

ASPECTOS PSICO-SOCIALES DEL ABORTO PROVOCADO

Carlos A. León, M.D., M.S.* y Cecilia de Vargas, M.D.**

El presente trabajo consiste en la investigación de las posibles diferencias respecto a variables demográficas sociales y psicológicas entre un grupo de mujeres hospitalizadas por aborto inducido y otro de mujeres de edad comparable atendidas de parto a término.

Se trata pues, de un estudio controlado en el cual se comparan antecedentes familiares, antecedentes y prácticas sexuales, información sexual, actitudes y opiniones hacia el embarazo, aborto, parto y número de hijos. Para este propósito, se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas.

Se hace un análisis estadístico de los resultados y se consignan comentarios y conclusiones.

I. INTRODUCCION

En cumplimiento del propósito de estudiar nuestro medio los fenómenos que afectan la salud y bienestar de la colectividad y más particularmente aquellos que influyen sobre la salud mental, hemos creído conveniente realizar una exploración sobre el aborto provocado en el campo psicológico y social.

El aborto provocado o inducido como acto consciente de rechazo a la maternidad por la brusca interrupción de un embarazo no deseado, conlleva una ruptura de las normas biológicas, psicológicas y sociales y presupone un estado de crisis cuyo conocimiento, en la actualidad reducido y fragmentario, necesita ampliarse y consolidarse.

La preocupación contemporánea por el exagerado crecimiento de la población ha estimulado una gran variedad de estudios de investigación sobre fertilidad, reproducción y

dinámica demográfica y entre estos, muchos sobre aspectos del aborto. Por tener relevancia para el presente trabajo, mencionaremos en forma selectiva algunas publicaciones clasificándolas de acuerdo a su área de interés; así tenemos: a) las que enfocan el aborto desde el punto de vista demográfico y epidemiológico, estableciendo la incidencia o prevalencia en la población y otras de sus características;^{2,4,5,8,9,11,12,14,16,17} b) los que lo identifican específicamente como un problema de salud pública o salud mental; c) los que destacan aspectos psicológicos y psiquiátricos;^{13,15,20} y finalmente e) aquellos que tratan sobre el aborto en el contexto general y planificación familiar;^{5,9,10,12,18} debiendo destacarse de entre éstos el estudio de Tietze¹⁸ por su documentación y amplitud de enfoque.

Desde el punto de vista de salud pública, el aborto es un grave problema en varias ciudades de Colombia pues las estadísticas hospitalarias muestran que es la primera causa patológica para admisión a hospitales¹². Los registros de hospitalización en Cali indican que hay dos abortos por cada 5 partos a término aproximadamente. Se ha citado que en Bucaramanga¹² la relación aborto-parto es de 1:1. Aunque estas proporciones ni siquiera se aproximan a las de países como el Uruguay por ejemplo, (3 abortos voluntarios por cada parto en 1963⁴), no dejan de ser datos preocupantes y ciertamente debería producirse un mayor número de trabajos investigativos tendientes a lograr un mejor conocimiento del problema y sus causales.

* Profesor y Jefe Departamento de Psiquiatría, División de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle, Cali-Colombia.

** Al tiempo del presente trabajo, Estudiante de Medicina; en la actualidad, egresada del Programa de Residencia en Psiquiatría, División de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle.

Los obstáculos para averiguar la verdadera tasa de abortos inducidos en la población general son sumamente difíciles de vencer. El estigma social y la condición de delito que acompañan al aborto en muchos países crea una explicable resistencia que es a menudo imposible contrarrestar en el curso de una encuesta.* Las cifras obtenidas por este método deben aceptarse con mucha cautela, salvo el caso en que circunstancias especiales en la relación del encuestador con las informantes y la presencia de índices colaterales corroborativos garanticen su validez, como sucede con el trabajo de Armijo y Monreal² en Santiago de Chile. Estos autores encontraron que el 26 % de una muestra de 1.890 mujeres entre 20 y 44 años admitieron haberse inducido aborto por lo menos una vez. En Cali en una encuesta realizada en 1964 en una muestra de 1.905 mujeres entre 15 y 49 años, 181 (9.5 %) admitieron haberse inducido aborto por lo menos una vez. El estudio de otros índices, tales como el número de hospitalizaciones por abortos sépticos o incompletos en esta época, hace suponer que la cifra mencionada está muy por debajo de la proporción real. Escobar y sus colaboradores⁸ encontraron al estudiar una serie consecutiva de 985 abortos en el Hospital Universitario del Valle (H.U.V.) en 1969, que 130 pacientes (13.2 %) admitieron haberse inducido el aborto. Los estimativos hechos por los obstetras en forma independiente señalaron a 119 casos (12 %) como "seguros" y 183 (18.5 %) como "probables". A falta de otros indicadores, un promedio de las tres proporciones mencionadas (14.4 %) podría utilizarse para cálculos extrapolativos que nos permitan estimar el número aproximado de abortos inducidos en la población hospitalaria.

En 1966 se atendieron en el H.U.V. 5.668 partos y 2.166 abortos de los cuales 290 (13.3 %) fueron sépticos. En 1969 a pesar de que el número de partos atendidos disminuyó a 4.732, los abortos no disminuyeron en forma proporcional y alcanzaron una cifra de 1.908, de los cuales 387 (20.3 %) fueron sépticos. Aunque la disminución del número de partos atendidos puede ser atribuible a cambios en la política asistencial del Hospital, la persistencia del alto número de abortos y el apreciable incremento en la proporción de abortos sépticos parecen indicar que el aborto en general y particularmente el aborto provocado aumentan progresivamente en nuestro medio.

II. OBJETIVOS

Si bien se han realizado en nuestro medio que indican la extensión aproximada del problema del aborto inducido y su correlación con varios aspectos demográficos y socio-económicos,^{5,8,11,12,17} se advierte una notable carencia de datos acerca de las características personales y antecedentes de las informantes, así como de sus actitudes, opiniones y reacciones hacia el hecho concreto del aborto y hacia diversos aspectos del conocimiento y la práctica de la función sexual y procreativa.* Por otro lado, ninguno de los estudios mencionados ha realizado controles que garanticen comparabilidad del material humano estudiado y permitan profundizar en la exploración de los posibles factores causales a través de la medición de variables relevantes en un grupo determinado y en su correspondiente grupo testigo.

Sobre la base de las anteriores consideraciones nos propusimos realizar un estudio piloto de modesto alcance, cuyos efectos fuesen:

- a) Establecer las posibles diferencias respecto a diversas variables demográficas, sociales, económicas y psicológicas, entre un grupo de mujeres hospitalizadas por aborto inducido y otro de mujeres de edad comparable atendidas de parto a término.
- b) Identificar las variables que guarden una correlación significativa con el aborto y puedan por lo tanto ayudar a reconocer probables factores determinantes.
- c) Adquirir alguna información básica sobre los posibles factores causales del aborto inducido que permita plantear hipótesis susceptibles de comprobación por estudios empíricos y concebir medidas tentativas de prevención.

III. METODOLOGIA

De acuerdo a los objetivos enunciados se diseñó un estudio consistente en una encuesta de 60 preguntas administrada a una serie consecutiva de 40 pacientes hospitalizados por aborto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario del Valle en los meses de

* Warner¹⁹ describe un interesante método para eliminar el sesgo producido por las respuestas evasivas en la encuesta.

* Una de las excepciones más dignas de mención es el excelente trabajo de Mario Jaramillo¹⁰ quien analiza cuidadosamente diversas variables relativas a características personales, hábitos y actitudes de mujeres sexualmente activas pero sin referirse específicamente al aborto.

mayo y junio de 1966 y con respecto a quienes existía la evidencia* de que el fenómeno no era espontáneo sino inducido o provocado. Por cada caso del grupo de abortos -que en adelante denominaremos "grupo índice"- se escogió una mujer del mismo grupo de edad que estuviera hospitalizada por parto a término y se le administró la encuesta en idénticas condiciones. De este modo obtuvimos un "grupo control" pareado con el grupo índice.

CUADRO NO. 1

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE
ACUERDO A GRUPOS DE EDAD

Edad	Grupo Índice	Grupo Control
16 - 20 años	7	6
21 -- 25 años	19*	20
26 - 30 años	6	8
31 - 41 años **	8	8
TOTAL	40	40

* Una de las encuestadas dio información errónea sobre su edad.

** Se decidió fusionar los grupos de edad 31-35, 36-40 en uno sólo para facilitar el análisis de los resultados.

Uno de nosotros (la Doctora de Vargas) entrevistó a cada informante de acuerdo a un procedimiento estandarizado que consistía en una etapa inicial de acercamiento, diálogo y apoyo emocional para luego proseguir con la administración de la encuesta.

Para la confección del cuestionario definitivo, se puso previamente a prueba una lista tentativa de preguntas con un grupo experimental de cinco pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario del Valle.

* Para el establecimiento del criterio de certeza se recurrió a la colaboración de dos miembros del personal docente (o residentes jefes) del Departamento de Obstetricia, quienes en forma independiente debían estar de acuerdo en señalar el caso como un aborto inducido. Cuando existía disparidad de criterios, no se tomaba el caso. De este modo, usando un método riguroso, se garantizaba una máxima validez para la selección. La bondad de este método se comprobó más tarde, cuando todas y cada una de las informantes del grupo índice admitieron, en el curso de la encuesta, que su aborto había sido provocado.

El cuestionario consta de 6 secciones: 1) Datos de identificación, 2) Antecedentes familiares, 3) Antecedentes de prácticas sexuales, 4) Información sexual, 5) Unión y embarazo, y 6) Actitudes y opiniones hacia el aborto, parto, embarazos, y número de hijos. Casi todas las preguntas son abiertas para facilitar una mayor espontaneidad en las respuestas.

Para el análisis de los resultados se decidió utilizar pruebas paramétricas de correlación o asociación fijando de antemano el nivel de probabilidad en 0.05*.

IV - RESULTADOS

En el presente trabajo nos limitaremos a establecer una comparación entre los grupos índice y control, con el objeto de explorar la posibilidad de asociación entre determinados atributos, y el hecho de pertenecer las informantes respectivas a uno u otro grupo.

Para facilitar la tarea nos referimos a los hallazgos en el mismo orden en que se agruparon las variables examinadas en la encuesta.

1. Datos demográficos generales

A pesar de que sólo se emparejaron los grupos índice y control con respecto a edad, el análisis de los resultados demuestra la existencia de similitudes a veces notables con respecto a otras variables. En efecto, sólo se aprecian mínimas diferencias en cuanto a religión (la mayoría en ambos grupos se ubica en la categoría de "católica practicante"); lugar de nacimiento (la mayoría, nacida en otros departamentos); tiempo de residencia en Cali (la mayoría, de uno a cinco años);** educación, (la mayoría primaria incompleta).

* Como prueba de asociación entre los atributos se utilizó el coeficiente phi (ϕ) y como prueba de su significancia el chi cuadrado (χ^2). También se usó en un caso el Test t de Student. Para la discusión de la utilidad de estas pruebas, véase: Hays W.L., "Statistics", pgs. 604 y 618. Holt, Rhinehart & Wiston Eds. New York 1963.

** De acuerdo a la impresión de algunos observadores, se esperaba que el tiempo de residencia en Cali, de las informantes en el grupo índice, fuese significativamente diferente a las del grupo control, con un predominio del tiempo menor de 1 año en el primer grupo.

Observamos prácticamente una identidad entre los dos grupos en lo referente a raza, (la mayoría "mestiza"); ocupación (la mayoría "oficios domésticos"); así como también en las respuestas a la preguntas: "Con quién vive?" y "Cuál es su fuente de sustento?". En ambos casos la gran mayoría en uno y otro grupo, mencionó en su respuesta el cónyuge o compañero.

Respecto al estado civil, encontramos que la proporción de mujeres solteras es mayor en el grupo control; sin embargo, esta diferencia no alcanza a ser significativa (Véase cuadro No. 2).

CUADRO No.2

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A ESTADO CIVIL

Estado Civil	Grupo Índice	Grupo Control
Unión libre estable	12	10
Unión libre inestable	10	6
Casada	9	13
Soltera	5	10
Separada	4	1
Viuda	---	---
TOTAL	40	40

En cuanto al ingreso mensual por capital, hay una apreciable diferencia entre los dos grupos en lo relativo al número de personas cuyo ingreso es menor de \$50 mensuales. Sin embargo, tampoco esta diferencia alcanza a ser significativa, pero es digna de mencionarse pues puede indicar una tendencia en esta dirección que se corrobora con datos referentes a las causas para el aborto que examinaremos posteriormente. (Véase Cuadro No.3).

2. Antecedentes Familiares

En esta área notamos una gran similitud entre los grupos índice y control con respecto al número de partos de la madre de la informante, respondiendo la mayoría "entre 7 y 9" y al número total de hermanos vivos (la mayoría 3-4). La discrepancia entre el número de partos de la madre y el número de hermanos vivos parece señalar un alto índice de mortalidad en edades jóvenes en estas familias.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A INGRESO MENSUAL PER-CAPITA

Ingreso mensual per-capita	Grupo Índice	Grupo Control
Ninguno	1	1
- \$ 50	14	8
\$50-100	10	19
\$101-150	4	4
\$201-250	2	4
\$251-300	2	-
\$301-350	4	2
Sin dato	4	2
TOTAL	40	40

Ingreso	G.Ind.	G.Cont.
\$ 50	25	31
50	15	9

= ϕ .16	$\chi^2 = 2.1$
.10 < P < .20	

Los dos grupos muestran prácticamente idénticas proporciones respecto a las preguntas de "si vive el padre" (22 responden "sí" en el grupo índice y 21 en el control); número de abortos de la madre (la mayoría en ambos grupos responden "ninguno") y lugar cronológico que ocupa la informante entre sus hermanos (la mayoría responde "intermedia").

Hay una diferencia apreciable, que no llega a ser significativa, entre el número de personas que tienen la madre viva en el grupo índice y en el grupo control: (32 en el primero, 24 en el segundo).

Anotamos una diferencia apreciable, que sin embargo no alcanza a ser estadísticamente significativa entre los dos grupos al estado civil de los padres al momento del nacimiento de la informante. En el grupo control no hay sino una informante cuyos padres se hallaban separados en esta época.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A ESTADO CIVIL DE LOS PADRES EN LA EPOCA DE SU NACIMIENTO.

Estado Civil	Grupo Índice	Grupo Control
Casados	25	29
Unión libre	7	9
Separados	6	1
Sin dato	<u>2</u>	<u>1</u>
	40	40

Padres	G. Ind.	G. Cont.
Casados		
Union L.	32	38
Separados	6	1

$$\phi = 0.28 \quad X^2 = 4.07$$

$$.05 < P < .10$$

Este dato, considerado aisladamente, no tendría ningún valor, pero podemos interpretarlo como un índice del estado de desorganización familiar si hay otros hallazgos que lo refuercen.

3. Antecedentes y prácticas sexuales

La edad de la menarquia aparece como muy similar para los dos grupos (La mayoría entre los 13 y 14 años). Tampoco hay diferencias respecto al conocimiento temprano que tuvieron las informantes de ambos grupos acerca de parto y aborto, ni en cuanto a la fuente de información, que en la mayoría de los casos fue la madre.

Existe prácticamente una identidad entre los grupos respecto a la pregunta: "Con quién tuvo la primera relación sexual? En la mayoría de los casos, la respuesta es "con el novio", (26 casos en el grupo índice - 25 casos en el grupo control). Esto indica una alta proporción de relaciones premaritales en ambos grupos.. También

hay igualdad de respuestas en lo relativo a los conocimientos tempranos respecto a la menstruación, en ambos grupos.

La edad a la que las informantes tuvieron la primera relación sexual muestra diferencia significativa entre los grupos y así vemos que una proporción grande de informantes en el grupo índice inició sus relaciones antes de los 17 años.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A LA EDAD QUE TUVIERON LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Edad	Grupo Índice	Grupo Control
- 15	2	4
15 - 17	23	10
28 - 20	14	13
+ - 20	<u>1</u>	<u>13</u>
TOTAL	40	40

Edad	G. Ind.	G. Contr.
+ 17 años	15	26
- 17 años	25	14
= 0.28	X ² = 6.05	
	.01 < P < 0.02	

Se anota otra diferencia significativa entre los grupos, respecto a la actitud hacia la primera relación sexual; con un predominio neto de "rechazo" en el grupo índice y de "deseo" en el grupo control. Es interesante mencionar que 7 informantes del grupo índice y 3 del grupo control fueron víctimas de violación.

También observamos interesantes diferencias en las reacciones hacia la primera relación sexual, aunque no podemos analizar estadísticamente el conjunto de datos por haber varias respuestas múltiples en el grupo control. Sin embargo, un análisis de la polaridad: "dolor físico" - "placer", muestra una diferencia significativa con notable predominio de dolor físico en el grupo índice y de placer en el grupo control.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A ACTITUD PREVIA A LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Actitud	Grupo Índice	Grupo Control
Rechazo parcial	13	8
Deseo	10	22
Consentimiento	9	3
Rechazo total (forzamiento)	7	3
Indiferencia	—	4
No recuerda	1	—
TOTAL	40	40

Actitud	G.Ind.	G. Cont.
Deseo	10	22
Rechazo	20	11

$0 = 0.33 \quad X^2 = 6.98$
 $.001 < P < .010$

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A REACCION A LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Reacción	Grupo Índice	Grupo Control
Dolor físico	20	7
Vergüenza	8	12
Miedo	4	6
Placer	3	15
Remordimiento	3	7
Indiferencia	—	2
No recuerda	2	—
TOTAL	40	49 *

Reacción	G. Ind.	G. Cont.
Placer	3	15
Dolor físico	20	7

$0.56 \quad X^2 = 14.2$
 $P < .001$

*Algunas informantes en el grupo control señalaron más de una reacción (combinaciones).

En cuanto a la reacción hacia las relaciones sexuales en la actualidad, se anota un predominio de respuestas de "placer" en el grupo control, pero la diferencia no alcanza a ser significativa.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A LA RELACION SEXUAL EN LA ACTUALIDAD

Reacción	Grupo Índice	Grupo Control
Dolor físico	—	1
Vergüenza	2	1
Miedo	—	3
Placer	22	27
Remordimiento	2	3
Indiferencia	10	4
No recuerda	3	1
No aplica	—	1
Sin dato	1	—
TOTAL	40	40

Reacción	G.Ind.	G. Cont.
Placer	22	27
Otras	18	13

$0.13 = X^2 = 1.3$
 $.20 < P < .30$

Al examinar (por medio de tabulaciones cruzadas) la distribución de las respuestas de placer con respecto a los subgrupos de edad, no se observan diferencias significativas ni dentro de cada grupo ni cuando comparamos los grupos índice y control entre sí.

También se observa una diferencia significativa respecto al conocimiento que tenían los grupos antes de la primera relación sexual acerca de coito y embarazo.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A SI ANTES DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL SABIAN QUE ES EL COITO

Sabían qué es el coito	Grupo Índice	Grupo Control
No	30	20
Sí	<u>10</u>	<u>20</u>
TOTAL	40	40

Sabían qué es el coito	G.Ind.	G.Cont.
Sí	10	20
No	30	20
$\phi = 0.26$	$X^2 = 5.3$	
$0.02 < P < 0.05$		

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A SI ANTES DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL SABIAN QUE ES EL EMBARAZO

Sabían qué es el embarazo	Grupo Índice	Grupo Control
No	32	23
Sí	<u>8</u>	<u>17</u>
TOTAL	40	40

Sabían qué es el embarazo	G.Ind.	G.Contr.
Sí	8	17
No	32	23
$\phi = 0.24$	$X^2 = 4.71$	
$0.02 < P < 0.05$		

4. Información sexual.

Al preguntar a las informantes sobre las causas para que una persona conciba ("quede encinta"), se constata una diferencia significativa entre el número que

contestan: "No sé" en uno y otro grupo, correspondiendo la cifra más alta al grupo índice. Por otra parte, sólo una persona en el grupo índice y 3 en el grupo control mencionan la primera intención la cópula en la época propicia del ciclo menstrual para la concepción.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LAS INFORMANTES DE ACUERDO A LA PREGUNTA "CUAL ES LA CAUSA PARA QUE UNA PERSONA QUEDE EN CINTA?"

Causa	Grupo Índice	Grupo Control
No sé	25	16
Orgasmo simultáneo	8	7
Debilidad en la mujer	2	-
Eyaculación dentro de la vagina	2	-
Otros	<u>3</u>	<u>17</u>
TOTAL	40	40

C a u s a	G.Ind.	G.Cont.
"No sé"	25	16
Otras	15	24
$\phi = 0.22$	$X^2 = 4.5$	
$0.02 < P < 0.05$		

Un buen número de informantes en ambos grupos se refiere al orgasmo simultáneo como causa de embarazo y esta parece ser una noción bastante difundida en nuestro medio.*

Al averiguar explícitamente sobre la época del ciclo menstrual más propicia para la concepción, sólo 5 personas en el grupo índice y 6 en el grupo control ofrecen respuestas acertadas.

* En el curso de un estudio aún inédito (León, C.A., "Experiencias Grupales con Madres de niños desnutridos y sanos") fuimos informados de cómo algunas mujeres hacían esfuerzos inusitados para retardar y aún bloquear el orgasmo a fin de no experimentarlo al mismo tiempo que el compañero sexual, tratando de este modo de evitar el embarazo. No es difícil imaginar cómo la práctica reiterada de este método pudo haber conducido a un buen número de ellas a la frigidez completa.

Las nociones respecto a la duración del embarazo son correctas en la mayoría de las informantes de ambos grupos, así como también la opinión de que no se puede predecir el sexo de la criatura.

No se aprecian diferencias significativas entre los dos grupos respecto al conocimiento o al uso de métodos anticonceptivos, (10 informantes en el grupo índice y 9 en el grupo control dicen no conocer ningún método y 18 en cada grupo mencionan los anovulatorios, identificándolas como "pastas").

En cuanto al uso personal de métodos anticonceptivos, 16 informantes en el grupo índice y 15 en el grupo control dicen no haberlos usado nunca. Las restantes no muestran diferencias apreciables de opinión respecto a la posible eficacia de los métodos usados ni a las razones para ello. Todas las informantes que usaron anticonceptivos dicen haberlo hecho por iniciativa propia o de acuerdo con el marido o conviviente, con la sola excepción de un caso en el grupo control.

En lo tocante al juicio moral respecto al uso de estos métodos, todas las 14 informantes del grupo índice que los usaron, califican la práctica como buena o justificable, mientras que en el grupo control 7 de las usuarias la consideran buena, 5 se muestran indiferentes y solamente 1 la censura.

Conviene añadir que al analizar detenidamente el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a la religión de las informantes, la mayoría de las que usan anovulatorios y coito interrupto, dicen ser católicas no practicantes, mientras que entre las que no usan ningún método anticonceptivo predominan las católicas practicantes. Esta situación se presenta tanto en el grupo índice como en el grupo control y las diferencias en ambos casos son significativas.

5. Unión y embarazo,

Se observa una tolerable similitud respecto al tipo de unión de la cual procede el embarazo actual, siendo la unión libre la predominante en ambos grupos (16 casos para el grupo índice, 17 para el control), seguida en segundo lugar por el matrimonio (10 para el grupo índice y 12 para el control).

Sólo se anotan pequeñas diferencias entre los dos grupos respecto al sentimiento predominante hacia el cónyuge o compañero durante el embarazo: la mayoría menciona "amor", (23 en el grupo índice y 29 en el grupo control). Se observa una diferencia apreciable que sin embargo no alcanza a ser significativa respecto a si el coito que produjo el embarazo fue deseado o no. Para la mayoría de las informantes en el grupo índice (25) el coito no fue deseado; en tanto que sí lo fue para la

mayoría de las del grupo control (23). Debe anotarse que en cuatro casos del grupo índice el embarazo fue producto de un forzamiento.

El sentimiento predominante hacia el compañero en la época del aborto o parto, respectivamente, varía entre los dos grupos pero las diferencias no son significativas aunque se advierte una tendencia al predominio de sentimientos negativos ("odio", "simpatía") en el grupo control.

La actitud del cónyuge o compañero hacia la informante inmediatamente antes del aborto o parto, muestra algunas diferencias que si bien no alcanzan a ser significativas, pueden, como las anteriormente mencionadas, indicar una tendencia. Es así como en 6 casos del grupo índice y 1 del control, el compañero no vivía junto con la informante y en 9 casos del grupo índice y 3 del control, realizó actos agresivos y aún ataque físico (en 4 casos del grupo índice).

6. Opiniones y actitudes hacia aborto, parto, embarazos y número de hijos.

Doce informantes en el grupo índice y 9 en el grupo control admitieron haber tenido abortos previos. De las 12 del grupo índice, 6 admitieron haber tenido abortos provocados en un total de 9 ocasiones y las otras 6, abortos espontáneos en un total de 17 ocasiones. Las informantes del grupo control negaron haber tenido abortos provocados, admitieron un total de 20 abortos espontáneos.

La mayoría de los abortos actuales (28) fueron practicados en el segundo (15 casos) o tercer (13 casos) mes de la gestación.

Las causas motivantes del aborto, de acuerdo a la versión de las encuestadas, se resumen en el Cuadro No. 12.

Según estos datos, la causa principal son los problemas económico (23 casos); seguida en su orden por "el número excesivo de hijos" (11); abandono del cónyuge (19) y alteraciones en la salud durante el embarazo (8). Estos datos son enteramente compatibles con los consignados en otros estudios^{1,2,11,12,16}, y parecen describir una situación real. Al verificar esta información por medio de tabulaciones cruzadas, se constata que 16 de las 13 informantes que aducen como causa para el aborto los problemas económicos, tienen en efecto un ingreso mensual per-capita de \$ 100 o menos. Por otro lado, ninguna de las informantes que señala como causa del aborto el número excesivo de hijos tiene menos de tres.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE INFORMANTES DEL GRUPO INDICE DE ACUERDO A LAS CAUSAS ADUCIDAS PARA HABERSE PROVOCADO EL ABORTO

Causas	G. Indice
Condiciones familiares o ambientales adversas	5
Condiciones económicas adversas	23
Actitud adversa del marido	6
Número excesivo de hijos	11
Abandono e infidelidad del marido	10
Imposibilidad para trabajar	4
Alteraciones de salud durante el embarazo	8
Presión del marido, familiares u otros	2
Sentimientos adversos hacia el marido o compañero	2
Otras	10
Rehusa responder	<u>1</u>
TOTAL	82*

* Algunas informantes dieron varias respuestas

Los medios utilizados por las informantes para provocarse el aborto, no difieren de los descritos en otros estudios 1,2,11,12,16 y considerados como típicos. El favorito entre todos es la colocación de la sonda intrauterina (26 casos); siguiéndole a continuación el curetaje (7 casos), la ingestión de drogas y pócimas y las inyecciones hipodérmicas. Dos informantes rehusaron describir el método. Debido a que en la prueba piloto del cuestionario las informantes se mostraron muy suspicaces y reservadas ante la pregunta de "Quién realizó el aborto?", se decidió eliminarla de la encuesta.

En cuanto a los sentimientos que las informantes refieren haber experimentado antes y después de realizado el aborto, la encuesta muestra en general lo que podría esperarse en estas circunstancias: Antes del aborto: "miedo", (23 casos); "tristeza", (15 casos); "indecisión", (3 casos); "nerviosismo", (2 casos); "remordimiento", (3 casos); sólo tres informantes manifestaron no haber experimentado "nada". Después del aborto: "remordimiento", (18 casos); "pesar o tristeza", (18 casos); "miedo" (15 casos). Dos informantes dijeron no haber sentido "nada" y otras dos "alegría".

Al explorar la actitud de las informantes del grupo índice respecto a si sieten que lo hecho fue algo malo, 34 contestan afirmativamente, 4 en forma negativa y 2 responden "No se".

Al preguntarles por qué consideran el aborto como algo malo, 16 de las informantes mencionan que es un pecado, 7 se refieren al infanticidio en una u otra forma y/o expresan que "por las malas consecuencias". El resto da varias respuestas de diversa índole.

No se observan diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al número ideal de hijos deseados (promedios: 3,28 y 3,23), ni al número total de embarazos (promedios: 4.85 y 4.40). Sin embargo, se nota una muy interesante diferencia en relación al número de hijos vivos en cada grupo.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DEL NUMERO PROMEDIO DE HIJOS VIVOS, HIJOS DESEADOS Y TOTAL DE EMBARAZOS DE ACUERDO AL GRUPO A QUE PERTENECEN LAS INFORMANTES

	G. Indice		G. Control	
	N	\bar{X}	N	\bar{X}
Número de hijos vivos	112	2.8	147	3.67
	t = 38		P < 0.001	
Número de hijos deseados	131	2.27	129	3.22
	t = 0.29		.70 < P < .80	
Número total de embarazos	194	4.85	176	4.4
	t = 1.44		.10 < P < .20	

Esta diferencia nos indica que la mortalidad infantil y/o la mortalidad fetal en el grupo índice es significativamente mayor que en el grupo control y puesto que el número de embarazos es sensiblemente igual en ambos grupos, se plantea la posibilidad de un mayor número de abortos que el declarado por el grupo índice o un mayor número de defunciones entre sus hijos.

V. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Al evaluar los resultados del presente trabajo, de acuerdo a los objetivos inicialmente formulados, podemos afirmar que aunque el número de las variables con respecto a las que se observa diferencias significativas entre los dos grupos, es relativamente escaso, hay bases para pen-

sar que el conocimiento de los factores responsables de estas diferencias puede tener valor tanto para plantear hipótesis explicativas como para sugerir un tipo determinado de medidas de acción.

Las razones explícitas aducidas por las informantes, relacionan el aborto preferentemente con causales de índole económica y aunque esta razón es, en apariencia plausible, no alcanza a ser suficiente para explicar el fenómeno a la luz de un análisis razonable.

En efecto, detectamos la presencia de factores que parecen indicar un estado de predisposición hacia el aborto. Vemos de este modo cómo en el grupo índice hay un predominio de informantes que provienen de hogares desorganizados y que muestran como conjunto un mayor desconocimiento de lo que es el coito y el embarazo. (Si bien no difieren del grupo control respecto al conocimiento de lo que es la menstruación, parto y aborto). Se podría postular que estos últimos eventos por su misma forma de presentación son auto-evidentes y pueden bien pronto identificarse y explicarse, en tanto que la cópula, la concepción y el embarazo, permanecen por más tiempo en el terreno de lo secreto y lo prohibido. El hecho de que mujeres adultas con una vida sexual activa todavía desconozcan cuál es la verdadera causa del embarazo, indica la ausencia de oportunidades y medios para haber podido realizar este elemental aprendizaje.

Observamos igualmente cómo es precisamente el grupo desprovisto de conocimientos sobre el coito y el embarazo el que se expone más temprano a contactos sexuales. Vemos también que hay dentro del mismo grupo una tendencia general a mostrar reacciones emocionales negativas hacia el primer contacto, las mismas que persisten hasta épocas posteriores.

Observamos finalmente una falta de nociones claras sobre el mecanismo de concepción mucho más notoria en el grupo índice y un general déficit del conocimiento de métodos razonables de planeación de la maternidad.

Todas las características mencionadas, coexistentes en el grupo índice, configuran una tipología que puede ser útil para caracterizar lo que en términos epidemiológicos se denomina individuos o poblaciones con "alto riesgo", cuya identificación es de singular importancia para la planeación de actividades preventivas y de rehabilitación.

La diferencia significativa entre el número de hijos vivos en los grupos índice y control, sugiere la existencia de factores que conspiran no sólo contra la vida fetal sino también contra la vida de los niños nacidos a término y plantea un grave interrogante en torno a los problemas de las diferencias en morbilidad y mortalidad

infantil, aparte de las explicables por razones económicas o de desorganización social*

En vista de todo lo expuesto anteriormente, creemos que sería muy aconsejable iniciar o incrementar actividades de educación sexual al alcance de los grupos de población que actualmente están privados de ella. Esta tarea deberá empezarse desde edades tempranas y reforzarse periódicamente, de acuerdo a oportunidades tales como trabajo con grupos de niños y adolescentes, cursillos pre-matrimoniales, cursillos de planeación familiar y reuniones con padres de familia. La protección integral de la familia por medio de programas efectivos de bienestar familiar puede jugar un papel de singular importancia en la prevención de fenómenos de desorganización y crisis que son el punto de partida de otros tantos problemas sociales entre los que puede incluirse el aborto provocado.

Además, es necesario incrementar la investigación de los factores que intervienen en el fenómeno del aborto provocado especialmente de los relacionados con los aspectos psicológicos, sociales y económicos de la población. Debe fomentarse en particular la realización de estudios controlados que ayuden a dilucidar los mecanismos íntimos del problema y contribuyan de este modo no sólo a su mejor comprensión, sino también a sentar las bases para su prevención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aldama, Arturo. "El Aborto Provocado, Problemas de Salud Pública". *Higiene* 14: 1962.
- 2.- Armijo, R.; Monreal, T. "Epidemiología del aborto Provocado en Santiago". Trabajo presentado a la IV Conferencia de la Federación Internacional de Planificación de la familia. San Juan, Puerto Rico, Abril 19-27, 1964 (copia mimeografiada).
- 3.- Beck, M., Neuman, Sidney H., Lewit, S., Abortion: A National Public and Mental Health Problem- Past, Present and Amer J Public Health. 59: 2131-2143, 1969.
- 4.- Castro, J.A., Trabajo presentado al Simposio Planificación Familiar. Montevideo, 1963. (copia mimeografiada).
- 5.- Castro, R., Prevalencia de aborto en Cartagena. 269-274 en Planificación Familiar. Editado por Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Edic. Tercer Mundo, Bogotá, 1967.
- 6.- Crowley, R.M., Laidlaw, R.W., Psychiatric Opinion Regarding Abortion: Preliminary Report of a Survey. *Amer J Psychiat.* 124: 559-562, 1967.
- 7.- Ekblad, M., Induced Abortion on Psychiatric Ground: A Follow-up of 479 Women. *Acta Psychiat Scand (Suppl.)* 99: 1-238, 1965.

* En el estudio mencionado con grupos de madres de niños desnutridos, se observó una aparente preferencia de la morbilidad por aquellos niños hacia quienes las madres no experimentaban sentimientos positivos.

- 8.- Escobar-Soto, J., Artuz, A., Gómez, A., Estudio sobre Abortos Hospitalarios 1968-1969. (Trabajo en Preparación).
- 9.- Freedman, R., Coomba, L.C., Friedman, J., Social Correlates of Fetal Mortality. Milbank Men Fund Quart 44: 327-344, 1966.
- 10.-Jaramillo G., M. Informe final del Programa experimental de Planificación Familiar del Centro Piloto de Salud No.3 Medellín en "Planificación Familiar" ed. por Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 275-350. Edic. Tercer Mundo. Bogotá, 1967.
- 11.-Lara,B., Lenis, N., Llanos, G., Estudios sobre abortos en Cali, Candelaria, Manizales y Popayán. 262-268, en Planificación Familiar. Editado por Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Edc. Tercer Mundo, Bogotá, 1967.
- 12.-Mendoza-Hoyos, H., Research Studies on Abortion and Family in Colombia Milbank Mem Fund Quart. 46: 223-234, 1968.
- 13.-Niswander, R.R.; Patterson, RL.J., Psychologic Reaction to Therapeutic Abortion. Obstet Gynec 29: 702-706, May 1967.
- 14.-Naciones Unidas. Proporción de Abortos inducidos con respecto al número total de embarazos (estudios no Hospitalarios). Boletín de Población No. 7, 1963.
- 15.-Peck, A., Marcus, H., Psychiatric Sequelae of Therapeutic Interruption of Pregnancy. J Nerv Ment Dis. 143:417-425, 1966.
- 16.-Requena, M., Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Santiago, Chile. Demography. 2: 33-49, 1965.
- 17.-Santamaría, L., Aborto Séptico y maniobras abortivas. 233-260 en Planificación Familiar. Editado por Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Edic. Tercer Mundo, Bogotá, 1967.
- 18.-Tietze, Ch., Induced Abortion as a Method for Fertility Control. Trabajo presentado a la reunión "Fertilidad y Planación Familiar: Una Visión Mundial". Ann Arbor Michigan. 1967 .(copia mimeografiada).
- 19.-Warner, S.L., Randomized Response: A Survey Technique of Eliminating Evasive Answer Bias. Amer Statist A J. 60: 63-69, 1965.
- 20.-Westoff, C.F., Moore, E.C., Ryder, W.B., The Structure of Attitudes Toward Abortion. Milbank Mem Fund Quarter,(Part 1) 47: 11-37, 1969.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFAMILIAR

PEDIATRIA - GINECOLOGIA - CONSULTAS ESPECIALIZADAS

RAYOS X CIRUGIA ODONTOLOGIA

LABORATORIO CLINICO - AUXILIOS ESPECIALES PARA LENTES

APARATOS ORTOPEDICOS ETC.

INSTITUTO COMFAMILIAR

DE

EDUCACION

Educación Primaria

Educación Fundamental acelerada para adultos.

Preparación básica de la mujer para la economía del hogar.

Cursos de Orientación familiar y Educación sexual.

Bachillerato Clásico.

Bachillerato de Culturización para adultos.

SUPERMERCADO - ALMACEN - DROGUERIA

FONDO MUTUO DE INVERSION

Plan de ahorro y capitalización

aportes: Empresas y Trabajadores

Calle 21 No. 7- 20

Conmutador 851191 - 95

De los servicios médicos y educativos tienen derecho la esposa e hijos del trabajador casado y/o los padres o hermanos del trabajador soltero que dependen económicamente de él, previa comprobación de ello.

PROGRAMAS EN DESARROLLO:

Centro Campestre de Recreación Comfamiliar.

Centro Asistencial y Educativo Comfamiliar.

Centro Piloto de Educación Primaria