

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Religiosidad, sexismo ambivalente, estigma y actitudes sobre el aborto inducido: un estudio comparativo entre Lima y Barcelona

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología:

Lilia Milagros Cajas Alvarado

Asesora:

Noelia Rodríguez Espartal

Lima, 2022

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Noelia Rodríguez Espartal,

docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia

Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado

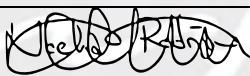
Religiosidad, sexismo ambivalente, estigma y actitudes sobre el aborto inducido: un estudio comparativo entre Lima y Barcelona

del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as) Lilia Milagros Cajas Alvarado

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 7%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 28/02/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 28 de febrero de 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	
Rodríguez Espartal, Noelia	
DNI (CE): 001296115	Firma 
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8540-241X	

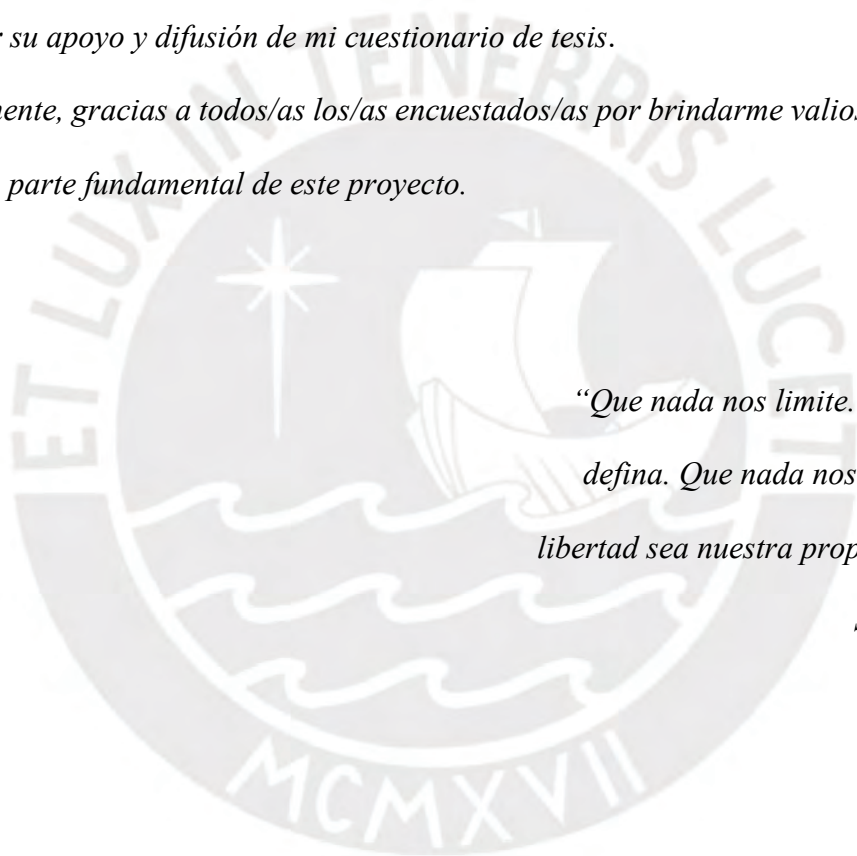
Agradecimientos

Agradezco a mi familia por su apoyo y confianza constante. Gracias por siempre alentarme, les dedico este logro.

A mi asesora, Noelia Rodríguez Espartal, gracias por confiar en mí, guiarme y apoyarme en el trayecto de la tesis.

También, agradezco a mis amigas/os, compañeros/as y profesores/as de Lima y Barcelona por su apoyo y difusión de mi cuestionario de tesis.

Finalmente, gracias a todos/as los/as encuestados/as por brindarme valiosos minutos de su tiempo, son parte fundamental de este proyecto.



“Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos sujete. Que la libertad sea nuestra propia sustancia.”

S. de Beauvoir

Resumen

Religiosidad, sexismo ambivalente, estigma y actitudes sobre el aborto inducido: un estudio comparativo entre Lima y Barcelona

La presente investigación tuvo como objetivo examinar la relación entre las actitudes y el estigma sobre el aborto, el sexismo ambivalente y la religiosidad en las ciudades de Lima y Barcelona. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo que contó con 214 participantes de Lima y 115 de Barcelona. Los resultados muestran que existen relaciones directas y significativas entre las actitudes “pro-vida” con las demás variables estudiadas en ambas ciudades. Mientras que las actitudes “pro-elección” presentan relación inversa con estigma hacia el aborto, sexismo ambivalente y religiosidad.

Además, se observaron diferencias significativas entre el sexismo ambivalente, las actitudes y el estigma hacia el aborto según la ciudad, presentándose mayores niveles de actitudes “pro-vida”, sexismo ambivalente y estigma hacia el aborto en Lima que en Barcelona. En contraste, Barcelona presentó mayores niveles en actitudes “pro-elección”. Asimismo, se encontraron diferencias significativas según el sexo de las y los participantes.

Palabras claves: *actitudes y estigma hacia el aborto, sexismo ambivalente y religiosidad.*

Abstract

Religiosity, ambivalent sexism, stigma, and attitudes about induced abortion: a comparative study in Lima and Barcelona

The present study aimed to examine the relationship between abortion attitudes and stigma, ambivalent sexism and religiosity in both Lima and Barcelona. For this reason, a quantitative study was conducted with 214 participants from Lima and 115 from Barcelona. The results show that there are direct and significant relationships between “pro-life” attitudes and the other variables mentioned in both cities. “Pro-choice” attitudes were inversely related to abortion stigma, ambivalent sexism, and religiosity.

In addition, there are significant differences between ambivalent sexism, attitudes, and stigma towards abortion according to the city. Participants in Lima had higher levels of "pro-life" attitudes, ambivalent sexism, and abortion stigma than respondents in Barcelona. In contrast, Barcelona presents higher levels of "pro-choice" attitudes. Furthermore, significant differences were found according to sex.

Keywords: *attitudes and stigma towards abortion, ambivalent sexism and religiosity.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción	1
2. Método	15
2.1 Participantes.....	15
2.2 Medición.....	16
2.3 Procedimiento.....	20
2.4 Análisis de datos	21
3. Resultados	23
4. Discusión	31
5. Referencias	39
6. Apéndices	53
6.1 Apéndice A: Consentimiento informado adaptado a contextos virtuales.....	53
6.2 Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos.....	54
6.3 Apéndice C: Cuestionario ad hoc con casos de aborto inducido.....	56
6.4 Apéndice D: Descriptivos de las escalas utilizadas en Lima y Barcelona	59

Introducción

El aborto se define como la interrupción de un embarazo durante las primeras veintidós semanas de gestación. En este período el óvulo fecundado aún no presenta la capacidad de sobrevivir y mantenerse con vida por sí mismo (Baeza y Schmitt-Fiebig, 2015). Según sus causas, el aborto puede ser clasificado en espontáneo e inducido (Pitilin et al., 2016; Tobasía et al., 2019).

En cuanto al aborto inducido, o también denominado voluntario, se caracteriza por interrumpir el embarazo de manera artificial, mediante procedimientos quirúrgicos o medicamentos (Donoso y Vera, 2016). De acuerdo con Bearak et al. (2020) entre 2015 y 2019 ocurrieron 73.3 millones de abortos inducidos al año a nivel mundial, en mujeres en el rango de edad de 15 a 49 años, que habían tenido embarazos no deseados. Es importante mencionar que algunos autores consideran que el aborto inducido es un derecho, mediante el cual se respeta la autonomía de las mujeres, ya que ellas pueden culminar con un embarazo no deseado y ejercer decisión sobre sus propios cuerpos (Campoverde y Solíz, 2017; Jaime y Valdivia, 2020).

Sin embargo, a nivel mundial el aborto inducido se encuentra dentro de un continuo entre una completa legalidad hasta una total ilegalidad, dependiendo de la legislación y políticas de cada país. De hecho, 590 millones de mujeres en edad reproductiva se encuentran en países donde el aborto es permitido en cualquier circunstancia. Algunos de estos países son Estados Unidos, Canadá o España (Center for Reproductive Rights, 2020). Según Jaime y Valdivia (2020) el aborto se concibe como un derecho sexual y reproductivo inherente a las mujeres en los países donde se encuentra completamente permitido.

En cuanto a los beneficios del aborto legal, se reconoce que influye en las prácticas de abortos seguros, en los cuales se utilizan métodos y protocolos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); asimismo, el personal de salud a cargo se encuentra entrenado y calificado para realizar este procedimiento (Monteverde y Tarragona, 2019). En otras palabras, la legalización del aborto permite el acceso a servicios de salud sexual confiables, confidenciales y de calidad (Jaime y Valdivia, 2020).

En consecuencia, puede generar un impacto positivo en la salud de las mujeres (Alcaraz, 2019). En efecto, la OMS (2014) afirma que las mujeres que tuvieron abortos seguros tienen más probabilidades de no presentar efectos negativos en su salud reproductiva, mental o física a largo plazo. Evidencia de ello es la reducción de la morbilidad materna; por ejemplo, desde la legalización del aborto en Uruguay en el año 2012, se redujeron de 37% a 8% las muertes como consecuencia de este procedimiento (Alcaraz, 2019). En relación al impacto psicológico en contextos donde el aborto es legal, Barraza y Calvo (2018) concluyen, a través de una

investigación con mujeres españolas que optaron por un aborto inducido, que la mayoría de ellas percibían un cambio positivo, específicamente una percepción de crecimiento personal, lo cual se relacionaba con las características personales y contextuales, como el apoyo recibido durante y después del aborto.

Ahora bien, a pesar de la legalidad del aborto, en algunos países puede no concretarse ante el pedido de las mujeres, quedándose sin una atención oportuna, lo cual se relaciona con la objeción de conciencia del personal médico (Rostagnol, 2014). En ese sentido, la objeción de conciencia se evidencia cuando dicho personal no realiza el aborto, con base en sus valores éticos o su religión (Marshall y Zuñiga, 2020).

Existe controversia alrededor de la objeción de conciencia ya que, por un lado, se trata de comprender y respetar las creencias y posturas del personal médico; sin embargo, esta decisión podría restringir el derecho de las mujeres a realizarse un aborto eficaz y oportuno (Junga, 2020; Vega y Ramirez-Pereira, 2020). Asimismo, el considerar a la objeción de conciencia como un derecho, en algunos países podría difuminar la independencia entre la religión y la política (Fleming et al., 2020) ya que, como se mencionó anteriormente, la objeción se podría basar en concepciones religiosas (Vega y Ramirez-Pereira, 2020).

Es así que Autorino et al. (2020) encontraron que, en Italia, a pesar de que el aborto es gratuito y legal, el 71 % de ginecólogos/as en el año 2016 no realizaron este procedimiento, debido a la objeción de conciencia. En consecuencia, las mujeres italianas no podían ejercer el derecho al aborto de manera eficaz, ya que el personal médico al negarse a realizarles este procedimiento no les brindaba un documento, que era requisito para continuar con el aborto. Además, ante dicha situación, algunas mujeres optaron por trasladarse a otra región, lo cual incluía mayores gastos económicos. En esa línea, mujeres con menores recursos económicos se encontraban en un estado de mayor vulnerabilidad al no poder viajar a otra región y ejercer su derecho. Por lo cual, la objeción de conciencia, en general, podría ser un obstáculo para la paciente, pues el personal médico podría no implicarse en procedimientos importantes y decisivos en la vida de las pacientes (Weiner, 2020), como es el caso del aborto.

Por otra parte, existen países donde el aborto es ilegal en cualquier circunstancia; específicamente 90 millones de mujeres en edad reproductiva residen en países con dicha legislación. Asimismo, 330 millones de mujeres se encuentran en países donde el aborto es ilegal, pero es permitido por motivos terapéuticos o cuando la vida de la mujer se encuentra en riesgo, entre los países con esta legislación se encuentra Perú (Center for Reproductive Rights, 2020). Concretamente el Código Penal peruano establece que cualquier persona que realiza u opta por el aborto puede ser detenida y arrestada, pero las únicas excepciones son si se tiene como fin el

salvar la vida de la mujer o es para evitar un problema de salud (Ley 26842, 2014). Es así que existe una Guía Técnica Nacional para el procedimiento del aborto en dichos casos (o llamado aborto terapéutico), mediante la cual se considera que se debe brindar información a la mujer con la finalidad de que pueda decidir si desea realizarse un aborto (Ministerio de Salud [MINSA], 2016). Sin embargo, en el año 2022, un partido político se encuentra en contra de dicha guía, frente a ello la Defensoría del Pueblo (2022) considera que la guía es importante para que no se vulnere la integridad, los derechos humanos y la vida de las mujeres.

Se debe mencionar que, las mujeres en el Perú, a pesar de la ilegalidad, pueden recurrir a un aborto por diferentes razones (M. Olivera, comunicación personal, 4 de diciembre, 2020). Algunas de las razones son: tener miedo a los padres y las madres cuando aún dependen económicamente de ellos/as; no encontrarse con una pareja estable; tener ingresos económicos insuficientes para ser responsables de un hijo/a; tener muchos hijos/as; no desear tener un hijo/a producto de una violación; considerar que no es un momento oportuno para tener hijos/as (Romero, 2002), pues podría afectar metas académicas o personales; no querer ser madres, entre otras razones (M. Olivera, comunicación personal, 4 de diciembre, 2020).

Ante estos diferentes escenarios, como mencionan Beavin et al. (2019) la ilegalidad del aborto en el Perú trata a los cuerpos y a las decisiones de las mujeres como objetos criminales. De hecho, las mujeres pueden ser humilladas en interrogatorios o no les brindan una atención médica adecuada en hospitales, después de optar por un aborto (O'Neil, 2018). Además, se atenta contra su libertad reproductiva y su autodeterminación, pues no se les permite decidir si quieren tener hijos/as o sobre la cantidad (Ortiz, 2014). Por lo cual, se les estaría imponiendo una maternidad forzada (Sebastiani, 2018).

También, la penalización del aborto causa diversas consecuencias como son las prácticas de abortos inseguros que se realizan por medio de procedimientos quirúrgicos peligrosos y en condiciones precarias (OMS, 2011). De hecho, usualmente se practican por personal no entrenado o sin instrumentos pertinentes para realizar el procedimiento (Marván et al., 2018). Por consiguiente, puede generar en las mujeres problemas de salud física como hemorragias, infecciones, entre otros (OMS, 2017; OMS, 2020). Incluso, en ocasiones, los abortos inseguros y clandestinos pueden provocar muerte materna. En efecto, a nivel mundial los abortos inseguros son la causa de la muerte de 47 mil mujeres al año (OMS, 2012).

Respecto al Perú, el 44.7% de las muertes de las mujeres embarazadas en el año 2018 se deben a diversas causas directas en el embarazo, el 40 % de dicho porcentaje representa a las muertes por aborto y las complicaciones de este (Ministerio de Salud [MINSA], 2018). En el año 2020, la cifra de muerte por causas directas fue 56.6%, pero de dicho porcentaje solo 2.7 % se

relacionan al aborto y sus complicaciones (MINSA, 2021). Sin embargo, esta disminución es contradictoria con lo mencionado por la Defensoría del Pueblo (2021) quienes consideraron que en el contexto actual de pandemia se ha brindado mayor prioridad a la atención de pacientes con COVID-19, ocasionando un impacto negativo en los servicios de salud sexual y reproductiva, generando así un incremento en embarazos no deseados, abortos inseguros y muertes maternas.

En efecto, se evidencian en este período de pandemia, casos de mujeres que fallecieron por optar por un aborto quirúrgico clandestino; esto fue lo que ocurrió con una mujer en Lima que sufrió una hemorragia y posteriormente falleció como consecuencia de que un falso médico le realice un aborto en un hotel (Perú 21, 2020).

También, las muertes maternas pueden, en algunos casos, ser producto de la negligencia médica o la falta de una atención oportuna que se brinda en centros de salud a las mujeres que acuden con un aborto incompleto (M. Olivera, comunicación personal, 4 de diciembre, 2020). Además, en ocasiones puede ser producto de un suicidio, generado por las leyes restrictivas sobre el aborto (Faúndes y Padilla, 2019), algo que es importante considerar.

Otra manera de realizar el aborto en contextos ilegales, como ocurre en el Perú, es a través del uso de pastillas como el misoprostol, que presenta menor riesgo de complicaciones médicas en comparación con las intervenciones quirúrgicas (Taype y Merino, 2016). Esto se evidencia en una encuesta realizada por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX, 2018), en la cual se encontró que el 19% de 2400 mujeres peruanas encuestadas se realizaron un aborto, de las cuales el 58% utilizó intervenciones quirúrgicas y el 42 % utilizaron pastillas, de esta cantidad el 49% y el 17% de ellas fueron internadas en un centro de salud, respectivamente.

De igual importancia que las consecuencias físicas, se debe contemplar el impacto en la salud mental en las mujeres que residen en países donde el aborto se encuentra penalizado o cuando se les es negado. Esto se evidencia en un estudio realizado por Biggs et al. (2017), en el que compararon a un grupo de mujeres a quienes se les realizó un aborto inmediatamente después de solicitarlo con otro grupo a quienes se les negó en un primer momento, encontrando que este último grupo presentó inmediatamente después de la negación: menor satisfacción con la vida y mayor cantidad de sintomatología ansiosa. A nivel social, el no poder acceder a un aborto y continuar con un embarazo puede influir en que las mujeres permanezcan con parejas violentas, estando en peligro tanto ellas como sus hijos/as (Roberts et al., 2014).

Con base en todas las consecuencias mencionadas, se comprueba que la penalización del aborto no impide que este se realice, sino que genera un fuerte impacto en la salud integral de las mujeres (González, 2005; Ramón y Ariza, 2018). En efecto, la OMS (2017) estima que en

países donde el aborto se encuentra penalizado solo uno de cada cuatro abortos son seguros, por lo cual afirma que para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros los países deben instaurar políticas y leyes que proporcionen acceso a abortos legales y seguros, educación sexual integral, asesoramiento sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, entre otras medidas.

Ahora bien, no se debe ignorar que las mujeres que residen en contextos donde el aborto es ilegal como en el Perú, pueden realizarse abortos bajo diferentes circunstancias; en esa línea, las personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad son aquellas que no pueden cubrir un aborto quirúrgico en condiciones seguras. Caso contrario, mujeres con mayores recursos pueden acceder a abortos seguros en servicios médicos o clínicas privadas clandestinas (Jaime y Valdivia, 2020; OMS, 2020). Incluso, si optan por un aborto mediante medicamentos como el misoprostol, las mujeres con menores recursos económicos pueden no acceder a estos, debido a que su precio es elevado, ya que se vende mayormente en servicios clandestinos (Merino-García et al., 2015). Por lo tanto, se puede considerar que en un contexto donde el aborto es ilegal, el acceder a este procedimiento se convierte en una cuestión de privilegios. En ese sentido, Ortiz (2014) menciona que la penalización del aborto puede discriminar y acentuar las desigualdades sociales.

Teniendo en cuenta las consecuencias antes mencionadas y el contexto de ilegalidad del aborto, agrupaciones feministas realizan en diferentes países de América Latina manifestaciones como el “pañuelazo”, las cuales tienen como finalidad luchar por un aborto seguro y legal (Felitti y Ramirez, 2020). De hecho, el aborto legal, seguro y gratuito es una de las principales demandas en las agendas feministas en la actualidad (Amarillo, 2020).

Por ejemplo, la promulgación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo el 14 de enero de 2021 en Argentina, estuvo mediada por la lucha de movimientos feministas como la “Marea Verde” que se encuentra a favor del aborto inducido (Plazas, 2021). Es importante mencionar que otros factores como el apoyo del presidente y el cambio de posición de legisladores/as influyeron en la promulgación de la ley (Pardo, 2020).

Otra de las acciones de agrupaciones feministas, en contextos donde el aborto es ilegal, es ofrecer por vía telefónica, blogs, o redes sociales información a las mujeres sobre el uso del misoprostol para la realización de un aborto seguro. De igual forma, les explican los posibles efectos secundarios de este medicamento, incluso les brindan estrategias para evitar que doctores/as las denuncien en el caso que acudan a un centro de salud (Heidari, 2016). De hecho, en una investigación realizada por Mosseson et al. (2020) en países latinoamericanos donde el aborto es ilegal, encontraron que redes feministas brindaban apoyo informacional a personas que

se realizaban abortos por medio de medicamentos, con la finalidad de que este sea seguro, eficaz y acompañado.

También, se debe indicar que las redes feministas brindan apoyo emocional a las mujeres en países donde el aborto es ilegal. Por ejemplo, cuando aún en Argentina el aborto era ilegal un grupo feminista, llamado Socorristas en Red, brindaba tanto apoyo informacional como emocional a mujeres que abortaban (Zurbriggen et al., 2018). Según Zurbriggen (2020) las mujeres que percibían apoyo y compañía por parte de dicho grupo durante este procedimiento se sentían protegidas, contenidas y no juzgadas. En ese sentido, el apoyo tanto emocional como informacional es fundamental durante el aborto (Mercedes et al., 2005).

Respecto al Perú, una colectiva peruana llamada “Serena Morena” brinda apoyo informacional y acompañamiento a mujeres en situación de aborto. En cuanto al apoyo informacional, este consta en difundir material comunicacional sobre los protocolos y las medidas establecidas por la OMS para un aborto seguro. Con relación al acompañamiento emocional, este se brinda ante el pedido de algunas mujeres, ya que se sienten juzgadas por personas de su entorno (M. Olivera, comunicación personal, diciembre 4, 2020).

Finalmente, se debe contemplar que la ley mediante la cual se penaliza el aborto puede estar mediada por creencias sobre las leyes restrictivas, en las cuales se considera que mediante la penalización se realizarían menos abortos pero, como se mencionó anteriormente, la evidencia indica todo lo contrario. Incluso, en países donde el aborto es legal se reducen los casos (Faundes, 2015). Además, puede relacionarse con la imposición de un código moral en la sociedad basado en creencias (Casado, 2014), concepciones morales y religiosas, y con estereotipos tradicionales impuestos a la mujer por la sociedad. De esta manera, la sociedad dictamina lo adecuado o no, en este caso al aborto como inadecuado e ilegal (Jaime y Valdivia, 2020) aunque, como menciona la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2015) la penalización del aborto es una forma de discriminación en contra de las mujeres, pues restringe su decisión sobre su salud sexual y reproductiva. Además, la penalización del aborto constituye una forma de violencia de género (Dawson y Weintraub, 2016) porque según Salles (2006) representa una opresión sexual y una subordinación impuesta a las mujeres en una sociedad sexista, ya que no se respeta su decisión de abortar o no, lo cual es producto de una reflexión profunda.

Con base en todo lo mencionado, es importante abordar una investigación sobre el aborto, desde la psicología. De esta manera, el modelo ecológico de Bronfenbrenner ha servido para entender diferentes problemáticas, entre ellas la violencia (OMS y Organización Panamericana

de la Salud [OPS], 2003). Por ello, se tratará de hacer uso de este modelo para comprender los factores que se relacionan con las actitudes individuales sobre el aborto.

Así, en el microsistema se encontrarían las relaciones con personas cercanas (amigos/as, familia y pareja) que presentan estigmas sobre el aborto o niveles altos de sexismo, lo cual se podría relacionar con las actitudes que se presenten a nivel individual. En el mesosistema estarían presentes las interacciones de dichas relaciones, en las cuales predominarían diferentes niveles de sexismo y estigma que se relacionarían con las actitudes hacia el aborto. Además, en el exosistema pueden confluir relaciones sociales formadas en la escuela, la universidad, el trabajo, el vecindario y la religión. En consecuencia, el estigma sobre el aborto o el sexismo de las personas en dichos grupos sociales, pueden generar un impacto en la persona a nivel individual. Finalmente, en el macrosistema se encuentran los roles y estereotipos de género en la sociedad, y las políticas de legalidad e ilegalidad del aborto que podrían relacionarse con las actitudes y el estigma sobre el aborto; asimismo, con el sexismo que se forma a nivel social e individual.

En este sentido, resulta importante considerar el papel de las actitudes en el abordaje de este tema. En cuanto a la definición de las actitudes, esta puede variar según el modelo teórico. Desde el modelo tridimensional, según Rosenberg y Hovland (1960, como se citó en Pratkanis y Greenwald, 1989) se considera que las actitudes son predisposiciones que median la respuesta ante determinados estímulos; asimismo, presentan en su estructura tres tipos de componentes: afectivo, cognitivo y conductual. Cada componente puede manifestarse mediante una respuesta verbal o no verbal. Es así que, dentro del componente afectivo, se pueden encontrar manifestaciones verbales de afecto y respuestas del sistema nervioso central, respectivamente. En cuanto al componente conductual, se encuentran las expresiones verbales sobre la conducta, y las acciones. Por último, en el componente cognitivo, a nivel verbal se pueden manifestar creencias acerca del estímulo, mientras que a nivel no verbal se encuentran reacciones perceptuales (Ajzen, 1989; Alvarez, 1978).

En el presente estudio, se considera a este modelo como el más adecuado para explicar las actitudes sobre el aborto, debido a la complejidad de estas. En esa línea, como se evidenció en una investigación realizada por Rye y Underhill (2020) las actitudes pueden ser evaluadas desde diferentes maneras. Es así que en dicha investigación se miden las actitudes con casos, en los cuales los/as participantes expresaron sus sentimientos de culpa, responsabilidad o simpatía hacia una mujer que busca un aborto. También, se utilizó el cuestionario de Berne (1998) que se divide en dos factores: “pro-vida” y “pro-elección”, en estos se considera al aborto como un asesinato o como una forma de ejercer el derecho a decidir, respectivamente.

Con base en todo lo anterior, dicho estudio establece cinco prototipos de actitudes: i) regulado, que considera que el aborto no debería ser ilegal, pero si regulado; ii) pro-elección, en el cual consiste en percibir al aborto como un procedimiento médico, independiente de las causas; iii) dilema, en este se considera que la mujer no debe, moralmente, optar por este procedimiento, pero se manifiesta que ella tiene la decisión final; y iv) pro-vida, en el cual el aborto es percibido negativamente, por lo cual se impone que nadie opte por este. De esta manera, los autores encontraron que en los/as estudiantes universitarios/as el prototipo que más predominaba era “pro-elección”, luego “dilema” y “regulado”, finalmente “pro-vida” (Rye y Underhill, 2020).

En contextos latinoamericanos, las actitudes sobre el aborto han sido medidas de diferentes maneras, entre las cuales se encuentra el Cuestionario sobre actitudes hacia el aborto inducido (Marván et al., 2018). Esta escala se utilizó en una investigación con estudiantes universitarios/as de México, en la cual se encontró que las actitudes que predominaban se relacionaban con considerar al aborto como un derecho; seguido de percibir a los contextos donde el aborto es ilegal como limitantes de los derechos reproductivos de las mujeres. Finalmente, una menor cantidad de participantes consideraron al aborto como inhumano e injustificado. Es importante mencionar que se evidenciaron diferencias según el sexo. Por un lado, las mujeres puntuaban más alto en reconocer al aborto como un derecho y a los contextos ilegales como restrictivos; por otro lado, los hombres puntuaban más alto en considerar al aborto como inhumano (Marván et al., 2018).

En lo que respecta al Perú, existen pocas investigaciones sobre las actitudes hacia el aborto, entre estas se encuentra la realizada por Trujillo y Sembrera (2016) con adolescentes, en los/as cuales predominaban actitudes de aceptación hacia el aborto. También, Huamaní y Serruto (2017) obtuvieron resultados similares en un estudio realizado con universitarios/as peruanos/as. Además, no encontraron diferencias según el sexo ni la edad. Por el contrario, Huaranga (2018) al realizar una investigación con mujeres, de 19 a 45 años, encontró que la mayoría de ellas presentaban una actitud de rechazo hacia el aborto.

En contraste, Mayordomo (2021) encontró en población española que las mujeres y los/as jóvenes son quienes muestran una postura más a favor del aborto inducido. En relación a las diferencias según el sexo, en una investigación, de Alvargonzález (2017), con estudiantes universitarios/as españoles/as no se encontraron diferencias significativas en las actitudes.

Es importante mencionar que las actitudes sobre el aborto se han visto como predictoras del estigma hacia las personas que optan por este procedimiento, tanto en contextos donde el

aborto es legal como ilegal (Mosley et al., 2018). En esa línea, se considera relevante abordar el papel del estigma en la presente investigación.

El estigma es una construcción social que genera un señalamiento negativo hacia una persona al presentar una característica específica (Villa et al., 2017). En esa línea, según Goffman (1968, como se citó en Slattery, 2003) el estigma es cualquier atributo psicológico o social que puede devaluar la identidad social de una persona. En consecuencia, la persona estigmatizada se encuentra en un estado de mayor vulnerabilidad, debido a que su identidad es percibida con base en estereotipos desacreditadores; es decir, no se reconoce su identidad real (Goffman, 2017). De hecho, mediante el estigma se deshumaniza a las personas, lo cual se relaciona con la discriminación hacia ellas y la reducción de sus oportunidades (Goffman, 1963). En efecto, según Quiles del Castillo y Morera (2015) para que se instaure el estigma hacia otra persona existe un proceso secuencial, en el cual se encuentran: i) el estereotipo, que son creencias sobre los otros/as; ii) el prejuicio que es la evaluación de una creencia; y iii) la discriminación. Todo ello, conlleva a la estigmatización; es decir, a la deshumanización de una persona.

Como se mencionó anteriormente, el estigma se puede instaurar hacia la mujer que aborta. La construcción de este estigma se vincula con la percepción de este procedimiento como un evento disruptivo (Ramos, 2016) que interfiere y contradice los estándares femeninos, las normas culturales o los estereotipos de género impuestos a la mujer por la sociedad (Adesse et al., 2016). Es por ello, que según Szulik y Zamberlin (2020) el estigma se encuentra a nivel comunitario. Dicho estigma puede estar mediado por tres ideales “femeninos” impuestos por la sociedad, entre los cuales se encuentra percibir a la mujer como sujeto de fecundidad, relacionarla al rol materno, y considerar que presenta un instinto de crianza (Kumar et al., 2009).

En efecto, según Abrahms (2015) el estigma construido alrededor de la mujer que aborta se caracteriza por identificarla como promiscua, pecaminosa, cruel e irresponsable, ya que no cumple con los roles de género tradicionales. De hecho, se la etiqueta como “mala madre” por no aceptar la imposición del rol materno antes de la elección propia. También, según Patev et al. (2019) las actitudes negativas hacia el aborto se relacionan con los roles tradicionales de género, que instauran como mandato social el rol materno a las mujeres, todo en conjunto respaldaría el estigma hacia la mujer que aborta.

En países latinoamericanos, el estigma hacia el aborto no se encuentra ampliamente documentado (Makleff et al., 2019). Entre las investigaciones realizadas se encuentra la de Fernández y Brown (2019) con personal médico, quienes practicaban abortos en Argentina, cuando era ilegal. En dicho estudio se concluyó que existe estigma hacia este personal, ya que

ellos/as eran juzgados/as y calificados/as como asesinos/as, lo cual podría dar cuenta del estigma sobre el aborto a nivel comunitario.

En otro estudio realizado con este mismo personal en Uruguay, donde el aborto es legal, manifestaban que la sociedad uruguaya estigmatiza el aborto, por lo cual las mujeres que abortan prefieren mantenerlo en secreto con la finalidad de no ser rechazadas o juzgadas (Cárdenas et al., 2018). En esa línea, en otra investigación realizada por Makleff et al. (2019) con mujeres de Uruguay se evidenció que la gran mayoría de ellas se preocupaban de ser juzgadas por otras personas, lo cual podría dar cuenta del estigma a nivel comunitario. Esto sucedía incluso en mujeres que concebían al aborto como un derecho fundamental para ellas.

En países donde el aborto es legal, se evidencian estudios que muestran ambivalencia respecto al estigma; por ejemplo, en España. Por un lado, Ferrer y Solsona (2018) realizaron una investigación con mujeres españolas, donde manifestaron que de las entrevistadas ninguna comunicó que fue estigmatizada o juzgada en la clínica donde abortó.

Por otro lado, L'Associació Drets Sexuals i Reproductius (2020) manifiesta que el estigma se reproduce en la profesión del personal de salud, ya que no se enseñan procedimientos quirúrgicos actuales para realizar abortos, incluso casi no se instruye sobre los medicamentos para abortar. Finalmente, no se imparten conocimientos de cómo acompañar a las mujeres en su toma de decisiones sin imponer creencias morales.

Entonces, como se evidencia líneas previas, el estigma se encuentra en países donde el aborto es legal e ilegal, pero se debe tener en cuenta la prohibición lo puede reforzar e, incluso, incrementar (Ramos, 2015).

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, las actitudes hacia el aborto se relacionan también con el sexismo (Begun y Walls, 2015), el cual se encontraría en el microsistema. Es por ello, que es importante desarrollar este constructo.

Glick y Fiske (1996) desarrollaron la Teoría del Sexismo Ambivalente mediante la cual se define al sexismo como el prejuicio hacia la mujer que se caracteriza por ser ambivalente, como su mismo nombre lo menciona. En la presente teoría, se considera al sexismo como multidimensional, ya que se divide en dos grupos de actitudes sexistas: hostil y benevolente. Ambos tipos de sexismo presentan tres componentes: paternalismo, diferenciación de género y heterosexualidad. En ese sentido, las condiciones sociales y el género se interrelacionan con estos dos tipos de sexismo (Expósito et al., 1998).

Por un lado, el sexismo hostil (SH) hace referencia al paternalismo dominante, con base al cual se considera que el hombre debe dominar a la mujer; además, incluye la diferenciación competitiva de género que se caracteriza por reproducir y reforzar creencias de la mujer como

sujeto inferior al hombre. Finalmente, el SH incluye la hostilidad heterosexual, en la cual se simboliza en una relación a la mujer como peligro para el hombre (Glick y Fiske, 2001). De esta manera, mediante estereotipos negativos y desacreditadores hacia las mujeres se busca acreditar y reforzar el poder masculino, y los roles de género (Glick y Fiske, 1997).

Por otro lado, el sexismo benevolente (SB) se caracteriza por el paternalismo protector, el cual considera que la protección de las mujeres depende de los hombres. También, se encuentra la diferenciación de género complementaria, mediante la cual se simboliza a las mujeres como seres puros y sensibles en comparación a los hombres. Por último, la intimidad heterosexual, ya que se impone como creencia y mandato que los hombres están completos cuando se encuentran en una relación con una mujer (Glick y Fiske, 2001). En otras palabras, según Glick y Fiske (1997) este sexismo se caracteriza por ejercer y reforzar la dominación masculina a través de actitudes protectoras o de afectos positivos sexistas hacia las mujeres, ya que reproduce creencias sobre ellas como personas débiles (Expósito et al., 1998).

Con relación al sexismo y al aborto, en diversas investigaciones se encontró que a mayores niveles de sexismo de los/as participantes existe mayor oposición al aborto (Hodson y MacInnis, 2017). Respecto a los tipos de sexismo, en un estudio realizado por Osborne y Davies (2009) se evidenció que las personas con altos niveles de SH eran más propensas a oponerse al aborto inducido porque creían que la mujer debía asumir las “consecuencias” de sus actos; por ello, continuar con un embarazo no deseado, como una forma de castigo. En cuanto al SB, personas con mayores puntajes eran más probables a oponerse al aborto porque lo consideran como un evento disruptivo que corrompe la pureza de la mujer, la cual es asumida estereotipadamente.

En efecto, en una investigación realizada en Canadá se encontró que el SB se relaciona con actitudes estigmatizantes hacia el aborto; por ende, con un discurso anti-elección, ya que se percibía, de manera estereotipada, a este procedimiento como un evento que causaba emociones negativas a la mujer, pues se lo simboliza como un suceso que interviene con el anhelo de ser madre. De hecho, por medio del paternalismo protector se prohibía este procedimiento para proteger a la mujer de las consecuencias “negativas” del aborto (Duerksen y Lawson, 2017). En esa línea, con base al SB, y con ello la simbolización de la mujer como madre, se restringe el derecho de la mujer a abortar (Huang et al., 2016).

Teniendo en cuenta al sexismo y al estigma hacia las mujeres que abortan, es fundamental considerar a la religión, la cual se encontraría en el exosistema, como se mencionó anteriormente. La religión es un constructo multidimensional (Koenig, 2012) y es definida como el conjunto de creencias y prácticas de un grupo de personas que conforman una comunidad, la cual se

caracteriza por realizar rituales y tener conocimientos comunes acerca de lo que es sagrado y divino (Koenig, 2008). De esta manera, Koenig et al. (2011) mencionan que las creencias pueden girar en torno a espíritus, ángeles, demonios o una deidad. En cuanto a las prácticas, estas pueden ser realizadas en comunidad o de manera individual. Algunas de las prácticas tradicionales frecuentes son rezar, leer las escrituras que se consideran sagradas en la religión, asistir a iglesias o sinagogas, entre otras (Koenig, 1997). Con base a todo lo anterior, se considera que la religión brinda al grupo de personas creyentes un código moral y de conducta (Koenig, 2008).

Es relevante mencionar que existen diferentes religiones a nivel mundial. En el Perú, las religiones que mayormente se profesan son la católica y la evangélica (Torres, 2018). De acuerdo al Censo Nacional del año 2017, el 76% de los/as peruanos/as mayores de 12 años profesan la religión católica, mientras el 14.1 % la evangélica. Además, el 4.8% profesan otras religiones. En contraste, el 5.1% no pertenecen a ninguna religión (Instituto Nacional de Estadística e informática [INEI], 2018). La prevalencia de la religión católica también se evidencia en otros países. Por ejemplo, según el Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS] (2021) en España el 58.9% de los ciudadanos/as son católicos/as. En contraste, el 14.6% son ateos/as y 11.7% agnósticos/as.

Respecto al aborto, existen movimientos autodenominados “Pro-vida” que se oponen a este procedimiento (Jaime y Valdivia, 2020). Estos movimientos usualmente están conformados por la iglesia católica y la evangélica; asimismo, presentan una política sexual restrictiva (Morán, 2017). En países de Latinoamérica, entre ellos el Perú, estos movimientos realizan “Marchas por la Vida” como forma de protesta a la despenalización del aborto (Guidiño, 2017). De esta manera, se considera que estos movimientos se oponen a los derechos sexuales y reproductivos, y a la autonomía de las mujeres (Zurbriggen y Anzorena, 2013). En contraste, existen movimientos “Pro-elección” que se manifiestan a favor de la libre elección de la mujer sobre su cuerpo y embarazo; por ello, se encuentran a favor del aborto (Carpio et al., 2018).

Se debe agregar que no todas las personas que forman parte de religiones, como la católica, se encuentran en contra el aborto. Por ejemplo, existe “Católicas por el Derecho a Decidir” que es una organización en América Latina, Estados Unidos y España que lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; en consecuencia, cuestiona los dictámenes heteropatriarcales sostenidos por fundamentalismos religiosos (Morán y Peñas, 2012).

Del mismo modo, existen tanto investigaciones que relacionan la religiosidad con la oposición al aborto como investigaciones que muestran una mayor variabilidad. En ese sentido, por un lado, en un estudio con 6080 universitarias/os estadounidenses de diferentes religiones como cristiana, evangélica y católica se encontró que los altos niveles de religiosidad se

relacionan con bajos niveles de aprobación del aborto (Hall et al., 2020). De igual manera, en una investigación con universitarios/as mexicanos/as se encontró que los/as participantes que eran católicos/as o que profesaban otra religión como la cristiana tenían actitudes más negativas sobre la interrupción del embarazo (Marván, Orihuela-Cortés et al., 2018). Esta misma relación se encuentra en un estudio con población universitaria española, específicamente estudiantes no religiosos/as presentaban un promedio de aceptación al aborto mayor a 11 puntos que estudiantes católicos (Alvargonzález, 2017).

Por otro lado, Bruce (2020) realizó un estudio con católicos/as, evangélicos/as, y no creyentes estadounidenses, cada subgrupo estaba conformado por tres personas, entre mujeres y hombres, quienes presentaron diferentes actitudes hacia el aborto. Los/as católicos/as y evangélicos/as mayormente se encontraban en contra del aborto, pues lo consideraban moralmente incorrecto y como un asesinato. Solo en el grupo de católicos/as un hombre se mostró a favor del aborto en diferentes circunstancias, los/as demás se encontraban a favor del aborto en circunstancias excepcionales; por ejemplo, si el embarazo era producto de una violación o si la vida de la mujer estaba en peligro. Mientras los/as evangélicos/as solo se encontraban a favor bajo la última condición mencionada, pues consideraban que el aborto iba contra los mandamientos. Por último, en el grupo no religioso dos mujeres manifestaban que el aborto era parte de la libertad de elección. Sin embargo, el único hombre no religioso percibía al aborto como moralmente incorrecto; asimismo, manifestaba que debería permitirse solo cuando el embarazo era producto de una violación.

Es importante mencionar, que la religión se relaciona con otras variables explicadas previamente, como es el estigma sobre el aborto y el sexismo. Por ejemplo, en un estudio realizado por Sorhaindo et al. (2014) con mexicanos/as se encontró que el estigma sobre el aborto podría relacionarse con concepciones religiosas, específicamente con un discurso religioso conservador, en el cual se considera que el aborto generaría consecuencias negativas; es decir, un “castigo divino”. Además, en una investigación realizada por Haggard et al. (2019) se encontró que la religión refuerza el sexismo benevolente, ya que se podría concebir al hombre como protector y a la mujer como sujeto de protección.

En suma, como se mencionó anteriormente, a pesar de que la penalización del aborto sea concebida como una forma de discriminación y violencia hacia las mujeres, y genere consecuencias negativas en su salud integral, aún persisten actitudes desfavorables hacia este procedimiento. Estas actitudes han sido estudiadas mayormente desde un modelo evaluativo, no obstante, en la presente investigación se indaga sobre estas desde el modelo tridimensional, debido a la complejidad de comportamientos, afectos y pensamientos que puede tener cada

persona sobre el aborto. Además, se contempla como otra variable el estigma hacia la mujer que aborta, el cual se puede construir en contextos tanto de ilegalidad como legalidad, ya que probablemente se relacione con las imposiciones sociales y de género; asimismo, con el sexismo y la religión. En esa línea, la importancia del presente estudio radica en que trata de comprender las actitudes individuales sobre el aborto a través de una visión integral. Por ello, las variables a estudiar como actitudes y estigma sobre el aborto, el sexismo y la religiosidad se contemplan dentro del modelo ecológico de Bronfenbrenner, con la finalidad de considerar la relación bidireccional entre la persona y su entorno. En consecuencia, el objetivo general de la presente investigación es examinar la relación entre actitudes y estigma sobre el aborto, sexismo ambivalente y religiosidad en Lima y en Barcelona.

A partir del objetivo general, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Se espera encontrar relaciones directas y significativas entre las actitudes negativas y el estigma hacia el aborto, el sexismo ambivalente y la religiosidad, presentando menores puntuaciones en todas las escalas en los/as participantes de Barcelona que en los/as de Lima, excepto en las variables de autonomía, actitudes pro-elección y derechos.

Hipótesis 2: Se espera hallar diferencias significativas en las actitudes hacia el aborto, el estigma hacia la mujer que aborta y los niveles de sexismo, en función al sexo y la ciudad de origen de los/as participantes.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 329 participantes, de los/as cuales 214 personas eran de Lima (65%) y 115 de Barcelona (35%). En la muestra de Lima el 38.3% de los/as encuestados/as habían abortado, o conocían que alguna familiar o amiga lo había hecho. Este porcentaje era mayor en la muestra de Barcelona, específicamente el 64.3%. En ambas muestras algunas personas cursaron asignaturas o talleres de género, en Lima fueron el 19.6% de esta submuestra, mientras en Barcelona fue el 37.4%.

Las edades de los/as encuestados/as de Lima oscilaban entre los 18 y 67 años ($Mdn = 23$ años, $DE = 9.56$ años); en Barcelona las edades se encontraban en el rango de 18 a 66 años ($Mdn = 29$ años, $DE = 11.32$ años). En relación a la identidad de género, en Lima el 65% se identificaba como femenino, el 34.1% como masculino y el 0.9% con otro género; mientras en Barcelona eran 82.6%, 13.9% y 3.5%, respectivamente. En esa línea, la mayoría era cisgénero y no se buscaba, para la presente investigación, que presentaran una identidad de género en específico. Con relación al sexo, como se puede observar en la Tabla 1, en ambas muestras hay mayor porcentaje de mujeres.

TABLA 1.

Datos sociodemográficos de la muestra de Lima y Barcelona en relación con el sexo

Sexo	Lima		Barcelona	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Mujer	140	65.4	98	85.2
Hombre	74	34.6	17	14.8
Total	214	100	115	100

Es importante mencionar que la mayoría de los/as participantes en Lima profesan una religión (78.5%), mientras en Barcelona la mayoría (67.83%) no profesa una religión. En la Tabla 2 se evidencian datos específicos de la muestra según las religiones o creencias que presentan. Asimismo, se puede observar que en ambas muestras los/as participantes que profesan una religión mayormente son católicos/as.

TABLA 2.*Datos sociodemográficos de la muestra de Lima y Barcelona en relación con la religión*

Profesa religión	Creencias	Lima		Barcelona	
		<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Sí	Católica	135	63.08	30	26.08
	Evangélica	19	8.88	4	3.48
	Otras	14	6.54	3	2.61
No	Agnóstica	27	12.62	27	23.48
	Atea	18	8.41	49	42.61
	Otras	1	0.47	2	1.74
Total		214	100	115	100

Para ambas muestras se establecieron como criterios de inclusión: 1) tener más de 18 años y 2) residir en Lima o Barcelona como mínimo desde hace 5 años. Asimismo, el muestreo fue no aleatorio (“bola de nieve”), por eso se recurrió a convocatoria de cadena a través de redes sociales y por medio de contactos. Como parte de las consideraciones éticas se utilizó un consentimiento informado adaptado a contextos virtuales (ver Apéndice A), en el cual se estableció que la participación era voluntaria, libre y confidencial. Además, se conservó el anonimato de los/as participantes. Sin embargo, para la devolución de resultados se incluyó en el consentimiento informado el correo de la tesista y de la asesora a cargo de la presente investigación; en ese sentido, al requerir los resultados los/as participantes son los/as únicos/as que decidieron romper la confidencialidad.

Medición

Ficha de datos sociodemográficos

Se creó una ficha virtual en *Google forms*, la cual presentó como fin recolectar datos sociodemográficos de los/as participantes (ver Apéndice B). Algunos de los datos requeridos fueron el sexo, la edad, la religión, ocupación, lugar de residencia, nivel socioeconómico percibido, cursar asignaturas o talleres sobre género, entre otros.

Cuestionario ad hoc con casos de aborto inducido

Se realizó un cuestionario ad hoc con una serie de casos (ver Apéndice C), con base en los cuales los/as participantes tenían que marcar su postura y razones frente al aborto. Todo ello, con la finalidad de conocer las actitudes de los/as participantes hacia este procedimiento.

También, se creó dicho cuestionario para poder reducir el sesgo en las respuestas porque se consideró que el cuestionario de actitudes hacia el aborto (CAA) podría generar deseabilidad social; de esta manera, se podría complementar las respuestas sobre las actitudes hacia el aborto con los dos instrumentos. De igual forma, este cuestionario podría evidenciar las posturas sobre el aborto en cada caso según las características de la mujer, que podría ser adulta o adolescente, y los motivos para optar por un aborto, como no querer ser madre, obtener primero el éxito profesional, ser joven o haber sido víctima de una violación sexual.

Es importante mencionar que el cuestionario fue sometido a validación por jueces/zas con reconocida experiencia en el tema y que, considerando sus comentarios y la revisión y discusión con la asesora de la tesis, se obtuvo la versión final.

Cuestionario de actitudes hacia el aborto (CAA; Marván et al., 2018)

El CAA se utilizó para medir las actitudes hacia el aborto inducido, las cuales fueron consideradas dentro de un continuo desde favorables hasta desfavorables (Marván et al., 2018). Asimismo, el CAA es una escala de tipo Likert de 5 puntos y consta de 23 ítems, que se encuentran conformando tres factores: i) “pro-vida” que hace referencia a las actitudes negativas hacia el aborto; ii) “pro-elección”, el cual contempla al aborto como el derecho de la mujer; y iii) “derechos reproductivos” mediante el cual se reconocen las implicancias del aborto ilegal. Algunos ejemplos de ítems para el primer factor son “El aborto es inhumano”, para el segundo “Una mujer debe poder decidir libremente sobre el aborto” y para el tercero “Al ser ilegal el aborto, se violan los derechos reproductivos de las mujeres” (Marván et al., 2018).

En cuanto a las propiedades psicométricas, la versión a utilizar del CCA posee validez y confiabilidad en muestras de universitarios/as o adultos mexicanos/as (Marván et al., 2018). Es así que los coeficientes de los factores del cuestionario son excelentes y adecuados. En efecto, el factor “derechos humanos” presentó un alfa de .70, siendo clasificado como una confiabilidad adecuada. Mientras que el factor “pro-vida” y “pro-elección” tuvieron confiabilidad excelente, pues mostraron un alfa de .91 y .90, respectivamente (Marván, Lagunes-Córdoba et al., 2018).

En el presente estudio, se realizaron los análisis de confiabilidad y validez según cada ciudad. En cuanto a la confiabilidad, el factor de “pro-vida” obtuvo niveles excelentes, tanto en Lima ($\alpha = .96$) como en Barcelona ($\alpha = .91$). En los factores de “pro-elección” y “derechos” en Lima se presentó niveles excelentes de confiabilidad, $\alpha = .94$ y $\alpha = .86$ respectivamente; mientras que en la de Barcelona en ambos factores se presentó niveles adecuados, $\alpha = .76$ y $\alpha = .75$ respectivamente.

Respecto a la validez, se concluyó en base al índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett ($KMO = .95$; $p < .001$) que se podía realizar un análisis factorial en cada submuestra. Siguiendo el modelo propuesto por los/as creadores/as de esta escala, en Lima los tres factores explicaron un 68.45% de la varianza; en cuanto a Barcelona, explicaron el 49.27%. Con referencia a las cargas factoriales, en la muestra de Lima los ítems 9, 12 y 19 que conformaban en la escala original el factor de “derechos” se ubicaron en el factor de “pro-elección”. Además, los ítems 5, 3, 22 y 8 crearon un nuevo factor. En la muestra de Barcelona, solo el ítem 16 y 17 que en la escala original eran del factor de “pro-elección” obtuvieron mayor carga en el factor de “derechos”. No obstante, considerando tanto el análisis factorial como la confiabilidad se optó por mantener la distribución original de la prueba para ambas muestras.

Escala de actitudes, creencias y acciones estigmatizantes (SABAS, Shelleberg et al., 2014).

SABAS es una escala que fue validada con personas adultas en Ghana y Zambia, y que se utilizó para medir el estigma hacia el aborto a nivel individual y comunitario, a través de tres subescalas: estereotipos negativos, discriminación y miedo al contagio. Para el presente estudio, se utilizó la adaptación mexicana realizada por la organización internacional sin fines de lucro Ipas (2020).

Después de un análisis lingüístico y contextual realizado por la tesista y asesora de tesis; por un lado, se optó por descartar las subescalas de discriminación y miedo al contagio, ya que en ambas se indagaba sobre el estigma que se evidenciaba a través de conductas o creencias poco probables que sucederían o que comunicarían en el contexto peruano y español.

Por otro lado, se optó por utilizar la subescala “estereotipos negativos”, la cual indaga sobre los estereotipos asociados a la mujer que aborta a través de 8 ítems con una escala de tipo Likert de 5 puntos, uno de los ítems es “Una mujer que tiene un aborto es una mala madre” (Shelleberg et al., 2014).

Respecto a las propiedades psicométricas, la escala original cuenta con confiabilidad excelente, pues presenta un alfa de Cronbach de .90. En lo que respecta a la subescala estereotipos, se evidencia una confiabilidad buena de .85 (Shelleberg et al., 2014). En la presente investigación, la subescala de estereotipos mostró una confiabilidad excelente en Lima ($\alpha = .89$) y en Barcelona ($\alpha = .83$) buena.

Escala de estigma sobre el aborto a nivel comunitario (CLASS, Sorhaindo et al. 2016)

La presente escala se encuentra validada en población adulta mexicana, se utilizó para medir el estigma a nivel comunitario hacia el aborto y es de tipo Likert de 5 puntos. Asimismo,

se encuentra compuesta por cuatro subescalas: secrecía, autonomía, discriminación/estereotipos, y religión. De las cuatro subescalas solo se utilizó “secrecía” y “autonomía”, ambas cuentan con confiabilidad adecuada y buena, específicamente .82 y .78, respectivamente (Sorhaindo et al. 2016).

Por un lado, la subescala secrecía mide a través de 4 ítems el ocultamiento del aborto; por ejemplo, uno de sus ítems es “Si usted (o su pareja) tuviera un aborto, lo mantendría en secreto”. Por otro lado, la subescala de autonomía es inversa, presenta 4 ítems y hace referencia a concebir el derecho de la mujer a tomar decisiones acerca de su vida reproductiva, uno de los ítems que la conforman es “Está bien que una mujer aborte sólo porque no quiere tener un hijo en este momento” (Sorhaindo et al. 2016).

En el presente estudio, las subescalas utilizadas muestran confiabilidad y validez. En esa línea, la dimensión de “secrecía” obtuvo niveles de confiabilidad adecuados tanto en la muestra de Lima ($\alpha = .70$), como en la de Barcelona ($\alpha = .77$). En la subescala de “autonomía” los niveles de confiabilidad fueron excelentes en Lima ($\alpha = .86$), pero en Barcelona fueron adecuados con carencias ($\alpha = .68$). Por último, en relación con la validez, se concluyó que se podía realizar un análisis factorial ($KMO = .95$; $p < .001$) tanto en la muestra de Barcelona como en la de Lima. En Barcelona, las dos subescalas utilizadas explicaron un 44.85% de la varianza; mientras en Lima explicaron un 52.35%. Al revisar las cargas factoriales, todos los ítems, en cada submuestra, se mantuvieron en el factor que correspondían según la escala original.

Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI, Glick y Fiske, 1996)

El ASI fue creado por Glick y Flick (1996) para medir el sexismo ambivalente a través de 22 ítems. La versión utilizada es la adaptación chilena de Cárdenas et al. (2010), esta escala es tipo Likert de 6 puntos. Asimismo, dicha adaptación conserva la misma cantidad de ítems que la original que se agrupan en dos factores: i) Sexismo Hostil, entre sus ítems se encuentra “Muchas mujeres, para burlarse de los hombres, utilizan su apariencia sexual para atraerlos y después rechazarlos”; y ii) Sexismo Benevolente, uno de sus ítems es “Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer bienestar económico a las mujeres”.

Esta adaptación presenta confiabilidad buena y adecuada. En esa línea, la escala en su totalidad y la subescala de sexismo hostil presenta una confiabilidad buena, ya que su alfa es de .84 y .85, respectivamente. Mientras, la subescala de sexismo benevolente tiene un alfa de .74, lo cual significa que presenta confiabilidad adecuada (Cárdenas et al., 2010). Además, el ASI ha tenido altos niveles de confiabilidad al ser usado en población peruana (Pecho, 2017).

En la presente investigación, la escala en su totalidad presentó niveles de confiabilidad excelentes en la población de Lima ($\alpha = .94$) y Barcelona ($\alpha = .95$). En relación con las subescalas, la muestra de Lima presentó niveles de confiabilidad excelentes en la subescala de sexismo hostil ($\alpha = .93$) y benevolente ($\alpha = .90$). De igual manera, la muestra de Barcelona obtuvo niveles de confiabilidad excelentes en sexismo hostil ($\alpha = .95$) y benevolente ($\alpha = .89$). Además, se realizó un análisis factorial ($KMO = .95$; $p < .001$) para cada submuestra. Respecto a Lima, las dos subescalas utilizadas explicaron un 51.06% de la varianza, y en Barcelona explicó el 57.84%. Al revisar las cargas factoriales, todos los ítems se mantuvieron en el factor que corresponden según la escala original.

Escala de Religiosidad Personal (ERP; González, 2017)

Este instrumento se utilizó para medir la religiosidad a través de una escala Likert de 4 puntos; además, consta de 12 ítems que se agrupan en dos factores: creencias/actitudes y prácticas religiosas. Un ejemplo de ítem del primer factor es “Creo que la religión debería ser un valor en la vida de las personas”, dentro del segundo factor se encuentra el ítem “Asistir a la iglesia o templo es muy importante para mí”. Se debe mencionar que se considera un puntaje total de la prueba que varía entre 12 a 48 puntos, donde a mayor puntuación es mayor el nivel de religiosidad (González, 2017).

En cuanto a las propiedades psicométricas, presenta validez convergente y confiabilidad excelente en una muestra de adultos/as puertorriqueños/as. En ese sentido, el alfa de la prueba original es de .96, del factor creencias/actitudes es de .94 y del factor prácticas religiosas de .93 (González, 2017). En cuanto a la presente investigación, la escala en su totalidad mostró niveles excelentes de confiabilidad en la muestra de Lima ($\alpha = .94$) y Barcelona ($\alpha = .94$). También, el factor de prácticas religiosas presenta niveles de confiabilidad excelentes en Lima ($\alpha = .90$) y Barcelona ($\alpha = .88$). De igual manera, en el factor creencias los niveles fueron excelentes en Lima ($\alpha = .89$) y Barcelona ($\alpha = .91$).

Procedimiento

En primer lugar, se creó el cuestionario ad hoc sobre actitudes hacia el aborto, ya que se consideró que el Cuestionario de Actitudes hacia el Aborto (CAA) podría generar sesgo de deseabilidad social. De esta manera, con el cuestionario ad hoc sobre actitudes hacia el aborto y el CCA se podría complementar las respuestas de los/as participantes.

Luego, se creó una encuesta virtual con todos los instrumentos en la plataforma *Google forms*. Por consiguiente, se obtuvo un enlace, el cual se publicó mediante redes sociales y se

envió a contactos con la finalidad llegar a posibles participantes de Lima y Barcelona. De esta manera, al ingresar los/as participantes primero pudieron observar el consentimiento informado, en el cual confirmaban o no su participación libre y voluntaria; después observaban la ficha sociodemográfica; finalmente, los cuestionarios.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 26. En primer lugar, la muestra fue segmentada según ciudad y se realizó un análisis factorial exploratorio para las escalas de actitudes y estigma sobre el aborto, sexismo ambivalente y religiosidad, debido a que estos instrumentos no han sido usados antes en población peruana y española; por ello, se quiso conocer si los ítems se mantenían en su dimensión original. Además, se realizaron análisis de confiabilidad para dichas escalas.

En segundo lugar, se realizó la correlación de Pearson, para determinar las relaciones de las dimensiones de actitudes y estigma hacia el aborto y sexismo ambivalente, y la prueba de religiosidad. En tercer lugar, para explorar las diferencias significativas respecto a las variables de actitudes y estigma hacia el aborto, y sexismo ambivalente se procedió a realizar los análisis de normalidad para cada grupo. En la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$) se evidenció que todas las subescalas en la muestra de Lima y Barcelona, excepto la de religiosidad en los participantes de Lima, eran no normales ($p < .05$). Por ello, se revisaron los valores de asimetría y aplanamiento (curtosis), en ambas muestras todas las variables se encontraron dentro de los parámetros permitidos, $|3|$ y $|10|$ respectivamente, excepto en la subescala de estereotipos en la muestra de Barcelona. Por consiguiente, se revisaron los histogramas de cada escala, evidenciándose la asimetría; también, se revisaron los diagramas de cajas, en los cuales se encontraban outliers. Con base a todo lo anterior, se realizaron análisis no paramétricos. De igual manera, para conocer si existían diferencias significativas se compararon medianas a través de la prueba U de Mann Withney y Kruskal-Wallis.



Resultados

En esta sección se mostrarán los resultados obtenidos, los cuales responden a las hipótesis planteadas que derivan del objetivo general de la presente investigación que es examinar la relación entre actitudes y estigma sobre el aborto, sexismo ambivalente y religiosidad tanto en Lima como en Barcelona.

Antes de empezar, es importante tener en cuenta que en ambos contextos la aprobación hacia el aborto depende de particularidades de cada caso. A nivel general, en la Tabla 3, se evidencia que hay menor porcentaje de participantes en Lima, en comparación con Barcelona, que se encuentran a favor del aborto en todos los casos planteados. Respecto a la muestra de Lima, se evidenció que los/as encuestados/as apoyan más el aborto cuando la mujer es una adolescente víctima de violación (Caso 4), luego están a favor cuando existen embarazos adolescentes sin violación (Caso 3), después hay mayor porcentaje que apoyan al aborto cuando la mujer embarazada prefiere el éxito profesional antes de ser madre (Caso 2) y finalmente se apoya si la mujer no quiere ser madre (Caso 1). En Barcelona, se evidenció un orden parecido, ubicándose con mayor aceptación el caso 4, caso 3, luego el caso 1 y finalmente el 2; se debe mencionar que solo en esta ciudad el 100% se encontraba a favor del aborto en casos de embarazos adolescentes producto de una violación.

Tabla 3.

Resultados del cuestionario ad hoc sobre actitudes hacia el aborto inducido en Lima y Barcelona

Ciudad	A favor	Caso 1		Caso 2		Caso 3		Caso 4	
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Lima	Sí	129	60.3	130	60.7	139	65	180	84.1
	No	85	39.7	84	39.3	75	35	34	15.9
	Total	214	100	214	100	214	100	214	100
Barcelona	Sí	110	95.7	105	91.3	112	97.4	115	100
	No	5	4.3	10	8.7	3	2.6	0	0
	Total	115	100	115	100	115	100	115	100

Los/as participantes de ambas muestras se encontraban a favor o en contra del aborto en los casos planteados por algunas razones similares y otras diferentes. En cuanto a semejanzas, las razones que predominan para encontrarse a favor del aborto en todos los casos planteados en Lima y en Barcelona fue considerar que el aborto es un derecho y una decisión que le corresponde a la mujer. En contraste, en ambas muestras predominan como argumentos para

estar en contra del aborto el considerar que el óvulo fecundado tiene vida. Además, algunos/as participantes de Lima en todos los casos, excepto en el cuarto, consideraban que la mujer debía ser responsable del embarazo, por lo cual estaban en contra del aborto.

Respecto a particularidades de cada caso, en el “Caso 2” se evidenció en ambas muestras que otra de las razones para estar a favor era el considerar que la mujer debe cumplir sus metas personales antes de ser madre. Mientras que las razones en contra del aborto, además de las mencionadas, fue que la mujer debe postergar el éxito profesional antes que ser madre.

En relación al “Caso 3” y “Caso 4”, en ambas ciudades las/os participantes se encontraban a favor del aborto, aparte de las razones mencionadas anteriormente, porque consideraban que la mujer era muy joven, y que el embarazo podría afectar salud física y mental. En relación a la última razón, en el “Caso 4” se especificaba que el criar un/a hijo/a producto de violación podría afectar la salud mental o física de la adolescente.

Además, en el “Caso 3” otra razón de los/as participantes de Lima y Barcelona para estar en contra, diferente a las mencionadas previamente, era considerar que no importaba la edad, la mujer debía ser madre; dicha razón también se evidenció solo en la muestra de Lima en el “Caso 4”.

En cuanto a las hipótesis, específicamente respecto a la hipótesis 1, en la cual se esperaba encontrar relaciones directas y significativas entre las actitudes negativas y el estigma hacia el aborto, el sexismo ambivalente y la religiosidad, presentando menores puntuaciones en todas las escalas en los/as participantes de Barcelona que en los/as de Lima, excepto en las variables de autonomía, actitudes pro-elección y derechos; se evidenció que se cumplió casi en su totalidad.

Es así que la muestra de Barcelona puntúa menos que Lima en todas las escalas, excepto en “autonomía”, “actitudes pro-elección” y “derechos” (Apéndice D). Agregando a lo anterior, en la tabla 4 se evidencia que, en ambas ciudades, se encuentran la mayoría de relaciones directas e inversas esperadas entre las variables estudiadas. Las actitudes “pro-vida” se relacionan directa y significativamente con estereotipos, con secrecía, con religiosidad, y con sexismo hostil y benevolente en Lima y Barcelona. Además, en ambas muestras dichas actitudes se relacionan significativa e inversamente con autonomía. En cuanto a las actitudes de “pro-elección”, en ambas muestras se relacionan directa y significativamente con autonomía, pero inversamente con religiosidad, estereotipos y con sexismo hostil y benevolente. Finalmente, la subescala de “derechos” tiene una relación significativa y directa con autonomía; sin embargo, se relaciona inversamente con religiosidad, estereotipos, y sexismo hostil y benevolente.

Adicionalmente, otras relaciones significativas y directas encontradas en ambas ciudades fueron entre: i) sexismo hostil con religiosidad, con estereotipos y secrecía; ii) sexismo

benevolente con religiosidad, con estereotipos y secrecía; y iii) estereotipos con religiosidad y con secrecía.

Tabla 4.

Correlaciones entre las variables estudiadas en la muestra de Lima

Ciudad		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lima	1.Religiosidad	-	.54**	.04	-.62**	.37**	.29**	.67**	-.63**	-.54**
	2.Estereotipos		-	.23**	-.61**	.56**	.59**	.75**	-.66**	-.57**
	3.Secrecía			-	-.07	.35**	.31**	.16*	-.11	-.12
	4.Autonomía				-	-.43**	-.44**	-.80**	.77**	.67**
	5.Sexismo Benevolente					-	.63**	.55**	-.51**	-.45**
	6.Sexismo Hostil						-	.56**	-.53**	-.56**
	7.Actitudes pro-vida							-	-.86**	-.75**
	8.Actitudes pro-elección								-	.82**
Barcelona	1.Religiosidad	-	.53**	.31**	-.12	.58**	.39**	.47**	-.38**	-.22**
	2.Estereotipos		-	.28**	-.02	.39**	.27**	.56**	-.36**	-.26**
	3.Secrecía			-	-.13	.35**	.24**	.34**	-.21*	-.21*
	4.Autonomía				-	-.08	-.17	-.29**	.42**	.49**
	5.Sexismo Benevolente					-	.66**	.61**	-.32**	-.31**
	6.Sexismo Hostil						-	.60**	-.31**	-.45**
	7.Actitudes pro-vida							-	-.61**	-.57**
	8.Actitudes pro-elección								-	.62**
	9.Derechos									

Nota. N = 214, *p < .05, **p < .01

Respecto a la hipótesis 2, mediante la cual se esperaba hallar diferencias significativas en las actitudes hacia el aborto, el estigma hacia la mujer que aborta y los niveles de sexismo, en función al sexo y la ciudad de origen de los/as participantes, se cumplió parcialmente.

En efecto, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el aborto entre los/as participantes de Barcelona y Lima. En las actitudes “pro-vida”, las puntuaciones de los/as participantes de Lima ($Mdn = 2.08$; Rango = 3) fueron mayores a las de Barcelona ($Mdn = 1.17$; Rango = 2.5) $U = 5943$; $p < .001$; $g = .97$. En contraste, en las actitudes de “pro-elección”, las puntuaciones de Barcelona ($Mdn = 4$; Rango = 1.63) fueron mayores a las de Lima ($Mdn = 3.13$; Rango = 3) $U = 5846$; $p < .001$; $g = 1$. Finalmente, en “derechos”, las puntuaciones de Barcelona ($Mdn = 4$; Rango = 2) fueron mayores a las de Lima ($Mdn = 3$; Rango = 3) $U = 6099.5$; $p < .001$; $g = .97$.

También, como se evidencia en la Tabla 5, se encontró en la prueba Kruskal-Wallis que había diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el aborto según sexo y ciudad, en las muestras de mujeres de Lima, mujeres de Barcelona, hombres de Lima y hombres de Barcelona. En las actitudes “pro-vida” existen diferencias significativas según el sexo y la ciudad de los/as participantes, $H(3) = 75.002$, $p < .001$. Específicamente los hombres de Lima presentan mayores niveles de actitudes “pro-vida” que las mujeres de Lima, quienes tienen mayores puntajes que las mujeres de Barcelona. Asimismo, otra diferencia significativa se encuentra entre los hombres de Lima y Barcelona, siendo los últimos quienes tienen menor puntaje. En contraste, no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres de Barcelona; y entre el último grupo y mujeres de Lima.

Asimismo, existen diferencias en las actitudes de “pro-elección”, $H(3) = 79.813$, $p < .001$ y “derechos”, $H(3) = 81.2$, $p < .001$; es así que en ambas escalas las mujeres de Barcelona y hombres de Barcelona puntúan más que las mujeres de Lima, siendo los hombres de Lima quienes presentarían menores niveles de actitudes de “pro-elección”. Sin embargo, en ambas escalas no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres de Barcelona.

Tabla 5.

Test de Kruskal-Wallis y comparación de medianas de las actitudes sobre el aborto

Actitudes	Grupo	Mdn	p			
			1	2	3	4
“Pro-vida”	1. Mujeres Lima	1.75	-	.002	.001	.155
	2. Hombres Lima	2.33		-	.001	.001
	3. Mujeres de Barcelona	1.17			-	.644
	4. Hombres Barcelona	1.33				-

“Pro- elección”	1. Mujeres Lima	3.44	-	.002	.001	.001
	2. Hombres Lima	2.88		-	.001	.001
	3. Mujeres de Barcelona	4			-	.998
	4. Hombres Barcelona	4				-
“Derechos”	1. Mujeres Lima	3	-	.001	.001	.018
	2. Hombres Lima	2.33		-	.001	.001
	3. Mujeres de Barcelona	4			-	.97
	4. Hombres Barcelona	4				-

Nota. 1 = Mujeres de Lima, 2 = Hombres de Lima, 3 = Mujeres de Barcelona, 4 = Hombres de Barcelona.

En cuanto al estigma, se debe mencionar que se exploró con base en las subescalas de “estereotipos”, “secrecía” y “autonomía”. En la subescala de “estereotipos” hacia el aborto se mostraron diferencias estadísticamente significativas según la ciudad de los/as participantes, las puntuaciones de Lima ($Mdn = 1.63$; Rango=3) fueron mayores a las de Barcelona ($Mdn = 1,1250$; Rango= 2.38) $U = 5579,5000$; $p < .001$; $g = .92$. De igual manera, según la ciudad la escala de “secrecía” presenta diferencias estadísticamente significativas, específicamente Lima ($Mdn = 2.25$; Rango=3) puntuó más que Barcelona ($Mdn = 1.75$; Rango = 3) $U = 6401,500$; $p < .001$; $g = .865$. Por el contrario, en la “autonomía”, que se relaciona con un menor grado de estigma hacia la mujer que aborta, se evidencia que existen diferencias estadísticamente significativas según la ciudad, donde las puntuaciones de Barcelona ($Mdn = 3$; Rango = 3) fueron mayores a la de Lima ($Mdn = 2.5$; Rango = 3) $U = 8913$; $p < .001$; $g = .50$.

En relación a las diferencias según sexo y ciudad, como se observa en la tabla 6 el test de Kruskal-Wallis muestra que existen entre los subgrupos de la muestra diferencias significativas en las subescalas de “estereotipos”, $H(3) = 82.56$, $p < .001$; “secrecía”, $H(3) = 52.56$, $p < .001$; y en “autonomía”, $H(3) = 30.81$, $p < .001$. En estereotipos, los hombres de Lima puntúan más que las mujeres de esa misma ciudad; además, ambos grupos presenta mayores niveles de estereotipos que las mujeres de Barcelona. Se debe mencionar que no se encontraron diferencias significativas entre los hombres de Barcelona con los demás grupos.

Respecto a secrecía, los hombres de Lima presentan mayores puntajes que las mujeres y hombres de Barcelona. Además, estos dos últimos grupos puntúan significativamente menos que las mujeres de Lima. Ahora bien, no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres de Lima; y entre mujeres y hombres de Barcelona. En cuanto a autonomía, los hombres de Barcelona puntúan significativamente más que los hombres de Lima; asimismo, las mujeres

de Lima presentan mayores niveles que los hombres de Lima; finalmente, las mujeres de Barcelona presentan mayores puntajes que los hombres de Lima.

Tabla 6.

Test de Kruskal-Wallis y comparación de medianas de las subescalas de estigma hacia el aborto

Subescalas de estigma	Grupo	Mdn	p			
			1	2	3	4
“Estereotipos”	1. Mujeres Lima	1.5	-	0.01	0.01	0.87
	2. Hombres Lima	2		-	0.01	0.08
	3. Mujeres de Barcelona	1.13			-	0.30
	4. Hombres Barcelona	1.25				-
“Secrecía”	1. Mujeres Lima	2.25	-	0.88	0.01	0.03
	2. Hombres Lima	2.5		-	0.01	0.02
	3. Mujeres de Barcelona	1.75			-	1
	4. Hombres Barcelona	1.75				-
“Autonomía”	1. Mujeres Lima	2.75	-	0.01	0.08	0.23
	2. Hombres Lima	2.25		-	0.01	0.01
	3. Mujeres de Barcelona	3			-	0.88
	4. Hombres Barcelona	3.25				-

Nota. 1= Mujeres de Lima, 2 = Hombres de Lima, 3 = Mujeres de Barcelona, 4 = Hombres de Barcelona.

Por último, respecto a los niveles de sexismo, según el lugar de residencia se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el sexismo hostil, donde las puntuaciones de Lima ($Mdn = 2.5455$; Rango = 4.82) fue mayor a la de Barcelona ($Mdn = 1,4545$; Rango = 5) $U = 7877.5$; $p < .001$; $g = .556$. Por otro lado, el lugar de residencia mostró diferencias estadísticamente significativas en el sexismo benevolente, donde los niveles de Lima ($Mdn = 2.27$; Rango = 5) fueron mayores a los de Barcelona ($Mdn = 1.54$; Rango = 4.36) $U = 8317$; $p < .001$; $g = .520$.

Según el sexo y ciudad, como muestra la tabla 7, en el test de Kruskal-Wallis se evidencia que los subgrupos presentan diferencias significativas en el “sexismo hostil”, $H(3) = 58.54$, $p < .001$; es así que los hombres de Lima puntúan más que las mujeres de Lima y mujeres de Barcelona, siendo estas últimas el subgrupo con menor puntaje. Mientras los hombres de Barcelona no presentan diferencias significativas con los demás grupos de la muestra.

También, los subgrupos presentan diferencias significativas en los niveles del “sexismo benevolente”, $H(3) = 58.30, p < .001$. Por ejemplo, los hombres de Lima tienen mayores puntajes que los hombres de Barcelona, mujeres de Lima y mujeres de Barcelona.

Tabla 7.

Test de Kruskal-Wallis y comparación de medianas de las subescalas de sexismo

Subescala de sexismo	Grupo	Mdn	<i>p</i>			
			1	2	3	4
Sexismo Hostil	1. Mujeres Lima	2	-	0.01	0.04	1
	2. Hombres Lima	3.27		-	0.01	0.07
	3. Mujeres de Barcelona	1.36			-	0.65
	4. Hombres Barcelona	1.91				-
Sexismo Benevolente	1. Mujeres Lima	1.86	-	0.01	0.08	0.88
	2. Hombres Lima	3.27		-	0.01	0.01
	3. Mujeres de Barcelona	1.5			-	0.35
	4. Hombres Barcelona	2.27				-

Nota. 1= Mujeres de Lima, 2 = Hombres de Lima, 3 = Mujeres de Barcelona, 4 = Hombres de Barcelona.

En síntesis, el objetivo general fue respondido mediante la hipótesis 1, la cual se cumplió casi en su totalidad, ya que se encontró todas las relaciones directas esperadas, y la mayoría de inversas esperadas. La hipótesis 2 se cumplió parcialmente, debido a que, según las actitudes, el estigma y el sexismo ambivalente se encontraron diferencias significativas en casi todos los subgrupos.



Discusión

En la presente sección se discutirá la relación entre las actitudes y el estigma hacia el aborto, el sexismo ambivalente y la religiosidad en Lima y Barcelona. Asimismo, se explicarán las diferencias significativas encontradas entre el sexismo ambivalente, las actitudes y el estigma hacia el aborto en los/as participantes según el sexo y la ciudad. Finalmente, se abordarán los resultados encontrados considerando el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979).

En primer lugar, se encontró que las actitudes “pro-vida” se relacionan significativamente y directamente con el sexismo ambivalente, con el estigma hacia el aborto y la religiosidad tanto en Lima como en Barcelona. Mientras que en las actitudes “pro-elección” presentaban una relación significativa y directa con autonomía; e inversa con sexismo, estigma y religiosidad.

En cuanto a la relación entre actitudes “pro-vida”, y sexismo hostil (SH) y benevolente (SB), como se mencionó, existe una relación directa y significativa. Estos resultados son similares a los encontrados en la investigación de Osborne y Davies (2009), quienes concluyeron que las personas con altos niveles de SH y/o SB eran más propensas a oponerse al aborto inducido.

La relación entre el sexismo y actitudes “pro-vida” puede deberse a que las actitudes sexistas se vinculan con la percepción de las mujeres como sujetos subalternos y de opresión, por lo que las personas con dichas actitudes posiblemente se encontrarían en contra del aborto sin considerar que mediante una oposición se despropia a las mujeres de sus propios cuerpos (Bard, 2016) y de sus decisiones (Salles, 2006). Lo mencionado anteriormente, también, sostiene y se vincula con la relación inversa encontrada entre las subescalas de actitudes “pro-vida” y autonomía.

Además, se encontró una relación directa entre las actitudes “pro-vida” y el estigma, el cual en el presente estudio estaba compuesto por estereotipos negativos y secrecía. De esta manera, la relación con estereotipos podría vincularse con el hecho de que posturas en contra del aborto refuerzan el rol materno impuesto a las mujeres (Patev et al., 2019); es así que al ser un procedimiento que contradice dicho rol lo consideran como inmoral e incorrecto (Cullen, 2019). Por consiguiente, se califica a la mujer que aborta como “promiscua”, “pecaminosa”, “cruel”, “irresponsable” (Abrahms, 2015) y “egoísta”, ya que piensa en sí misma antes de asumir el rol de madre (Sebastiani, 2018), impuesto por la sociedad.

También, las actitudes “pro-vida” se relacionan con la secrecía, esto podría deberse a que las personas con dichas actitudes, mayormente califican a la mujer que aborta como “asesina”, ya que manifiestan defender “la vida” que consideran que tiene el óvulo fecundado (Herrera y

Teitelbolm, 2010). En consecuencia, el aborto se constituye como un secreto, debido a la presión a nivel social (Cárdenas et al., 2018; Cockrill y Nack, 2013; Love, 2020; Makleff et al., 2019).

Del mismo modo, la relación directa entre actitudes “pro-vida” y religiosidad se vincularía con que muchas de las religiones atribuyen “vida” al óvulo fecundado y manifiestan que el aborto está en contra de su deidad (Correal, 2016). Igualmente, en algunas religiones existen discursos conservadores que se encuentran en contra del acceso y despenalización del aborto, lo cual puede ser transmitido a algunos/as creyentes. Incluso, algunos movimientos religiosos se autodenominan “pro-vida” o “pro-familia” (Ramos, 2016).

Por otro lado, en la presente investigación se encontró que existe una relación inversa entre actitudes “pro-elección” y religiosidad, tal como se evidenció en un estudio realizado por Hall et al. (2020) donde los altos niveles de religiosidad se relacionaban con bajos niveles de aprobación del aborto. La razón de ello podría radicar en que las personas religiosas frecuentemente consideran al aborto como un “delito” como se evidenció en una investigación con población chilena realizada por Pérez et al. (2020). Otra relación inversa encontrada fue entre actitudes “pro-elección” y sexismo, este resultado es similar a lo hallado en una investigación por Begun y Walls (2015) quienes identificaron que las dimensiones del sexismo ambivalente se relacionan con actitudes que se encuentran en contra de que la mujer aborte.

Adicionalmente, las actitudes “pro-elección” se relacionan directamente con autonomía, esto se reflejaría en que los movimientos pro-elección consideran que la mujer tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y el embarazo (Carpio et al., 2018), lo que también daría cuenta de la relación entre la escala de derechos y autonomía. De igual manera, personas a favor del aborto consideran que las mujeres presentan la capacidad de tomar decisiones autónomas, conscientes y justificadas (Cannold, 2002).

Se debe añadir que se encontraron relaciones directas significativas entre otras variables estudiadas. Por ejemplo, la religión presenta una relación directa con el sexismo, lo cual es similar a investigaciones realizadas por León y Aizpurúa (2020) y Moyano et al. (2013). Incluso, Mikolajczak y Pietrzak (2014) encontraron en su investigación que la relación entre sexismo benevolente y religiosidad puede estar mediada por valores de la familia dictaminados por la religión, por el conservadurismo y por la flexibilidad al cambio. Otra relación directa encontrada fue entre sexismo y estigma hacia el aborto; en esa línea, de acuerdo con Serna et al. (2019) el aborto puede ser criminalizado porque confluyen los altos niveles de estigma con la ideología sexista en una sociedad.

En segundo lugar, se encontraron la mayoría de diferencias esperadas en actitudes y estigma hacia el aborto, y sexismo en los/as participantes según ciudad y sexo. Respecto a las

actitudes, se evidenció que en Lima predominan las actitudes “pro-vida” mientras en Barcelona las actitudes “pro-elección”, lo cual se vincularía con que las percepciones sobre el aborto se presentan en un contexto determinado; en consecuencia, pueden responder al entorno cultural (Enríquez et al., 2019). Además, como refieren Jaime y Valdivia (2020) en un contexto de legalidad el aborto es un derecho, por lo cual hay menor condena moral y mayor aceptación; en el presente estudio dicho contexto sería la ciudad de Barcelona. En consecuencia, tanto las mujeres como los hombres de Barcelona presentan mayores puntuaciones en actitudes de “pro-elección” y en la escala donde se considera al aborto como un derecho, a diferencia que en Lima.

Se debe agregar que entre mujeres y hombres de Barcelona no se presentaron diferencias en las actitudes sobre el aborto, lo cual es similar a lo encontrado por Alvargonzález (2017) con población española. En cuanto a la ciudad de Lima, se encontró que las mujeres presentan mayores actitudes “pro-elección” y consideraban al aborto como un derecho más que los hombres de dicha ciudad. Este resultado es similar a lo encontrado en población mexicana por Marván et al. (2018), quienes concluyeron que las mujeres puntuaban más alto en reconocer al aborto como un derecho, a diferencia de los hombres.

En relación al estigma sobre el aborto, se encontró que este es mayor en Lima que en Barcelona. Esta diferencia entre contextos donde el aborto es legal e ilegal se evidencia en un estudio realizado por Shellenberg et al. (2011), con países como México, Perú, Estados Unidos y Pakistán. En esta investigación se concluyó que en aquellos países en donde el aborto es ilegal es más evidente el estigma hacia el procedimiento.

Una razón para dicha diferencia es que, si bien el estigma se encuentra presente en contextos de legalidad y de ilegalidad del aborto, la prohibición lo normaliza, refuerza e incrementa (Ramos, 2015); de modo que, como refieren Hanschmidt et al. (2016) el estigma puede estar influenciado por el contexto político y las leyes. En efecto, la diferencia entre Lima y Barcelona se relacionaría, posiblemente, con que la ilegalidad del aborto en el Perú trata a los cuerpos y decisiones de las mujeres como objetos criminales (Ortiz, 2014).

Se debe agregar que el estigma podría variar entre las ciudades por características de la muestra, específicamente en Barcelona más de la mayoría de participantes (64.3%) conocen a alguna amiga o familiar que abortaron; mientras en Lima la cifra baja notablemente (38.3%). Por esta razón, en Barcelona podría existir más cercanía e interacción social con este grupo reconociendo a la persona de manera integral, posiblemente dificultando el reconocer su identidad mediante estereotipos desacreditadores, lo cual es una característica en la construcción del estigma (Goffman, 2017).

En cuanto a las diferencias según sexo, se evidenció que los hombres de Lima presentaban mayores niveles de estereotipos sobre el aborto que las mujeres de Lima, seguidas por las mujeres de Barcelona. En relación a la secrecía que conforma parte del estigma hacia el aborto, se concluyó que los hombres de Lima puntuaban más significativamente que las mujeres de esta misma ciudad. Las evidencias anteriores pueden vincularse con lo encontrado por Ramos (2015), quien al realizar una investigación con varones en América Latina y el Caribe encontró que ellos percibirían al aborto como un crimen por el contexto legislativo y/o por la religión. De hecho, como se evidenció en un estudio de Petracci (2011), los varones muestran una representación social del aborto como un “asesinato” y lo vinculan a emociones negativas, como la “tristeza”, lo cual podría ser consecuencia de un código moral construido e impuesto en la sociedad.

Otra diferencia encontrada fue en los niveles de sexismo de los/as participantes, presentándose en Lima mayor sexismo hostil y benevolente que en Barcelona. Esta diferencia a nivel de ciudades puede relacionarse con que las creencias hostiles y benévolas son complementarias y dependen de un contexto cultural; por ende, a nivel de sistema imponen y dirigen las relaciones sociales y los roles de género, lo cual produce un impacto en las creencias individuales de las personas que conforman una sociedad (Glick y Fiske, 2001); en este caso, diferencias en el sexismo de los/as participantes según la ciudad.

Asimismo, la diferencia mostrada podría deberse a que en Lima solo el 19.6% de los/as participantes cursaron alguna materia o taller de género, mientras en Barcelona fue un 37.4%, por lo cual posiblemente el grupo de mujeres y hombres de Barcelona presentan menores niveles de sexismo, en comparación a los grupos de Lima. Esto podrían relacionarse con que los subgrupos de Barcelona podrían estar más sensibilizados, y reconocer el sexismo benevolente y el hostil. Es así que investigaciones sobre educación con enfoque de género evidencian que esta produce una disminución de las actitudes sexistas (Díaz et al., 2017). No obstante, sería importante indagar en este punto el tipo de capacitación en temas de género realizada, y si se trataron en ella temas específicos y relacionados con el aborto.

Sobre las particularidades de cada tipo de sexismo, se debe mencionar que en cuanto al sexismo hostil se obtuvieron mayores niveles en Lima que en Barcelona lo que se refleja en que solo en la primera ciudad algunos/as participantes consideraban que se encontraban en contra del aborto porque la mujer debía asumir su “responsabilidad”, en algunos casos atribuyendo que no había usado métodos anticonceptivos. Por ejemplo, algunos/as participantes mencionaron *“La mujer debería de hacerse responsable de sus actos”* o *“(…) debe asumir sus consecuencias”*. Es decir, el embarazo se consideraría como una forma de castigo para la mujer,

lo cual es similar a lo encontrado por Osborne y Davies (2009) quienes concluyeron que personas con altos niveles de SH estaban en contra del aborto porque consideraron que las mujeres debían seguir con el embarazo como una forma de castigo.

En el caso del sexismo benevolente, como se mencionó, este fue mayor en Lima que en Barcelona, se debe señalar que solo en la ciudad Lima algunos/as participantes consideraron estar en contra del aborto porque podría causar efectos negativos en la salud de la mujer. Es así que, como menciona Duerksen y Lawson (2017), el sexismo benevolente se puede reflejar en las percepciones hacia el aborto, puesto que las personas podrían estar en contra del procedimiento porque consideran que de esta manera se protege a la mujer de las consecuencias “negativas”, lo cual es característico del paternalismo protector que singulariza al sexismo benevolente (Glick y Fiske, 2001).

En ambos tipos de sexismo, tanto hostil como benevolente, se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a sexo, obteniendo mayor puntaje los hombres de Lima, seguido por mujeres de Lima y finalmente mujeres de Barcelona. Dicho resultado es similar a lo encontrado por Janos y Espinosa (2018), con población limeña, en la que los hombres puntúan más alto en sexismo que las mujeres. Respecto a la diferencia entre las mujeres de Lima y Barcelona, siendo las primeras quien tienen mayor puntaje podría deberse a que dentro de algunas sociedades los grupos subordinados, en este caso mujeres de Lima, pueden internalizar y adoptar ideologías sexistas de grupos dominantes, es decir de los hombres; sin embargo, al igual que en la presente investigación, las mujeres en diferentes países presentan menor puntaje en sexismo hostil y benevolente que los hombres (Glick et al., 2000). Si bien se tiene en cuenta dichas diferencias según el sexo, es importante mencionar que los hombres, también, pueden luchar contra las desigualdades de género y el sexismo participando de acciones que fomenten el cambio social (Estevan-Reina et al., 2020).

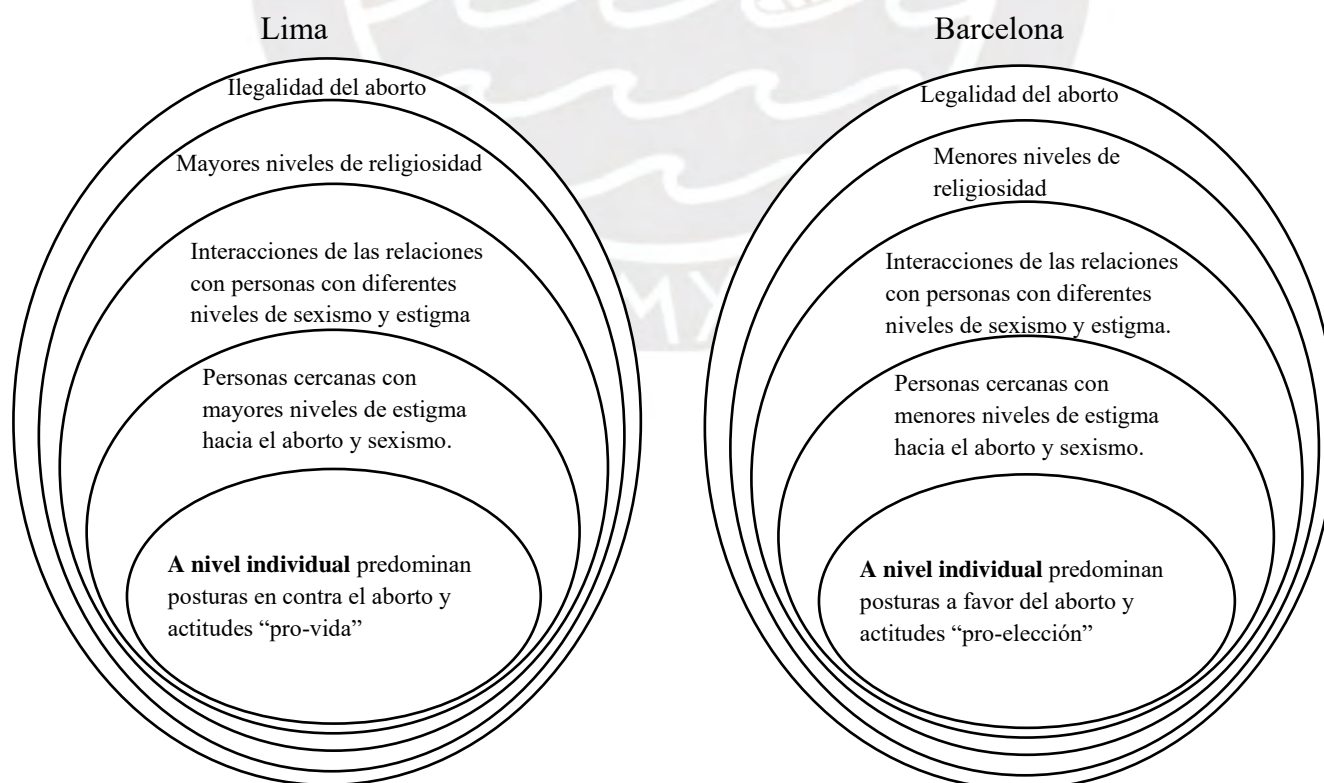
Después de explicar las variables estudiadas, es fundamental retomar y resaltar que las semejanzas y diferencias en los resultados obtenidos en la presente investigación entre Lima y Barcelona pueden deberse a que son sociedades con algunas características comunes, pero con otras diferentes, sobre todo en lo referente a la legalidad del aborto; es por ello, que se considera analizar los resultados mencionados anteriormente a través del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Dicho modelo formula que existe interrelación entre los diferentes sistemas dentro de una sociedad, lo cual podría dar cuenta de las relaciones directas e inversas similares encontradas en cada ciudad, pero como manifiesta Pérez (2004) cada contexto presenta propiedades o características ecológicas concretas y específicas, con base a lo cual, en el presente

estudio, se considera que sería parte de los factores que se relacionan con las diferencias encontradas.

Partiendo del modelo ecológico, se considera que en el macrosistema en Lima se encuentran leyes que penalizan el aborto que presentan solo algunas excepciones; mientras en Barcelona existen políticas de legalidad del aborto en diferentes circunstancias. Además, en el exosistema podrían encontrarse los mayores niveles de religiosidad en Lima; por otro lado, en Barcelona existen menores niveles de religiosidad, incluso la mayoría de esta submuestra no profesa una religión. En ambas ciudades, en el mesosistema se encontrarían la interacción que se tiene con diferentes grupos, que pueden tener menores o mayores niveles de sexismo y estigma. Todas las características anteriores confluirían a que a nivel de microsistema en Lima las personas presenten mayores niveles de estigma hacia el aborto y sexismo, mientras en Barcelona los niveles son menores. Lo anterior en su conjunto tendría impacto a nivel individual, posiblemente siendo uno de los factores que se relaciona con que en Lima existen mayor cantidad de posturas “pro-vida” o en contra del aborto; en comparación, de Barcelona en donde existen mayores actitudes “pro-elección” (**ver figura 1**).

Figura 1

Elaboración propia de la integración, a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner, de las variables estudiadas en Lima y Barcelona



Dicha diferencia a nivel de ciudades, reflejaría que en Barcelona existen posturas liberales que atribuyen a la mujer la decisión de abortar en el caso que lo requiera (Taracena, 2005). En contraste, en Lima no se les brindaría esta opción a todas las mujeres, posiblemente porque las leyes que penalizan el aborto no reconocen a la mujer como sujeto de poder e incluso la perciben como incapaz de tomar una decisión (Espinoza, 2012), en este caso optar de manera libre por un aborto. De hecho, se encontró que los/as participantes de Barcelona presentan mayor aprobación hacia el aborto en todos los casos planteados de mujeres que abortan porque: son adolescentes, el embarazo es producto de una violación, no quieren ser madres o prefieren primero el éxito profesional.

Entonces, la diferencia en los sistemas y constructos en cada ciudad podría vincularse con el hecho de que las normas, las creencias y los pensamientos sobre un fenómeno cultural dependen de las variables contextuales, culturales (Díaz et al., 2015) y políticas (Miranda y Comas, 2016), las cuales serían distintas en Lima y Barcelona. En efecto, los procesos socioculturales influyen en cómo se perciben los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e incluso cómo se las percibe a ellas (Zicav et al., 2017). De hecho, se considera que las actitudes hacia el aborto pueden ser diferentes y encontrarse mediadas por las variables contextuales y culturales de cada ciudad investigada.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que en cada ciudad existe variabilidad. Es decir, no todos/as dentro de una ciudad presentan las mismas actitudes hacia el aborto, e incluso esa variabilidad se evidencia en las personas de Lima que se encontraron a favor del aborto en los casos planteados. En esa línea, en una investigación realizada por el Instituto de Estudios Peruanos (IEP, 2021) se obtuvo como resultados que el 34% de 407 encuestados/as en Lima Metropolitana estaban a favor del aborto en cualquier circunstancia y 53% a favor en casos de violación. Dentro de la muestra de Barcelona también se encontró variabilidad, pues algunos participantes estaban en contra del aborto en algunos casos planteados a pesar de la ley; lo cual se vincularía con que la ley no genera totalmente la aceptación individual, debido a que aceptar el aborto no es un acto legal, como refieren Miranda y Comas (2016).

Antes de finalizar, se pasará a desarrollar la importancia de la presente investigación, sus limitaciones y recomendaciones para futuros estudios. En primer lugar, la importancia radica en que se realizó un estudio comparativo entre Lima y Barcelona, ciudades con semejanzas en cuanto a la religiosidad; por ejemplo, en ambas predomina la religión católica, pero también presentan diferencias culturales y legislativas respecto al aborto, punto central y objetivo de la presente tesis. Además, se considera relevante explicar los resultados a través del modelo

ecológico de Bronfenbrenner, mediante el cual se brinda una perspectiva integradora de cómo las actitudes hacia el aborto, pueden estar relacionadas por el marco normativo y cultural de cada ciudad a la que pertenecen los/as encuestados/as, pero ello no es determinante, pues en ambas ciudades se encuentran posturas a favor o en contra del aborto que se relacionarían con los niveles de estigma hacia este procedimiento, el sexismo y la religiosidad. De igual manera, la importancia de la presente investigación radica en que brinda datos académicos sobre una problemática acuciante en el Perú, ya que la prohibición del aborto, como se mencionó previamente, es una forma discriminación y violencia hacia las mujeres que genera consecuencias negativas en su salud integral; por lo cual es relevante estudiar dicha variable desde la psicología.

En relación a las limitaciones del estudio, se encuentran que la escala de actitudes sobre el aborto inducido mostró variaciones de cargas factoriales en cada ciudad, específicamente en la subescala de “derechos”, lo cual podría deberse a que cada ciudad percibía al aborto como derecho o no según el marco normativo. Se recomienda en el futuro adaptar la prueba; no obstante, se resaltan los altos niveles de confiabilidad que se obtuvieron tanto en Lima como en Barcelona.

Por último, para futuras investigaciones se recomienda tratar en lo posible de tener cantidades similares de participantes y de distribución por sexo en cada submuestra, ya que para la presente investigación la muestra de Barcelona estaba compuesta en un 85.2% de mujeres y solo el 14.8% eran varones. También, se recomienda poder comparar ciudades de Latinoamérica en donde el aborto sea legal e ilegal, para comprobar si se repiten las relaciones y las diferencias de las variables en contextos más cercanos y con mayores similitudes. Asimismo, comprobar si desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner se pueden comprender dichas variables. Finalmente, se aconseja seguir investigando sobre el tema desde enfoques cualitativos, con la finalidad de conocer las vivencias de las mujeres frente a contextos de legalidad e ilegalidad, dado que sería a ellas a quienes se les restringe principalmente este derecho.

Referencias

- Abrahms, P. (2015). The Bad Mother: Stigma, Abortion and Surrogacy. *Journal of law, Medicine and Ethics*, 180- 191.
- Adesse, L., Bonan, C., Silveria, K., y Matos, V. (2016). Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12), 3819-3832.
- Ajzen, L. (1989). Attitude structure and behavior. *Attitudes sfructure undJunction* (pp. 241-274). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alcaraz, M. (2019). *Que sea ley: la lucha de los feminismos por el aborto seguro*. Marea Editorial.
- Alvarez, R. (1978). Problemática fundamental de actitudes en las de la medida empresas. *Revista de psicología*, 22(23), 65-78.
- Alvargonzález, D. (2017). Knowledge and attitudes about abortion among undergraduate students. *Psicothema*, 29(4), 529-526. 10.7334/psicothema2017.58.
- Amarillo, C. (2020). Feminism on Lockdown. *NACLA Report on the Americas*, 52(3), 274-281. <https://doi.org/10.1080/10714839.2020.1809084>
- Anibal, J. (2017). Propiedades psicométricas de la escala de religiosidad personal en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1386 - 1407.
- Autorino, T., Mattiolo, F. y Mencarini, L. (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research*, 87, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>
- Baeza, A. y Schmitt-Fiebig (2015). El aborto en Chile: ¿disputa social o jurídica?. *Revista Nomadías*, 1(20), 97-119.
- Bard, G. (2016). La no legalización del aborto: una resistencia central del patriarcado. *Revista del CEHIM*, 12(12), 21-46.
- Barraza, P., y Calvo, F. (2018). Predictors of personal growth in induced abortion. *Psicothema*, 1(30), 370-375. <http://www.psicothema.com/pdf/4495.pdf>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, O., Beavin, C., Kwok, L., y Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*, 8(20), 1152–1161. <https://doi.org/10.1016/ S2214-109X30315-6>
- Beavin, C., Billings, D., y Chávez, S. (2019). Activist framing of abortion and use for policy change in Peru. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1),160-167. 10.1080/26410397.2019.1588012

- Begun, S., y Walls, E. (2015). Pedestal or Gutter: Exploring Ambivalent Sexism's Relationship with Abortion Attitudes. *Journal of Women and Social Work*, 30(2), 200-215. 10.1177/0886109914555216
- Berne, L. (1998). Abortion Attitude Scale. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 1-3). SAGE Publications Inc.
- Biggs, A., Upadhyay, D., McCulloch, C., y Foster, D. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169-178. 10.1001/jamapsychiatry.2016.3478
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Ediciones Paidós.http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/familia_contemporanea/modulo1/la-ecologia-del-desarrollo-humano-bronfenbrenner-copia.pdf
- Bruce, T. (2020). Efficacy, Distancing, and Reconciling: Religion and Race in Americans' Abortion Attitudes. *Religions*, 11(9), 2-23. 10.3390/rel11090475
- Campohermoso, O., y Solíz, R. (2017). Legalización del aborto en Bolivia. *Revista Cuadernos*, 58(2), 87-100. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000200014
- Cannold, L. (2002). Understanding and Responding to Anti-choice Women-centred Strategies. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 171-179. 10.1016/S0968-8080(02)00011-3
- Cárdenas, M., Lay, A., González, C., Calderón, C., y Alegría, I. (2010). Inventario de sexismo ambivalente: adaptación, validación y relación con variables psicosociales. *Revista salud y sociedad*, 1(2), 125-135.
- Cárdenas, R., Labandera, A., Baum, S., Chiribao, F., Avondet, S., y Friedman, J. (2018). "It's something that marks you": Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive Healthg*, 15(150), 1-11. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0597-1>
- Carpio, J., Ordoñez, K., y Suing, A. (2018). El activismo social feminista: la violencia de género como centro mediático. En B. Sánchez-Gutiérrez (Ed.), *Feminismo, investigación y comunicación: una aproximación plural a la representación de las mujeres* (pp. 129-146). Egregius. <https://idus.us.es/handle/11441/87908>
- Casado, M. (2014). Consecuencias para las mujeres y su salud de la posible reforma de la ley del aborto. *Gac Sanit*, 28(6), 498-500. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.06.001> 0213-9111

- Center for reproductive rights (2020). The World's Abortion Laws. <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
- Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS] (2021). Barómetro de diciembre 2021. *Estudio N° 3344*. http://datos.cis.es/pdf/Es3344marMT_A.pdf
- Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos [PROMSEX] (2018). El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
- Cockrill, K., y Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34, 973–990.
- Córdova, H. (2018). *Sin Tabú: Religiones y diversidad sexual en América Latina*. REDLAD y GEMRIP. <http://revela.uncoma.edu.ar/index.php/revistadelafacultad/article/view/2120>
- Correal, X. (2016). *El caso Unidos por la Vida: Una plataforma de creencias y verdades absolutas sobre la vida, el cuerpo y la sexualidad* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Javeriana.
- Cullen, P., y Korolczuk, E. (2019). Challenging abortion stigma: framing abortion in Ireland and Poland. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(3), 6-19, 10.1080/26410397.2019.1686197
- Dawson, V., y Weintraub, M. (2016). Aborto y violencia de género: Percepción y decisiones de las mujeres. *LIMINALES Escritos sobre psicología y sociedad*, 1(9), 33-54. <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/liminales/article/view/280>
- Defensoría del pueblo (2021). *Supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19* (Informe de Adjuntía N°013-2021-DP/ADM). <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>
- Defensoría del pueblo (2022). *Defensoría del Pueblo insta a proteger derechos de niñas, adolescentes y mujeres adultas* (Pronunciamiento N° 42/DP/2022). https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2022/10/Pronunciamiento-42-Gu%C3%ADa-del-protocolo-del-aborto-terap%C3%A9utico_.pdf
- Díaz, K., Soto, R., González, M., y Valenzuela, E. (2017). Rompiendo con los Estereotipos: Una experiencia educativa con enfoque de género en una escuela básica. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 16(32), 165-174. 10.21703/rexe.20173216517411
- Díaz, R., Armenta, C., Reyes, N., Moreno, M., Hernández, J., Cruz, C., Salfívar, A., López, F., Romero, A., Domínguez, M., y Everardo, F. (2015). Creencias y Normas en México: Una

- Actualización del Estudio de las Premisas Psico-Socio-Culturales. *PSYKHE*, 24(2), 1-25. 10.7764/psykhe.24.2.880
- Donoso, E. y Vera, C. (2016). El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(6), 534 – 545. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000600014>
- Duerksen, K. y Lawson, K. (2017). “Not Brain-washed, but Heart-washed”: A Qualitative Analysis of Benevolent Sexism in the Anti-Choice Stance. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 864-870. 10.1007/s12529-017-9633-8
- El País (11 de Diciembre de 2020). Argentina retomó el debate por la legalización del aborto. *El País*. <https://www.elpais.com.uy/mundo/argentina-retomo-debate-legalizacion-aborto.html>
- Enríquez, A., Ortuño, D., y Merlyn, M. (2019). Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones diferentes según la edad? Estudio realizado en Quito, Ecuador (2017). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 7-30.
- Espinoza, G. (2012). Dicotomía y jerarquización: una causa para la penalización del aborto. *Umbral*, 2, 91-108.
- Estevan-Reina, L., De Lemus, S., y Megías, J. (2020). Feminist or Parternalistic: understanding men’s motivations to confront sexism. *Original Research*, 10, 1-15. 10.3389/fpsyg.2019.02988
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159-169.10.1174/021347498760350641
- Faundes, A. (2015). Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 425-509. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Faúndes, A., y Padilla, M. (2019). Restricted abortion law in El Salvador. *Gynecology and Obstetrics*, 145, 136. 10.1002/ijgo.12759
- Felitti, K., y Ramírez, R. (2020). Pañuelos verdes por el aborto legal: historia, significados y circulaciones en Argentina y México. *Encartes*, 3(5), 111-145. <https://encartesanropologicos.mx/felitti-ramirez-panuelos-verdes-aborto-argentina-mexico/>
- Fernández, S., y Brown, J. (2019). From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(3), 65-74. 10.1080/26410397.2019.1691898

- Ferrer, L., y Solsona, M. (2018). The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain. *Sociology of health y illness*, 40(6), 1087-1103. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.12744>
- Fleming, V., Maxwell, C., y Ramsayer, B. (2020). Accommodating conscientious objection in the midwifery workforce: a ratio-data analysis of midwives, birth and late abortions in 18 European countries in 2016. *Human Resources for Health*, 18(42), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00482-y>
- Glick, P., y Fiske, S. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (3),491-512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Glick, P., y Fiske, S. (1997). Hostile and benevolent sexism. Measuring Ambivalent Sexist Attitudes Toward Women. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 119-135. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00104.x>
- Glick, P., y Fiske, S. (2001). Ambivalent sexism. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 115-188. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(01\)80005-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(01)80005-8)
- Glick, P., y Fiske, S. (2011). Ambivalent Sexism Revisited. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 530-535. [10.1177/0361684311414832](https://doi.org/10.1177/0361684311414832)
- Glick, P., Fiske, S., Mladinic, A., Saiz, J., Abrams, D., Masser, B., Adetoun, B., Psagie, J., Akande, A., Alao, A., Brunner, A., Willemsen, T., Chipeta, K., Dardenne, B., Dijksterhuis, A., Wigboldus, D., Eckes, T., Six-Materna, I., Exposito, F., ... López, W. L. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763–775. [10.1037/0022-3514.79.5.763](https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.763)
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon y Schuster Inc.
- Goffman, E. (2017). Chapter 9: Selections from Stigma. *The Disability Studies Reader* (pp. 133-145). Routledge: Taylor y Francis group.
- González, A. (2005). La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 624-628. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/30.pdf>
- González, A. (2017). Propiedades Psicométricas de la Escala de Religiosidad Personal en una Muestra de Adultos en Puerto Rico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1386-1406.
- Guidiño, P. (2017). Iglesia Católica y redes transnacionales de activismo antiabortista: bioética y usos políticos de la memoria del Holocausto. *Revista de ciencias sociales y humanidades*, 2(8), 126-142.

- Haggard, M., Saroglou, V., Rowatt, W., Klein, O., y Kaelen, R. (2019). Religion's Role in the Illusion of Gender Equality: Supraliminal and Subliminal Religious Priming Increases Benevolent Sexism. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11(4), 392–398. <http://dx.doi.org/10.1037/rel0000196>
- Hall, S., Fox, K., Knox, D., y Kuck, D. (2020). Young Adults' Relationship Beliefs and Sexual Behavior: The Intersection of Religion, Race, and Sexual Identity. *Sexuality & Culture*, 24, 1443-1456. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09700-9>
- Hanschmidt, F., Hilbert, A., Heller, S., y Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(4), 1-9.
- Heidari, S. (2016). El derecho a la sexualidad e integridad del cuerpo como derechos humanos. *Reproductive health matters: Temas de salud reproductiva*, 1(9), 7-15. [10.1016/J.RHM.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/J.RHM.2015.12.001)
- Herrera, F., y Teitelboim, B. (2010). Chile 2009: Percepciones y actitudes sociales (Nro. 5). Universidad Diego Portales.
- Hodson, G., y MacInnis, C. (2017). Can left-right differences in abortion support be explained by sexism?. *Personality and Individual Differences*, 104, 118–121. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.044>
- Huamán, J., y Serruto, A. (2017). Actitud hacia el aborto en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, 20(2), 363–376. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i2.14046>
- Huang, Y., Davies, P., Sibley, C., y Osborne, D. (2016). Benevolent Sexism, Attitudes Toward Motherhood, and Reproductive Rights: A Multi-Study Longitudinal Examination of Abortion Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(7), 970- 984. [10.1177/0146167216649607](https://doi.org/10.1177/0146167216649607)
- Huaranga, M. (2018). *Conocimientos y actitudes sobre el aborto en usuarias de edad fértil atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero 2018 (Tesis de pregrado)*. Universidad Nacional Federico Villareal. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_6f0b99c59eb4337f52737f4f10bbc2d5
- Instituto de Estudios Peruanos (2021). Actitudes hacia la legalización del aborto: Informe especial para Movimiento Manuela Ramos. https://assets.ctfassets.net/pe6ern1rsxws/5QKIgIjCwGvf09gQgQLQTE/d9396bae5b5ba691fb1d16e54633c555/Actitudes_hacia_la_legalizacio__n_del_aborto.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *INEI Difunde base de datos de los censos nacionales 2017 y el perfil sociodemográfico del Perú* (Publicación INEI No. 155). http://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-155-2018-inei_1.pdf
- Jaime, M., y Valdivia, F. (2020). *Mujeres, aborto y religiones en Latinoamérica: Debates sobre política sexual, subjetividades y campo religioso*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1319/Mujeres%20aborto%20religiones%20en%20A.Lat..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Janos, E., y Espinoza, A. (2018). Sexismo ambivalente y su relación con la aceptación de mitos sobre la violencia sexual en una muestra de Lima. *Revista de Investigación Psicológica*, 19, 61-74. <https://investigacion.pucp.edu.pe/grupos/gpp/publicacion/sexismo-ambivalente-aceptacion-mitos-violencia-sexual/>
- Junga, C. (2020). Conscientious objection to abortion: why it should be a specified legal right for doctors in South Korea. *BMC Medical Ethics*, 21(70), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00512-3>
- Koenig, H., King, D., y Carson, V. (2011). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press. https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=NiRZcCVbkZ4C&oi=fnd&pg=PP1&dq=.+G.+Koenig+religion&ots=DXZj6uVO_s&sig=f6DvfKM4hiUWNGpOaco_xQii1-U#v=onepage&q=.%20G.%20Koenig%20religion&f=false
- Koenig, H. (1997). *Is Religion Good for your Health? The Effects of Religion on Physical and Mental Health*. Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network [ISRN] Psychiatry*, 8, 1-33. [10.5402/2012/278730](https://doi.org/10.5402/2012/278730)
- Koenig, H.G. (2008). Concerns about measuring “Spirituality” in research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (5), 349-355.
- Kumar, A., Hessini, L., y Mitchell, E. (2009). Conceptualising abortion stigma. *International Journal for research*, 11(6), 625-639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- L’Associació Drets Sexuals i Reproductius. (2020). *El acceso al aborto voluntario en el Estado español: principales barreras*. L’Associació de Drets Sexuals i Reproductius. <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3160/informe-de-l-associacio-de-drets->

sexuals-i-reproductius-la-informacion-clave-para-garantizar-el-acceso-al-aborto-pag-40.pdf

- León, C. y Aizpurúa, E. (2020). ¿Persisten las actitudes sexistas en los estudiantes universitarios? Un análisis de su prevalencia, predictores y diferencias de género. *Educación XXI*, 23(1), 275-296. 10.5944/educXX1.23629
- Ley 26842. Código Penal, Lima, Perú, Marzo de 2014.
- López, E. (2014). Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia? *Salud colectiva*, 10(2), 153-156. <https://www.scielosp.org/article/scol/2014.v10n2/153-156/es/>
- Love, G. (2020). Abortion stigma, class and embodiment in neoliberal England. *Cult Health Sex*, 23(3), 317-332. 10.1080/13691058.2019.1709659
- Makleff, S., Labandera, A., Chiribao, F., Friedman, J., Cardenas, R., y Baum, S. (2019). Experience obtaining legal abortion in Uruguay: knowledge, attitudes, and stigma among abortion clients. *BMC Women's Health*, 19 (155), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0855-6>
- Marshall, P. y Zuñiga, Y. (2020). Objeción de conciencia y aborto en Chile. *Derecho PUCP*, 1(84), 99-130. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.202001.004>
- Marván, M., Lagunes-Córdoba, R., y Orihuela-Cortés, F. (2018). Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido. *Salud Pública de México*, 60 (6), 743. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9182/11538>
- Marván, M., Orihuela-Cortés, F., y Álvarez del Río, A. (2018). Young Mexicans' attitudes towards voluntary interruption of pregnancy and opinions on unsafe abortion as a public health problem. *Saúde Pública*, 34 (10), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192717>
- Mayordomo, C. (2021). Diferencias de género y edad en la polarización afectiva española: ¿Quién está más polarizado?. *Más Poder Local*, (45), 147-161. <https://www.maspoderlocal.com/index.php/mpl/article/view/genero-edad-polarizacion-afectiva-mpl45/polarizacion-afectiva-genero-edad-mpl45>
- Mercedes, M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D., y Chávez, S. (2005). Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study. *An international journal on sexual and reproductive health and rights*, 13 (26), 75-83. 10.1016/S0968-8080(05)26199-2.
- Merino-Garcia, N., Meléndez, W., y Taype-Rondan, A. (2015). Abortion services offered via the Internet in Lima, Peru: methods and prices. *Journal Fam Plann Reprod Health Care January*, 42 (1), 77-78. 10.1136/jfprhc-2015-101332

- Mikołajczak, M., y Pietrzak, J. (2014). Ambivalent Sexism and Religion: Connected Through Values. *Sex Roles*, 70, 387-399.
- Ministerio de Salud [MINSA] (2016). *Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3795.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA] (2018). *Boletín epidemiológico del Perú*, 27(44). MINSA. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA] (2021). *Situación Epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú*. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE162021/03.pdf>
- Miranda, M., y Comas, D. (2016). Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. *Revista de Bioética y Derecho*, 38, 37-53.
- Monteverde, M., y Tarragona, S. (2019). Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018. *Salud colectiva*, 1-16. 10.18294/sc.2019.2275
- Morán, J. (2017). *De vida o muerte. Patriarcado, heteronormatividad y el discurso de la vida del activismo "Pro-Vida" en la Argentina*. Centro de Estudios Avanzados. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1068/De%20vida%20o%20muerte.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Morán, J., y Peñas, M. (2012). *Manual de Capacitación para activistas Latinoamericanas/os. Los fundamentalismos religiosos en movimiento*. <http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/944/fundamentalismos%20religiosos.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Mosley, E., Anderson, B., Harris, L., Fleming, P., y Schulz, A. (2018). Attitudes toward abortion, social welfare programs, and gender roles in the U.S. and South Africa. *Women & Health*, 60(7), 806-820. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35368244/>
- Mosseson, H., Bullard, K., Cisternas, C., Grosso, B., Vera, V., y Gerds, C. (2020). Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: A retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador. *Contraception*, 102(2), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.015>
- Moyano, M., Expósito, F., y Trujillo, H. (2013). Cierre cognitivo, sexismo y religiosidad: diferencias y similitudes entre grupos de adolescentes con distinta cultura. *Anales de*

- psicología*, 29(2), 501-508.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.2.135601>
- O'Neil, A. (2018). *Muerte o cárcel*. Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro.
<https://clacaidigital.info/handle/123456789/1156>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2015). *Aborto*.
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB_SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Derogación del aborto Terapeutico en Nicaragua: Impacto en salud*. Salud de la Familia y la Comunidad OPS/OMS Nicaragua. https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=121-derogacion-del-aborto-terapeutico-en-nicaragua-impacto-en-salud&category_slug=salud-de-la-mujer-y-salud-sexual-reproductiva&Itemid=235
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44529>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=FCC6DD7B886D6CB59FB558F85C923555?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Manual de práctica clínica para un Aborto seguro*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 25 de setiembre). Preventing unsafe abortion. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- Ortiz, E. (2014). Ética feminista, ética femenina y aborto. 10.1016/S0188-9478(16)30004-4
- Osborne, D., y Davies, P. (2009). Social dominance orientation, ambivalent sexism, and abortion: Explaining prochoice and pro-life attitudes. *Personality Assessment: New Research* (pp. 309-320). Copyright: Nova.

- Pardo, D. (30 de diciembre de 2020). Aborto en Argentina: 3 claves que explican por qué esta vez sí se aprobó la ley de la interrupción del embarazo. BBC. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55483258>
- Patev, A., Hall, C., Dunn, C., Bell, A., y Owens, B. (2019). Hostile sexism and Right-Wing Authoritarianism as mediators of the relationship between sexual disgust and abortion stigmatizing attitudes. *Personality and Individual Differences*, 151, 1-9.
- Pecho, P. (2017). Sexismo ambivalente, pensamientos patriarcales y violencia simbólica intra e inter género en Lima y Huancayo. [Tesis para obtener el grado de licenciatura]. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9129/PECHO_RICALDI_PRISCILLA_SEXISMO_AMBIVALENTE_PESAMIENTOS_PATRIARCAL ES_Y_VIOLENCIA_SIMBOLICA_INTRA_E_INTER_GENERO_EN_LIMA_Y_HUANCAYO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, B., Sagner, J., y Elgueta, H. (2020). Despenalización del aborto en Chile: una aproximación mixta desde la percepción del aborto en población comunitaria. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 485-492. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv34n5/0213-9111-gs-34-05-485.pdf>
- Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica. reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé*, 3(2), 161-177.
- Perú 21 (5 de setiembre de 2020). Jesús María: mujer falleció tras someterse a un aborto clandestino. *Perú 21*. <https://peru21.pe/lima/jesus-maria-mujer-murio-tras-someterse-a-un-aborto-clandestino-nndc-noticia/>
- Petracci, M. (2011). Opiniones y representaciones sociales de varones sobre aborto en Buenos Aires, Argentina. *Sexualidad, salud y sociedad*, 1(8), 10-35.
- Pítilin, A., y Schmitt-Fiebig (2015). El aborto en Chile: ¿disputa social o jurídica?. *Revista Nomadías*, 1(20), 97-119. <https://core.ac.uk/download/pdf/144555404.pdf>
- Pítilin, E., Banazeski, A., Bedin R., y Gasparin, V. (2016). Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido /provocado: una revisión integral de la literatura. *Enfermería Global*, 1(43), 439-452. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/revision4.pdf>
- Plazas, N. (14 de enero de 2021). Se hizo ley: entra en vigor el aborto legal en Argentina. *France 24*. <https://www.france24.com/es/am%C3%A9rica-latina/20210114-argentina-aborto-legalizacion-alberto-fernandez-latinoamerica>
- Pratkanis, A., y Greenwald, A. (1989). A Sociocognitive Model of Attitude Structure and Function. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 245-285. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60310-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60310-X)

- Quiles del Castillo M., y Morera, M. (2015). El estigma social: la percepción devaluada del otro. En Sabucedo, J.M. y Morales, J.F. (Eds.) *Psicología Social* (pp.315-330). Madrid: Panamericana.
- Ramón, A. y Ariza, S. (2018). La legalidad del aborto en la Argentina. *REDDAS*, 1(9), 1-17. <http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/129-09.%20Legalidad%20del%20Aborto%20-%20ARM%20y%20SAN.pdf>
- Ramos, S. (2015). Resumen ejecutivo Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. *Consortio Latinoamericano contra el aborto inseguro*.
- Ramos, S. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 833-860. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833
- Roberts, S., Biggs, A., Chibber, K., Gould, H., Rocca, C., y Greene, D. (2014). Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BCM Medicine*, 12(144), 1-7. 10.1186/s12916-014-0144-z
- Romero, I. (2002). *El aborto clandestino en el Perú: Una aproximación desde los derechos humanos*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1606.pdf>
- Rostagnol, S. (2014) *Aborto voluntario y relaciones de género: Políticas del cuerpo y de la reproducción*. Ediciones Universitarias. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/989/Aborto_voluntario_y_relaciones_de_genero.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Rye, B., y Underhill, A. (2020). Pro-choice and Pro-life Are Not Enough: An Investigation of Abortion Attitudes as a Function of Abortion Prototypes. *Sexuality & Culture*, 24, 1829–1851. https://journals.scholarsportal.info/details/10955143/v24i0006/1829_papaneaafop.xml&sub=all
- Salles, A. (2006). El debate moral sobre el aborto. *Debate Feminista*, 1 (34), 69-95. <https://www.jstor.org/stable/42625485>
- Sebastiani, M. (2018). El aborto como un bien social. *Revista de Bioética y Derecho*, 1(43), 33-43. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n43/1886-5887-bioetica-43-00033.pdf>
- Serna, S., Cárdenas, R., y Zamberlin, N. (2019). ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia.

- Sexualidad, salud y sociedad*, 33, 137-157. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.08.a>
- Shellenberg, K., Moore, A., Bankole, A., Juarez, F., Kehinde, A., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S., y Tsui, A. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health: An International Journal for Research*, 6(1), 11-125. [10.1080/17441692.2011.594072](https://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072)
- Shellenberg, K., Hessini, L., y Levandowski, B. A. (2014). Developing a Scale to Measure Stigmatizing Attitudes and Beliefs About Women Who Have Abortions: Results from Ghana and Zambia. *Women & Health*, 54(7), 599–616. [10.1080/03630242.2014.919982](https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919982)
- Slattery, M. (2003). *Key Ideas in Sociology*. Nelson Thornes. https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=c4BwHtKcitwC&oi=fnd&pg=PA185&dq=goffman+stigma&ots=Ssvdu1IpbJ&sig=Bsknp5F92eex3cZ7fCeIUTQfQIQ&redir_esc=y#v=onepage&q=goffman%20stigma&f=false
- Sorhaindo, A., Karver, T., Karver, J., y Garcia, S. (2016). Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception*, 20, 1- 11.
- Sorhaindo, A., Juárez-Ramírez, C., Díaz, C., Aldaz, E., Mejía, M., y Garcia, S. (2014). *Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico*, *Women & Health*, 54(7), 622-640. [10.1080/03630242.2014.919983](https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983)
- Stevens, E. (1973). Machismo and Marianismo. *Society*, 10, 57–63. <https://doi.org/10.1007/BF02695282>
- Swank, E. (2020). Gender, Religion, and Pro-Life Activism. *Politics and Religion*, 13, 361–384. [10.1017/S1755048319000531](https://doi.org/10.1017/S1755048319000531)
- 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. <https://www.scielo.br/j/sess/a/S7TPHSF96ZHKVTK7wsnphNf/abstract/?lang=es>
- Taracena, R. (2005). El aborto a debate: Análisis de los argumentos de liberales y conservadores. *Desacatos*, 15, 15-32.
- Taype, A., y Merino, N. (2016). N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números?. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 829-830. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400032
- Tobasía, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez, R., Pileggi, V., Arenas, L., Rojas, A., Piña, M., Gómez, R., y Souza, J. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto

- y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica.*, 43(36), 1-14. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- Torres, A. (2018). El futuro de la Iglesia [Folleto].
- Trujillo, G. y Sembrera, E. (2016). Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de una institución educativa. *Revista de apuntes universitarios*, 7(1), 47-60. <https://apuntesuniversitarios.upeu.edu.pe/index.php/revapuntes/article/view/224/pdf>
- Trumpy, A. (2014). Woman vs. fetus: Frame transformation and intramovement dynamics in the pro-life movement. *Sociological Spectrum*, 34(2), 163–184. [10.1080/02732173.2014.878624](https://doi.org/10.1080/02732173.2014.878624)
- Vega, A., y Ramírez-Pereira, M. (2020). Notion and arguments on conscientious objection to abortion in Chile. *Revista de Bioética y Derecho*, 1(49), 59-75. <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n49/1886-5887-bioetica-49-00059.pdf>
- Villa, L., Collado, M., y Andrade, L. (2017). *Estigma*. Ipas. <https://ipasmexico.org/pdf/revistaEstigma-junio7.pdf>
- Weiner, R. (2020). Conscientious Objection: A Talmudic Paradigm Shift. *Journal of Religion and Health*, 59, 639–650. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00979-4>
- Wiener, G. (2020). Encerradas sin derecho a decidir. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2020/05/26/espanol/opinion/aborto-cuarentena-peru.html>
- Zicav, E., Astorino, J., y Saporos, L (2017). “Leyes que son cuerpo/cuerpos que son leyes”: proyectos de ley de aborto en Argentina. *Estudios Feministas*, 25(3), 1183-1197.
- Zurbriggen, R. (2020). *Estamos cerca: Relatos de aborto en cuarentena*. Editorial de la UNLP. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/105095/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B., y Gerdts, C. (2018). Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception*, 97(2), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.170>.
- Zurbriggen, R., y Anzorena, C. (2013). El derecho al aborto en Argentina una deuda de la democracia. *El aborto como derecho de las mujeres*.

APÉNDICES

Apéndice A

Consentimiento informado adaptado a contextos virtuales

Estimado/a participante:

El propósito de la presente sección es poderte explicar sobre la naturaleza y el rol que tendrías dentro de la presente investigación.

En primer lugar, soy Lilia Milagros Cajas Alvarado, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, me encuentro realizando mi tesis de pregrado, que está bajo la supervisión de la Dra. Noelia Rodríguez-Espartal, docente e investigadora de la misma universidad.

El objetivo de la presente encuesta es explorar tus creencias y opiniones sobre temas actuales, vinculados a relaciones interpersonales. Si accedes a participar del estudio se te pedirá responder el presente cuestionario, lo cual te podría tomar aproximadamente 15 minutos de tu tiempo. Los únicos requisitos para participar de la presente investigación son tener 18 años o más, y estar viviendo en Lima Metropolitana o Barcelona desde hace 5 años, como mínimo.

Tu participación en la presente investigación es absolutamente voluntaria, y puedes retirarte de la misma en el momento en que lo consideres, sin que esto conlleve algún perjuicio para ti. Asimismo, toda la información recogida será confidencial y anónima. En esa línea, la información brindada será utilizada exclusivamente con fines académicos y/o de publicación/difusión en eventos de esta naturaleza, para lo cual se considerarán todos los criterios éticos mencionados previamente en este consentimiento, recogidos por criterios nacionales e internacionales al respecto.

Si tienes alguna duda o consulta, o si deseas conocer los resultados de la presente investigación, puedes comunicarte con Lilia Cajas Alvarado (lilia.cajas@pucp.pe) o con la asesora a cargo de la presente investigación Noelia Rodríguez-Espartal (nrodrigueze@pucp.edu.pe).

Apéndice B

Ficha de datos sociodemográficos

En la presente sección, te pedimos que brindes algunos datos personales. Completa y marca donde corresponda:

1. Ciudad donde reside:

- a. Lima ()
- b. Barcelona ()

2. Edad: _____

3. Sexo:

- a. Mujer ()
- b. Hombre ()
- c. Intersexual ()

4. Te identificas con el género:

- a. Femenino ()
- b. Masculino ()
- c. Transgénero ()
- d. Queer
- e. Otro _____

5. Tu orientación sexual es:

- a. Heterosexual ()
- b. Bisexual ()
- c. Homosexual ()
- d. Otro _____

6. Profesas alguna religión:

- a. Sí ()
- b. No ()

7. Respecto a tus creencias, marca la opción que mejor te represente:

- a. Católica ()
- b. Evangélica ()
- c. Agnóstica ()
- d. Atea ()
- e. Otra: _____

8. Consideras que tu economía se encuentra:

- a. Por encima del promedio ()
- b. En el promedio ()
- c. Por debajo del promedio ()

9. Estás realizando o realizaste algún taller/asignatura/curso sobre género:

- a. Sí ()
- b. No ()
- c. Otro _____

10. Tú o alguna familiar/amiga ha abortado:

- a. Sí ()
- b. No ()



Apéndice C

Cuestionario ad hoc con casos de aborto inducido

A continuación, se presentarán breves casos de mujeres que abortaron, marca según corresponda.

Caso 1. Una mujer mayor de edad abortó antes de las 12 semanas de embarazo, ya que no quiere ser madre. En este caso te encuentras a favor del aborto:

Sí () No()

- SOLO si contestaste “Sí” en la pregunta del CASO 1, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.
 1. La decisión de abortar le corresponde solo a la mujer ()
 2. El aborto es un derecho de la mujer ()
 3. Otra: _____
- SOLO si contestaste “No” en la pregunta del CASO 1, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.
 1. Consideras que se atenta contra la vida del embrión
 2. Tu religión está en contra del aborto
 3. La mujer se encuentra plena cuando es madre
 4. Otra: _____

Caso 2. Una mujer mayor de edad abortó antes de las 12 semanas de embarazo. Ella quiere postergar el ser madre, ya que desea primero tener éxito profesional. En este caso te encuentras a favor del aborto:

Sí () No()

- SOLO si contestaste “Sí” en la pregunta del CASO 2, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.
 1. La decisión de abortar le corresponde solo a la mujer ()
 2. La mujer debe cumplir sus metas personales antes de ser madre ()
 3. El aborto es un derecho de la mujer ()
 4. Otra: _____
- SOLO si contestaste “No” en la pregunta anterior del CASO 2, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.
 1. Consideras que se atenta contra la vida del embrión ()
 2. Tu religión está en contra del aborto ()
 3. La mujer se encuentra plena cuando es madre ()

4. La mujer debe postergar el éxito profesional antes que el ser madre. ()

5. Otra: _____

Caso 3. Una adolescente de 15 años abortó antes de las 12 semanas de embarazo, ya que considera que es muy joven para ser madre. En este caso te encuentras a favor del aborto:

Sí () No()

- SOLO si contestaste “Sí” en la pregunta del CASO 3, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.

1. Es muy joven para ser madre ()

2. El embarazo puede afectar su salud física y mental ()

3. La decisión de abortar le corresponde solo a la mujer ()

4. El aborto es un derecho de la mujer ()

5. Otra: _____

- SOLO si contestaste “No” en la pregunta anterior, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.

1. Consideras que se atenta contra la vida del embrión ()

2. Tu religión está en contra del aborto ()

3. No importa la edad de la mujer, debe asumir el rol de madre ()

4. Otra: _____

Caso 4. Una adolescente de 15 años abortó antes de las 12 semanas de embarazo, ya que este fue producto de una violación. En este caso te encuentras a favor del aborto:

Sí () No()

- SOLO si contestaste “Sí” en la pregunta del CASO 4, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.

1. Es muy joven para ser madre ()

2. El embarazo puede afectar su salud física y mental ()

3. El criar un hijo producto de una violación puede afectar su salud física y mental ()

4. La decisión de abortar le corresponde solo a la mujer ()

5. Es un derecho de la mujer ()

6. Otra: _____

- SOLO si contestaste “No” en la pregunta del CASO 4, ¿por qué razón(es)? Marca una o más opciones.

1. Consideras que se atenta contra la vida del embrión ()

2. Tu religión está en contra del aborto ()
3. No importa la edad de la mujer, debe asumir el rol de madre ()
4. No importa que el embarazo sea el resultado de una violación, la mujer debe asumir el rol de madre ()
5. Otra: _____



Apéndice D
Descriptivos de las escalas utilizadas en Lima y Barcelona

Escalas/Subescalas	Lima				Barcelona			
	<i>Mdn</i>	<i>D.E.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mdn</i>	<i>D.E.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Actitudes pro-vida	2.08	0.81	1	4	1.17	0.48	1	3.5
Actitudes pro-elección	3.13	0.84	1	4	4	0.33	2.38	4
Derechos	3	0.91	1	4	4	0.59	2	4
Estereotipos	1.63	0.55	1	4	1.13	0.36	1	3.38
Secrecía	2.25	0.63	1	4	1.75	0.72	1	4
Autonomía	2.5	0.88	1	4	3	0.69	1	4
Sexismo Hostil	2.55	1.14	1	5.82	1.45	1.16	1	6
Sexismo Benevolente	2.27	1.08	1	6	1.54	0.96	1	5.36
Religiosidad	28	8.23	12	48	17	6.90	12	40