
 - Atención ante pérdida de embarazo o luego de aborto
 - Servicios de planificación familiar
 - Tratamiento y asesoramiento sobre ITS
 - Atención durante embarazo y parto
 - Vacunación
 - Para conseguir preservativos
 - Para recibir atención en salud mental y apoyo psicosocial
 - No lo sé
- ¿Volverías nuevamente a un centro de salud?
 - Sí
 - No
 - No lo sé
- ¿Cuál es la razón por la que no volverías a un centro de salud?
 - Demora mucho tiempo
 - Muy difícil llegar allí
 - Cuesta demasiado
 - Demasiado vergonzoso

- No hay privacidad
 - Maltrato del personal
 - No hay personal de mí mismo sexo
 - Otros (especificar)
 - No lo sé
8. ¿Con quién hablaste o a quien viste la última vez que asististe a un centro de salud?
- Doctor
 - Enfermera
 - Ayudante de salud
 - Par educador/asesor
 - Otros (especificar)
 - No lo sé
9. ¿Cómo es la persona que prestó el servicio?: [Leer todas las respuestas, se pueden seleccionar varias opciones. Marcarlas con un círculo]
- Con conocimientos y muy calificada
 - Amigable y amable
 - Interesada en ti y en tus problemas
 - Un buen comunicador
 - Respetuoso
 - Preocupado por tu intimidad
 - Honesto y directo
 - Alguien que sabía escuchar
 - Dispuesto a ayudarte
 - No lo sé
10. ¿Te sentirías cómodo si vas a un centro de salud en tu zona para obtener servicios de salud sexual y reproductiva?
- Sí
 - No
11. ¿Por qué no te sentirías cómodo si vas a un centro de salud en tu zona para obtener servicios de salud sexual y reproductiva?
- No hay confidencialidad
 - Demasiado vergonzoso
 - Personal poco amigable
 - Cuesta demasiado
 - No lo sé
12. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?
- Sí
 - No
13. ¿A qué edad te gustaría tener relaciones sexuales por primera vez?
- Edad en años _____
 - Después del matrimonio
 - No lo sé
14. ¿A qué edad tuviste por primera vez relaciones sexuales?
- Edad en años _____
 - No he tenido
15. ¿Cuántos años tenía la persona con quien tuviste relaciones sexuales por primera vez?
- Edad en años _____
 - No lo sé
 - No he tenido
16. Según la experiencia de la primera relación sexual, ¿podrías decirme cuál de estas aseveraciones describe mejor tu experiencia?
- Tenía ganas
 - Me persuadieron
 - Me engañaron
 - Me forzaron
 - Me violaron
 - Me obligaron (recibí dinero, comida, ropa, regalos)
 - Se esperaba que lo hiciera como parte de mi trabajo
17. ¿Alguna vez recibiste algo (dinero, comida, regalos, etc.) de alguien a cambio de sexo?
- Sí
 - No
 - No lo sé

18. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con alguien que te forzaba físicamente a hacerlo, te lastimaba o te amenazaba?
- Sí
- No
- No lo sé
19. ¿Con cuántas personas tuviste sexo en toda tu vida?
- Cantidad
- No lo sé
20. En los últimos tres meses, ¿tuviste relaciones sexuales con alguien?
- Sí
- No
- No lo sé
21. ¿Con cuántas personas tuviste relaciones sexuales en los últimos tres meses?
- Cantidad _____
- No lo sé
22. Respecto de la última persona con quien tuviste sexo en los últimos tres meses. ¿cuánto duró la relación?
- [Si la respuesta es menos un mes, anotar la cantidad de días; si es más de un año, anotar los meses]
- Meses Días
- No lo sé
23. Respecto de la última persona con quien tuviste sexo en los últimos tres meses. ¿cómo describirías a esta persona?
- Novio/novia (pareja estable)
- Esposo/esposa
- Pareja casual
- Empleador
- Comprometido/a
- Trabajador sexual
- Otro:
- No lo sé
24. Respecto de la última persona con quien tuviste sexo en los últimos tres meses. ¿Cuántos años tiene/tenía esta persona?
- Edad _____
- No lo sé
25. ¿Tú o tu pareja utilizaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales?
- Sí
- No
- No lo sé
26. ¿Con qué frecuencia tú y todas tus parejas utilizaron preservativos durante los últimos tres meses?
- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca
- No lo sé
27. ¿Alguna vez hablaste con tu pareja sobre planificación familiar en los últimos tres meses?
- Sí
- No
- No lo sé

Escala de actitudes de aborto

Rosemary J. Crock

Gracias de antemano por tu participación en esta encuesta, que se lleva a cabo para comprender mejor tus actitudes sobre el aborto legal. Por favor, lee las instrucciones cuidadosamente. Esta encuesta trata sobre el aborto intencional, inducido, **NO** el aborto involuntario o la pérdida de un embarazo ectópico (que ocurre fuera del útero). "Interrumpir el embarazo" se referirá a un aborto intencional e inducido. Si te sientes incómodo al contestar esta encuesta, siéntete libre de detenerte en cualquier momento. Completa las respuestas que mejor representen tus actitudes.

1. Si estuvieras hablando por alguien más que quedó embarazada, ¿bajo qué condiciones estarías de acuerdo o en desacuerdo que sería aceptable para ella interrumpir el embarazo? Por favor marca sólo una respuesta por condición.

Condiciones	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Indeciso	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Ella no se siente preparada para tener un bebé.					
b. Ella no quiere casarse con el padre del bebé.					
c. Ella no quiere que sus padres sepan que ella está embarazada.					
d. Sus padres quieren que ella aborte.					
e. Hay una gran posibilidad de que el bebé tenga una discapacidad grave.					
f. El embarazo es el resultado de una violación.					
g. La familia tiene un ingreso muy bajo y siente que no pueden costear más hijos.					
H. Por cualquier motivo, en cualquier momento del embarazo.					
i. Ella está casada y no quiere tener más hijos.					
j. El padre del bebé quiere que la mujer se haga un aborto.					
k. El padre del bebé quiere tener al bebé.					
l. Continuar con el embarazo dañaría su salud: física, emocional, psicológica, familiar (relacionada con la familia) y relacionada con la edad.					
n. No hay condiciones bajo las cuales el aborto sea aceptable.					

2. Hablando por ti mismo, si tú o tu pareja quedaron embarazados, ¿bajo qué condiciones estarías de acuerdo o en desacuerdo en las que sería aceptable interrumpir el embarazo? Por favor marque sólo una respuesta por condición.

Condiciones	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Indeciso	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Ella no se siente preparada para tener un bebé.					
b. Ella no quiere casarse con el padre del bebé.					
c. Ella no quiere que sus padres sepan que ella está embarazada.					
d. Sus padres quieren que ella aborte.					
e. Hay una gran posibilidad de que el bebé tenga una discapacidad grave.					
f. El embarazo es el resultado de una violación.					
g. La familia tiene un ingreso muy bajo y siente que no pueden costear más hijos.					
H. Por cualquier motivo, en cualquier momento del embarazo.					
i. Ella está casada y no quiere tener más hijos.					
j. El padre del bebé quiere que la mujer se haga un aborto.					

k. El padre del bebé quiere tener al bebé.					
l. Continuar con el embarazo dañaría su salud: física, emocional, psicológica, familiar (relacionada con la familia) y relacionada con la edad.					
n. No hay condiciones bajo las cuales el aborto sea aceptable.					

3. Los siguientes ítems no cubren todos los escenarios posibles (e.g. violación o incesto) que podrían conducir a abortos, pero que representan condiciones de particular interés para los investigadores. Después de cada uno de los siguientes escenarios ficticios (*), hay dos preguntas. La primera (1), por favor selecciona una respuesta que refleje mejor cuánto estás de acuerdo o en desacuerdo con la idea que la mujer embarazada termine el embarazo. En la segunda, marca una respuesta para mostrar qué tan probable piensas que ella pueda interrumpir su embarazo.

(*) Cualquier parecido con situaciones reales es pura coincidencia.

A. Me encanta ser una mamá que se queda en casa con mi esposo y mis hijos en nuestro cómodo hogar. Me acabo de enterar que estoy embarazada, y tanto mi esposo como yo estamos emocionados. Todos nuestros amigos cercanos saben que amamos a los niños y que esperábamos tener más. Tanto los padres de mi esposo como los míos están deseando tener un nuevo bebé en nuestra familia extendida.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

B. Mi esposo y yo tenemos buenas carreras y un hermoso nuevo hogar. Siempre quise ser mamá y la semana pasada descubrí que estaba embarazada. Después de que se lo conté a mi esposo, llamé a mis padres y se emocionaron al escuchar mis noticias. Mi empresa ofrece un generoso permiso de maternidad y una excelente guardería en el primer piso de la sede de la empresa donde trabajo. Esta semana mi esposo supo que su compañía está reduciendo su fuerza laboral en un 20%. Acababa de empezar a trabajar allí, y está en una de los puestos que se eliminarán. Los trabajos son difíciles de conseguir en su campo. Él dice que no podemos costear al bebé en este momento, y quiere que aborte.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

C. Conocí a mi novio 10 años después de que ambos hubiéramos obtenido nuestros títulos en una universidad cercana. Después de salir por varios años, decidimos casarnos y hemos estado casados por 3 años. Acabamos de descubrir que estamos esperando a nuestro primer hijo, y ambos estamos

eufóricos, al igual que la mayoría de nuestros amigos y familiares. Mis padres, que se casaron y tuvieron a sus hijos a temprana edad, piensan que tengo muy grande para tener un bebé a los 30 años, por lo que creen que debería abortar.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

D. Mi esposo y yo tenemos cuatro hijos que van desde un estudiante de primer año de secundaria hasta un estudiante universitario. Empezábamos a esperar que todos nuestros hijos crecieran cuando descubrí que estaba embarazada otra vez. Amo a los niños y le daría la bienvenida a este bebé, pero mi esposo no se siente capaz de volver a ser padre de nuevo, y además mis padres piensan que sería demasiado para mí también, por lo que tanto mi esposo como mis padres quieren que aborte.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

E. Mi prometido y yo somos estudiantes universitarios, que ya tenemos nuestros anillos y una fecha para nuestra próxima boda. Hemos estado saliendo durante los últimos 3 años, y yo lo quiero mucho y también lo hacen mis padres. Vivo con mis padres, quienes tienen excelentes ingresos y son líderes en nuestra iglesia y club de campo. Me acabo de enterar que estoy embarazada. Mi novio quiere que tengamos el bebé y mis padres también, pero sé que mis padres se sentirán realmente avergonzados cuando sus amigos sepan que estoy embarazada antes de casarme.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

F. Tengo un excelente trabajo, con grandes beneficios y, afortunadamente, un excelente centro de cuidado infantil. Trabajo en la misma comunidad donde crecí y donde mis padres aún viven y son líderes de la comunidad. Conocí a un chico en una fiesta hace unos meses; tomamos unas copas y acabo de descubrir que estoy embarazada. Cuando le conté sobre el embarazo, me dijo que pagaría por el aborto.

Mis padres son muy pro vida, por lo que quieren que yo tenga el bebé, aunque estén decepcionados y avergonzados.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

G. Acabo de regresar de un año de estudios en Inglaterra con una beca completa. Empecé mi nuevo puesto de profesora en la universidad local en la misma ciudad donde mis padres optaron por la jubilación anticipada. Conocí a un chico especial durante mi año en el extranjero y acabo de enterarme de que estoy embarazada. Mi novio me siguió a mi país y también encontró un trabajo en la universidad. Él quiere al bebé. Mis padres están mortificados de que su única hija esté embarazada fuera del matrimonio. Dicen que sería mejor si tuviera un aborto.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

H. Soy una mujer soltera con educación universitaria que canta en el coro de la iglesia y forma parte de las juntas directivas de varias organizaciones comunitarias. Lo he hecho bien en el mercado de valores, tengo una hermosa casa y disfruto viajar. Hace dos meses, asistí a una conferencia fuera de la ciudad, tomé unas copas con uno de los hombres que también asistía a la conferencia y acabo de descubrir que estoy embarazada. Estoy tan avergonzada. ¿Qué voy a decirle a la gente? Soy un líder de la comunidad. Llamé al hombre, y todo lo que tenía que decir era que pagaría por un aborto. Cuando les conté a mis padres, ellos dijeron que la resolución más simple a la situación era que me hiciera un aborto.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

I. Tengo 19 años y apenas comienzo mi carrera como estilista. Amo a mi novio y acabo de descubrir que estoy embarazada. Tenía muchas ganas de estar bien establecida como estilista antes de tener un bebé. No me avergüenzo de estar embarazada en esta nueva comunidad a la que me mudé para ir a la escuela. Mi novio quiere el bebé y mis padres creen que debería tenerlo, pero no veo cómo puedo tenerlo y desarrollar mi carrera.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

9

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

J. Tengo 17 años. Mi novio y yo acabamos de descubrir que estoy embarazada. Practico baloncesto y atletismo, además, mi novio es el capitán del equipo de baloncesto de hombres. Dos universidades diferentes le han ofrecido becas completas de 4 años para jugar básquetbol universitario. Mis padres son muy pro vida y me apoyan para tener este bebé. Mi novio no necesita un bebé en este momento de su vida. Dijo que pagaría por el aborto.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

K. Vivo en una gran ciudad, tengo 17 años y asisto a un programa de escuela preparatoria para estudiantes dotados. Sabía todo sobre la concepción, pero mi novio y yo acabamos de descubrir que estoy embarazada. Me acaban de ofrecer una beca de 4 años en la escuela a la que siempre soñé asistir. Siempre he esperado ser madre y mi madre siempre me consideró su ayudante con mis hermanos menores. Mi novio quiere el bebé, pero mis padres dicen que saben lo que es mejor para mí y me han programado una cita en una clínica de aborto cercana.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

L. Tengo 19 años y me alisté en el ejército hace unos meses. Ahora estoy embarazada. Conozco a muchas otras chicas de mi edad que están embarazadas, por lo que no me molesta la idea. Es solo que este es un mal momento. Un soldado no puede ir al campamento militar si está embarazada. Mi novio dice que me dejará si no me hago un aborto, y mis padres dicen que el aborto es realmente mi única opción.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

M. Tengo 17 años y estoy embarazada. Gano el salario mínimo en una de las grandes tiendas departamentales locales, pero esperaba poder darle a mi hijo todas las cosas maravillosas de la vida. No puedo creer que esto me haya pasado. Cuando mis padres se enteraron de que estaba embarazada, estaban mortificados. Mi novio de la universidad quiere el bebé y aunque mis padres estaban furiosos al principio, se han calmado y ahora quieren también que tenga el bebé.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

N. Soy una joven de 17 años que está mentalmente madura y que está embarazada. Cuando mis padres se enteraron, estaban realmente enojados al principio. Mi novio ya se había ido. Cuando lo llamé para contarle sobre mi embarazo, me dijo que ya se había seguido adelante, por lo que se ofreció a pagar la mitad del aborto. Mis padres conocen a alguien que trabaja en una agencia de adopción maravillosa, por lo que me están animando a hacer un plan de adopción mientras llevo al bebé a término.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

O. Tengo 17 años y estoy embarazada, sin aptitudes comerciales. Mi madre dijo que mataría a mi padre de 65 años saber que estoy embarazada. Estoy tan avergonzada. Mi novio quiere el bebé, pero mi madre dijo que sabe lo que es mejor para mí y que me ha pedido una cita en la clínica de abortos.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

P. Soy una estudiante de primer año de universidad de 18 años con un novio universitario. Me acabo de enterar que estoy embarazada. Mis padres están muy decepcionados de mí. Mi novio siente que tiene toda la vida por delante y me está presionando para que aborte. Mis padres insisten en que yo tenga un aborto.

A1 ¿En qué medida estás de acuerdo que la mujer embarazada interrumpa el embarazo?

- Totalmente de acuerdo Parcialmente acuerdo Parcialmente en desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo Indeciso; no estoy seguro Indeciso; esto sería la decisión personal de la mujer

A2 ¿Qué tan probable crees que una persona en esta situación siga adelante e interrumpa el embarazo?

- Muy probable Probable Improbable Muy improbable
 Indeciso

4. ¿Cuándo crees que comienza la vida humana? (Por favor, elija uno.)

- a. Cuando el espermatozoides y el óvulo se unen (concepción).
b. Cuando la mujer se entera de que está embarazada.
c. Cuando la mujer embarazada siente que el bebé se mueve.
d. Cuando el bebé puede vivir fuera del cuerpo de la mujer.
e. Cuando nace el bebé.

f. Indeciso

Demográficos

5. Por favor indique su nivel actual en la escuela.

- a. 1 - b. 2 - c. 3 - d. 4 - e. 5

6. Contando este año escolar, y comenzando con el preescolar, ¿cuántos años ha asistido a la escuela?

_____ años

7. Por favor identifica tu sexo

- a. Mujer b. Hombre

8. Indica tu edad a partir de tu último cumpleaños.

a. _____

9. ¿Cuál es tu religión?

a. _____

10. ¿Cuántos años ha sido miembro de la religión? (Por favor, cuente desde su nacimiento, por ej. Si naciste en una familia católica y tienes 13 años, escribe "13", pero si te convertiste a tu fe actual, cuenta la cantidad de años desde que te convertiste.)

a. _____

11. Mi relación con Dios es una parte vital de mi vida. Por favor, elije uno.

- a. Totalmente de acuerdo
b. Parcialmente de acuerdo
c. Indeciso
d. Parcialmente en desacuerdo
e. Muy en desacuerdo

12. Menciona dos pasatiempos que disfrutes.

a. _____

13. ¿Qué género de música escuchas?

a. _____

¡Gracias por su participación!