

Intenciones de sexo consensual y aborto inducido en estudiantes de una universidad pública de México

Javier Carreón Guillén¹.
Jorge Hernández Valdés².
María de Lourdes Morales Flores³.
Cruz García Lirios⁴.
Universidad Autónoma del Estado de México
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

La sexualidad y el aborto inducido, desde el enfoque de propensión al futuro, son indicadores de estilos de vida que pueden ser imprevistos o deliberados, heurísticos o planificados. En tal sentido, el objetivo del presente estudio fue establecer las relaciones predictivas de los factores psicosociales sobre las intenciones de sexo consensual. Para tal propósito, se llevó a cabo un estudio correlacional y transversal con una muestra no probabilística de 132 estudiantes en una universidad pública. Una vez establecidas la normalidad, confiabilidad y validez de constructo, se estimaron las covarianzas entre los factores y se calculó un modelo estructural ($X^2 = 16.213$; 12 gl; $p = .000$; GFI = .918; RMR = .087) para interpretar la estructura de relaciones entre los factores, en el que la norma fue el determinante principal de las actitudes y las intenciones ($\beta = -.38$ y $\beta = -.28$ respectivamente). Los resultados muestran la prevalencia de una aversión al pasado y al presente, así como una propensión al futuro, donde el coito y el aborto inducido son el resultado de normas de grupo orientadas a la conservación de tradiciones.

Palabras clave: sexualidad, anticoncepción, aborto, creencias y actitud

Abstract

Sexuality and induced abortion, since the propensity to future approach, are indicators of lifestyles that may be incidental or deliberate, heuristic or planned. In this regard, the objective of this study was to establish predictive relationships of psychosocial factors on intentions to consensual sex. For this purpose, we conducted a cross-sectional correlational study with a nonrandom sample of 132 students at a public university. Normality, reliability and construct validity were established. Then, co-variances between the factors were estimated. Besides, a structural model ($X^2 = 16.213$, 12 *df*, $P = .000$, GFI = .918, RMR = .087) was calculated in order to interpret the structure of relations among the factors. Here, the standard was the primary determinant of attitudes and intentions ($\beta = -.38$ and $\beta = -.28$, respectively). The results show the prevalence of an aversion to the past and present as well as a propensity to future, in which intercourse and induced abortion are the result of group norms oriented to keep traditions.

Key words: Sexuality, Contraception, Abortion, Beliefs and Attitudes

Recibido: 07 de Junio de 2013
Aceptado: 24 de Octubre de 2013

1. PhD, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Sistema Nacional de Investigadores CONACYT, E-mail: javierg@unam.mx
2. PhD, Universidad Nacional Autónoma de México, E-mail: jorheval@unam.mx
3. PhD, Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional de Trabajo Social, E-mail: malumoflo7416@gmail.com
4. PhD, Universidad Autónoma del Estado de México, E-mail: garcialirios@yahoo.com

Introducción

Los estudios psicológicos de la sexualidad y la práctica abortiva señalan que la relación entre ambos procesos está establecida a partir de factores socioeconómicos, demográficos, educativos y psicosociales. Tales factores inciden en comportamientos de riesgo en los que la salud de la pareja está supeditada a sus experiencias y estilos de vida (véase apéndice A).

La práctica abortiva es una consecuencia de una relación inestable (Lara, 1987), diferencias de género (Ramírez, 2000), diferencias de edad entre parejas (Cabezas, Langer, Álvarez y Bustamante, 1998), condición socioeconómica (Sánchez Jiménez y Merino, 1999), anti-concepción (Galvao, Díaz, Osis, Clark y Ellerston, 2000), sentido de responsabilidad (García, Lara y Goldman, 2003), acceso a información (Tapia, Villaseñor y Nuño, 2008), conocimientos (Tavara y Sacsá, 2008) e impericia anticonceptiva (Fernández, Carrillo, Leal, Carrillo, Carrillo, Lozano, Fernández y Pastor, 2010). No obstante, la presión familiar es el determinante más influyente en la decisión de abortar (González, 2000). Además, la identidad de grupo, en lo que respecta a las adicciones, está vinculada con una sexualidad irrestricta (Calderón y Alzamora, 2009) y el consumo de alcohol (Chávez, Petzelova y Zapata, 2009).

Sin embargo, el ejercicio de la sexualidad y el aborto también son indicadores de percepciones de libertad y equidad (Salazar, 2007). Es por ello, que las investigaciones en torno al aborto inducido han encontrado opiniones a favor de la despenalización del aborto y en contra de la práctica abortiva a través del inadecuado uso de anticonceptivos (Destay Regassa, 2011). Tales hallazgos abrieron la discusión en torno a las relaciones entre normas, percepciones, creencias, actitudes, intenciones y comportamientos relativos al sexo y la anticoncepción.

La decisión y práctica abortiva suponen estados depresivos en cónyuges que se comprometen más que sus parejas. A medida que la solicitud de aborto es tomada por una de las partes, propicia sensaciones de soledad en la pareja (Obechina, Mbamara, Ubboaja, Ogelle y Akabuike, 2010; Oduwole, 2010).

Las diferencias existentes entre hombres y mujeres respecto al sexo consensuado, la anticoncepción y el aborto inducido, suponen al uso de dispositivos como instrumentos de anticoncepción, si las relaciones son ocasionales e infrecuentes (Olaitan, 2011). En los casos opuestos, el

coito interruptus es la práctica sexual más prevaleciente en hombres con un compromiso afectivo significativo (Petracci, 2011). En tal sentido, el aborto está definido por el tipo de relación, la duración, la solidez, las expectativas y el factor económico, pero esencialmente por las normas del grupo de referencia (Piaroza, Kazembe, Maluwa, Chirway Chimango, 2012). En tal sentido, las decisiones de embarazo están sustentadas en criterios que determinan la indolencia o el apoyo hacia la práctica abortiva (Rodríguez y Mayol, 2011). Hombres y mujeres que evalúan positivamente a su pareja implican decisiones compartidas de aborto inducido. En cambio, una autoevaluación negativa determina una decisión delegada a la pareja (Serrano, 2011).

No obstante, la decisión de embarazo también está influida por la evaluación de la relación; cuando ésta es calificada como poco seria, se incentiva la práctica abortiva (Viveros y Navia, 2012). O bien, una relación percibida como externa a los intereses y propósitos personales incrementa las posibilidades de delegar la decisión a la mujer (Silva, Ashtony McNeil, 2011).

El proceso que va de la impericia anticonceptiva hasta la práctica abortiva también implica una dimensión pública, en donde los hombres se manifiestan por la libertad de decisión de las mujeres para elegir si interrumpen o no el embarazo (Shelat, Hihoriyay Kumbar, 2012). Al respecto, se ha demostrado que los conocimientos y actitudes referentes al uso de dispositivos anticonceptivos por parte del personal de salud son significativamente diferentes a los presentados por el público, en general (Sultany Malik, 2010). Este hallazgo se repite sistemáticamente en cuanto a la práctica abortiva en lo que respecta a edad, estado civil y religión.

En síntesis, la precariedad económica, la elección sexista de pareja, las adicciones, la intención y la conducta sexual improvisada, la impericia en la anticoncepción, así como la decisión y práctica abortiva inducida, son el resultado de procesos individuales y/o de pareja confinados a una propensión al presente (véase apéndice B).

En este sentido, las relaciones ocasionales inciden sobre la confianza de la pareja con respecto a la formalización de la relación, la planificación familiar o la crianza parental.

¿Cuáles son las relaciones entre todas estas variables a fin de establecer un modelo que permita explicar la intención de sexo consensual?

Hipótesis

La interrelación entre ingreso y edad, creencias, normas, actitudes y percepciones, incide sobre la intención de sexo consensual, o bien, un incremento en el ingreso propicia un aumento en las decisiones de relaciones sexuales (hipótesis 1). En contraste, las parejas con edades similares, al interactuar con sus creencias, normas, actitudes y percepciones, provocan una mayor decisión de sexo consensual (hipótesis 2). En este sentido, las expectativas de relaciones sexuales conocidas como propensión al futuro inciden sobre las conductas sexuales acordadas (hipótesis 3).

El procesamiento de información circundante sobre la sexualidad ocasiona un aumento de creencias y; por ende, una toma de decisiones imprevista (hipótesis 4). Empero, al aumentar las expectativas de uso de anticonceptivos, se genera una mayor propensión a las oportunidades de relaciones sexuales en el presente (hipótesis 5).

Asimismo, la presión de la familia o el grupo al que la pareja está adscrita incidirá sobre sus decisiones de relaciones sexuales (hipótesis 6). Por último, las experiencias directas o indirectas de aborto inducido generan en la pareja una serie de categorías vinculadas favorable o desfavorablemente a las relaciones sexuales (hipótesis 7), (ver apéndice C)

Método

Tipo de investigación

Se realizó un estudio correlacional y transversal.

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de 132 estudiantes (72 mujeres y 60 hombres) elegidos intencionalmente. 51 de los participantes tienen entre 18 y 20 años; 59, más de 20 años y menos de 24 años; y 22, más de 24 años. 70 pertenecen al área de Ciencias Sociales, 20 al área de Ciencias Básicas, 22 al área de Ciencias Biológicas y 20 al área de Artes. 80 profesan la religión católica, 30 declararon que no profesan ninguna religión y 22 manifestaron que profesan una religión diferente a la católica. 90 son solteros (40 de ellos tienen pareja), 20 están casados y 12, en unión libre. 40 tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años, 30 después de los 18 y 62 no han tenido relaciones sexuales.

El condón tanto femenino como masculino fue el preservativo preferentemente empleado por 65 estudiantes en su primera relación. Respecto al aborto legalmente asistido, 110 estudiantes manifestaron que solicitarían el servicio si fuese producto de una relación ocasional. En ambos comportamientos, uso de condón y solicitud de aborto inducido, las mujeres mostraron una mayor reserva a la pregunta, en comparación con los hombres.

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Creencias, Percepciones, Actitudes, Normas e Intenciones Planificadas de Sexualidad. La subescala de creencias incluyó aseveraciones respecto a información de sexo consensuado, anticoncepción y aborto inducido. Cada reactivo fue medido por dos opciones de respuesta: “falso” y “verdadero”. La subescala de percepciones incluyó aseveraciones en torno a expectativas de sexo consensuado, anticoncepción y aborto asistido.

La redacción de los reactivos fue en tiempo futuro ya que se trata de expectativas de control frente a situaciones sexuales inéditas. La evaluación de los ítems perceptuales incluyó cuatro opiniones que van desde “muy improbable” hasta “muy probable”. La subescala de actitudes incluyó aseveraciones en torno a asociaciones entre evaluaciones de conductas sexuales reproductivas y la información circundante para llevarlas a cabo. Cada reactivo fue evaluado a partir de una escala tipo Likert que va desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. La subescala de normas incluyó reactivos respecto a principios que guían el comportamiento sexual. Incluyó siete opciones de respuesta que van desde “no se parece a mi situación”, hasta “se parece mucho a mi situación”.

Por último, la subescala de intenciones incluyó ítems que miden las probabilidades de llevar a cabo una acción específica en una situación puntual. Fue evaluada a partir de cuatro opciones de respuesta que van desde “muy improbable” hasta “muy probable”. Todas y cada una de las subescalas obtuvieron una distribución normal, establecida por un valor multivariable de curtosis inferior a tres, una confiabilidad superior a .60 y una validez de constructo superior a .300, que es la mínima requerida para suponer consistencia interna entre los reactivos.

Procedimiento

La operacionalización de las variables se llevó a cabo a partir de la definición conceptual de Ajzen (1991). Se cons-

truyeron siete reactivos para cada variable. Cada uno de los ítems fue evaluado por 12 expertos. Una vez seleccionados los reactivos, se procedió a su aplicación en las aulas de una universidad pública del Estado de México.

La selección de la muestra fue no probabilística debido a que la universidad es de reciente creación y la primera generación fue de 144 estudiantes. Antes de la aplicación de las subescalas, se les instruyó a los estudiantes para que contestaran honestamente ya que los resultados de la encuesta no repercutirían negativa o positivamente en su situación académica.

Se les informó que tendrían un máximo de 20 minutos para responder. En aquellos casos en los que la respuesta se repitiese sistemáticamente o se diera la ausencia de las mismas, los estudiantes podrían escribir sus razones al reverso de la encuesta. Una vez recabadas las mismas, se les agradeció su participación; así mismo, se les ofreció acceder a la información una vez terminada la investigación.

Los cuestionarios fueron procesados en el paquete estadístico SPSS y Amos, versiones 10 y 5.0, respectivamente. 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 .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 .5 en el parámetro de adecuación Kayser-Meyer-Olkin y un nivel de significancia menor a .05 en el estadístico de esfericidad Bartlett.

La multicolinealidad fue considerada a partir de covarianzas superiores a .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.

Resultados

Normalidad

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).

Confiabilidad

La estimación de la consistencia interna se llevó a cabo a partir de las correlaciones entre ítem y subescala. El parámetro alfa de Crombach con valores superiores a .60 fue considerado como evidencia de consistencia interna. La tabla 3 muestra valores superiores al requerido para creencias, actitudes normas e intenciones. Las creencias de sexo consensual tuvieron una confiabilidad de .67. Las percepciones de sexo consensual, con un alfa de .61, tuvieron una consistencia interna.

Las percepciones de anticoncepción tuvieron una confiabilidad de .66. Con respecto a las actitudes hacia el aborto inducido, la confiabilidad fue de .62. Las normas de sexo consensual tuvieron un alfa de .70, con el 31% de la varianza explicada. Finalmente, las intenciones de sexo consensual alcanzaron una confiabilidad de .69, explicando el 28% de la varianza.

Validez

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 .300 fueron considerados como evidencia de correlación entre reactivos y factores. Las creencias de sexo consensual, conformadas por los reactivos 2, 4 y 6, explicaron el 35% de la varianza.

Las percepciones de sexo consensual, configuradas por los reactivos 8, 10 y 11, explicaron el 22% de la varianza. Además, las percepciones de anticoncepción, conformadas por los ítems 12, 13 y 14, explicaron el 16% de la varianza.

Las actitudes formaron un solo factor: interrupción del embarazo, con los indicadores 16, 18 y 20, que explicaron el 44% de la varianza. Por su parte, las normas sólo incluyeron una dimensión: sexo consensual; esto estuvo conformado por los reactivos 24, 25, 27 y 28 (31%).

Por último, la intención está compuesta por el sexo consensual, con los reactivos 30, 34 y 35 (28% de la varianza).

Tabla 1

Parámetros de distribución normal, consistencia interna y validez de constructo

Código	Subescala	Media	Desviación	Curtosis	Factor 1	Factor 2	Factor 3
<i>Creencia de Sexo Consensual (alfa = .672; varianza explicada = .35%)</i>							
R1	El uso de doble condón previene embarazos	0.25	.21	1.44		.345	
R2	Las relaciones sexuales son decididas por la mujer	1.14	.19	1.69	.310		
R3	El aborto inducido es ilegal en hospitales públicos	0.61	.15	1.72			-.395
R4	Las mujeres tienen derecho a elegir sobre su propio cuerpo	1.23	.27	1.41	.381		
R5	Los anticonceptivos incomodan la relación sexual	1.45	.22	1.82		-.412	
R6	El coito interruptus previene embarazos	0.24	.20	1.41	-.342		
R7	El aborto es justificado si se esperan riesgos de muerte en el parto	1.36	.17	1.62			.456
<i>Percepciones de Sexo Consensual (alfa = .613; varianza explicada = 22%)</i>							
R8	El noviazgo será innecesario para tener sexo consensual	3.45	.36	1.72	-.421		
R9	Solicitaré una interrupción de embarazo si es consensual	3.01	.31	1.88			.321
R10	Tendré sexo sólo si la relación con mi pareja es seria	2.94	.41	1.40	.419		
R11	Las relaciones ocasionales serán parte de mi vida sexual	3.72	.46	1.47	-.521		
<i>Percepciones de Anticoncepción (alfa = .668, varianza explicada = .16%)</i>							
R12	Usaré condón si los centros de salud los regalan	2.76	.62	1.82		.321	
R13	Solicitaré anticonceptivos si los centros de salud los regalan	3.21	.69	1.80		.426	
R14	La amistad será innecesaria para el uso de anticonceptivos	1.56	.51	1.72		-.621	
<i>Actitudes hacia Aborto Inducido (alfa = .624; varianza explicada 44%)</i>							
R15	El sexo consensual en el noviazgo implica un compromiso serio	3.41	.44	1.36	.457		
R16	Las relaciones ocasionales complican las decisiones de aborto	2.45	.51	1.58			.576
R17	Los anticonceptivos son utilizados por parejas inestables	3.12	.62	1.71		-.568	
R18	La legalización del aborto beneficia a las parejas promiscuas	1.46	.52	1.52			-.763
R19	El uso de condón es una decisión personal	1.52	.35	1.27		-.421	
R20	La solicitud de aborto inducido es un derecho de las mujeres	3.41	.29	1.68			.542

Código	Subescala	Media	Desviación	Curtosis	Factor 1	Factor 2	Factor 3
R21	El coito interruptus fortalece el noviazgo	1.71	.41	1.36	-.354		
<i>Normas de Sexo Consensual (alfa = .701; varianza explicada = .31%)</i>							
R22	Mis amistades previenen embarazos usando condón	4.56	1.24	1.56		.452	
R23	Mis amistades aprueban el uso de anticonceptivos	6.71	1.81	1.57		.543	
R24	Mi familia está abierta a que tenga relaciones prematrimoniales	1.35	2.41	1.48	-.312		
R25	Mis amistades tienen relaciones ocasionales	2.45	1.47	1.42	-.542		
R26	Mi familia está a favor de la vida frente al aborto	4.68	1.52	1.50			.576
R27	Mi familia está abierta a que experimente con nuestra sexualidad	3.65	1.58	1.62	-.577		
R28	Mis amistades están en contra del sexo prematrimonial	2.65	2.10	1.72	.421		
<i>Intenciones de Sexo Consensual (alfa = .691; varianza explicada = 28%)</i>							
R29	Usaría condón si mi pareja se comprometiera más conmigo	1.23	.12	1.52		.763	
R30	Tendría relaciones ocasionales si mi pareja lo permitiera	1.61	.25	1.62	-.439		
R31	Solicitaría la interrupción de embarazo si tuviera dinero	3.21	.31	1.53			-.759
R32	Interrumpiría mi embarazo si mi pareja me traicionara	1.47	.16	1.58			-.643
R33	Utilizaría anticonceptivos si mi pareja fuese de mente abierta	2.10	.22	1.45			-.704
R34	Conocería a varias personas por placer sexual	1.41	.39	1.38	-.684		
R35	Buscaría relaciones sexuales en personas inestables	1.71	.41	1.32	-.785		

Kayser-Meyer-Olkin = .567; Prueba de Bartlett ($X^2 = 12.46$; 14gl; $p = .000$); Curtosis Multivariable = 4.632; Bootstrap = .000; Factor 1 = Sexo Consensual; Factor 2 = Anticoncepción; Factor 3 = Interrupción de Embarazo

Una vez establecidas las propiedades psicométricas de las subescalas, se procedió a estimar sus relaciones asociativas. Se consideraron valores entre .2 y .8 ya que los cercanos a cero fueron tomados como evidencia de correlación espuria y los cercanos a la unidad, como ejemplo de multicolinealidad.

La tabla 2 muestra una asociación positiva entre la edad y la religión ($\Phi = .547$). Es decir, la no creencia religiosa se asoció con la edad superior a 24 años e inferior a 29 años. O bien, la religión católica se vinculó con la edad menor a 18 años. Respecto a este rango de edad, se observó una correlación con la norma de sexo consensual ($\Phi = .324$). A medida que el rango de la edad disminuía, se asoció con situaciones normativas familiares y amistosas respecto al

sexo consensual. Respecto a la religión, el valor de correlación más alto fue con las creencias de sexo consensual ($\Phi = .132$). Sin embargo, tal relación, al igual que las demás correspondientes a la misma columna, parece estar influida por otras variables, ya que es espuria.

En lo que respecta a las creencias de sexo consensual, éstas se vincularon con la percepción de anticoncepción ($\Phi = .326$). Tal hallazgo es relevante ya que un acuerdo sexual está relacionado con la anticoncepción. O bien, un desacuerdo sexual está implicado con un embarazo. Otro hallazgo importante es la asociación de las creencias de sexo consensual con las normas, respecto a la misma dimensión ($\Phi = -.216$). Al parecer, un acuerdo sexual está relacionado con normas contrarias a dichos consensos.

Por su parte, cuando la percepción de sexo consensual se relacionó con los demás factores, se obtuvieron relaciones espurias, siendo los valores más altos su asociación con actitudes ($\Phi = .162$), e intención ($\Phi = .117$). En contraste, la

percepción de anticoncepción se vinculó con la norma de sexo consensual ($\Phi = -.323$) y la intención de sexo consensual ($\Phi = -.351$). Es decir, las expectativas en torno al uso de anticonceptivos disminuyeron a medida que las normas e intenciones se intensificaron.

Tabla 2
Covarianzas entre los factores psicosociales

	Edad	Religión	Creencias de Sexo Consensual	Percepciones de Sexo Consensual	Percepciones de Anticoncepción	Actitudes de Aborto Inducido	Norma de Sexo Consensual	Intención de Sexo Consensual
Edad	1,360							
Religión	,547	1,124						
Creencias de Sexo Consensual	-,062	,132	1,516					
Percepciones de Sexo Consensual	-,129	,023	,123	1,496				
Percepciones de Anticoncepción	-,044	,027	,326	,057	1,573			
Actitudes hacia aborto Inducido	-,102	-,028	-,021	,162	,077	1,020		
Normas de Sexo Consensual	,324	,008	-,216	-,056	-,323	,251	1,376	
Intención de Sexo Consensual	,173	,093	-,108	,117	-,351	-,085	-,023	1,466

En síntesis, las correlaciones permitieron delimitar las relaciones entre los factores y facilitaron su modelación.

El apéndice D muestra los valores de regresión entre cada factor. El determinante principal de la intención de sexo consensual fue la edad ($\beta = .43$), aunque la norma de sexo consensual tuvo una influencia negativa ($\beta = -.28$). La edad mayor a los 24 años determinó las decisiones de acordar una relación sexual con la pareja, mientras que las normas de familia y de amigos inhibieron tal intención de acuerdo. En contraste, la religión incidió en la actitud hacia el aborto inducido ($\beta = .31$), pero nuevamente la norma de sexo consensual la afectó negativamente ($\beta = -.38$).

Es decir, la norma del grupo de referencia, al ser un factor que afecta negativamente las disposiciones hacia el aborto inducido y las decisiones de sexo consensual, parece mostrar que la cultura mexicana sigue influyendo sobre la vida sexual en los jóvenes universitarios. En este sentido, llama la atención que las normas sean influidas negativamente por la edad, la religión, las creencias y las percepciones con respecto al sexo consensual.

Por último, se estimaron dos parámetros, de ajuste y residual, para contrastar los datos observados con los esperados. La tabla 3 muestra un valor cercano a la unidad (.918) para el caso del Índice de Bondad de Ajuste (Goodness of Fit o GFI por sus siglas en inglés) y un valor cercano al cero (.087) para el Residuo Cuadrado Medio (Residual Mean Root o RMR). Ambos valores son evidencia de ajuste.

Tabla 3
Parámetros de ajuste y residuales

Modelo	Chi cuadrada	Grados de Libertad	Significancia	RMR	GFI
Determinantes de Intención de sexo consensual	16.213	12	.000	,087	,918

Discusión

El presente estudio ha establecido una relación entre las normas de grupo con respecto a las actitudes y decisiones de relaciones sexuales entre parejas de universitarios. Tales hallazgos demuestran la emergencia de procesos colectivos en los que los noviazgos o amistades están circunscritos a estilos de vida que favorecen la conservación de tradiciones y; por ende, la propensión al futuro. En este sentido, la sexualidad y el aborto inducido son el resultado de procesos deliberados, ajustados a normas de comunidad, barrio, o familia. En general, dichas normas están orientadas a la preservación de las costumbres.

No obstante, Shelat, Hihoriya y Kumbar (2012) sostienen que las parejas están inmersas en un nuevo sistema de sexualidad que otorga más libertades a las mujeres en cuanto a las decisiones sobre su propio cuerpo. Sin embargo, tal contexto parece estar mediado por las normas de grupo ya que un incremento en las creencias religiosas propicia una disminución de las normas y un aumento en las intenciones de relaciones sexuales. Por ello, es menester asumir que el contexto socioeconómico, político y social puede incidir sobre los individuos, pero son los grupos de referencia o pertenencia los que dictan las decisiones en materia de sexualidad.

Sin embargo, el presente estudio no especificó las relaciones de dependencia entre las libertades, oportunidades, capacidades y responsabilidades que las esferas políticas, económicas o sociales les otorgan a los individuos en referencia al ejercicio de su sexualidad. Por ello, es indispensable incluir en el modelo las variables que permitan comprender la incidencia de las políticas públicas, así como de las estructuras económicas y sociales sobre las decisiones de relaciones sexuales y la práctica abortiva inducida.

En tal sentido, el estudio de González (2000) resulta fundamental ya que la presión grupal y conyugal son determinantes de la solicitud de interrupción del embarazo. En el presente trabajo, las normas de la familia y los amigos fueron las variables explicativas de las decisiones de sexo consensual, empero la presión de la pareja sexual no fue incluida como una variable en el modelo de relaciones de dependencia. La inclusión de la opinión masculina en la sexualidad femenina resultaría fundamental para contrastarla con otras latitudes en las que los hombres delegan en las mujeres su protección sexual ante un probable embarazo. Se trata de una tradición que explica la propensión al futuro de la pareja, pero que deja al descubierto las desigualdades culturales que atraviesan las relaciones de género. Es necesario, entonces, contrastar los usos y costumbres de

sociedades patriarcales que delegan las decisiones de protección, embarazo o aborto a las mujeres y excluyen la opinión de los varones con la finalidad de preservar a la organización familiar.

Por último, las relaciones de dependencia entre normas y decisiones de sexo consensual permiten socavar la exclusión de valores y creencias en los programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como de planificación familiar, los cuales están encaminados a la preservación de la especie humana y los recursos que necesitará para resguardar las tradiciones y libertades por las que parecen transitar los sistemas económicos, políticos y sociales. La inclusión de normas colectivistas en las estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva permitirá establecer criterios de intervención ya no sólo desde las necesidades económicas, emocionales o sexuales de las parejas, sino desde sus acciones orientadas al presente o al futuro.

Referencias

- Cabezas, E., Langer, A., Álvarez, L. y Bustamante, P. (1998). Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública de México*, 40, 265-272
- Calderón, J. y Alzamora, L. (2009). Factores de pareja y grupales relacionados al aborto provocado en mujeres adolescentes. *Scientia*, 1, 110-116
- Chávez, M. y Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14, 137-151.
- Desta, B. y Regassa, N. (2011). On emergency contraception among female students of Haramaya University, Ethiopia: surveying the level of knowledge and attitude. *Educational Research*, 2, 1106-1117
- Fernández, M., Carrillo, F., Leal, M., Carrillo, I., Carrillo, E., Lozano, M., ... Pastor, L. (2010). Una aproximación al aborto e inmigración en España. El valor socioeconómico de la vida humana. *Cuadernos de Bioética*, 21, 313-327
- Galvao, L., Díaz, J., Osis, M., Clark, S. y Ellerston, C. (2000). Anticoncepción de emergencia: conocimientos, actitudes y prácticas de ginecobstretas. *Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar, Número especial*, 1-5

- García, S., Lara, D. y Goldman, L. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica Mexicana*, 139, 91-104
- González, H. (2000). Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Frontera Norte*, 12, 65-85
- Lara, H. (1987). Premisas socioculturales, planificación familiar y aborto. *Revista Sonorense de Psicología*, 1, 26-36
- Obeichina, J., Mbamara, U., Ugboaja, O., Ogelle, O. y Akabuike, C. (2010). Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among studies in tertiary schools in Anambra State Southeast Nigeria. *International Journal in Medicine and Medical Science*, 2, 1-4
- Oduwole, E. (2010). Personhood and abortion: an African perspective. *Lumina*, 21, 1-10
- Olaitan, O. (2011). Attitudes university studies toward abortion in Nigeria. *Journal of Neuroscience and Behavioral Health*, 3, 74-69
- Petracci, M. (2011). Opiniones y representaciones sociales de varones sobre el aborto en Buenos Aires, Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 8, 10-35
- Piaroza, R., Kazembe, A., Maluwa, A., Chirwa, E. y Chimango, J. (2012). Psychological distress among adolescents before, during and after unsafe induced abortion in Malawi. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, 2, 29-36
- Ramírez, C. (2000). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en profesores de educación secundaria. *Revista Sonorense de Psicología*, 13, 47-54
- Rodríguez, G. y Mayol, V. (2011). Actitud de los hombres adolescentes ante el embarazo en la adolescencia. *Evidencias en Pediatría*, 7, 1-4
- Salazar, H. (2007). Conductas, conocimientos y actitudes de estudiantes adolescentes de zonas urbanas de las ciudades frente a los métodos anticonceptivos. *Revista de Psicología Herediana*, 2, 34-44.
- Sánchez, G., Jiménez, F. y Merino, V. (1999). *Escala de actitud sexual. Análisis estadístico de la adaptación castellana* [VII Conferencia Internacional de Evaluación psicológica: Formas y Contextos]. Portugal: Universidad do Minho.
- Serrano, M. (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 Quirúrgica*, 16, 215-220
- Shelat, P., Hihoriya, M. y Kumbar, S. (2012). Knowledge and attitude towards the use the use of emergency contraceptive pills among college students. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 1, 77-84
- Silva, M., Ashton, T. y McNeil, R. (2011). Improving termination of pregnancy services in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 124, 83-90
- Sultan, A. y Malik, R. (2010). Emergency contraceptive pills: exploring to knowledge and attitudes of community health workers in a developing Muslim country. *North American Journal of Medical Sciences*, 2, 359-364
- Tapia, A., Villaseñor, M. y Nuño, B. (2008). Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, 33-41
- Tavara, L. y Sacsá, D. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecobstretas en relación al aborto*. Lima: Promsex
- Viveros, M. y Navia, A. (2012). El lugar de las masculinidades en la decisión de aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 12, 135-163Apéndices

Apéndice A

Estado del arte

Año	Autor	Resultados
1987	Lara	Demostó diferencias entre hombres y mujeres respecto al aborto inducido. El 50% de las mujeres y el 18% de los hombres aceptaron la práctica abortiva inducida. También, encontró diferencias significativas con respecto al ámbito de trabajo.
1998	Cabezas, Langer, Álvarez y Bustamante	Establecieron diferencias significativas entre las características sociodemográficas y el aborto inducido. Respecto a la edad, encontraron diferencias entre mujeres menores de 20 años, entre 20 y 25 años y mayores de 25 años con respecto al aborto inducido. En torno al nivel de estudios, establecieron diferencias significativas entre quienes terminaron la primaria, secundaria, preparatoria y universidad con respecto al aborto inducido. También se encontraron diferencias significativas entre mujeres casadas, solteras y en unión libre, con respecto al aborto provocado. Respecto a la ocupación, también se encontraron diferencias significativas entre quienes son profesionales, obreras, estudiantes, o amas de casa en torno a la práctica del aborto. Finalmente, la edad al momento de tener una relación sexual (menos de 20 años, entre 20 y 24 años, y más de 24 años), también influyó en la práctica abortiva.
1999	Sánchez, Jiménez y Merino	Encontraron una actitud positiva hacia el aborto legal asistido y la práctica de aborto inducido o asistido por personal médico de alguna institución o dependencia de salud. Establecieron diferencias significativas por disciplinas de conocimiento con respecto a la práctica abortiva inducida.
2000	González	Principalmente, el aborto inducido se lleva a cabo en lugares socioeconómicamente vulnerables, marginales o excluidos, en donde la población más joven presenta una tasa superior, en comparación con los demás estratos económicos y poblaciones. Respecto a los conocimientos y las actitudes hacia la práctica abortiva inducida, se observa una tendencia conservadora respecto a la responsabilidad de practicarse un aborto. En este sentido, la situación económica y la presión conyugal o familiar son determinantes del aborto inducido.
2000	Galvao, Díaz, Osis, Clark y Ellerston	Encontraron que 75.4% del personal médico recetó un método de anticoncepción de emergencia; en la muestra de especialistas encuestados, el 42.8% recetó la píldora de anticoncepción de emergencia en una situación de riesgo.
2000	Ramírez	Encontró que el 22% de los hombres encuestados consideró que el aborto es un tema esencial de la sexualidad. En contraste, el 77% de las mujeres identificó al aborto como la principal problemática en torno a su sexualidad.
2003	García, Lara y Goldman	Encontraron que el 54% de la muestra considera que la opinión de las mujeres debe ser escuchada en torno a la práctica abortiva inducida. El 34% cree que las mujeres abortan por irresponsables; el 56% considera que las instituciones de salud deben ofrecer la asistencia de aborto hasta el primer trimestre de gestación. Finalmente, el 85% considera que el aborto inducido está justificado si la mujer corre un gran riesgo de salud.

Año	Autor	Resultados
2007	Salazar	Encontró que la actitud hacia el aborto es semi-liberal, con un 66.2%; según el 26.2%, la actitud es semi-conservadora. En promedio, la muestra tuvo su primera experiencia sexual a los 19 años; en esta edad, también consideran que prefieren utilizar algún preservativo para evitar embarazos no deseados.
2008	Tapia, Villaseñor y Nuño	Encontraron una actitud favorable hacia la anticoncepción de emergencia. El 95% de la muestra declaró haber escuchado el método de anticoncepción de emergencia y el 80% lo consideró adecuado. Este mismo porcentaje consideró que las píldoras son un método de planificación adecuado. En general, las mujeres tuvieron mayores razones para evitar un embarazo no deseado, en comparación con los hombres.
2008	Tavara y Sacsa	Establecieron diferencias significativas entre las características sociodemográficas y los conocimientos sobre el aborto inducido. Edad, estado civil y experiencia laboral, fueron estadísticamente significativos, en relación al conocimiento sobre el aborto inducido. El legrado uterino fue el método abortivo más mencionado en las entrevistas.
2009	Calderón y Alzamora	Encontraron una relación directa entre el consumo de licor por parte del grupo de amigos y las mujeres que abortaban. El 65% de la muestra de mujeres que abortaron tenía una amistad que consumía alcohol frecuentemente, y el 41% de las mujeres casadas tenía algún amigo que consumía alcohol frecuentemente. El 46% de las parejas en situación de embarazo reconoció que su relación se tornó molesta luego de la prueba positiva de embarazo, el 15.5% se separó y sólo el 2.6% formalizó su relación.
2009	Chávez, Petrzelova y Zapata	Demostraron la actitud desfavorable hacia la práctica abortiva como consecuencia de la primera relación sexual y el consecuente embarazo no deseado. Cerca del 26% de la muestra encuestada declaró usar un instrumento o dispositivo para prevenir el embarazo. El 70% recibió información de sus familiares, el 97% conoció los preservativos, el 89% tenía información sobre enfermedades de transmisión sexual, el 51% consideró a las relaciones homosexuales como anormales, el 41% estableció la mayoría de edad como ideal para iniciar la vida sexual, el 18% manifestó que iniciaría sus relaciones sexuales después del matrimonio, pero el 18% tuvo su primera relación a los 16 años, el 25% reconoció haber sido presionado por sus amistadas a tener relaciones sexuales, el 31% declaró que sus padres verían mal el que tuviera relaciones sexuales, el 49% señaló que respetarían las reglas sobre sexualidad de sus padres, el 38% consideró que podía quedar embarazada en su primera relación sexual, y el 18% tuvo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol.
2010	Fernández, Carrillo, Leal, Carrillo, Carrillo, Lozano, Fernández y Pastor	Sólo en los casos en los que el aborto implica un peligro de muerte o trastorno postraumático, la decisión es justificable. Encontraron que el rango de edad en el que más se practican abortos es entre los 26 y los 30 años (19%). El 16% se ve obligado a abortar por la presión de la pareja, la familia, o una mala situación económica.
2010	Obeichina, Mbamara, Ugboaja, Ogelle & Akabuike	En contraste, la solicitud de interrupción del embarazo por irresponsabilidad o impericia anticonceptiva es estigmatizada. En este sentido, son inherentes estados depresivos derivados de la decisión o la práctica abortiva en mujeres con un compromiso suscrito.

Año	Autor	Resultados
2010	Oduwole	A medida que el compromiso con su pareja se prolonga, la elección de pareja es más evidente sobre las intenciones impersonales o unilaterales.
2010	Sultan y Malik	Al respecto, los estudios en torno a conocimientos y actitudes relativas al uso de dispositivos anticonceptivos del personal de salud es significativamente diferente a lo esbozado por la opinión pública.
2011	Serrano	La anticoncepción de emergencia fue el instrumento idóneo para prevenir embarazos no deseados; la frecuencia de prescripción de la píldora aumentó el 20%. Demostró un incremento de los conocimientos sobre la prescripción abortiva de emergencia, en relación con los años de residencia médica. En la medida en que el tiempo de residencia se incrementaba, se observaba un mayor porcentaje de conocimientos sobre la prescripción abortiva de emergencia. Hombres y mujeres evalúan maternal o paternalmente a su pareja, según sea el caso. Una evaluación positiva implica decisiones compartidas. En cambio, una autoevaluación negativa determina una decisión delegada a la pareja.
2011	Desta & Ragassa	En la esfera privada, las investigaciones han encontrado representaciones ambivalentes: opinión a favor de la despenalización del aborto y en contra de la práctica abortiva a través del inadecuado uso de anticonceptivos.
2011	Olaitan	Las diferencias existentes entre hombres y mujeres respecto al sexo consensuado, anticoncepción y aborto inducido, suponen el uso de dispositivos como instrumento de anticoncepción si las relaciones son ocasionales e infrecuentes.
2011	Petracci	En los casos opuestos, el coito interruptus es la práctica sexual más prevaleciente en hombres con un compromiso afectivo significativo.
2011	Rodríguez y Mayol	Las decisiones de embarazo están sustentadas en criterios que determinan la indolencia o el apoyo hacia la práctica abortiva.
2011	Silva, Ashton & McNeil	En general, una relación percibida como externa a los intereses y propósitos personales incrementa las posibilidades de delegar la decisión en la mujer.
2012	Piaroza, Kazembe, Maluwa, Chirwa & Chimango	El aborto está definido por el tipo de relación, duración, solidez, expectativas y economía.
2012	Viveros y Navia	No obstante, la decisión de embarazo también está influida por la evaluación de la relación, que al ser calificada como poco seria, incentiva la práctica abortiva.
2012	Shelat, Hihoriya & Kumbar	El proceso que va de impericia anticonceptiva hasta la práctica abortiva implica también una dimensión pública en la que los hombres se manifiestan por la libertad de decisión de las mujeres para interrumpir o no el embarazo.

Apéndice B

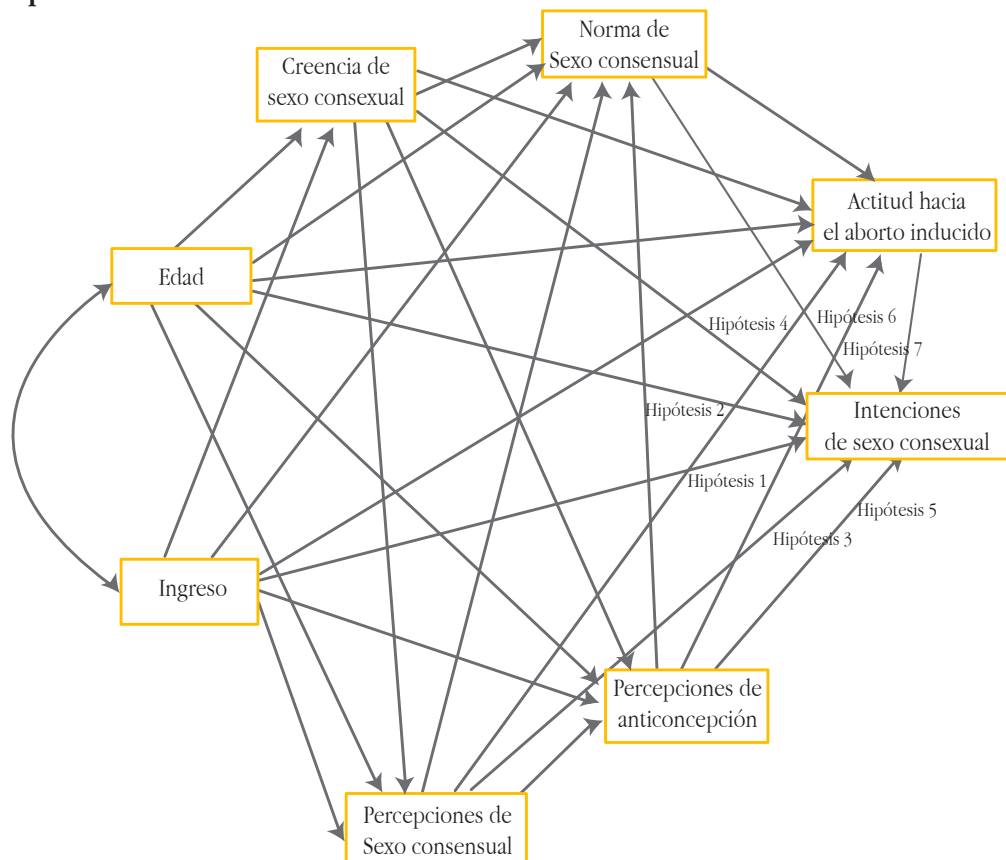
Factores socio-demográficos, psicosociológicos y sexuales

Indicadores	Aversión al pasado/futuro o propensión al presente	Propensión al pasado/futuro o aversión al presente
Localidad	Las urbes son más propensas que las comunidades a seguir sus emociones ya que ello supone el ejercicio de sus libertades, oportunidades, capacidades y responsabilidades.	Las comunidades buscan preservar sus tradiciones y; por ello, son más proclives que las urbes a seguir sus tradiciones y costumbres.
Educación	Quienes tienen escasos estudios son el blanco de influencia del consumismo, indicador de la propensión al presente. Por el contrario, quienes tienen un capital académico superior al promedio poseen plena conciencia de los límites del crecimiento y se muestran desesperanzados. Por ello, siguen sus emociones como una respuesta inmediata a la información a la que tienen acceso.	Los individuos con estudios básicos o medios se muestran más optimistas que los profesionales, ya que la ignorancia relativa a crisis económicas, ambientales o sociales les permite individualizar sus expectativas. Por ende, son propensos a compartir sus prioridades o intenciones.
Ingresos	Quienes tienen ingresos menores al promedio se ven obligados a consumir los productos que pueden ser comprados con sus ingresos, restando importancia al ahorro y la planificación del consumo. Por el contrario, quienes tienen ingresos mayores al promedio, también tienen mayores probabilidades de elección; sin embargo, tienden a reducir su consumo a ciertos productos relacionados con su estatus.	Los individuos que tienen ingresos promedios ven reducidas sus expectativas de consumo, pero encuentran mayores posibilidades de diversificar su consumo ya que la mayoría de los productos está al alcance de sus bolsillos.
Valores	Las personas individualistas están más lejanas a la planificación ya que ello implica un cálculo de costos y beneficios en los que la interrelación con los otros determina sus actos imprevistos.	Las personas colectivistas, al estar afiliadas a un grupo, tienden a ajustar sus principios a la preservación de las tradiciones.
Creencias	Las personas antropocéntricas, que consideran a los recursos para uso exclusivo de la humanidad, tienden a consumirlos, sin importar las oportunidades de las generaciones futuras.	Los individuos ecocéntricos plantean la conservación de los recursos, asumiendo que las demás especies tienen derecho a su consumo o disfrute.
Actitudes	Las personas construyen actitudes de orden afectivo que corresponden a las situaciones que se les presentan. De este modo, las emociones son una consecuencia de sus percepciones de riesgo en las que la inconmensurabilidad e impredecibilidad de los eventos las orilla a desarrollar afectos que luego pueden transformarse en razonamientos. Pero, la información sesgada e incompleta sólo les permite elaborar procesos periféricos a los fenómenos que les amenazan.	Los individuos que desarrollan actitudes racionales alcanzan, con la información que pueden recopilar y contrastar, ideas relativas a costos y beneficios que los orientan a tomar decisiones para un futuro próximo.
Decisiones	La toma de decisiones se lleva a cabo asumiendo que la información es limitada y; por ende, el margen de error es amplio. Como tal situación aparece, entonces la elección se lleva a cabo de un modo heurístico, en donde la experiencia con otros fenómenos orienta de un modo automático la decisión.	El procesamiento de información es deliberado ya que al reunir información mínima, la decisión se orienta por procesos inductivos.

Indicadores	Aversión al pasado/futuro o propensión al presente	Propensión al pasado/futuro o aversión al presente
Comportamientos	Se trata de acciones improvisadas en las que los riesgos son más frecuentes que una serie de pasos a seguir. En este sentido, las conductas de riesgo son una consecuencia de asociar símbolos, significados y sentidos orientados a interpretar las problemáticas sociales, reduciéndolas a las libertades individuales.	Acciones deliberadas que se ajustan a una ideología o estructura en la que sus integrantes buscan transformar libertades para diversificar sus oportunidades, capacidades y responsabilidades.
Identidad	La identidad de género masculina está más cercana al disfrute de los recursos, la emergencia de emociones, las decisiones imprevisas y los comportamientos automáticos.	La identidad de género femenina está más orientada a la preservación de los grupos, ya que pesa sobre ella la encomienda de su desarrollo.
Coito	Las relaciones sin protección, con una o diferentes parejas, están imbricadas en la libertad de elección y; por ende, en la ausencia de compromiso.	Las relaciones protegidas, con una o diferentes parejas, se asumen como parte de una etapa del desarrollo humano, la cual depende del autoconcepto y la evaluación de la relación de pareja.
Aborto inducido	El aborto inducido clandestinamente es asumido como un instrumento de corrección de errores, mas no del estilo de vida que lo ocasionó.	El aborto inducido legalmente es un recurso de las parejas ante situaciones de precariedad o prosperidad.

Apéndice C

Modelo hipotético



Apéndice D

Modelo estructural de los determinantes psicosociales de la intención de sexo consensual

