

Creencias en torno al aborto inducido en un hospital público | Beliefs regarding the induced abortion in a public hospital

Cruz García Lirios¹

¹Psicólogo Social adscrito a la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Huehuetoca, Academia de Trabajo Social. garcialirios@gmail.com

Recibido: 22 marzo 2013 Aceptado: 15 de mayo 2013

RESUMEN

Objetivo: Establecer las propiedades psicométricas de un instrumento que pondera las creencias en torno al aborto inducido.

Método: Se llevó a cabo un estudio correlacional y transversal con una muestra no probabilística de 120 derechohabientes de un hospital público ubicado en una entidad del centro de país.

Materiales: Se construyó una Escala de Creencias en torno al Aborto Inducido la cual incluyó 17 reactivos con dos opciones de respuesta: falso o verdadero.

Resultados. Para establecer la confiabilidad se estimó una curtosis multivariable de -2,578 una alfa de 0,73 y esfericidad de 0,832 con adecuación significativa. Se estableció un modelo estructural reflectivo ($X^2 = 16,25$; 11gl; $p = 0,055$; GFI = 0,975; RMR = 0,008) que se ajustó al modelo de medición (GFI = 0,90; RMR = 0,01).

Discusión: Se recomienda la inclusión de otras variables tales como religión, usos y costumbres locales para explicar posibles modelos regionales de prácticas abortivas inducidas legalmente.

Palabras claves: Sexo, Complicaciones del Embarazo, Solicitante de Aborto, Creencias Religiosas, Planificación Familiar. (fuente: DeCS/BIREME)

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to establish the psychometric properties of an instrument that weighs beliefs around abortion.

Method: They conducted a correlational study and cross-probabilistic sample of 120 beneficiaries of a public hospital located in a country center entity.

Materials: Scale was constructed around Beliefs Induced Abortion (ECAI) which included 17 reagents with two response options: true or false.

Results: To establish the reliability was estimated multivariate kurtosis -2,578 an alpha of 0,73 and 0,832 sphericity with significant adaptation. Established a reflective structural model ($X^2 = 16,25$; 11gl, $p = 0,055$, GFI = 0,975, RMR = 0,008) that was adjusted to the measurement model (GFI = 0,90, RMR = 0,01).

Discussion: We recommend the inclusion of other variables such as religion, local customs to explain possible regional models legally induced abortion practices.

Keywords: Sex, Pregnancy Complications, Abortion Applicants, Family Planning. (source: MeSH/NLM)

El aborto inducido tiene una mayor prevalencia en el rango de 35 a 49 años de edad y se concentra en el estado de Campeche (17,5% del total de nacimientos). En el caso del estado de Morelos, los datos correspondientes al rango de 35 a 49 años ubican a la entidad en el decimo lugar después de Campeche, Baja California Sur, Baja California Norte, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nayarit, Quintana Roo y Veracruz. Las mujeres entre 15 a 24 años del estado de Morelos ubican a la entidad en los últimos sitios con menos del 1%. También las cifras correspondientes al rango de 25 a 34 años ubican al mismo estado en los últimos sitios con alrededor del 3% (1).

En síntesis, las cifras relativas a la interrupción del embarazo asistido parecen evidenciar que es una problemática muy cercana a las familias que han procreado hijos y que por motivos económicos, deciden realizarse el aborto en hospitales públicos. En este sentido, los estudios socio-psicológicos en torno a la problemática han demostrado que el ingreso económico mensual es un factor determinante de la práctica abortiva. A medida que el salario disminuye, la asistencia a hospitales públicos para la interrupción del embarazo parece incrementarse.

Sin embargo, una relación asociativa entre la norma grupal y la práctica abortiva está determinada por la dinámica familiar es un factor determinante de la interrupción del embarazo en adolescentes más que en mujeres casadas (2). Es decir, los valores morales de la familia parecen incidir en la práctica abortiva. En contraste, los matrimonios constituidos parecen ajustar sus decisiones a su situación socioeconómica. Tal diferencia entre madres solteras adolescentes y amas de casa en matrimonio fue también encontrada en un contexto de escasez de recursos económicos (3). Si el estado civil influyó en las decisiones de aborto en las adolescentes más que las mujeres que vivían con su pareja, entonces las diferencias de edad también son un factor de maduración importante (4). En este sentido, las creencias asociadas a las edades influyeron en las decisiones de aborto (5). Por su parte, la interrelación entre edad e ingreso económico mensual determinaron la práctica abortiva (6). Una réplica del estudio con la variable de escolaridad encontró una relación positiva. A medida que el nivel de estudios de las parejas se incrementaba, su ingreso aumentaba y la interacción entre ambos factores incidía en la interrupción del embarazo (7).

Sin embargo, las decisiones abortivas están determinadas por la diferencia entre los sexos (8). En el caso de las mujeres, éstas se mostraron más proclives a interrumpir su embarazo ante la negativa

de sus parejas hombres (9). La diferencia de actividad laboral e ingresos económicos entre hombres y mujeres fueron variables determinantes indirectas de la solicitud de aborto en hospitales públicos (10).

En resumen, los estudios socio-psicológicos relativos a la asistencia de aborto en hospitales públicos parecen explicar las decisiones de interrupción del embarazo a partir de la interrelación entre variables socioeconómicas, sociodemográficas, socioeducativas y socio-psicológicas.

En el caso de las creencias en torno al aborto, parecen incluir dimensiones de orden económico, profesional y familiar. El presente trabajo, retomó éstos hallazgos para ajustar un instrumento que mida las creencias hacia las prácticas abortivas. La normalidad, confiabilidad y validez de dicho instrumento fue el objetivo general y el establecimiento de dimensiones de las creencias en torno al aborto fue un objetivo específico de la investigación que responde a la pregunta:

Las teorías de la Acción Razonada y el Comportamiento Planificado (TRA y TPB respectivamente por sus siglas en inglés) han sido empleadas por los estudios psicológicos de la salud sexual y reproductiva para establecer las relaciones entre los factores socioculturales y psicosociales.

La TRA plantea variables relativas al manejo de información a las que identifica como sistemas de creencias, evaluaciones y motivos para llevar a cabo un comportamiento deliberado (11). A través de actitudes y normas, la información es reducida a intenciones de acción que explicarían el sexo consensuado, la anticoncepción y el aborto.

Sin embargo, el procesamiento deliberado de información explica un mínimo de la variabilidad de la conducta sexual y reproductiva ya que ésta supondría acciones improvisadas, imprevistas y asistemáticas por su grado de afectividad.

En el afán de explicar sólo aquellos actos inherentes al sexo consensuado, la anticoncepción de emergencia o la solicitud de aborto inducido, la TPB es propuesta a partir de los límites de la TRA (12). A las variables expuestas les fueron agregadas la percepción de control. La TPB desestimó las evaluaciones de la información para introducir expectativas de control de la situación.

En el caso de la sexualidad reproductiva, la adopción sistemática de dispositivos anticonceptivos, el uso de preservativos, la procreación planificada o la interrupción asistida del embarazo, la TPB sostendría que las creencias, en tanto manejo de información relativa a probabilidades de éxito y fracaso, son determinantes indirectos de actitudes, normas y

percepciones (13). Cada una de ellas tiene como antecedente una creencia específica que las delimita para establecer una conexión con las intenciones de llevar a cabo tales acciones. La TPB, en esta fase de procesamiento de información, plantea que las decisiones o intenciones han delimitado evaluaciones, principios y expectativas para determinar acciones puntuales en situaciones específicas (14). Es decir, la predicción de indicadores de comportamiento sexual y reproductivo está determinada por las probabilidades de éxito o fracaso de llevarse a cabo.

Ambas teorías TRAyTPB sólo explican procesamientos de información que determinan acciones específicas, deliberadas, planificadas y sistemáticas. Por ello, comportamientos de riesgo tales como coito interruptus o ideación suicida requieren ser abordados por variables derivadas de emociones irracionales, heurísticas y espontáneas.

Si el aborto inducido es el resultado de la interrelación entre variables de orden socioeconómico, sociodemográfico, socioeducativo y socio-psicológico, entonces ¿Cuáles son las dimensiones de las creencias en torno a la interrupción del embarazo?

La respuesta a ésta interrogante implicó la hipótesis siguiente:

Hipótesis 1: Las creencias en tanto sistemas de información, son consideradas como falsas o verdaderas, se ajustan a situaciones de orden económico, educativo, sexual, cronológico e interpersonal y al estar asociadas con embarazos no deseados, explican dimensiones atribuibles a comportamientos sistemáticos.

Ho: En el marco del procesamiento deliberado, planificado y sistemático de información las creencias en torno al aborto inducido parecen estar constreñidas a factores afectivos, improvisados y heurísticos los cuales propiciarían diferencias entre el factor de creencias y los indicadores que la configuran.

Ha: En tantos sistemas de procesamiento de información, las creencias abortivas están compuestas por indicadores de orden racional y afectivo. Tal estructura, homogeniza las relaciones entre indicadores y creencias ya que al calcular una dimensión se infiere la ponderación de la otra a partir de los errores de medición.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio transversal y correlacional con una muestra de 120 derechohabientes del Hospital general de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, México.

La muestra está compuesta por 84 mujeres y 36

hombres. Respecto a su escolaridad el 40 % informó haber terminado la preparatoria, el 30 % la secundaria, 13 % tiene un título profesional, 10 % ha concluido la primaria, 6 % no tiene estudios y 1 % no contestó. El 23 % de las personas encuestadas declararon que su pareja no tiene estudios, con el doble del porcentaje están aquellas personas cuya pareja sólo ha terminado la primaria, el 20 % tiene la preparatoria terminada, sólo el 7 % alcanzó el nivel profesional y el 4 % no contestó la pregunta. En relación a su estado civil, el 56 % vive en matrimonio, el 36 % en unión libre, el 6 % en soltería y 2 % no contestó, mientras que en cuanto a su ingreso el 46 % gana entre 3000 y 6000 pesos mensuales, el 23 % menos de 3000 pesos al mes, el 16 % más de 9000, el 13 % obtiene ingresos entre 6000 y 9000 pesos al mes y 2 % no contestó.

El cuestionario de datos sociodemográficos incluyó dos opciones para sexo: hombre () mujer () y preguntas abiertas: ¿cuántos años cumplidos tienes hasta el día de hoy?, ¿terminaste tus estudios más recientes obteniendo el certificado correspondiente? En caso de responder negativamente escribe el grado en el que te quedaste y la razón principal por la cual interrumpiste tus estudios. En caso de responder afirmativamente, escribe el nivel de estudios en el que te certificaste y la causa principal que te motivó a terminar tus estudios. Finalmente, escribe tus ingresos aproximados durante un mes; puedes incluir el dinero que ganas en caso de trabajar o recibir el apoyo económico del gobierno o alguna otra institución. A partir de la definición de creencias se construyó la *Escala de Creencias hacia el Aborto Inducido* la cual incluye ocho ítems con dos opciones de respuesta; “falso” y “verdadero”. La confiabilidad superó un alfa de 0,60 que es el mínimo requerido para establecer la consistencia interna. Respecto a la validez, los ítems de cada escala fueron seleccionados considerando su grado de adecuación, esfericidad y correlación con el factor latente.

Se distribuyeron los cuestionarios en la sala de espera del área de trabajo social y pediatría del hospital. Durante 20 minutos los participantes contestaron el instrumento y una vez entregado se revisaron las respuestas o la ausencia de ellas. En los casos en los que las respuestas eran sistemáticamente las mismas o en todo caso su ausencia, se les pidió que escribieran las razones por las que respondieron al cuestionario o su ausencia de respuesta en el reverso del cuestionario. Se capturaron las respuestas en los paquetes estadísticos Statistic Program Social Science (SPSS) y Analysis Moment Structural (AMOS) en sus versiones para estudiantes.

Se multiplicaron los valores negativos de los reactivos

por una constante para establecer su valor absoluto y poder estimar su distribución normal. En los casos en que los valores de confiabilidad no alcanzaron el valor mínimo de 0,60 se procedió a eliminar el reactivo que propiciaba una baja consistencia interna. Respecto a la selección de los reactivos para la interpretación de constructo, el criterio de inclusión fue un valor superior a 0,5 en el parámetro de adecuación Kayser-Meyer-Olkin y nivel de significancia menor a 0,05 en el estadístico de esfericidad Bartlett. La multicolinealidad fue considerada a partir de covarianzas superiores a 0,900 y la relación fue considerada espuria si las correlaciones se aproximaron a cero. El contraste de las hipótesis se efectuó al observar un valor cercano a la unidad para los índices de ajuste y próximo a cero para los índices residuales.

La distribución normal fue estimada a partir del parámetro de curtosis multivariable en la que valores inferiores a cinco fueron considerados como evidencia de normalidad. La significancia del parámetro se calculó con el estadístico bootstrap cuyo valor fue cercano a cero (véase tabla 1).

La estimación de la consistencia interna se llevó cabo

a partir de las correlaciones entre ítem y subescala. El parámetro alfa de Crombach con valores superiores a 0,60 fue considerado como evidencia de consistencia interna. La tabla 1 muestra valores superiores al requerido para creencias.

Se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax y pruebas tanto de esfericidad como de adecuación con los parámetros de Bartlett y Kayser-Meyer-Olkin. Los pesos factoriales superiores a 0,300 fueron considerados como evidencia de correlación entre reactivos y factores. La tabla 1, muestra el factor relativo a creencias abortivas.

En la tabla 1, es posible observar valores negativos, pero dentro del umbral de normalidad que va de -3 a 3. En el caso de la curtosis multivariable alcanzó un valor de -2,578 y la prueba Bollen-Stine Bootstrap tuvo una significancia menor a 0,005 y fue considerada como evidencia de distribución normal.

La confiabilidad del instrumento alcanzó un valor alfa de Crombach de 0,72 y fue considerado como moderadamente consistente en cuanto a los reactivos que conforman la escala de creencias abortivas.

Tabla 1. Distribución normal de los indicadores de creencias

Variable	Media	Desviación	Curtosis	Factor
El aborto es una cuestión de feminidad	1.32	.56	-1,40	-.345
La interrupción del embarazo pertenece al terreno de la inmoralidad	1.21	.72	-1,07	.457
Las familias que abortan están en precariedad laboral	1.42	.46	-1,15	.762
Los matrimonios que son precavidos a menudo abortan	1.32	.31	-1,40	-.568
Las parejas planifican su vida a través del aborto	1.11	.89	-1,44	.721
Si es necesario, para una vida plena, la interrupción de un embarazo está justificado	1.01	.43	-.88	-.724
La interrupción del embarazo es para personas irresponsables con la vida	1.21	.82	-1,30	-.312
Una profesionista está en su derecho de abortar para proteger su futuro laboral	1.12	.34	-1,21	-.421

Curtosis multivariable = -2,578; Bootstrap = 0,000; KMO = 0,832; Bartlett (p = 0,000); Alfa = 0,72; Varianza explicada = 34%; Factor = Creencias abortivas

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del estudio

Respecto a la validez, se procedió a estimar los pesos factoriales entre los reactivos y el factor de creencias. Se calcularon los parámetro de Bartlett ($X^2 = 15,234$; 13 gl; $p = 0,001$; KMO = 0,832). Debido a la significancia del primer parámetro y el valor del segundo, es posible afirmar que el instrumento tiene la adecuación y la esfericidad requeridas para realizar las estimaciones de los pesos factoriales en un modelo reflectivo.

RESULTADOS

Una vez establecidas la normalidad y la confiabilidad,

para el establecimiento de la validez de constructo, se calcularon las covarianzas entre los indicadores. La tabla 2 muestra valores al cero. Tales resultados fueron considerados como evidencia de no multicolinealidad y relación espuria entre los indicadores que conforman el constructo de creencias en torno al aborto.

Cabe señalar que las relaciones espurias consisten en relaciones directas y significativas entre dos variables bajo la influencia de una tercera. En este sentido, es posible afirmar que el factor de creencias está influido por otras variables económicas, educativas, sexuales,

cronológicas y cognitivas. En el caso de las actitudes, percepciones, intenciones y comportamientos, las

creencias están relacionadas estrechamente.

Tabla 2. Covarianzas entre los indicadores de las creencias

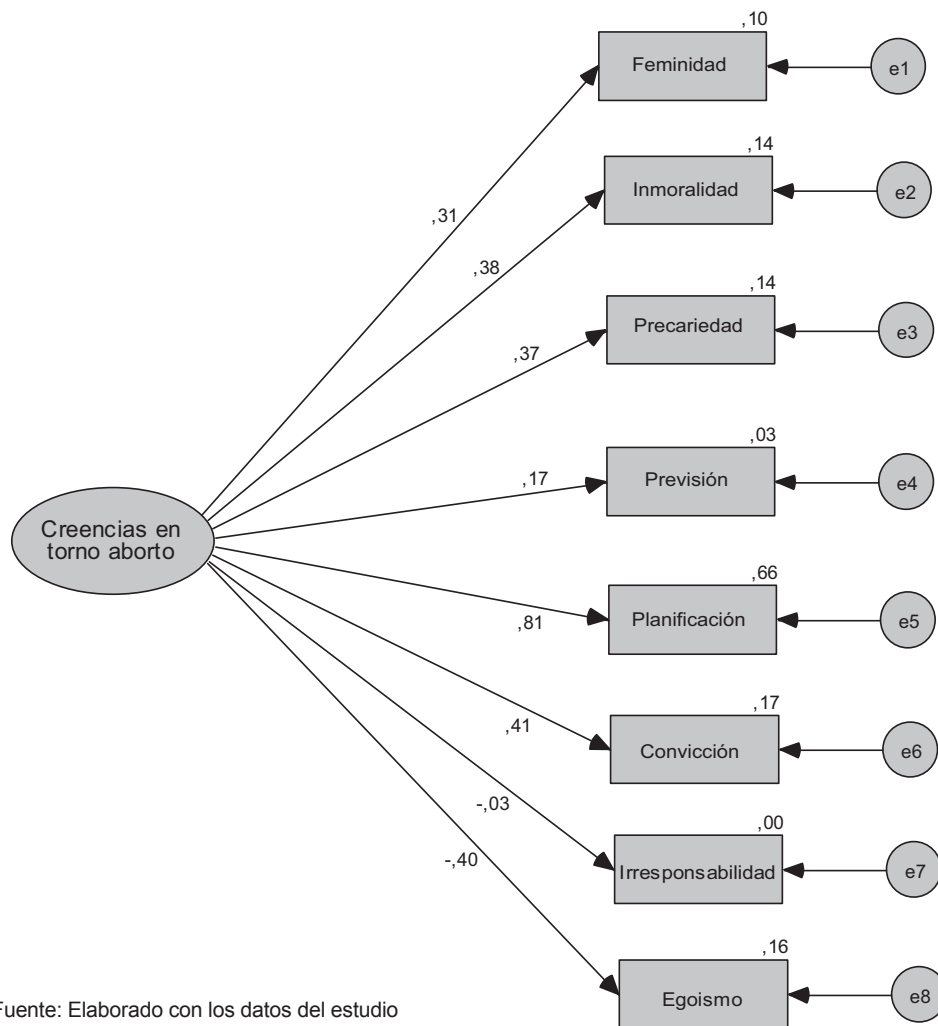
	Feminidad	Inmoralidad	Precariedad	Previsión	Planificación	Convicción	Irresponsabilidad	Egoísmo
Feminidad	0,379							
Inmoralidad	0,256	0,084						
Precariedad	-0,377	0,014	0,234					
Previsión	0,437	0,484	0,185	0,292				
Planificación	0,214	-0,052	-0,178	-0,246	0,341			
Convicción	-0,099	0,139	0,346	0,184	0,282	0,874		
Irresponsabilidad	-0,239	0,008	-0,088	-0,250	0,347	0,080	0,336	
Egoísmo	0,228	0,291	0,178	0,340	0,165	0,206	0,454	0,122

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

En el caso de la interrupción del embarazo, la toma de decisión parece estar constreñida más a un razonamiento sistemático que a respuestas improvisadas frente a la situación de embarazo no deseado y la oportunidad de asistencia legal en hospitales públicas. Ambas situaciones, incentivarían

procesos racionales más que afectivos al momento de solicitar el servicio de interrupción pública del embarazo. En tal sentido, también los valores son cercanos al cero y fueron interpretados como evidencia de relaciones espurias.

Figura 1. Modelo reflectivo de las creencias en torno al aborto inducido



Fuente: Elaborado con los datos del estudio

En el caso del modelo reflectivo (véase figura 1), la planificación del aborto está muy cercano a la unidad en referencia al factor de creencias abortivas. Es decir, la hipótesis en torno a la cual, el aborto parece ser explicado por procesos deliberados, planificados y sistemáticos parece ser corroborada.

Sin embargo, los valores de error de medición incluyen valores cercanos al cero que fueron considerados como evidencia de la ausencia de otros factores e indicadores entre las creencias abortivas y sus indicadores. En el caso del indicador que alude a la planificación, el error es cercano a la unidad y denota que otras variables parecen influirle.

El parámetro para el contraste de hipótesis ($X^2 = 16,25; 11 \text{ gl}; p = 0,055$) y los parámetros de ajuste, el Índice de Bondad de Ajuste (0,90) y el Índice Residual Cuadrado Medio (0,01) parecen corroborar el supuesto en torno al cual los datos observados se ajustan a los valores esperados.

En síntesis, los hallazgos corroboran la hipótesis en torno a la cual los indicadores de las creencias se circunscriben a situaciones que implican el procesamiento de información de un modo racional, deliberado, planificado y sistemático más que improvisado, afectivo o heurístico.

CONCLUSIÓN

El presente estudio ha demostrado que los indicadores de las creencias abortivas parecen derivar de razonamientos, planificaciones y sistematizaciones de comportamientos frente a situaciones que vulneran la estabilidad de las familias en la muestra de estudio. En tal sentido, el presente trabajo ha establecido que los indicadores de las creencias abortivas están circunscritos a procesos más racionales que afectivos ya que los valores de correlación son cercanos al cero y los errores de medición cercanos a la unidad (15). Las creencias están circunscritas a situaciones racionales y son contrapuestas a los conocimientos de los profesionales de la salud y educación (16).

Las creencias abortivas tendrían indicadores de orden anticonceptivo y religioso en contextos urbanos y rurales en los que las familias parecen procesar la información a partir de representaciones sociales en torno a las cuales, las creencias serían un núcleo o sustancia que define la inconveniencia de llevar a cabo el aborto en una edad temprana y la justificación de solicitar el servicio en una edad adulta (17). Por ello, es menester establecer las relaciones existentes entre la práctica abortiva y las normas familiares, grupales o institucionales. En este sentido, los valores cívico-religiosos y las costumbres explicarían el sistema de

creencias abortivas que parecen estar implícito en las interrelaciones de la muestra encuestada con los grupos de referencia o pertenencia.

REFERENCIAS

- González D. El aborto en México. México. IPAS ISBN 1-88-2220-37-4.
- Calderón J, Alzamora L. Factores de pareja y grupales relacionados al aborto provocado en mujeres adolescentes. *Scientia*. 2009; 1: 110-116.
- Távora L, Sacsa D. Conocimientos actitudes y prácticas de médicos ginecobstetras en relación al aborto. Lima: Promsex 2008.
- Cabezas E, Langer A, Álvarez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública de México*. 1998; 40: 265-272.
- Fernández M, Carrillo F, Leal M, Carrillo I, Carrillo E, Lozano M, Fernández S, Pastor L. Una aproximación al aborto e inmigración en España. El valor socioeconómico de la vida humana. *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21: 313-327.
- González H. Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Frontera Norte*. 2000; 12: 65-85.
- Serrano M. Conocimiento, actitud y percepción de los médicos residentes de ginecología y obstetricia del ISSSTE acerca de la anticoncepción de emergencia. *Revista de Especialidades médico Quirúrgica*. 2011; 16: 215-220.
- Lara H. Primicias socioculturales, planificación familiar y aborto. *Revista Sonorense de Psicología*. 1987; 1: 26-36.
- Ramírez C. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en profesores de educación secundaria. *Revista Sonorense de Psicología*. 2000; 13: 47-54.
- García S, Lara D, Goldman L. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica Mexicana*. 2003; 139: 91-104.
- Ajzen I, Fishbein M. Factors influencing intentions and the intention behavior relation. *Human Relations*, 1974; 27: 1-15.
- Ajzen I. Job satisfaction, effort and performance: a reasoned action perspective. *Contemporary Economics*, 2011; 5:32-46.
- Ajzen I. Nature and operation of attitudes. *Annual Review Psychology*, 2001; 52: 27-58.
- Ajzen I, Joyce N, Sheikh S, Cote N. Knowledge and the prediction of behavior: the role of information accuracy in the Theory of Planned Behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 2011; 33:101-117.
- Salazar H. Conductas, conocimientos y actitudes de estudiantes adolescentes de zonas urbanas de las ciudades frente a los métodos anticonceptivos. *Revista de Psicología Herediana*. 2007; 2:34-44.
- Tapia A, Villaseñor M, Nuño B. Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2008; 46: 33-41.
- Chávez, M. y Zapata, J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2009; 14: 137-151.