

## ACTITUDES HACIA EL ABORTO Y RELIGIÓN COMO PREDICTORAS DEL ESTIGMA HACIA LA MUJER QUE HA ABORTADO

ATTITUDES TOWARDS ABORTION AND RELIGION AS PREDICTORS  
OF STIGMA TOWARDS WOMEN WHO HAVE ABORTED

**Ma. Luisa Marván, Fabiola Orihuela Cortés.**

Universidad Veracruzana, México.

*Correspondencia:* mlmarvan@gmail.com

### Resumen

La estigmatización del aborto afecta negativamente la salud física y mental de las mujeres que han abortado. El objetivo de este trabajo fue analizar la influencia de las actitudes hacia el aborto y del hecho de profesar la religión católica sobre el estigma hacia la mujer que ha abortado voluntariamente. También se contemplaron otras variables como el hecho de vivir en pareja, de tener hijos y de querer tener hijos en un futuro. Participaron 226 residentes de CDMX de 18 a 45 años, quienes respondieron: a) la Escala de Estigma sobre el Aborto a Nivel Comunitario, y b) el Cuestionario de Actitudes hacia el Aborto. Se encontraron que los predictoras del estigma fueron tener menos actitudes proelección, más actitudes antiaborto, y el hecho de profesar la religión católica. Los resultados de este estudio podrían ayudar al diseño de estrategias para reducir el estigma hacia la mujer que ha abortado.

**Palabras clave:** aborto, actitud, religión católica

## Abstract

The stigmatization of abortion negatively affects the physical and mental health of women who have aborted. The objective of this work was to analyze the influence of attitudes towards abortion and the fact of professing the Catholic religion on the stigma towards women who have voluntarily aborted. Other variables were also considered, such as living with a partner, having children, and wanting to have children in the future. A total of 226 inhabitants of CDMX between the ages of 18 and 45 participated, who answered: a) the Abortion Stigma Scale at the Community Level, and b) the Attitudes towards Abortion Questionnaire. It was found that the predictors of stigma were having less pro-choice attitudes, more anti-abortion attitudes, and the fact of professing the Catholic religion. The results of this study could help in the design of strategies to reduce the stigma towards women who have aborted.

**Key words:** abortion, attitude, catholic religion.

## Introducción

El aborto voluntario o inducido es la terminación de un embarazo antes de la semana 22 de gestación, o bien, cuando el embrión o feto pesa menos de 500 gramos (Secretaría de Salud, 2022a). Se trata de uno de los procedimientos ginecológicos que se realizan con más frecuencia; se estima que, a nivel mundial, alrededor del 61% de las mujeres que tienen un embarazo no planeado deciden realizarse un aborto (Bearak et al., 2020). A pesar de su alta frecuencia, el aborto suele estar estigmatizado debido al entendimiento colectivo de que es una práctica moralmente equivocada y/o socialmente inaceptable (Cedeño et al., 2019, Cockrill y Herold, 2013). El objetivo general de esta investigación es estudiar, en la Ciudad de México (CDMX), la influencia de las actitudes hacia el aborto sobre el estigma hacia la mujer que ha tenido un aborto inducido.

A pesar de que muchos individuos apoyan el aborto inducido dependiendo de las razones por las que éste se lleve a cabo, otros lo aceptan bajo cualquier situación y otros lo rechazan categóricamente sin importar las circunstancias. De esta manera, las actitudes hacia el aborto se han polarizado en dos posturas contrarias: a) las actitudes proelección o *pro-choice*, las cuales se caracterizan por considerar que las mujeres tienen el derecho para decidir si abortar o llevar a término el embarazo; b) las actitudes antiaborto, también conocidas como provida o *pro-life*, las cuales rechazan el aborto argumentando que la vida humana comienza desde el momento de la concepción (Reynoso, 2021).

En un estudio reciente en el que se estudiaron los factores que influyen en las actitudes hacia el aborto, se encontró que las personas muy religiosas y auto-ubicadas ideológicamente en la derecha suelen tener actitudes negativas hacia la interrupción legal del embarazo (Reynoso, 2021). Cabe mencionar que la religión católica, que es la que predomina en México, tiene una postura oficial de rechazo hacia el aborto inducido, bajo la premisa de que el embrión es una persona no nacida titular de derechos, por lo que el aborto implicaría matar a una persona (Meza, 2020). En este sentido, Bird et al. (2018) realizaron una investigación con estudiantes universitarios estadounidenses, y encontraron que una religiosidad fuerte se asoció significativamente con las actitudes antiaborto.

En México, el aborto es regulado a nivel estatal y en cada estado existen diferentes circunstancias, llamadas causales, por las cuales el aborto está permitido legalmente. La única causal que existe en todo el país es cuando el embarazo es producto de una violación. En 2007, CDMX fue el primer lugar del país que permitió el aborto legal antes de las 12 semanas de gestación sin que la mujer tuviera que justificar el motivo por el cual

decidía abortar. A raíz de esta despenalización, los hospitales públicos de la CDMX empezaron a ofrecer servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), y como resultado, hasta 2022 se han realizado 251, 619 abortos (Secretaría de Salud, 2022b).

Posterior a la despenalización del aborto en CDMX ha habido una serie de cambios en la legislación en todo el país, y, del 2019 a la fecha, diez estados han permitido la ILE. Otros cambios judiciales importantes se dieron en 2021 cuando la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró inconstitucional el castigar penalmente a las mujeres que han abortado y que las legislaciones locales reconozcan la vida humana desde la concepción (Cervantes, 2021, IPAS, 2021). A pesar de que la despenalización del aborto se relaciona con un cambio favorable de la opinión pública hacia este procedimiento (Wilson et al., 2011), esta despenalización legal no necesariamente implica su “despenalización social”, es decir, aunque el aborto esté permitido legamente, puede seguir viéndose como incorrecto e inaceptable por algunos sectores de la población (Cedeño et al., 2019). De hecho, independientemente del contexto legal en que se realice un aborto, es común que las mujeres que recurren a este procedimiento traten de ocultarlo, probablemente porque el aborto suele estar estigmatizado (Cedeño et al., 2019; O’Donnell et al., 2018).

El estigma es una forma clasificatoria de poder que designa etiquetas, crea estereotipos, separa y discrimina a las personas que son diferentes a las normas hegemónicas (Link y Hatzenbuehler, 2016). Desde hace más de una década, Kumar y cols., definieron el estigma hacia la mujer que ha abortado como “el atributo negativo hacia la mujer que interrumpe un embarazo, que la marca, interna o externamente, como inferior a los ideales de femineidad” (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009; p. 628).

Este estigma puede producir diversas afectaciones psicológicas en las mujeres que han abortado (Szulik y Zamberlin, 2020). En este sentido, se ha encontrado que el estigma y el aislamiento social predicen el distrés y los síntomas somáticos en las mujeres que han abortado (O'Donnell et al., 2018). Por su parte, Biggs et al. (2020) encontraron que la estigmatización puede provocar angustia en las mujeres hasta dos años después de haber abortado. Los estudios realizados en México han demostrado que el estigma se asocia con sentimientos de vergüenza y culpa (Sorhaindo et al., 2014), así como con sintomatología depresiva (Moreno et al. (2019). Además, Cedeño et al. (2019) hallaron que una de las estrategias más utilizadas por las mujeres para evitar el estigma es guardar en secreto su aborto, a pesar de la tensión que esto les genera. Para lograr esta secrecía muchas mujeres suelen buscar proveedores que prometen anonimato, aunque el aborto no se realice en condiciones óptimas para considerarlo seguro (Seewald et al., 2019). El problema con los abortos inseguros es que se asocian a una serie de complicaciones médicas que pueden llegar a ser graves (Harris et al., 2020, Wagenhei et al., 2022). -

Los estudios empíricos sobre el estigma hacia la mujer que ha abortado se han enfocado principalmente en el análisis de las consecuencias que tiene este estigma, más que en las variables que influyen en él. En los escasos estudios que hay sobre esto último se ha encontrado que, en México, la religiosidad, el sexismo y las creencias tradicionales hacia la maternidad predicen el estigma hacia la mujer que ha abortado (Orihuela-Cortés et al., 2022). También se ha encontrado que, en Chile, la religiosidad predice el estigma de manera directa, y de manera indirecta a través de las actitudes estereotipadas de género (Pérez- Sánchez, et al., 2022). Sin embargo, no se ha reportado la influencia de las actitudes hacia el aborto sobre el estigma, lo que es importante si se toma en cuenta que las actitudes conducen a un

estado de predisposición que influye sobre la conducta. Es por ello que en este trabajo se analizó la influencia de las actitudes hacia el aborto sobre el estigma hacia la mujer que ha tenido un aborto inducido. Además, se estudiaron otras variables como el hecho de profesar la religión católica, el hecho de vivir en pareja, de tener hijos, y de querer tener hijos en un futuro.

### **Método**

Se trató de un estudio no experimental, transversal y con un enfoque cuantitativo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de [nombre de la institución donde labora el primer autor]. La investigación se rigió por los principios éticos de la Declaración de Helsinki, así como la Ley General de Salud en Materia de Investigación, la cual establece los criterios que se deben seguir en las investigaciones en seres humanos.

### **Participantes**

Se estudió una muestra por conveniencia de 226 residentes de la Ciudad de México con estudios universitarios (concluidos o no). Los criterios de inclusión fueron que tuvieran al menos cinco años viviendo en la ciudad, que tuvieran acceso a Internet, y que tuvieran entre 18 y 45 años. La edad se eligió tomando en cuenta que los participantes tuvieran la mayoría de edad y que estuvieran en el rango de edad reproductiva de la mujer. Los criterios de exclusión fueron que los participantes formaran parte del clero o de alguna agrupación religiosa, que tuvieran una religión diferente a la católica, así como que fueran activistas sobre temas de género u otros temas relacionados con el aborto. Las características sociodemográficas de los participantes se encuentran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** *Características sociodemográficas de la muestra*

	n	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	104	46 %
Mujer	122	54 %
<i>Edad</i>		
18-26 años	74	32.7 %
27 a 35 años	81	35.8 %
36 a 45 años	71	31.4 %
<i>Vive con su pareja</i>		
Sí	74	32.7 %
No	152	67.3 %
<i>Tiene hijos</i>		
Sí	63	27.9 %
No	163	72.1 %
<i>Religión</i>		
Sin religión	73	32.3%
Católica	153	67.7%

### **Instrumentos**

Se hicieron varias preguntas para indagar algunas características sociodemográficas, si profesaban alguna religión, si tenían hijos, y si deseaban tener hijos en un futuro. Además, se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- Escala de Estigma sobre el Aborto a Nivel Comunitario, diseñada y validada en México por Sorhaindo et al. (2016), utilizando una muestra urbana de diferentes estados del país. Se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 5 “Totalmente de acuerdo”. Para el presente estudio, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), utilizando el método de extracción cuadrados mínimos no ponderados, con un método de rotación oblimin con normalización Kaiser. Como resultado, se obtuvo una escala de 17 reactivos (i.e. Las mujeres que tienen un aborto merecen ser rechazadas), cuya confiabilidad medida a través del coeficiente Omega de McDonald’s fue de 0.84.

- Cuestionario de Actitudes hacia el aborto, diseñado y validado en México por Marván, Lagunes-Córdoba, y Orihuela-Cortés (2018). Se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 5 “Totalmente de acuerdo”. Luego de realizar un AFE con el mismo procedimiento que se describió para la escala del estigma, el cuestionario estuvo compuesto por 22 reactivos divididos en tres factores: a) actitudes antiaborto (pro vida), cuyos reactivos reflejan actitudes de rechazo hacia el aborto (i. e., El aborto implica impedir injustamente la posibilidad de una vida); b) actitudes proelección, cuyos reactivos reflejan el apoyo a que la mujer pueda decidir si abortar o no (i. e., si una mujer decide abortar, se debe respetar su decisión); y c) derechos sexuales y reproductivos, cuyos reactivos reflejan el convencimiento de que al ser ilegal el aborto, se viola los derechos de las mujeres (i. e., al ser ilegal el aborto, se le quita autonomía a las mujeres). La confiabilidad de la escala mediante el coeficiente Omega de McDonald’s fue de 0.947, 0.862, y 0.826 respectivamente.



## Procedimiento

El estudio forma parte de una investigación más amplia sobre el tema del aborto. Los participantes fueron contactados a través de redes sociales digitales. Se les invitó a participar en un estudio sobre actitudes y creencias acerca de las mujeres que han abortado. Las personas que aceptaron participar contestaron unas preguntas para saber si cumplían los criterios de inclusión. Cuando sí los cumplían, se les direccionaba a la carta de consentimiento informado, en la que se especificaba que la información era anónima, que no había respuestas correctas o incorrectas y que podrían dejar la encuesta en el momento que así lo desearan. Una vez que aceptaban participar después de leer el consentimiento informado, se les direccionaba a la encuesta completa en la plataforma Survey Monkey.

**Análisis de datos:** Se utilizó el paquete SPSS versión 25 y el programa JASP. Al tratarse de datos no normales se procedió a realizar análisis no paramétricos. Para examinar la relación entre el estigma hacia la mujer que ha abortado con las actitudes hacia el aborto, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. También se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar el estigma hacia la mujer que ha abortado entre grupos de participantes (el hecho de no tener religión o de ser católico(a), de vivir en pareja, de tener hijos, y de querer tener hijos en un futuro). Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística binaria para determinar si las variables que resultaron significativas en los análisis univariados predicen el estigma hacia la mujer que ha abortado. Para realizar la regresión se dicotomizó la variable dependiente (estigma hacia la mujer que ha abortado), utilizando como punto de corte el segundo tercil; de tal manera que los participantes se dividieron en aquéllos con “bajo nivel de estigma” (dos primeros terciles) y “alto nivel de estigma” (último tercil).

## Resultados

Se encontraron varias correlaciones significativas entre las actitudes hacia el aborto y el estigma hacia la mujer que ha abortado: Las actitudes antiaborto correlacionaron positivamente con el estigma, mientras que las actitudes proelección y las actitudes sobre derechos sexuales y reproductivos correlacionaron negativamente con el estigma (Tabla 2).

**Tabla 2.** *Correlaciones entre el estigma hacia la mujer que ha abortado y las actitudes hacia el aborto.*

Actitudes antiaborto	.577*
Actitudes proelección	-.463*
Actitudes derechos sexuales y reproductivos	-.489*

*Nota:* n= 226 \*p< .0001.

Al realizar las comparaciones entre grupos de participantes, se encontró que aquéllos que profesaban la religión católica reportaron niveles más altos de estigma que las personas que no tenían religión (rango promedio= 128.23 y 82.62 respectivamente; U = 3330.50; p < .0001).

Por otro lado, los participantes que tenían hijos estigmatizaron más a la mujer que ha abortado que quienes no tenían hijos (rango promedio= 141.73 y 102.59 respectivamente; U = 3656.00, p= < .0001). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los participantes que deseaban o no tener hijos en un futuro, ni entre los que vivían o no en pareja.

Finalmente, en la regresión logística en la que la variable dependiente fue el estigma hacia la mujer que ha abortado, las variables independientes fueron las significativas en los análisis anteriores: los tres factores de las

actitudes hacia el aborto, el profesar la religión católica, y el hecho de tener hijos. El modelo tuvo un ajuste adecuado (prueba de Hosmer y Lemeshow  $p = .176$ ). La tabla 3 muestra los resultados del modelo final con las variables que resultaron significativas, las cuales explican el 36% de la varianza ( $R^2$  de Nagelkerke = .359). Las personas que tienen más probabilidad de estigmatizar a una mujer que ha abortado son las que presentan menos actitudes proelección, más actitudes antiaborto, y las católicas. De estas variables, las actitudes antiaborto tuvieron el mayor poder predictivo, siendo que las personas con puntajes más elevados en este tipo de actitudes tienen 2.6 veces más probabilidades de estigmatizar a una mujer que ha abortado que el resto de las personas.

**Tabla 3.** Variables predictoras del estigma hacia la mujer que ha abortado.

	B	Error estándar	Wald	gl	p	OR*	95% I.C.
Actitudes proelección	-.920	.396	5.388	1	.020	.398	.183-.867
Actitudes antiaborto	.972	.306	10.058	1	.002	2.643	1.450-4.818
Profesar religión católica	-.853	.409	4.350	1	.037	.426	.191-.950

*Nota:*\*odds ratio

## Discusión

Los hallazgos de esta investigación permiten conocer la relación que tiene el estigma hacia la mujer que ha abortado con algunas variables psicosociales. De las variables estudiadas, hubo tres predictoras del estigma, siendo que las personas que tienen más probabilidad de estigmatizar a una mujer que ha abortado son las que presentan menos actitudes proelección, más actitudes antiaborto, y las católicas. De estas variables, la que predijo al estigma con más fuerza fue la actitud “antiaborto”. Una posible explicación de este hallazgo es que las personas que tienen actitudes “antiaborto” suelen presentar discursos muy arraigados y difíciles de modificar sobre este procedimiento. De acuerdo con algunos autores, la dificultad para cambiar estas actitudes reside en que sus creencias están principalmente basadas en conceptos religiosos y en el derecho a la vida desde el momento de la concepción (Reynoso, 2021). De hecho, se ha demostrado que existe una relación entre el apoyo a las actitudes antiaborto y la religiosidad (Bird et al., 2018).

El hecho de que hayamos encontrado que profesar la religión católica predice al estigma hacia la mujer que ha abortado, coincide con otras investigaciones en las que se ha encontrado una relación entre este estigma y el hecho de ser religioso (Cutler et al. 2021; Patev et al., 2019; Sorharindo et al., 2016). Además, en una investigación cualitativa realizada con mujeres estadounidenses que tuvieron un aborto inducido, se encontró que la religión permeó el estigma percibido por las participantes, quienes expresaron temor a que su familia y su comunidad las condenara por la oposición religiosa que existe hacia el aborto (Frohworth et al., 2018). Sin embargo, nuestro resultado difiere de los resultados de otra investigación realizada en México (McMurtrie et al., 2012), lo que puede deberse a las diferencias metodológicas que existen entre ambos estudios.

Aunque el resto de las variables estudiadas no fueron predictoras del estigma, si hubo comparaciones estadísticamente significativas que vale la pena mencionar. Los participantes que tenían hijos estigmatizaron más que los que no tenían, lo que coincide con una investigación previa realizada con población mexicana (Sorhaindo et al. 2016). Este resultado podría explicarse debido a que las personas que tienen hijos pudieran seguir más los roles y estereotipos de género tradicionales, los cuales se basan en la premisa de que la maternidad es un aspecto central para las mujeres (Hernández, 2020).

Finalmente, los resultados de esta investigación deben ser vistos tomando en cuenta sus limitaciones, de las que se desprenden algunas sugerencias para estudios posteriores. En primer lugar, en este estudio solo participaron personas con estudios universitarios, así como con acceso a Internet, por lo cual los datos no pueden ser generalizados. Es importante que en futuras investigaciones se contemple a la población con niveles bajos de escolaridad o que no puedan contestar una encuesta en línea. Más aún, también se sugiere encuestar a personas de áreas rurales, ya que hay diferencias en la concepción de temas de salud reproductiva entre la población urbana y rural de este país. Por otro lado, para futuras investigaciones se sugiere que se estudien las relaciones encontradas en esta investigación desde una aproximación cualitativa o mixta, con la finalidad de poder estudiar las variables en profundidad, y así entender los resultados desde la mirada de los sujetos involucrados.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio pueden ayudar al diseño de intervenciones a nivel comunitario que permitan modificar actitudes en contra del aborto, así como creencias tradicionales negativas hacia este procedimiento, con la finalidad de abonar a la “despenalización social del aborto”, y con ello reducir, o incluso lograr erradicar el estigma hacia la mujer que ha abortado.

## Referencias

- Bearak, J., Poponchalk, A., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, Ö, Beavin, C. y Alkemas, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet*, 8, e1152–61. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Bird, M., Begun, S., y McKay, S. (2018) Religiosity and Personal Beliefs Regarding Abortion: Results from a Survey of Social Work Students in the United States. *Women's Reproductive Health*, 5(2), 117- 31.
- Biggs, M. A., Brown, K. y Foster, D. G. (2020) Perceived abortion stigma and psychological wellbeing over five years after receiving or being denied an abortion. *PLoS ONE* 15(1): e0226417. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226417>
- Cedeño, L., Tena, O., Flores, F., y Rocha, T. (2019). Guardar/romper el silencio sobre la interrupción voluntaria del embarazo: narrativas de mujeres mexicanas. *Athenea Digital*, 19(2), e2313.
- Cervantes A. (2021). Despenalizar y legalizar el aborto en México. *Bordes*, 22, 87-9.
- Cockrill, K., y Nack, A. (2013). “I’m not that type of person”: Managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973-990. <https://doi.org/10.1080/01639625.2013.800423>
- Cutler, A., Lundsberg, L., White, M., Stanwood, N. y Garipey, A. (2021). Characterizing community-level abortion stigma in the United States. *Contraception*, 104(3), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.03.021>
- Frohwrith, L., Coleman, M. y Moore, A. (2018). Managing Religion and Morality Within the Abortion Experience: Qualitative Interviews with Women Obtaining Abortions in the U.S. *World Medical & Health Policy*, 10(4), 381-400. <https://doi.org/10.1002/wmh3.289>
- Harris, L. y Grossman D. (2020). Complications of unsafe and self-managed abortion. *The New England Journal of Medicine: Rewsearch & Review*, 382(11): 1029-40. <https://doi:10.1056/NEJMra1908412>

- Hernández, J. (2020). La construcción social de la maternidad en México y las mujeres que deciden no procrear. *Femeris*, 5, 33-44.
- IPAS (2021). *Criminalizar el aborto es inconstitucional*. Recuperado de: <https://ipasmexico.org/2021/09/07/criminalizar-el-aborto-es-inconstitucional-scn/>
- Kumar, A., Hessini, L., y Mitchell, E. (2009). “Conceptualising abortion stigma”. *Culture, Health y Sexuality*, 11(6),625- 639.
- Link, B., y Hatzenbuehler, M. (2016). Stigma as an Unrecognized Determinant of Population Health: Research and Policy Implications. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 663-673.
- Marván, M. L., Lagues-Córdoba, R. y Orihuela-Cortés, F. (2018). Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido. *Salud Pública de México*. doi.org/10.21149/9182
- McMurtrie, S., García, S., Wilson, K. y Díaz-Olavarriera, C. (2012). Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. *International journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(2), s160-s166. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60016-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60016-2)
- Meza Sotelo, M.G. (2020). *La iglesia Católica y sus esferas de influencia en el poder político del Zacatecas contemporáneo*. Tesis de Maestría, Unidad Académica de Ciencia Política, Universidad Autónoma de Zacatecas. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Zacatecas. <http://148.217.50.3/jspui/bitstream/20.500.11845/2970/1/TESIS%20MARIELA%20IV.pdf>
- Moreno, M. et al. (2019). Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City. *Salud Mental*, 42(1), 25-32. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.004>
- O’Donell, A., O’Carrol, T., y Toole, N. (2018). Internalized stigma and stigma-Related isolation predict women’s psychological distress and physical health symptoms post-abortion. *Psychology of women quarterly*, 1-15.

- Orihuela-Cortés, F., Álvarez del Río, A., Lagunes-Córdoba, R. y Marván, M. (2022). Stigma Toward Women Who Have Had an Induced Abortion and Associated Variables. *Women's Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2094738>
- Patev, A., Hood, K., y Hall, C. (2019). The interacting roles of abortion stigma and gender on attitudes toward abortion legality. *Personality and individual differences*, 146, 87-92.
- Pérez-Sánchez, B., Concha-Salgado, A., Aburto-González, V., Mandiola-Sandoval, C., Muñoz-Henríquez, C., y Cerda-Muñoz, D. (2022). Religiosity, abortion stigma and the mediating effect of gender attitudes. A study in the Chilean population. *International Journal of Social Psychology*, 37(2), 211-241. <https://doi.org/10.1080/02134748.2022.2034290>
- Reynoso, D. (2021). Explicando las actitudes hacia el aborto: religiosidad, ideología, región y educación. *Revista SAAP*, 15, 20-29.
- Secretaría de salud (2022a). Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL\\_Interactivo\\_22NOV\\_22-Lineamiento\\_tecnico\\_aborto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_tecnico_aborto.pdf)
- Secretaría de salud (2022b). Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas abril 2007- 31 de julio 2022. [http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE\\_WEB2022\\_julio.pdf](http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE_WEB2022_julio.pdf)
- Seewald, M., Martin, L., Echeverri, L. Njunguru, J., Hassinger, J. y Harris, L. (2019) Stigma and abortion complications: stories from three continents. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27:3, 1688917. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1688917>
- Sorhaindo, A., Juárez- Ramírez, C., Díaz Olavarrieta, C., Aldaz, E., Mejía, M. C. y García, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health*, 54 (7), 622-640 <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983>



- Sorhaindo, A., Karver, T., Karver, J., y García, S. (2016). Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception*, 93, 421-431
- Szulik, D., y Zamberlin, N. (2020). La legalidad oculta: percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, salud y sociedad*, 34, 46-67. <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a>
- Wilson, K., García, S., Díaz-Olavarrieta, C., Villalobos-Hernández, A., Valencia-Rodríguez, J., Sanhueza-Smith, P., y Burks, C. (2011). Public opinion about abortion in Mexico City after the landmark reform. *Studies in Family Planning*, 42(3), 175–82.
- Harris, L., y Grossman, D. (2020). Complications of unsafe and self-managed abortion. *The New England Journal of Medicine*, 382(11), 1029-40. <https://doi:10.1056/NEJMra1908412>
- Wagenhei, C., Savosnick, H., Magreta, B., Darj, E., Kalimembe, U., Maluwa, A., Øyvind, J. y Odland, M. (2022). Health care providers' perceptions of using misoprostol in the treatment of incomplete abortion in Malawi. *BioMed Central*, 22: 1471. <https://doi:10.1186/s12913-022-08878-3>

Agradecimientos: Las autoras agradecen a Kelly Mojica por su apoyo en el reclutamiento de los participantes. También agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca otorgada a FOC para realizar sus estudios en el Doctorado en Psicología de la Universidad Veracruzana, ya que este artículo se deriva de su proyecto de Doctorado.

**Envió dictamen:** 12 abril 2023

**Reenvió:** 6 julio 2023

**Aprobación:** 8 agosto 2023

**Ma. Luisa Marván.** Psicóloga con Doctorado en Ciencias Biomédicas otorgado por la UNAM. Tiene cerca de 30 años dedicada a la actividad académica, tanto de docencia como de investigación. Actualmente es investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana y es integrante del Cuerpo Académico Psicología, Salud y Calidad de Vida. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores. Ha publicado numerosos artículos a nivel nacional e internacional sobre diversos temas de salud reproductiva. Correo electrónico: mlmarvan@gmail.com

**Fabiola Orihuela-Cortés.** Psicóloga con Doctorado en Psicología por la Universidad Veracruzana. Actualmente se desempeña como Especialista en educación para la salud en el Sistema Integral para la Salud de la Universidad Veracruzana. Además, ha facilitado grupos reflexivos con mujeres que han vivido violencia de pareja, y se ha desempeñado como docente de licenciatura en psicología. Ha colaborado en investigaciones sobre sexualidad adolescente, actitudes y estigma hacia el aborto. Correo electrónico: fabiola.oc7@gmail.com