



EL COLEGIO DE MEXICO, A.C.

**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y DE
DESARROLLO URBANO**

**INCIDENCIA, DIFERENCIALES Y ACTITUDES DEL ABORTO
EN MÉXICO: METODOLOGÍAS ALTERNATIVAS**

Tesis presentada por

LEOPOLDO NÚÑEZ FERNÁNDEZ

Para optar por el grado de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

MÉXICO. D.F.



ABRIL DE 2002

Reconocimientos

En el trabajo que se presenta han participado muchas personas e instituciones desde diversos puntos de vista. Lo más conveniente es que las mencione relacionándolas a los proyectos en que colaboraron. El capítulo 1, surge en base a un trabajo que elaboré en forma conjunta con Yolanda Palma Cabrera, la actualización de los datos se hizo con las encuestas realizadas, en 1992 y 1997, por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática y los datos de las estadísticas hospitalarias fueron tomadas de un trabajo que elaboré con Daniel Hernández Franco. El interés por el tema, empezó en 1976, resurge a raíz de este artículo y de mi colaboración con el personal de Ipas, institución pionera en la introducción de la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) en los hospitales de México. Realizamos estudios sociodemográficos comparativos entre las mujeres que acudían a los hospitales con complicaciones de aborto incompleto y se sometían al procedimiento Legrado Uterino Instrumental (LUI) y la AMEU.

Debido al interés por los estudios sociodemográficos de Yolanda Palma y el mío, nos propusimos el diseño de metodologías alternas para el estudio del aborto. Gracias a la intervención de Virginia Chambers recibimos apoyo financiero de Ipas y fondos adicionales del Centro de Investigación en Salud Pública para realizar la encuesta de Salud Reproductiva de 1989. También se contó con la colaboración de Gabriela Rivera.

Julia DeClerque directora de investigación y evaluación de Ipas, en 1989, propuso realizar un estudio para indagar que hacen las mujeres cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, contactó a Michele Shedlin y propuso realizar el estudio en una comunidad donde ella había trabajado en 1975. Nos presentó a la gente de la Universidad Autónoma del Estado de México, Estela Ortiz y Mario Arceo, que mostraron su interés para colaborar en el estudio y su participación fue fundamental en el desarrollo de la investigación, invitaron a participar a Patricia Becerril, compañera de ellos de la misma universidad. Janie Benson, se incorporó a Ipas en la dirección de Investigación y Evaluación, y mostró un interés especial en el estudio y lo demostró con su participación profesional y apoyo para la obtención de fondos financieros. La investigación fue posible gracias al apoyo económico recibido por el Programa Especial de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud y de Ipas. Recibimos apoyo técnico, administrativo y moral, a parte del financiero, de mucho de los colaboradores de Ipas en aquella época, en especial me gustaría mencionar a Andrea Saldaña, José David Ortiz Mariscal, Virginia Chambers, Lisette Silva y Ann H. Leonard. Para el análisis y transcripción de los resultados recibí la colaboración y apoyo de María del Carmen Martínez.

El Consejo Nacional de Población, a través de su Secretario Manuel Urbina (1990-1994), se interesó en los resultados obtenidos con la Encuesta de Salud Reproductiva realizada en 1989 y proporciono los medios necesarios para poder realizar una segunda investigación en las mismas colonias. De nueva cuenta Yolanda Palma fue coparticipe del estudio, colaborando estrechamente con nosotros Gabriela Rivera y María de los Angeles Pérez.

Una versión anterior a la presente recibió las sugerencias y comentarios oportunos de Mercedes Pedrero y Manuel Ordórica, a ellos una gratitud porque sin duda el producto final a mejorado. A Reina Corona y Katia Menkes por su apoyo constante para la culminación del trabajo. Reconocimiento por la corrección de estilo y sugerencias a Rossana Gutiérrez.

Mención especial merece Miguel Sánchez por todo el apoyo en el procesamiento de la información de las diferentes encuestas analizadas, pero más por la amistad, que ha surgido entre nosotros. No puedo olvidar a la persona que me ha motivado más para la terminación del trabajo Sara González, tengo que reconocer que sin su apoyo material no lo hubiera logrado, el cariño y la comprensión es algo invaluable.

ÍNDICE

Reconocimientos	i
Introducción	1
Capítulo 1. El aborto desde una perspectiva demográfica	4
1.1 Fuentes de información	4
1.2 Marco de referencia.....	5
1.3 Metodologías	11
1.3.1 Encuestas en hogares.....	12
1.3.2 Las encuestas de opinión.....	13
1.3.3 Los grupos focales	14
1.3.4 Registros hospitalarios	14
1.3.5 Respuestas aleatorizadas	15
Capítulo 2. El aborto en México	16
2.1 Algunos resultados publicados sobre el aborto.....	17
2.2 Datos de las estadísticas hospitalarias del IMSS.....	18
2.3 Datos de las encuestas de fecundidad	21
2.4 Aborto y planificación familiar	32
Capítulo 3. Alternativas en las encuestas en hogares.....	35
3.1 Metodología de las Encuesta de Salud Reproductiva 1, 1989	36
3.1.1 Objetivo.....	36
3.1.2 Marco conceptual.....	36
3.1.3 Población de estudio	37
3.1.4 Contenido de los cuestionarios.....	37
3.1.5 Estrategia de campo	38
3.1.6 Características de la muestra	38
3.1.7 Resultados del trabajo de campo	38
3.2 Encuesta de Salud Reproductiva 2, 1991.....	41
3.2.1 Objetivo general	41
3.2.2 Aspectos metodológicos generales	41
3.2.3 Población de estudio	42
3.2.4 Contenido de los cuestionarios.....	42
3.2.5 Estrategia de campo	44
3.2.6 Diseño de la muestra	44
3.2.7 Resultados del trabajo de campo	45
3.2.8 Grupos focales	48

3.3	Resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva, 1989.....	49
3.3.1	Características generales de las mujeres entrevistadas.....	49
3.3.2	Características del primero y del último embarazo.....	53
3.3.3	Deseo y planeación de los embarazos.....	57
3.3.4	Edad al primer embarazo.....	58
3.3.5	Lugar de residencia.....	59
3.4	Resultados Encuesta de Salud Reproductiva, 1991.....	61
3.4.1	Características generales de las mujeres entrevistadas.....	61
3.4.2	Incidencia del aborto inducido: estimación y características.....	69
3.4.3	Inferencias del estudio.....	74
3.5	Actitudes hacia el aborto.....	75
3.5.1	Actitudes en la Encuesta de Salud Reproductiva, 1989.....	76
3.5.2	Actitudes en la Encuesta de Salud Reproductiva, 1991.....	81
3.5.2.1	Resultados de las sesiones de los grupos focales.....	81
3.5.2.2	Resultados de la encuesta en hogares.....	83
	Capítulo 4. Rutas al aborto.....	92
4.1	Objetivo.....	92
4.2	Metodología.....	93
4.2.1	Características de la comunidad.....	93
4.2.2	Entrevistas cuantitativas.....	93
4.2.3	Entrevistas grabadas.....	94
4.2.4	Grupos focales.....	95
4.2.5	Entrevistas a los proveedores de servicios.....	95
4.3	Resultados.....	96
4.3.1	Entrevistas cuantitativas.....	96
4.3.2	Entrevistas grabadas.....	98
4.3.3	Comparación entre las entrevistas grabadas y las entrevistas cuantitativas.....	99
4.3.4	Grupos focales.....	100
4.4	Inferencias del estudio.....	103
	Conclusiones.....	105
	Bibliografía.....	110

Introducción.

Del acervo existente de información se pueden extraer evidencias de que en México el aborto inducido es un problema social y de salud pública. La inquietud que dio origen a esta investigación tiene como base el reconocimiento de lo limitado de estudios específicos en nuestro país, que determinen cuáles son los grupos de mujeres que recurren al aborto para regular su fecundidad y bajo qué circunstancias lo hacen y la magnitud de este fenómeno en su dimensión social.

Enfoques distintos examinan o se refieren al aborto¹: médicos, penalistas, grupos feministas, psiquiatras o instituciones académicas, lo analizan y encuadran desde su particular perspectiva profesional o su interés como grupo; pero debemos reconocer que no ha sido posible lograr un estudio integral, compilador, profundo, interdisciplinario y sin prejuicios, que comprenda todas las vertientes y todas las expresiones de este intrincado problema social². Es más, aún el análisis disciplinario merece mayores esfuerzos.

Por lo tanto, aunque existen muchas vertientes a partir de las cuales se puede analizar el tema del aborto, en este estudio nos permitiremos abordar el tema desde el punto de vista sociodemográfico, que es donde por mi formación profesional puedo hacer algún aporte.

La información sobre la incidencia del aborto inducido es relevante para tomar decisiones acerca de la posibilidad de hacer operativas acciones dirigida a atender a la población demandante, a modificar su incidencia, o cuando se quiera evaluar el efecto de implantación de ciertas políticas sociales y de salud.

En este sentido cobra gran importancia el conocer donde está ocurriendo el fenómeno con mayor frecuencia, tanto en términos de la ubicación geográfica como en relación a sus características socioeconómicas, como serían: escolaridad, número de hijos, práctica anticonceptiva y religiosidad.

Sin embargo, la condición de ilegalidad del aborto inducido, presenta serios obstáculos para poderlo cuantificar adecuadamente. Estimar con alguna certeza la incidencia del aborto inducido en México constituye un reto para los investigadores sobre el tema.

Dos son las fuentes utilizadas para el estudio de la incidencia del aborto inducido, los registros hospitalarios y las entrevistas directas a mujeres. Con estimaciones indirectas a partir de los registros hospitalarios Singh y Wulf (1994) estiman que en México hubo 533 mil abortos inducidos en 1990. Mendoza (1991) con datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1982 aplicando el modelo de Bongaarts encuentra una cota inferior de 149 mil y superior de 303 mil con lo que obtiene una incidencia de 226 mil abortos inducidos en el año de 1986³. Se ha visto que cifras por arriba de quinientos mil abortos anuales son inaceptables para el caso de México, si consideramos los niveles de fecundidad natural (no regulada).

¹ Para precisar los términos a los que se hace referencia en este trabajo, definiremos **aborto** como la expulsión o extracción del producto de la concepción con menos de seis meses de gestación, **aborto espontáneo** es el que ocurre naturalmente sin causa deliberada o intencional, aunque esté implicada una causa externa como puede ser un traumatismo y **aborto inducido (provocado)** es aquel que ocurre por causa deliberada o intencional. En lo que resta cuando se mencione la palabra aborto nos estaremos refiriendo a la última definición, al menos que se especifique lo contrario.

² El Consejo Nacional de Población en 1976 decide estudiar las implicaciones del aborto, desde diferentes perspectivas y forma el Grupo Interdisciplinario para el estudio del Aborto en México (GIA) integrado por demógrafos (de los cuales yo era parte), economistas, psicólogos, sociólogos, médicos, abogados, antropólogos, filósofos, periodistas y representantes religiosos. Este grupo se pronunció por la supresión de toda sanción penal, cuando el aborto sea voluntario, y por la expedición de normas técnicas sanitarias pertinentes para ofrecer el servicio. (Lamas, 1994). Sin embargo, hasta la fecha no se ha logrado su despenalización.

³ En el Grupo Interdisciplinario para el estudio del Aborto en México, los demógrafos a través de modelos de fecundidad natural (como el Bourgeois-Pichat, 1972) estimó que el número de abortos inducidos no podría ser superior a 500 mil al año.

En general, se habla del número de abortos inducidos que ocurren en un año calendario en términos absolutos, y si bien este es un dato importante, puede tener más sentido al utilizar indicadores que hagan referencia a la magnitud del universo donde estos ocurren, por ejemplo: el porcentaje de mujeres que alguna vez ha tenido algún aborto inducido, el porcentaje de los embarazos que terminan en aborto inducido o la tasa anual de aborto inducido (número de abortos inducidos por mil mujeres en edad fértil ocurridos en un año calendario).

Tomando en cuenta la dificultad de acceder a la medición de la incidencia del aborto, en la década de los setenta se realizaron esfuerzos importantes en diseñar o adaptar instrumentos específicos para captar el aborto inducido por medio de encuestas en hogares. Los esfuerzos para mejorar los métodos de encuestas de aborto inducido se han dirigido a enfrentar rechazos y mejorar la cooperación de las entrevistadas de acuerdo a las líneas y técnicas desarrolladas por diferentes investigadores sociales (Wagner, 1965). En 1994 en el Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, se presentaron los esfuerzos metodológicos realizados en la región para mejorar las estimaciones.

Una de las carencias principales en relación al tema del aborto es el desconocimiento de las diferentes percepciones que existen en la población respecto a este fenómeno. No se puede plantear que exista una percepción única y extendida en toda la población y validada por los diferentes grupos sociales. Se conocen las opiniones de ciertos grupos que se han manifestado a favor o en contra de su despenalización; pero poco se sabe acerca de las opiniones, creencias y valores de la población en su mayor conjunto y de los diversos grupos sociales. Conocer a mayor profundidad esta red de percepciones permite acceder a la representación social del aborto.

Los estudios sobre representación social del aborto son particularmente relevantes para avanzar en el desarrollo de planteamientos conceptuales en relación a este tema y para avanzar en la explicación de las causas que originan el aborto. Lo anterior se considera de gran utilidad para el diseño de programas preventivos y de modelos de atención integral a la salud reproductiva. Tanto en lo que respecta a la incidencia como en relación a la representación social del aborto, hacen falta aproximaciones metodológicas distintas que permitan mirar viejos problemas desde nuevas perspectivas.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores en este trabajo se aborda una discusión de diferentes aproximaciones metodológicas para la medición de la incidencia del aborto y para explorar su representación social, así como presentar, algunos resultados de investigación para el caso de México que se obtuvieron de la aplicación de diferentes metodologías.

Este trabajo no pretende ser exhaustivo en cuanto a la incorporación de todos los procedimientos metodológicos que se han utilizado, sino presentar algunas experiencias de investigación sobre la temática y propiciar la reflexión y discusión de la metodología que se utilizó en estas experiencias y de los resultados obtenidos.

En el capítulo 1, se plantea un marco de referencia en el cual se intenta contextualizar el estudio del aborto desde una perspectiva demográfica. Además, se describen algunas metodologías, ventajas y limitaciones, utilizadas para el estudio del aborto inducido. En el capítulo 2 se verán los diferenciales del aborto (espontáneo e inducido) obtenidos con los datos de las encuestas de fecundidad y salud realizadas en México. Se analizan en el capítulo 3, las metodologías utilizadas en las encuestas más importantes desde el punto de vista metodológico que se han llevado a cabo en México, en hogares sobre salud reproductiva y aborto. En el capítulo 4 se presentan la metodología y algunos de los resultados del estudio denominado "Rutas al aborto". En el último capítulo se presentan las principales conclusiones derivadas de los proyectos presentados en los capítulos anteriores y las recomendaciones que surgieron de las reflexiones hechas con la bibliografía documentada y de la

experiencia adquirida en la revelación de las diferentes técnicas y metodologías descritas en este trabajo.

Capítulo 1. El aborto desde una perspectiva demográfica

1.1 Fuentes de información

En el esquema 1.1 se muestra un resumen de los proyectos analizados en los siguientes capítulos de este trabajo, así como las características: tipo de metodologías utilizadas en la recolección de información, población estudiada, área de estudio y fecha de levantamiento.

En todas las encuestas se siguieron y cuidaron cada una de las etapas recomendadas en la realización de estos estudios. Diseño de los instrumentos, pruebas piloto, selección y capacitación de los entrevistados, organización del trabajo de campo, diseño de la muestra, desarrollo del trabajo de campo, diseño de la muestra, desarrollo de programas de captura y desarrollo de programas de captura y limpieza de la información. El que fueran muestras pequeñas no fue motivo para descuidar alguno o algunos de los aspectos antes mencionados.

Esquema 1.1
Resumen de las características de los estudios presentados

Nombre del proyecto	Tipo de recolección de información	Instrumentos utilizados en la recolección	Población de estudio	Tamaño final de la muestra	Área de estudio	Fecha
Encuesta de Salud Reproductiva I	Encuesta en Hogares	Cuestionarios de hogar e individuales	Mujeres de 15 a 49 años	395 mujeres	4 colonias del Área Metropolitana de la Ciudad de México	23 de octubre al 18 de diciembre 1989
			Hombres de 15 a 59 años.	333 hombres		
Encuesta de Salud Reproductiva II	Encuesta en Hogares	Cuestionarios de hogar e individual	Mujeres de 15 a 49 años		3 colonias del Área Metropolitana de la Ciudad de México	23 de enero al 30 de marzo de 1991
		Completo		432 mujeres		
		Corto		79 mujeres		
Rutas al aborto	Encuesta en hogares	Cuestionarios semiestructurados de hogar e individual	Mujeres de 15 a 49 años de edad	1204 mujeres	Una localidad semi-urbana cerca de la Ciudad de Toluca	Septiembre de 1990 a octubre de 1991.
	Entrevistas grabadas	Guía de entrevista		61 entrevistas grabadas		
	Grupos focales	Guía de entrevista		6 sesiones		

Los datos de todas las encuestas, incluyendo las nacionales, fueron obtenidas directamente de los discos magnéticos de las encuestas a través del paquete SPSS, y en este caso la colaboración de Miguel Sánchez es fundamental, por lo que se omiten las fuentes de los cuadros, la referencia es el año de realización de la encuesta. Se han querido manifestar, algunos de los errores cometidos, siempre involuntarios, en el desarrollo de los estudios con el afán de que investigadores que deseen realizar estudios como los presentados tomen las debidas precauciones y no se vuelvan a repetir.

En todos los casos las encuestas nunca mencionaron explícitamente el tema central de la investigación, aborto inducido, para evitar la predisposición de la gente a un tema tan sensitivo como lo es el aborto. Así, a las entrevistadoras se les capacitó para que presentaran el estudio relacionado a la salud reproductiva o salud materna.

1.2 Marco de referencia

El estudio del proceso reproductivo de los seres humanos ha conducido a diversos investigadores a elaborar esquemas de análisis, estructurados de tal forma que les permita ilustrar los mecanismos a través de los cuales las diversas características individuales, sociales y grupales de las parejas influyen sobre su conducta reproductiva (Davis y Blake, 1967; Carleton, 1970; Freedman, 1967 y 1975 y Bulatao, 1982).

El marco de referencia que se siguió para la elaboración de los estudios que se presentan en este trabajo (principalmente en el capítulo 3) no difiere en mucho de las encuestas demográficas realizadas en el país. Se reconoce que el marco natural para el estudio del aborto inducido es el de la fecundidad. El esquema elaborado por Davis y Blake en 1956 logra diferenciar las variables intermedias, una de las cuales es el aborto inducido, de las culturales y socioeconómicas.

Así para el estudio de los medios de control de fecundidad, las variables intermedias presentadas por Davis y Blake 1967, se sitúan entre la organización social y las normas sociales.

Ellos construyeron un esquema de variables intermedias que intervienen en la sociología comparativa de la fecundidad, porque "existen amplias oportunidades para el análisis comparativo de la influencia de la estructura social sobre la fecundidad y en vista de la relación de las tendencias futuras de la población con el desarrollo económico, la búsqueda de dicho análisis tiene una importancia tanto práctica como teórica" (Davis y Blake, 1967).

Estos autores consideran que el proceso reproductivo tiene tres etapas:

El coito

1. Edad en que se inicia la participación en uniones sexuales
2. Celibato permanente
3. Disolución de uniones
4. Abstinencia voluntaria
5. Abstinencia involuntaria
6. Frecuencia del coito

La concepción

7. Esterilidad involuntaria
8. Uso de anticonceptivos
9. Esterilidad voluntaria

La gestación y el parto

10. Mortalidad fetal involuntaria
11. Mortalidad fetal voluntaria (**aborto**)

Las variables intermedias de Davis y Blake se consideran como completas y exhaustivas en el sentido que los factores sociales y culturales que afectan la fecundidad deben pasar a través de este nivel de análisis y provocar un cambio en una o más de estas once variables.

En el modelo desarrollado por Bongaarts (1982) agrupa al conjunto de las once variables intermedias de la fecundidad propuestas por Davis y Blake en siete factores, clasificados en tres categorías.

I. Factores de exposición

1. proporción de mujeres en unión

II. Factores de control deliberado de la fecundidad

2. Prevalencia en el uso y efectividad en el uso de anticonceptivos
3. Prevalencia del aborto inducido

III. Factores de la fecundidad natural

4. Duración de la infertilidad de postparto
5. Fecundabilidad o frecuencia del coito
6. Mortalidad intrauterina espontánea
7. Prevalencia de la esterilidad permanente

En la formulación del modelo el autor aclara que la práctica anticonceptiva es la variable intermedia de la fecundidad, básicamente responsable del amplio rango en los niveles de fecundidad observados en diversas poblaciones; en algunos países el aborto inducido es más importante, aunque a menudo se carece de estimaciones confiables de la prevalencia de aborto inducido, es un hecho conocido que éste se practica en muchas sociedades.

Si bien es cierto que el esquema de variables intermedias permite abordar satisfactoriamente el objeto de estudio, no resuelve por completo los problemas teóricos y operativos que conlleva un análisis a profundidad del fenómeno reproductivo. Por una parte, existe la necesidad de modificar algunas etapas, dependiendo de la unidad de análisis seleccionada –individuo, pareja, familia, grupo poblacional o comunidad-, para caracterizar la influencia sobre la conducta reproductiva (Bulatao, 1984). Por otra cuando definimos operativamente los conceptos que conforman el análisis, se observan interrelaciones entre los diferentes grupos de variables en más de un sentido (Freedman, 1975), lo cual dificulta la evaluación de su influencia.

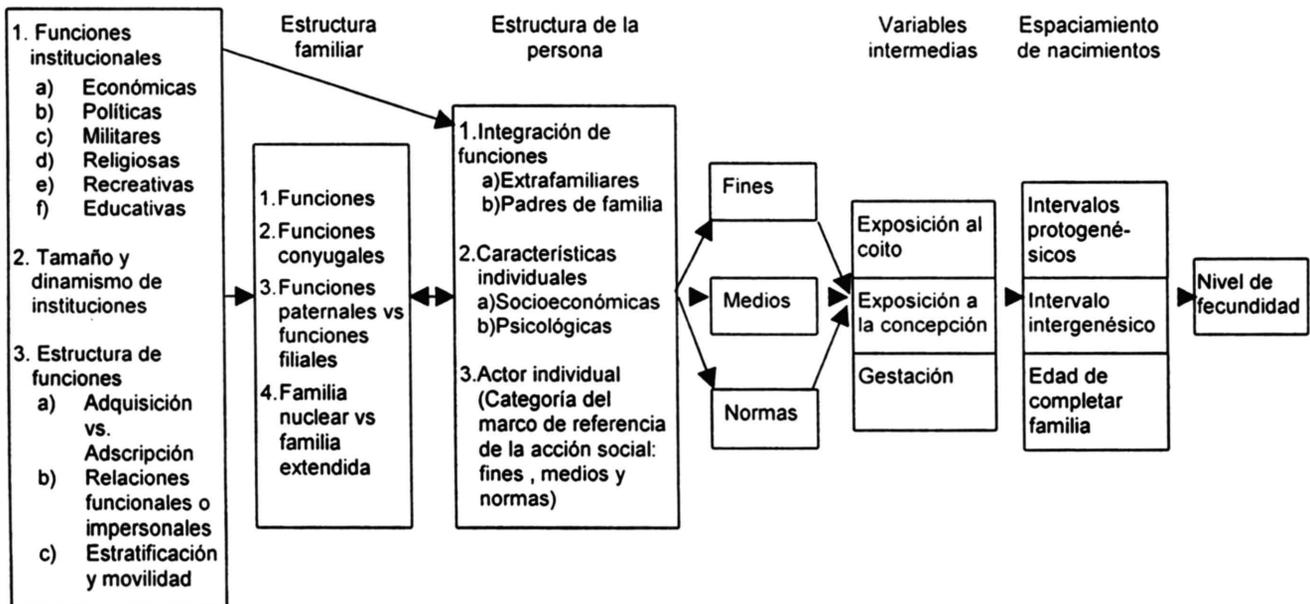
Probablemente el mayor obstáculo al que se enfrenta la formulación de un esquema teórico satisfactorio sobre fecundidad es la necesidad de verificaciones empíricas. Esto resulta más difícil que especificar la relación entre las diferentes teorías o hipótesis y la importancia relativa de cada una de ellas. Cada una de las variables (o por lo menos los aspectos más significativos de cada una de ellas) debe definirse en términos cuantitativos y mesurables de manera que la relación entre éstas pueda ser formulada sin error alguno y que, a su vez conduzca a hipótesis empíricamente verificables (Carleton, 1970).

El esquema sugiere tener una serie de variables intermedias a través de las cuales la variable dependiente –la fecundidad- se relaciona con las variables fundamentales de la estructura social y la cultura. Sin embargo, se considera que estas variables explicativas deberán desagregarse dependiendo del nivel de análisis y se sugiere tomar en consideración por lo menos tres niveles: el individual, el familiar y el social (Carleton, 1970).

A partir de estas variables Freedman (1967) propuso un esquema conceptual, al cual Carleton (1970) hizo algunas pequeñas modificaciones: Los diferentes tipos de variables están arreglados en orden, en forma de embudo en cuya parte angosta está la variable dependiente: el nivel de fecundidad. Volviendo a la parte más ancha, en cada nivel sucesivo de análisis, se encuentra un tipo de variable más compleja menos definida aunque más importante en el sentido de que explica mejor la fecundidad (ver el esquema 1).

Esquema conceptual para el estudio de la fecundidad.

Estructura social



Distinguen distintos tipos de análisis dentro de los cuales se clasifican los factores que afectan a la fecundidad: 1) el grupo de variables intermedias por las cuales se producen los cambios sobre la fecundidad; 2) el individuo; 3) la familia y; 4) la estructura social y económica.

Las variables intermedias son variables fundamentales en el sentido de que cualquier cambio en la fecundidad debe efectuarse a través de un cambio en una o más de estas variables. Cualquier explicación que se limite exclusivamente a este nivel de análisis es obligatoriamente incompleta.

Las variables de la acción social: fines, medios y normas, son las componentes de la *interacción racional* o voluntaria entre individuos. Por fines se entiende a las metas, objetivos o motivos que los individuos lucharon por obtener. Se incluye no sólo fines en relación con la fecundidad y el tamaño deseado de familia, sino también cualquier otro tipo de fin que pueda estar en conflicto con los fines de procreación del individuo o pueda reforzar a los mismos. Por medios se entiende el conocimiento, disponibilidad y posesión de lo que sea instrumento para lograr los fines de fecundidad del individuo. Las normas se refieren a las reglas sociales, costumbres, valores e ideales y actitudes que regulan el comportamiento individual, sea en el sentido de que el individuo ha sido incorporado en el curso de la socialización, o en el sentido de que las debe tomar en cuenta y arriesgar al incurrir en sanciones si su conducta va en contra de ellas.

En el nivel de análisis de la estructura de la familia hay cuatro tipos distintos de variables propias de la fecundidad: 1) Las funciones de la familia que tienden a disminuir, asociadas con el desarrollo económico y social; 2) la estructura cambiante de las relaciones conyugales y el mayor reconocimiento dado al amor conyugal a expensas del énfasis previo sobre la función procreadora de las relaciones entre cónyuges; 3) la relación cambiante entre padres e hijos junto con un creciente conocimiento de las necesidades de los niños y de las responsabilidades de los padres hacia esas necesidades; 4) la mayor autonomía de la familia nuclear compuesta por marido, mujer y sus hijos, frente a la familia "extensa" que incluye a sus parientes, especialmente a los padres del esposo o esposa o de ambos y las familias nucleares de sus hermanos y hermanas.

En la estructura social en el último nivel de análisis, pueden distinguirse tres clases de variables diferentes: a) las funciones u órdenes institucionales dentro de los cuales se diferencia la sociedad; b) el crecimiento y tamaño de sus instituciones y; c) la estructuración de funciones dentro de la institución (Carleton, 1970).

Las principales hipótesis explicativas del descenso transicional de la fecundidad son: i) el aumento de la "desutilidad" de los hijos para los padres; ii) el aumento en el tamaño de la familia como resultado de la disminución de la mortalidad, iii) el horizonte ampliado de aspiraciones producidas por las nuevas oportunidades de realización personal, hecho posible por el desarrollo económico y por el cambio asociado con la asignación de status sobre la base de adquisición en lugar de adscripción; iv) la acrecentada importancia de relaciones primarias personales en la familia; v) la emancipación de las mujeres y vi) la ruptura de la familia "extensa" con sus componentes nucleares (Carleton, 1970).

Vista la educación en sentido amplio, Carleton (1970) hace un análisis de cómo la educación está relacionada de una manera o de otra con los determinantes hipotéticos de la fecundidad destacando los siguientes:

a) La educación puede estimular las aspiraciones de movilidad social, puede servir como un canal para la movilidad social y la adquisición de una mayor educación (para la realización de las aspiraciones de movilidad) lo que puede tener un efecto restrictivo sobre la fecundidad. Las aspiraciones de los padres en cuanto a la movilidad social de sus hijos afectan negativamente la fecundidad, motivados los padres para una mejor educación de sus hijos.

b) El proceso mismo de adquirir educación puede provocar un efecto negativo sobre la fecundidad. Existe la tendencia de las personas con mayor educación a posponer o retardar el matrimonio y, por lo menos parcialmente, por este motivo, a tener menos hijos.

c) En la actualidad se reconoce que la educación de tipo informal, principalmente a través de los medios de comunicación de masas, es un factor de suma importancia para estimular las aspiraciones de consumo. La relación de este aspecto educativo de los medios de comunicación de masas con la fecundidad es, naturalmente la expectativa de que las masas de la población por facilidades crediticias adquieren aspiraciones y hábitos de consumo cuya realización y mantenimiento entran objetivamente en el conflicto con sus patrones de reproducción, tradicionalmente ilimitados.

d) Un mayor riesgo, que por lo general deriva de una mayor educación estimula nuevas aspiraciones, incluso un mayor cuidado, atención y educación de los hijos, lo que implica una motivación para tener menos hijos (Carleton, 1970).

La principal restricción de este esquema, por lo menos desde el punto de análisis de los determinantes de la práctica anticonceptiva y el aborto inducido, es el no tomar en consideración el análisis del proceso de toma de decisiones requerido al adoptar el control deliberado de la fecundidad.

Bulatao (1984) se concentra en el contenido y en el proceso de la toma de decisiones sobre la fecundidad desde un punto de vista que denomina "psicosocial" y profundiza en el análisis de la fecundidad y de los determinantes del control de la misma como parte del proceso decisional.

En su trabajo, Bulatao hace una diferenciación entre estos dos conceptos: el contenido se refiere a las razones que están detrás de una decisión, como son las percepciones, las actitudes y las expectativas que condicionan una elección. Este contenido no es necesariamente racional aunque responda a la pregunta: ¿por qué fue tomada tal decisión? (SSA, 1988b).

El proceso consta de una serie de normas que influyen en la evaluación del contenido, de las secuencias de acciones realizadas para llevar a cabo una elección, de las interacciones necesarias para elegir cuando más de una persona interviene en la decisión, así como de las decisiones mismas. El proceso explica cómo es que se llegó a una decisión e incluso cómo se llevó a la práctica.

El autor parte precisamente de los niveles del contenido de las decisiones relacionadas con la fecundidad para especificar los principios básicos que conforman el esquema de análisis propuesto para analizar las determinantes de ésta. En este esquema se concede gran valor al papel que juega la motivación en la regulación de la fecundidad, tomando en cuenta la consideración previa de los elementos del contenido: factores sociales y culturales, características de la pareja y del hogar, estructura de los costos y oportunidades que enfrentan, y finalmente, percepciones, actitudes y valoraciones relacionadas con el tamaño ideal de familia, con los valores y desvalores de los hijos, con el costo de la regulación de la fecundidad y con el potencial reproductivo.

El esquema presentado por Bulatao incluye tres componentes básicos como variables intervinientes del análisis de la fecundidad y del control de ésta: demanda y oferta de hijos y costo del control de la fecundidad. El primer grupo incluye la percepción de valores o desvalores de los hijos y el tamaño deseado de la familia. La oferta de hijos incluye la fecundidad natural y la sobrevivencia de los hijos. Por último, en este esquema se discuten los costos psíquicos y económicos del control de la fecundidad.

Previo a la práctica anticonceptiva o a otros tipos de regulación de la fecundidad como el aborto inducido, lo representa el hecho de reconocer la posibilidad de poder influir sobre el propio comportamiento reproductivo. En caso contrario, los pasos siguientes carecerían de sentido, y las características del comportamiento reproductivo se explicarían a partir de los patrones observados en las variables intermedias. Si las parejas no reciben ninguna alternativa al embarazo y a la procreación, no pueden decidir el influir sobre ellos (Shedlin, 1981). El segundo se refiere a la medida en que una pareja esta motivada para tener una familia más pequeña que la potencialmente podría tener o a espaciar sus embarazos. Finalmente, la valoración de los medios para regular la fecundidad y las fuentes de obtención pueden conducir al rechazo de algunos de ellos, o en un caso extremo al rechazo de todos, en cuyo caso la adopción no tiene lugar.

Este proceso ha sido identificado como precediendo a la práctica anticonceptiva, pero no necesariamente determinando en ella, ya que por ejemplo, la motivación para regular la fecundidad puede conducir directamente a la modificación de otras variables intermedias diferentes a la anticoncepción como el aborto inducido. Además, este proceso de "conocimiento –motivación–valoración de la regulación de la fecundidad" no excluye necesariamente a las parejas que no recurren a la práctica anticonceptiva, sino que, incluso, permite detectar en que momento se interrumpe una dinámica de comportamiento que en otras parejas deriva en las prácticas anticonceptivas (SSA, 1988b).

La investigación de la Secretaría de Salud (1988b) elaboró un marco conceptual basado principalmente en el desarrollado por Davis y Blake, incorporando algunos elementos del proceso de

toma de decisiones sobre fecundidad con el enfoque de Bulatao, Hollerbach y Boguel. En el marco se identifican las variables socioeconómicas y culturales que explican la conducta reproductiva y la dinámica de uso de métodos anticonceptivos, considerando las variables culturales individuales de la mujer que indagan acerca de las opiniones y percepciones particulares relacionadas con los roles sexuales, el cambio cultural y la fecundidad.

La cultura se puede entender como un sistema de valores materiales y espirituales históricamente producidos, que aparecen como principios, normas y resultados de la actividad humana, difundidos y arraigados en determinada colectividad social a través de sus tradiciones, de la realización de modelos comunes, de sus medios de instrucción y educación, etc., y que se manifiesta en el campo de la producción material y la organización de la vida social, así como en las modalidades de la producción intelectual y artística (Castro, 1980; citado en SSA 1988b).

Las variables individuales están íntimamente relacionadas con el contexto socioeconómico y cultural en el cual se desenvuelve una pareja, teniendo un gran peso el conjunto de patrones culturales que les fueron transmitidos, así como los que prevalecen en un momento determinado. Son estas variables las que sintetizan todas las influencias anteriores, y les dan forma a las acciones concretas de los individuos.

Se puede afirmar que las opiniones y actitudes personales se diferencian de las variables culturales, en la medida en que estas últimas se refieren a los valores que predominan en el grupo social al cual se pertenece y la percepción que de ellas tienen los individuos, mientras que las variables personales se refieren a la forma que individuos concretos asimilan y viven dichas normas culturales.

Las variables personales se refieren a valores culturales "de hecho" y las variables culturales serán "de derecho". Un aspecto es lo que uno percibe que "debería ser" por el hecho de pertenecer a tal grupo o grupos, y otro –no necesariamente diferente- lo que uno "hace" en la práctica por ser un individuo específico con un conjunto de características que lo identifican de manera única.

En lo que se refiere a las opiniones y actitudes personales, éstas pueden ser entendidas como una predisposición para sentir, pensar y actuar de una manera específica como respuesta a determinados sucesos y objetos. El origen de dichas actitudes se da en la cultura en la que uno se desarrolla, las personas que lo adecuan a uno y las personas con las que uno se va relacionando.

En el proceso de la formación de actitudes se observan tres variantes principales, las cuales no son necesariamente excluyentes:

- i) La "condescendencia", que consiste en actuar como si uno tuviera una cierta actitud con el fin de evitar incomodidades o rechazo de algunas personas y así ganar aceptación.
- ii) La "identificación", que se da cuando una persona quiere definirse a sí misma en términos o en referencia a otra persona o grupo, y por lo tanto adopta sus actitudes o formas de actuar. Este proceso es diferente al anterior ya que el individuo "cree" los nuevos puntos de vista. Sin embargo, puede haber cierta "fragilidad" en la aceptación debido al supuesto emocional.
- iii) La "interiorización" se da cuando se incorporan las actitudes al sistema personal de ideas y creencias. Es más fácil que ocurra cuando una actitud es consistente o congruente con los valores y creencias básicas de una persona y cuando apoya su imagen de sí mismo. Es la forma "más duradera" de las tres, al poder resistir más la presión de la gente, pues las razones para adaptarse no están tan relacionadas con las otras personas (Levine, 1977; citado en SSA 1988b).

Para poder identificar el proceso de formación de actitudes es necesario considerar la autoestimación de las opiniones y actitudes personales, los elementos que se tienen para poder "defender" las propias ideas, la necesidad de reconocimiento social, así como la disponibilidad de revisar las opiniones personales.

Puede afirmarse que las actitudes cambian porque los individuos tratamos de que nuestras ideas sean "lógicamente congruentes" en el interior de nosotros mismos. Es posible tener actitudes en conflicto –incongruentes entre ellas-, aunque ello no es confortable. Por esta razón la gente cambia sus ideas para evitar tales conflictos. Para reducir este conflicto es necesario cambiar una o ambas actitudes.

Por otra parte, las condiciones socio-económicas y culturales condicionan, en buena medida, el grado de exposición de los individuos a los diferentes medios de comunicación y su acceso a fuentes de información, entre ellas las que permiten conocer algunos aspectos relacionados con la reproducción. Dichas fuentes incluyen a las personas con las que uno tiene contacto frecuente y que por razones culturales transmiten o no este tipo de conocimientos. El tipo de información y conocimiento que se tiene influyen en el comportamiento que queremos analizar (SSA, 1988b).

El concepto de representación social tiene sus orígenes en la filosofía y la psicología clásica. Cuando se habla de representación social nos referimos al conjunto de percepciones (opiniones, creencias y valores) y a los acontecimientos relativos a determinados aspectos del mundo de un individuo. La representación no es reflejo mecánico de la realidad, sino la construcción simbólica de un objeto (Kaes, 1977; citado en Rivera, *et. al.*); gracias a este contenido simbólico desempeña una función fundamental en el proceso de la comunicación, así como en la transmisión de saberes colectivo y en el comportamiento individual y social. La red de percepciones y conocimientos en relación a un fenómeno conforma la representación social del mismo, a su vez, la red de representaciones colectivas ordenadas con las funciones de comunicación e intercambio y aunadas a las prácticas sociales, conforman la cultura.

Las actitudes de la población, se definen como el "conjunto de inclinaciones, sentimientos, ideas, temores y convicciones de una persona respecto a un tema determinado" (Thurstone; citado en Rivera *et. al.* S/F). La opinión es la expresión verbal de una actitud, su manifestación simbólica, esta última es la disposición hacia un tema o acción determinados. Conocer y medir, de alguna manera, las actitudes de un sujeto no implica que se pueda predecir su conducta, es decir, el sujeto no necesariamente actuará de acuerdo con las opiniones que ha manifestado. Las actitudes se encuentran sujetas a cambios de acuerdo a las influencias, estímulos y experiencias a que esté expuesta la persona y se definen por sus características personales.

Para el desarrollo de un marco teórico completo dada la complejidad del fenómeno reproductivo, dentro del cual se inserta el control deliberado de la fecundidad, por estar relacionados con factores biológicos, psicológicos, sociológicos y económicos, se requiere de un enfoque interdisciplinario en el cual tiene que integrarse diferentes aproximaciones (Carleton, 1970). Este trabajo pretende aportar algunos elementos que nos permitan comprender el contexto sociodemográfico y las actitudes de la población respecto al aborto inducido.

1.3 Metodologías

En México, la mayor parte de las cifras que se citan en la prensa sitúan la incidencia anual de abortos inducidos entre 1.5 y 2 millones, sin que usualmente se cite la fuente de donde éstas fueron

obtenidas⁴. Sin embargo, ubicar la magnitud del aborto provocado en estos niveles significa desconocer las vinculaciones factibles entre las variables que definen el comportamiento reproductivo de nuestra población.

Además de la anticoncepción, otras variables intervienen en la determinación de la fecundidad: la frecuencia de relaciones sexuales, la infertilidad postparto, muy vinculada a la lactancia; la mortalidad intrauterina espontánea, y el aborto inducido, descrito ampliamente en la sección anterior. Si bien, a través de la utilización de modelos que relacionan estas variables, no se podría estimar con certeza el número de abortos inducidos que ocurren en un año, si se pueden identificar límites difíciles de rebasar en la magnitud de este fenómeno. Cifras por arriba de quinientos mil abortos anuales son inaceptables para el caso de México, en cuanto al nivel de fecundidad natural (no regulada) que se puede observar en una población.

En general, se habla del número de abortos inducidos que ocurren en un año calendario en términos absolutos, y si bien este es un dato importante, puede tener más sentido el utilizar indicadores que hagan referencia a la magnitud del universo donde estos ocurren, por ejemplo: el porcentaje de mujeres que alguna vez ha tenido un aborto inducido, el porcentaje de los embarazos que terminan en aborto inducido o la tasa anual del aborto inducido (número de abortos inducidos por mil mujeres en edad fértil ocurridos en un año calendario).

Tomando en cuanto la dificultad de acceder a la medición de la incidencia del aborto, en la década de los setenta se realizaron esfuerzos importantes en diseñar o adaptar instrumentos específicos para captar el aborto inducido por medio de encuestas en hogares. Los esfuerzos para mejorar los métodos de encuestas de aborto inducido se han dirigido a enfrentar el rechazo y mejorar la cooperación de las entrevistadas de acuerdo a las líneas y técnicas desarrolladas por diferentes investigadores sociales.

A continuación presentaremos algunos de los diferentes procedimientos metodológicos que se han empleado para el estudio de las incidencias y actitudes hacia el aborto inducido.

1.3.1 Encuestas en hogares

Las encuestas en hogares son técnicas retrospectivas en las que se selecciona aleatoriamente una muestra de viviendas en todo el país y ahí, en su hogar, se entrevista a la mujer. La principal fuente de información que se ha utilizado para captar la información sobre aborto son las encuestas de fecundidad. El estudio de la fecundidad se reconoce como el marco conceptual natural para el estudio de este fenómeno, ya que es una de las variables intermedias (o próximas) que determinan la fecundidad: el aborto espontáneo como un componente de la mortalidad intrauterina que modifica la fecundidad natural, el aborto inducido como un medio de regulación de la fecundidad.

Generalmente, en las encuestas de fecundidad se registra toda la historia reproductiva de la mujer, es decir, todos los embarazos que ha tenido, de acuerdo a sus resultados y ubicación en el tiempo. Se captan por ello, en principio, todos los abortos que hayan ocurrido.

Es importante mencionar que la mayor parte de las encuestas no han tenido como objetivo principal el estudio del aborto; la inclusión de esta información ha tenido usualmente como propósito el mejorar los datos sobre nacidos vivos, y en muchos de estos estudios ni siquiera se ha tratado de identificar cuáles de los abortos declarados fueron inducidos.

⁴ Infante C., Claudia y Cobos P. Yolanda. "El aborto inducido en Cifras Estadísticas en la Prensa" Salud Pública en México. Mayo-Junio, 1989. Volumen 31, N° 3.

Las limitaciones principales de esta técnica son las siguientes:

- Se ha comprobado que esta fuente de información subestima los abortos inducidos de manera importante, por la natural oposición que existe para declararlos, debido a que su práctica se lleva a cabo en un marco de ilegalidad, en un contexto general de rechazo social o en una situación de conflicto individual o de valores morales que hace que, aunque una mujer haya recurrido al aborto, no logre aceptarlo totalmente, y lo vea como un suceso desagradable en su vida y por lo tanto con propensión a negarlo o incluso a olvidarlo.
- Existen evidencias de investigación que muestran la omisión en la declaración aún de nacidos vivos en una encuesta retrospectiva, es de esperar entonces, que exista cierta tendencia a olvidar los abortos, principalmente si ocurrieron mucho tiempo antes de la entrevista. Lo anterior se aplica, en especial, a los abortos espontáneos.
- Se ha identificado también cierta tendencia a declarar como espontáneos algunos abortos inducidos, sobre todo cuando el procedimiento utilizado para provocar el aborto no fue la intervención quirúrgica.
- Adicionalmente, las encuestas en hogares son estudios costosos, en especial, en sociedades donde el evento no es frecuente y requiere entonces de tamaños de muestra muy grandes.

La información sobre aborto que se obtiene de las encuestas de fecundidad se refiere, principalmente, a la población femenina. Sin embargo, existen evidencias de investigación que demuestran que los hombres declararan una incidencia de abortos más alta que las mujeres. Lo anterior se debe, en parte, a que es más sencillo para un varón hablar sobre este evento porque es menos sensitivo para él, porque se encuentra menos expuestos al rechazo social y a los sentimientos de culpa asociados a este evento y porque no se considera sujeto de persecución legal. Una de las limitaciones principales de entrevistar a varones es que una gran parte de ellos desconoce el resultado final de algunos de los embarazos que han tenido sus parejas.

A pesar de las limitaciones de las encuestas que señalaron con anterioridad, y sin dejar de reconocer la gran utilidad de estudios de diferente naturaleza, sólo uno que considere a toda la población susceptible de experimentar el aborto podrá dar cuenta, de manera rigurosa, de la incidencia de este fenómeno. De otro enfoque metodológico que no sea la encuesta en hogares, sólo se podrán obtener conclusiones parciales en cuanto a las características del grupo o casi siempre de una parte del grupo que ha recurrido a este medio para regular su fecundidad.

1.3.2 Las encuestas de opinión

Estas consisten en entrevistar a la población por medio de muestras seleccionadas de manera aleatoria. Las encuestas realizadas en hogares constituyen la mejor herramienta al respecto por las mismas consideraciones que se señalaron en el apartado anterior.

En los estudios que se han hecho sobre actitud, ésta se ha medido a través de su manifestación al aceptar o rechazar aseveraciones con respecto a un tema determinado. Cuando la técnica para medir estas opiniones es la entrevista directa, el investigador se enfrenta a dos limitaciones importantes de considerar. Por un lado, se ha observado que el entrevistado tiende a responder de acuerdo a las expectativas del entrevistador; a pesar de ello la información obtenida es relevante ya que al menos se puede captar la actitud que el entrevistado quiere que se le atribuya. Las otras limitaciones son que el entrevistado no se haya planteado con anterioridad los aspectos sobre los cuales se le pregunta y no tenga una opinión totalmente formada al respecto, corriendo el riesgo de que conteste lo primero que se le ocurra, o bien que se mantenga en una posición neutral; no obstante lo anterior,

se puede obtener una medida transversal de las actitudes que presenta la persona en el momento de la entrevista.

La construcción de escalas proporciona una medida de las actitudes en relación a diferentes temas o circunstancias que se plantean en torno a un fenómeno. Cabe mencionar que los índices numéricos que proporcionan estos instrumentos no reflejan, de manera cabal, la amplia gama dentro de la cual se mueven las actitudes; pero sí permiten representar la actitud como un punto en un continuo que pueda expresarse en términos de "más y menos".

1.3.3 Los grupos focales

El grupo focal es una modalidad de la entrevista cualitativa, que consiste en entrevistar a varias personas a la vez. Por lo general, los grupos son reducidos. El coordinador del grupo tiene la tarea de facilitar el proceso grupal, de propiciar y moderar las participaciones en torno al tema propuesto. El desarrollo de la sesión de grupo se apoya en una guía temática que se elabora con base a los objetivos de la investigación, las participaciones se orientan en función de esta guía.

Debido a las características de las técnicas cualitativas, la figura del coordinador es una variable más a considerar dentro de la entrevista grupal. El éxito en la aplicación de esta técnica depende, en gran parte, de una buena labor de conducción. Esta es una de las limitaciones de este procedimiento, se requiere de personal muy calificado y que tenga cierta claridad en cuanto a los objetivos centrales de la investigación, ya que la exploración y el grado de profundización en el tema depende de lo anterior.

La información generada por los grupos focales no pretende sustituir a la información obtenida por medio de técnicas cuantitativas. Sus datos no necesariamente describen las actitudes, percepciones o comportamientos de la mayoría de las personas de la población de estudio, debido a que el número de sus integrantes es reducido. Otra limitación importantes de esta técnica es el que la selección de los participantes. No se puede garantizar la aleatoriedad de esta selección, debido a que depende en buena medida de la disposición de la gente para participar en la entrevista grupal. Por tanto, no se pueden hacer inferencias estadísticas.

No obstante las limitaciones anteriores, los grupos focales constituyen un apoyo muy valioso para explorar a profundidad las creencias y valores de la población, en especial, permiten el avance en el terreno explicativo y en la generación de hipótesis sobre la compleja interrelación que existe entre creencias, actitudes y prácticas. En este sentido, se constituyen como una de las mejores maneras de acceder a la representación social.

1.3.4 Registros hospitalarios

En los registros hospitalarios se lleva cuenta de los números de mujeres admitidas para tratamiento de complicaciones de aborto. Esta fuente tiene varias limitaciones: por un lado, no toma en cuenta a la proporción de mujeres que no requieren ingreso hospitalario después de un aborto, o que aunque lo necesiten no recurren a él por falta de acceso o por temor; por otro lado, no todos los hospitales permiten el acceso a su información, por ejemplo, algunos privados. Adicionalmente, estas estadísticas no distinguen entre abortos provocados y espontáneos. Debido a las razones anteriormente mencionadas, los registros hospitalarios se consideran estadísticas incompletas. Sin embargo, presentan series de datos que permite analizar la evolución, como lo veremos en el próximo capítulo.

1.3.5 Respuestas aleatorizadas

La respuesta aleatorizada es una técnica desarrollada por Wagner en 1965. En esta técnica se utiliza una pregunta o afirmación sensitiva y otra que no lo es y se pide al entrevistado que seleccione al azar y responda una de las dos preguntas; pero sin revelar cuál es la que está contestando. La respuesta aleatorizada supone el empleo de una caja que contiene números de pequeñas cuentas de dos colores, por ejemplo, 35 cuentas roja y 15 azules. La caja tiene una abertura grande que permite ver su contenido y una abertura pequeña a través de la cual sólo puede verse una de las cuentas. Se establecen dos preguntas, una es sensitiva y la otra no, por ejemplo: una cuenta roja visible a través de la abertura pequeña puede significar: "¿Ha tenido usted un aborto provocado en los últimos doce meses?", mientras que una cuenta azul puede significar "¿Nació usted en el mes de marzo?". Se pide a la persona entrevistada que sacuda la caja y responda a la pregunta indicada por el color de la cuenta visible en la abertura. El entrevistador registra la respuesta; pero ignora a qué pregunta contestó. El porcentaje de abortos se calcula posteriormente por medio de una fórmula matemática que considere el grado de probabilidad de responder cada pregunta.

Esta técnica tiene dos limitaciones principales, por una parte, la persona entrevistada puede no entender el procedimiento o negarse a cooperar por desconfianza u otras razones; por otra parte, requiere de tamaños de muestra mucho mayores que las encuestas de entrevista directa. Adicionalmente, los resultados de esta técnica no pueden ser vinculados directamente con las características individuales de las personas entrevistadas como edad, escolaridad y status socioeconómico.

No obstante las limitaciones anteriormente señaladas, la respuesta aleatorizada permite una declaración mayor de abortos inducidos que cualquier otra técnica. Por ejemplo, en un estudio (Chi, 1972) realizado en Taiwan, la proporción de mujeres en edad fértil unidas que habían tenido un aborto inducido por medio de entrevista directa fue de 12.7 por ciento, mientras que con la técnica de respuesta aleatorizada esta declaración se incrementó a 28.2 por ciento. Otro estudio realizado en Turquía (Tezcan y Omran, 1982) mostró que el porcentaje de mujeres que reportó haber tenido al menos un aborto en su vida reproductiva fue de 13.9 por ciento en entrevistas directas y de 33.1 en respuestas aleatorizadas. En 1993 utilizaron esta técnica, en Sao Paulo, Brasil (Souza, 1994), se encontró proporciones cinco veces más elevadas que las obtenidas por medio del interrogatorio directo.

Considero que es necesario una técnica más efectiva que se pueda utilizarse en futuras investigaciones sobre aborto inducido por que lo logrado hasta la fecha no ha permitido tener estimaciones confiables de los niveles de aborto. No obstante las limitaciones existentes, en cuanto a metodología se refiere, para captar los abortos inducidos dadas las dificultades antes expuestas, en México se ha logrado disminuir, en parte estos obstáculos, como se vera en el capítulo 2.

Capítulo 2. El aborto en México

La práctica del aborto en México, debido a las condiciones asépticas en que con frecuencia se realiza, provoca problemas serios en la salud materna lo cual, aunado al gran número de casos en que se recurre a él, hace que se le deba considerar como un problema de tipo social y no solamente individual. La gran cantidad de mujeres que se ha observado en las unidades médicas con complicaciones de un aborto mal realizado es suficiente para hacer la afirmación anterior, no obstante que estos casos constituyen, seguramente, una minoría del total de abortos en el país.

Enfoques distintos examinan o se refieren al aborto: médicos, penalistas, grupos feministas, psiquiatras o instituciones académicas, lo analizan y encuadran desde su particular perspectiva profesional o su interés como grupo; pero debemos reconocer que no ha sido posible lograr un estudio integral, compilador, profundo, interdisciplinario y sin prejuicios, que comprenda todas las vertientes y todas las expresiones de este intrincado problema social. Es más, aún el análisis disciplinario merece mayores esfuerzos.

Por lo tanto, aunque existen muchas vertientes a partir de las cuales se puede analizar el tema del aborto, en este capítulo nos permitiremos abordar el tema desde el punto de vista sociodemográfico, que es donde, por mi formación profesional, puedo hacer algún aporte.

No se conocen con razonable precisión la magnitud real del fenómeno en su dimensión social. La natural oposición que existe para declarar un aborto debido, por un lado, a la ilegalidad dentro de la cual se práctica, y por otro, a su general rechazo social, es el factor número uno que dificulta obtener en México datos precisos acerca de la incidencia de este fenómeno y, en consecuencia, de los factores que la determinan.

Resulta muy importante realizar investigaciones tendientes a delimitar la magnitud y principales características, así como estudios que ayuden a explicar qué grupos de mujeres y en qué circunstancias recurren al aborto para regular su fecundidad. Para ello, aun con las limitaciones antes señaladas, es posible utilizar la información disponible de las encuestas de fecundidad levantadas en México a partir de 1976, ya que en ellas (1976, 1978, 1979, 1981, 1982, 1987, 1992, 1995 y 1997) se incluyen, de una u otra forma, preguntas sobre el aborto (véase cuadro 2.1). En lo que resta del capítulo me referiré a cada encuesta según el año en que se realizó el trabajo de campo.

Probablemente estos datos no reflejan con exactitud la situación nacional del aborto, debido a los problemas de captación del fenómeno aunque seguramente constituye un acervo de información de sumo valor que debe ser utilizada en forma crítica y sistemática, con el objeto de avanzar en el conocimiento de este fenómeno.

En este capítulo se presentarán algunos resultados obtenidos en las encuestas mencionadas. Los cuales se refieren al aborto en general, es decir, no se puede distinguir si fueron espontáneos o inducidos.

Cuadro 2.1
Encuestas de fecundidad y planificación familiar realizadas en México, 1969-1997.

ENCUESTA	TRABAJO DE CAMPO	MUJERES ENTREVISTADAS
1. Encuesta de fecundidad rural México. 1969 (localidades menores de 20.000 hab.) (Benítez y Quilodrán, 1993)	Dic. 1969 a Mar. 1970	3,000
2. Encuesta mexicana de fecundidad 1976 (DGE, 1978)	Jun. 1976 a Mar 1977	7,310
3. Encuesta nacional de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos 1978 (CPNPF, 1979)	Jul. a Oct. 1987	4,492
4. Encuesta nacional de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos con módulo de fecundidad/mortalidad (CPNPF, 1980)	Sept. a Dic. 1979	20,482
5. Encuesta rural de planificación familiar. 1981 (localidades menores de 2, 500 hab., según censo de 1970) (JSPF,1982)	Sep. a Oct. 1981	8,103
6. Encuesta nacional demográfica 1982 (CONAPO s/f)	Feb. a Mar. 1982	10,205
7. Encuesta nacional sobre fecundidad 1987 (SSA 1989)	Mar. a May. 1987	9,316
8. Encuesta nacional de la dinámica demográfica, 1992 (INEGI, 1994)	Ago. a Nov. 1992	69,537
9. Encuesta nacional sobre planificación familiar (CONAPO, 1996)	Oct. a Dic. 1995	12,721
10. Encuesta nacional de la dinámica demográfica, 1997 (INEGI, 199)	Sep. a Dic. 1997	88,022

2.1 Algunos resultados publicados sobre el aborto

En primer lugar, se harán algunos comentarios sobre los datos existentes para el estudio de la incidencia del aborto inducido en México. Lo primero que salta a la vista es la ligereza para manejar los datos. Un análisis realizado, por Infante y Cobos (1989) sobre todas las cifras, entre 1974 y 1982, ubica la incidencia anual de abortos entre 50 mil y 6 millones, porque existe una relación entre las cifras y el año que se presenta el dato, es decir, no es posible identificar una tendencia de aumento o disminución en el volumen de abortos. Cabe mencionar que en el 40 por ciento de estos artículos que contienen datos sobre aborto no se menciona la fuente de donde éstos fueron obtenidos. En cuanto al número de muertes maternas, el mismo estudio encuentra que el rango de variación de las cifras que se han publicado varía entre 5 mil y 400 mil.

En el artículo mencionado en base a la información periodística analizada se detecta la inconsistencia de las estadísticas sobre el problema del aborto que presenta la prensa nacional al público. Además, las diferencias de esta información no proviene básicamente de las tendencias de la prensa, sino de las diversas fuentes de datos con que disponen, cuyo sustento teórico es desconocido.

Los rangos de variación de las cifras muestran la falta de seriedad con la que se manejan las estadísticas, no sólo por parte de periodistas, sino también de algunos pseudo investigadores en cuyos estudios se basan los periodistas para escribir sus artículos.

2.2 Datos de las estadísticas hospitalarias del IMSS

Existen sólo dos fuentes de información en México que pueden dar una idea de la magnitud del aborto de todo el país. Una comprende los datos hospitalarios y la otra es la de las encuestas nacionales de fecundidad.

Los datos hospitalarios donde se registra el número de mujeres admitidas para tratamiento de complicaciones de aborto, son a menudo utilizadas para dar cifras sobre aborto,. Sin embargo, estos datos tienen muchas limitaciones; por un lado, su cobertura no puede ser completa porque no toman en cuenta a: 1) la proporción de mujeres que no requieren ingreso hospitalario después de un aborto, 2) aquellas que necesitan pero no recurren a él por no tener acceso por falta de recursos económicos, por no ser derechohabiente o simplemente porque no hay en su localidad o por temor; 3) no todos los hospitales reportan su información; por ejemplo algunos hospitales privados. Por lo tanto, los registros hospitalarios son estadísticas incompletas respecto al universo del fenómeno. Otro problema es que estas estadísticas no distinguen entre abortos provocados y espontáneos.

De los datos más recientes de las estadísticas hospitalarias sabemos que un poco menos de 110 mil mujeres ingresaron en centros hospitalarios durante el año de 1985 y 119 mil en 1990, por complicaciones de aborto. Como ya se dijo, no es posible distinguir los abortos provocados de los espontáneos, ni se sabe que proporción del total de abortos se complica al grado de requerir hospitalización. Es imposible, por lo tanto, inferir a partir de esta fuente de información, el total de abortos en el país y si son inducidos o no.

Teniendo en cuenta las limitaciones señaladas se pueden emplear los registros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es la institución de salud más grande del país, no obstante que representa a una población selectiva, pero a su vez es la fuente de información más completa y confiable para conocer algunos de los efectos en la salud materna del aborto en México.

Las complicaciones por aborto (ya sea espontáneo o inducido) representaron durante el periodo 1984-1990 una de las cinco principales causas de muerte materna en la institución. Del total de las muertes asociadas al embarazo, parto y puerperio, 6.8 por ciento correspondían al aborto en 1988-1990 (cuadro 2.2). Se estima que 3 de cada 10,000 casos de complicación de aborto que ingresen a la institución resulta en una muerte materna. El IMSS no realiza abortos, sino que solamente atiende mujeres que presentan complicaciones de diverso tipo y gravedad como resultado de una aborto.

Cuadro 2.2
Porcentaje de las muertes maternas según
causas seleccionadas (por promedios móviles trianuales)

Año	Toxemia	Hemorragia	Sepsis	Aborto y complicaciones	Complicaciones puerperio
84-86	33.9	18.4	10.0	9.7	7.8
85-87	34.9	19.7	7.7	8.9	6.9
86-88	34.9	20.6	8.0	8.6	6.0
87-89	37.2	18.5	8.4	6.4	7.1
88-90	34.4	17.7	9.6	6.8	6.0

Fuente: Núñez y Hernández, 1993.

Debe subrayarse, sin embargo, que la importancia relativa del aborto como causa de muerte materna ha disminuido en el IMSS, de representar el 9.7 por ciento de las muertes en 1984-1986 al 6.8 por ciento en 1988-1990.

El aborto puede ocurrir por : i) condiciones reproductivas no favorables al embarazo y ii) por un embarazo no deseado. Para ambas situaciones, la respuesta de intervención apropiada es la promoción y entrega de anticonceptivos. Por un lado, la anticoncepción favorece mejores condiciones de salud reproductiva, al propiciar un espaciamiento adecuado de los embarazos o evitar embarazos en mujeres portadoras de factores de alto riesgo reproductivo. Por otro lado, el uso de métodos de planificación familiar permite que la pareja planee el número y momento adecuado de sus embarazos para no tener embarazos no deseados que pueden favorecer un aborto.

En el IMSS, una de las evidencias más claras del impacto de las actividades en planificación familiar ha sido el descenso en la razón de complicaciones de abortos registradas por cada mil mujeres en edad fértil que reciben sus servicios en la institución. En 1982, esta razón era de 11.5 por mil, y para 1990 se estima en 8.0 por mil (cuadro 2.3).

Cuadro 2.3
Razón de complicaciones de abortos por mil mujeres en edad fértil del IMSS. 1982-1990

Año	Razón de complicaciones de aborto
1982	11.5
1983	11.6
1984	12.2
1985	11.2
1986	10.2
1987	9.8
1988	8.5
1989	8.8
1990	8.0

Fuente: Núñez y Hernández, 1993.

Esta disminución se asocia a la reducción de los embarazos entre la población del IMSS. El efecto puede explicarse a partir de dos datos. Por un lado, de los registros de salud materna, se identifica que las complicaciones del aborto tiende a crecer con la edad (cuadro 2.4), lo cual lo confirmamos con los datos presentados en la siguiente sección.

Cuadro 2.4
Porcentaje de complicaciones de aborto respecto a egresos obstétricos según edad. 1987-1989

Edad	Razón de complicaciones de aborto
< 20	6.1
20-24	7.3
25-29	8.7
30-34	10.7
35 y mas	16.4

Fuente: Núñez y Hernández, 1993.

Sin embargo, las actividades de planificación familiar han llevado a que cada vez sea menor la proporción de mujeres mayores de 35 años que se embarazan (cuadro 2.5), con lo que se reduce la incidencia de aborto en general.

Cuadro 2.5
Razón de embarazo y de complicaciones de aborto por mil mujeres en edad fértil del IMSS, según grupo de edad. 1987-1989

Edad	Razón de abortos	Razón de complicaciones de aborto
< 20	95.1	5.8
20-24	237.0	17.3
25-29	155.2	13.5
30-34	97.2	10.4
35 y mas	26.2	4.3

Fuente: Núñez y Hernández, 1993.

En el IMSS se ha impulsado un riguroso programa de anticoncepción postaborto paralelo al programa postparto. En la institución se dota de anticonceptivos a las mujeres antes de que egresen del hospital al terminar un evento obstétrico. En 1982 se inició esta estrategia, con la lógica de que una mujer que presenta un aborto es el blanco más claro de una intervención efectiva para evitar que ocurra este tipo de evento, siguiendo una estrategia de riesgo reproductivo. Por supuesto, la anticoncepción postparto, para lograr un apropiado cuidado de la salud reproductiva en el aspecto de evitar intervalos cortos entre embarazos.

Respecto a la cobertura postaborto, al inicio de la estrategia, en 1982, se cubría con anticonceptivos al 28.4 por ciento de los egresos por complicaciones del aborto. Este porcentaje se elevó en 1985 a 32.3 por ciento y para el periodo 1987-1989 se encontraba entre 44 y 46 por ciento. Esta tendencia ha sido similar a lo observado en el programa para mujeres cuyos embarazos terminaron en parto, aunque en un nivel de cobertura ligeramente menor y con una mayor proporción de aceptantes de hormonales orales.

Apenas se han iniciado los estudios para identificar factores que permitan el diseño de estrategias de protección anticonceptiva eficiente para evitar abortos. En el IMSS se probó un primer cuestionario para identificar las características de las mujeres con un aborto y los factores que favorecen la anticoncepción postaborto. La información que se obtuvo indica que, para el estado de Nayarit en 1994, en el 68.6 por ciento de los casos se trataba del primer aborto de las mujeres, que un 20.6 por ciento no había tenido hijos. Un 56.9 por ciento de las mujeres deseaban embarazarse, 18.1 por ciento hubiera preferido esperar más tiempo y 25 por ciento definitivamente no deseaban un embarazo. Un 28.4 por ciento de las mujeres nunca había usado un anticonceptivo y 24.1 por ciento se embarazó mientras usaba un anticonceptivo (incluye métodos tradicionales).

Entre los factores que se identificaron para la aceptación de la anticoncepción postaborto, se tiene que a mayor edad y escolaridad la aceptación aumenta, acepta una mayor proporción de mujeres con aborto previo o con un mayor número de hijos. Las mujeres que no desean otro embarazo también tienden a aceptar en mayor proporción los anticonceptivos. Finalmente las mujeres que han usado previamente métodos también aceptan más los métodos.

2.3 Datos de las encuestas de fecundidad

La segunda fuente de información es la de las encuestas nacionales de fecundidad, las cuales se han realizado en el país desde 1976. En estos estudios se selecciona de manera probabilística una muestra de viviendas en todo el país y ahí, en su hogar se entrevista a la mujer. En estas encuestas se registra toda la historia reproductiva de la mujer, es decir, todos los embarazos que tuvo de acuerdo a su resultado y ubicación en el tiempo. Se captan por ello, en principio, todos los abortos que hayan ocurrido. Sin embargo, se ha comprobado que esta fuente de información subestima estos casos de manera importante por la natural oposición que existe para declararlos debido, por un lado, a la ilegalidad dentro de la cual se practica, y por otro, a su general rechazo social.

De lo que las mujeres declararon sobre sus abortos en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) realizada en 1987, se tiene que del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en el país, el 14.3 por ciento declaró que ha tenido al menos un aborto provocado o espontáneo en su vida reproductiva. En números absolutos esto significa casi 2 millones 700 mil mujeres que alguna vez han tenido un aborto, no todos son abortos ocurridos en un año, ni todos son provocados. De estas mujeres, y ante una pregunta directa, sólo el 8 por ciento ¹ declaró que alguno de sus abortos fue provocado: 216 mil mujeres han tenido algún aborto provocado en toda su vida fértil.

Además, la tercera parte de las que han tenido un aborto, tuvieron más de uno. Por tanto, el número estimado de abortos a nivel nacional es de casi 4 millones según la encuesta de 1987, sin que esta cifra tenga alguna referencia en el tiempo. Así mismo, se estimó una tasa anual de 12.2 abortos por cada mil mujeres en edad fértil para el año 1986. Este indicador traducido a números absolutos, nos daría un total de casi 250 mil abortos para ese año. Esta cifra comparada con la de 110 mil ingresos hospitalarios por complicaciones de aborto que antes se mencionó, nos habla de una subestimación de algo más del 100 por ciento de esta fuente de información en cuanto a la medición de la incidencia del fenómeno.

En la última encuesta realizada en 1997 (INEGI, 1999) el porcentaje de mujeres que declararon haber tenido un aborto, a nivel nacional fue de 12.4 por ciento, si este porcentaje lo multiplicamos por el número de mujeres de 15 a 49 años estimado para 1997 (CONAPO 1996), se tendría que poco más de 3 millones 150 mil mujeres alguna vez han tenido un aborto (espontáneo o provocado) en el transcurso de su vida reproductiva y utilizando las proyecciones de CONAPO (CONAPO, 1999) para el año 2040 suponiendo que se mantiene constante el porcentaje de mujeres con algún aborto, el número de mujeres se incrementara a 3 670 mil mujeres que tendrán un aborto, provocado o inducido, en el transcurso de su vida reproductiva. Cabe aclarar que no obstante existe una baja en los porcentajes de mujeres que han tenido un aborto (14.3 en 1987 a 12.4 en 1997), en números absolutos existe un aumento de 450 mil mujeres que han abortado, situación que se da por los cambios ocurridos en los volúmenes por edad de la población femenina en edad fértil.

Si nos referimos al grupo de mujeres alguna vez embarazadas, con la encuesta de 1987, se tiene que casi la cuarta parte (22.7 por ciento) ha tenido al menos un aborto (cuadro 2.6). El porcentaje aumenta en los grupos de edad avanzada. Así, del total de mujeres alguna vez embarazadas del grupo de 45-49 años, el 34 por ciento ha tenido al menos un aborto. Diez años después, menos de una quinta parte de las mujeres alguna vez embarazadas han tenido al menos un aborto y el grupo de 45-49 años disminuyó al 26.7 por ciento.

¹ Este dato de obtuvo de la Encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva, 1988.

Cuadro 2.6

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que han tenido algún aborto, por grupos de edad. Nacional 1987-1997

Grupos de edad	ABORTOS		
	1987	1992	1997
15-19	10.7	8.9	7.7
20-24	10.6	10.5	11.3
25-29	16.8	15.5	15.8
30-34	26.1	20.0	18.0
35-39	28.8	23.0	21.8
40-44	30.3	26.3	24.9
45-49	33.9	28.0	26.7
Total	22.7	19.6	19.0

Fuente:

Según revela la Encuesta Rural de Planificación Familiar de 1981, una de cada 5 mujeres en edad fértil de las zonas rurales² de México ha tenido al menos un aborto. Acorde con la información presentada el cuadro 2.7 muestra el aumento asociado con la edad de la proporción de mujeres que han tenido algún aborto. De las mujeres de 15 a 19 años, 7.7 por ciento ha abortado mientras que una de cada tres del último grupo de edad ha vivido esa experiencia. Esto se explica porque han estado más tiempo expuestas al riesgo de concebir. El incremento más alto es del grupo de 25 a 29 al de 30 a 34 años (cuadro 2.7).

Cuadro 2.7

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que han tenido algún aborto, grupos de edad. 1981-1997. (Mujeres que viven en localidades rurales)

Grupos de edad	ABORTOS		
	1981	1992	1997
15-19	7.7	7.8	8.8
20-24	11.1	7.9	10.5
25-29	17.5	14.5	13.5
30-34	27.0	16.6	17.8
35-39	28.9	18.4	19.5
40-44	33.2	21.8	22.1
45-49	34.8	26.9	27.3
Total	22.7	16.4	17.2

² En este capítulo se considera como rural a las localidades que tienen menos de 2 500 habitantes .

Es posible que entre estos abortos haya una cantidad importante de inducidos, principalmente por que las mujeres de treinta años o más ya han tenido más de la mitad de sus hijos y tal vez algunas no deseen tener más descendencia.

En las zonas rurales del país el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que han tenido un aborto ha disminuido en un 24.2 por ciento de 1981 a 1997, pasando de 22.7 a 17.2 el porcentaje con al menos un embarazo. La disminución a nivel nacional de 1987 a 1997 fue del 16.3 por ciento.

En el cuadro 2.8 observamos que conforme aumenta el número de embarazos se incrementa el porcentaje de las que han abortado alguna vez en su vida. De las mujeres embarazadas una vez, en el 5 por ciento de los casos el producto terminó en aborto, para el total del país según la encuesta de 1987 y disminuyó al 3.9 en 1997; el mismo indicador para las áreas rurales, según la encuesta de 1981, es del 3 por ciento. Para las que han estado embarazadas seis veces corresponde un porcentaje de abortos de 34.4 a nivel nacional y 23.3 por ciento rural en 1997 y para las que han tenido 7 o más embarazos 39.3 y 32.9 por ciento respectivamente.

Cuadro 2.8
Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que han tenido algún aborto, según el número de embarazos. Nacional y rural, 1987-1997

Número de embarazos	ABORTOS					
	Nacional			Rural		
	1987	1992	1997	1981	1992	1997
1	5.0	3.2	3.9	3.0	2.3	3.5
2	10.8	9.2	8.3	6.9	6.5	7.6
3	15.9	15.8	17.3	11.8	10.7	11.8
4	24.0	25.6	29.2	14.7	15.3	20.4
5	26.5	31.6	33.4	19.7	20.2	21.6
6	33.1	31.4	34.4	25.1	20.3	23.3
7 y más	45.0	39.4	39.3	40.8	30.8	32.9
Total	22.7	19.6	19.0	22.7	16.4	17.2

Según los datos a nivel nacional de las encuestas sobre el resultado del último embarazo, alrededor de 92 por ciento de estos dieron lugar a nacidos vivos. 1 por ciento han nacido muertos y el 7 por ciento terminó en aborto, como puede verse en las tres encuestas presentadas en el cuadro 2.9. En las áreas rurales el porcentaje de abortos de los últimos nacidos vivos fue de alrededor del 5 por ciento. Lo cual nos muestra que posiblemente ocurra una mayor incidencia de aborto en las áreas urbanas (cuadro 2.10).

Cuadro 2.9
 Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento
 de la entrevista, según el resultado del último embarazo,
 por grupos de edades, 1987-1997.

Grupos de edad	NACIONAL			total
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	
15-19				
1987	96.2	0.6	3.2	100.0
1992	93.5	1.3	5.2	100.0
1997	95.0	1.0	4.2	100.0
20-24				
1987	95.0	1.3	3.7	100.0
1992	95.0	0.8	4.2	100.0
1997	95.0	0.6	4.4	100.0
25-29				
1987	95.2	1.1	3.7	100.0
1992	94.0	0.8	5.2	100.0
1997	94.0	0.6	5.4	100.0
30-34				
1987	92.2	0.8	7.0	100.0
1992	94.0	0.9	5.1	100.0
1997	93.0	0.7	6.3	100.0
35-39				
1987	91.4	1.3	7.3	100.0
1992	91.4	1.4	7.2	100.0
1997	91.7	1.1	7.2	100.0
40-44				
1987	89.4	1.1	9.5	100.0
1992	89.2	2.0	8.8	100.0
1997	89.6	1.6	8.8	100.0
45-49				
1987	86.8	1.2	12.0	100.0
1992	88.6	2.2	9.2	100.0
1997	87.6	2.1	10.3	100.0
Total				
1987	92.3	1.1	6.6	100.0
1992	92.3	1.3	6.4	100.0
1997	92.1	1.1	6.8	100.0

Cuadro 2.10

Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento de la entrevista, según el resultado del último embarazo, por grupos de edades, 1987-1997.

Grupos de edad	RURAL			total
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	
15-19				
1981	95.1	1.4	3.5	100.0
1992	94.4	1.6	3.9	100.0
1997	95.0	0.6	4.0	100.0
20-24				
1981	95.9	1.1	3.0	100.0
1992	96.4	1.0	2.6	100.0
1997	95.2	0.5	4.3	100.0
25-29				
1981	95.0	1.3	3.7	100.0
1992	94.2	1.5	4.3	100.0
1997	95.1	1.1	3.9	100.0
30-34				
1981	93.9	1.0	5.1	100.0
1992	94.1	1.5	4.4	100.0
1997	92.9	1.3	5.8	100.0
35-39				
1981	92.5	2.1	5.2	100.0
1992	92.8	2.5	4.7	100.0
1997	92.6	1.6	5.8	100.0
40-44				
1981	86.7	4.4	8.9	100.0
1992	90.4	1.9	7.7	100.0
1997	91.6	2.6	5.8	100.0
45-49				
1981	87.5	2.6	9.9	100.0
1992	87.3	3.3	9.3	100.0
1997	88.8	3.1	8.1	100.0
Total				
1981	93.5	1.7	4.8	100.0
1992	92.9	1.9	5.2	100.0
1997	93.0	1.5	5.4	100.0

En los cuadros 2.9 y 2.10 se puede apreciar que conforme aumenta la edad se incrementa la proporción que sufre un aborto, como ya lo observamos en el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que han tenido algún aborto (cuadros 2.6 y 2.7). Así, en el 10.3 por ciento a nivel nacional y 8.1 por ciento en las zonas rurales en 1997 de las mujeres de 45 a 49 años, su último embarazo terminó en aborto.

€

Con embarazos sucesivos ocurre cierto desgaste en el organismo de la mujer. Esto provoca que conforme más embarazos ha tenido, menos posibilidades hay de que su siguiente embarazo termine

(

en un nacido vivo y más de que aborte. Según la encuesta de 1997, entre las mujeres que han estado embarazadas solamente una vez, 95.9 por ciento dio a luz un nacido vivo y 3.5 por ciento abortó; entre las que se han embarazado más de seis veces las cifras son 85.2 y 11.7 por ciento respectivamente (cuadro 2.11). Para las áreas rurales en 1997, se puede observar en el cuadro 2.12 que el 8.8 por ciento de las mujeres que han tenido 7 o más embarazos, el último terminó en aborto.

Cuadro 2.11
Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento de la entrevista, según el resultado del último embarazo, por número de embarazos, 1987-1997.

Número de embarazos	NACIONAL			total
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	
1				
1987	93.7	1.4	4.9	100.0
1992	96.2	0.5	3.3	100.0
1997	95.9	0.6	3.5	100.0
2				
1987	93.6	0.6	5.8	100.0
1992	95.0	0.6	4.4	100.0
1997	95.5	0.6	3.9	100.0
3				
1987	95.4	1.6	4.0	100.0
1992	93.7	0.9	5.5	100.0
1997	93.4	0.5	6.1	100.0
4				
1987	93.7	0.9	5.5	100.0
1992	91.5	1.1	7.4	100.0
1997	90.1	1.2	8.7	100.0
5				
1987	91.0	1.6	7.4	100.0
1992	88.9	2.2	8.9	100.0
1997	87.7	1.4	10.9	100.0
6				
1987	90.1	1.4	8.5	100.0
1992	89.7	2.3	8.0	100.0
1997	86.0	2.1	11.9	100.0
7 y más				
1987	88.4	1.5	10.1	100.0
1992	87.0	2.7	10.3	100.0
1997	85.2	3.1	11.7	100.0
Total				
1987	92.3	1.1	6.6	100.0
1992	92.3	1.3	6.4	100.0
1997	92.1	1.1	6.8	100.0

Cuadro 2.12
Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento
de la entrevista, según el resultado del último embarazo,
por número de embarazos, 1987-1997.

Número de embarazos	RURAL			total
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	
1				
1981	96.0	1.4	2.6	100.0
1992	96.2	1.0	2.8	100.0
1997	96.0	0.7	3.3	100.0
2				
1981	95.2	2.3	3.3	100.0
1992	95.7	0.9	3.4	100.0
1997	96.2	0.7	3.2	100.0
3				
1981	94.4	2.3	3.3	100.0
1992	95.1	1.5	3.4	100.0
1997	95.4	0.8	3.8	100.0
4				
1981	95.9	0.5	3.6	100.0
1992	94.8	1.3	3.4	100.0
1997	92.3	1.3	6.4	100.0
5				
1981	94.8	0.6	4.6	100.0
1992	92.4	2.0	5.6	100.0
1997	91.6	1.8	6.6	100.0
6				
1981	92.9	1.7	5.4	100.0
1992	91.4	2.5	6.1	100.0
1997	92.4	1.8	5.8	100.0
7 y más				
1981	90.6	2.3	7.1	100.0
1992	88.5	3.0	8.5	100.0
1997	88.1	3.3	8.8	100.0
Total				
1981	93.5	1.7	4.8	100.0
1992	92.9	1.9	5.2	100.0
1997	93.0	1.5	5.4	100.0

Las relaciones existentes entre la propensión al aborto y la edad, y ésta y el número de embarazos, concuerdan con lo encontrado a nivel nacional en un análisis referente a la mortalidad intrauterina basado en datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976. En este trabajo también se aprecia una mayor influencia de la edad que del número de embarazos; asimismo se menciona que el "factor que más influye en la determinación del nivel de mortalidad intrauterina es la historia genética de las madres". (Mier y Terán, 1982).

El número de hijos vivos al momento de realizarse la entrevista se conduce de forma muy similar al número de embarazos; entre más hijos vivos, mayor propensión al aborto y menor probabilidad de que el resultado del último embarazo sea un nacido vivo. La excepción la constituye el grupo de mujeres sin hijos vivos. A nivel nacional, con información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y

Salud 1987, el dato que llama la atención es que el 65.9 por ciento de las mujeres que no tenían hijos nacidos vivos al entrevistarlas, su último embarazo terminó en aborto, lo cual nos puede estar indicando una cierta incidencia de aborto inducido (cuadro 2.13). El porcentaje se incrementa a 68 en los datos tomados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, lo que puede estar indicado que si bien existe una disminución en los porcentajes de mujeres que abortan, no hay una evidencia clara de que la incidencia sea menor.

Cuadro 2.13
Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento de la entrevista, según el resultado del último embarazo, por número de hijos vivos, 1987-1997.

Número de hijos vivos	NACIONAL			total
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	
0				
1987	20.8	13.3	65.9	100.0
1992	30.7	9.1	60.2	100.0
1997	20.9	11.1	68.0	100.0
1				
1987	93.4	1.0	5.6	100.0
1992	93.7	0.8	5.5	100.0
1997	94.3	0.8	4.9	100.0
2				
1987	93.3	0.6	6.1	100.0
1992	93.1	1.1	5.2	100.0
1997	93.5	0.7	5.8	100.0
3				
1987	94.5	0.9	4.6	100.0
1992	93.7	1.1	5.2	100.0
1997	92.8	0.7	6.5	100.0
4				
1987	96.3	0.7	5.0	100.0
1992	92.9	1.4	5.7	100.0
1997	91.8	1.0	7.1	100.0
5				
1987	93.5	1.5	5.0	100.0
1992	92.4	1.7	5.9	100.0
1997	91.9	1.8	6.3	100.0
6				
1987	92.0	0.7	7.1	100.0
1992	93.0	1.2	5.8	100.0
1997	90.9	1.9	7.2	100.0
7 y más				
1987	98.2	0.9	6.9	100.0
1992	91.5	1.7	6.7	100.0
1997	91.8	1.6	6.5	100.0
Total				
1987	92.3	1.1	6.6	100.0
1992	92.3	1.3	6.4	100.0
1997	92.1	1.1	6.8	100.0

A nivel rural el 27.6 por ciento tuvo un nacido vivo, casi la mitad un aborto y la cuarta parte tuvo nacido muerto en 1981 (cuadro 2.14). En este caso, el resultado del embarazo terminó en una pérdida y representa la mayor incidencia en relación con el aborto; sin embargo, sólo afecta a 1.6 por ciento del total de mujeres. Con los datos de la encuesta de 1997 se tiene para las localidades rurales un incremento significativo del porcentaje de abortos en las mujeres que no tenían hijos vivos al momento de la entrevista y disminución en los nacidos muertos, no obstante la suma de ambos es similar a la encuesta de 1981.

Cuadro 2.14
Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento de la entrevista, según el resultado del último embarazo, por número de hijos vivos, 1987-1997.

Número de hijos vivos	RURAL			
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	total
0				
1981	27.6	25.7	46.7	100.0
1992	42.4	13.5	44.2	100.0
1997	23.5	12.3	64.2	100.0
1				
1981	94.7	2.2	3.2	100.0
1992	94.4	1.4	4.1	100.0
1997	95.3	0.9	3.7	100.0
2				
1981	95.0	1.3	3.5	100.0
1992	94.3	1.7	3.9	100.0
1997	93.7	1.2	5.1	100.0
3				
1981	95.6	1.4	3.0	100.0
1992	93.8	1.5	4.7	100.0
1997	94.2	0.9	5.0	100.0
4				
1981	93.6	0.4	6.0	100.0
1992	95.0	1.6	3.4	100.0
1997	94.2	1.4	4.3	100.0
5				
1981	96.0	0.6	3.4	100.0
1992	93.3	2.0	4.6	100.0
1997	92.66	2.6	4.8	100.0
6				
1981	92.0	1.4	6.0	100.0
1992	93.2	2.0	4.6	100.0
1997	92.7	1.6	5.7	100.0
7 y más				
1981	92.3	2.2	5.5	100.0
1992	91.0	2.2	6.8	100.0
1997	92.1	2.1	5.8	100.0
Total				
1981	93.5	1.7	4.8	100.0
1992	92.9	1.9	5.2	100.0
1997	93.0	1.5	5.4	100.0

El nivel de escolaridad de la mujer depende del grupo social al que pertenezca, por lo tanto está asociado con las condiciones de nutrición, el acceso a los servicios y el conocimiento del proceso reproductivo; por todo ello, el nivel de escolaridad es una variable que ocasiona diferencias en cuanto al resultado del embarazo. La tendencia de la relación entre la escolaridad en el caso de la fecundidad o la mortalidad es clara; a mayor escolaridad menor fecundidad y menor mortalidad.

En los cuadros 2.15 y 2.16, sin embargo, podemos observar que no refleja lo que esperaríamos, cuanto más preparada está la mujer es menos posible que aborte sino lo contrario. Así, las mujeres que tienen más escolaridad tienden a abortar más que las menos escolarizadas; a nivel nacional, el 8.3 por ciento de las mujeres con secundaria o más abortaron en su último embarazo en 1987, mientras que de las no escolarizadas el porcentaje fue de 4.3 por ciento. Situación similar se observa para las áreas rurales del país en 1981, lo cual puede ser indicativo de que existe una mayor incidencia de aborto provocado en la población más educada, ya que aun cuando son las mujeres que usan más anticonceptivos eficaces, recurren al aborto cuando la anticoncepción falla. Esto puede indicar que tiene más determinación para mantener su número ideal de familia o al ser más escolarizadas declaran sus abortos de manera más fidedigna.

A nivel nacional, en 1997 la diferencia encontrada en 1987, ya no se muestra en los datos (cuadro 2.15), es decir, el resultado de su último embarazo es prácticamente independiente de la escolaridad de la mujer. En las localidades rurales los diferenciales encontrados en 1981, se reducen considerablemente en 1997. Situación que se considera debe ser analizada con mayor detalle en futuras investigaciones.

Cuadro 2.15
Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento de la entrevista, según el resultado del último embarazo, por grupos de escolaridad, 1987-1997.

Grupos de escolaridad	NACIONAL			total
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	
Sin escolaridad				
1987	93.4	2.3	4.3	100.0
1992	91.8	2.2	6.0	100.0
1997	91.0	2.5	6.5	100.0
1° a 3° de primaria				
1987	93.4	0.7	5.9	100.0
1992	91.3	1.8	6.8	100.0
1997	90.6	1.9	7.5	100.0
4° a 5° de primaria				
1987	93.5	1.1	5.4	100.0
1992	91.5	1.8	6.7	100.0
1997	91.4	1.5	7.1	100.0
Primaria completa				
1987	92.0	0.6	7.4	100.0
1992	92.6	1.2	6.2	100.0
1997	92.4	1.0	6.6	100.0
Secundaria o más				
1987	90.5	1.2	8.3	100.0
1992	92.9	0.4	6.7	100.0
1997	92.6	0.6	6.8	100.0
Total				
1987	92.3	1.1	6.6	100.0
1992	92.3	1.3	6.4	100.0
1997	92.1	1.1	6.8	100.0

Cuadro 2.16
Distribución porcentual de mujeres no embarazadas al momento de la entrevista, según el resultado del último embarazo, por grupos de escolaridad, 1987-1997.

Escolaridad	RURAL			total
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Aborto	
Sin escolaridad				
1981	93.5	1.8	2.6	100.0
1992	92.0	2.2	5.8	100.0
1997	91.9	2.4	5.6	100.0
1° a 3° de primaria				
1981	93.1	2.2	4.7	100.0
1992	92.3	1.9	5.8	100.0
1997	92.0	1.9	6.1	100.0
4° a 5° de primaria				
1981	94.6	0.4	5.0	100.0
1992	93.0	2.2	4.7	100.0
1997	93.6	1.4	5.0	100.0
Primaria completa				
1981	94.0	1.2	4.9	100.0
1992	94.8	1.8	3.4	100.0
1997	93.6	1.2	5.2	100.0
Secundaria o más				
1981	91.4	2.0	6.5	100.0
1992	92.7	1.0	5.4	100.0
1997	94.4	0.6	6.6	100.0
Total				
1981	93.5	1.7	4.8	100.0
1992	92.9	1.9	5.2	100.0
1997	93.0	1.5	5.4	100.0

De acuerdo con lo declarado en las encuestas de hogares en las áreas rurales de México, uno de cada veinte embarazos concluye en aborto. Sin embargo, otro estudio (Mier y Terán, 1982) con una técnica para captación más depurada de información, encuentra esta proporción más elevada, y otros (Population, 1981) que se han realizado en unidades de salud donde es difícil calcular el grado real del fenómeno, estiman que ocurre un aborto ilegal por cada cuatro o cinco embarazos. Esta realidad, cualquiera que sea la magnitud, la constituye un problema social que aqueja a la población y para disminuirlo, es necesario poner al alcance de la mujer o la pareja, información abundante sobre los medios para regular su fecundidad y ofrecer mejores servicios de salud.

Además, del bajo nivel de declaración del aborto por el temor o la pena que sienten las mujeres al declararlo. Existe otro problema que lleva al subregistro de abortos en las encuestas que se realizan en mujeres sobrevivientes, así que en los casos en que su practica provocó la muerte de la mujer, ésta obviamente no quedó incluida en la muestra. No obstante las limitaciones de la información, con ella observamos un perfil que permite vislumbrar que la incidencia del aborto es diferencial de acuerdo con ciertas características biológicas y sociales.

Ahora bien, creemos también que todos podemos formular una hipótesis basada en nuestras percepciones cotidianas, de que en México un gran número de mujeres está recurriendo al aborto para controlar su fecundidad; todos conocemos mujeres que han abortado, médicos que practican el

aborto. Las mismas cifras que se han mencionado, si bien menores a las que frecuentemente se utilizan, son de una magnitud suficiente como para afirmar categóricamente que el aborto es un problema social y de salud pública en México.

Quizás por una inquietud profesional, uno sabe lo que significa, lo que hay detrás, obtener una cifra con cierto grado de precisión y, por ello, resulta molesto que se usen datos sin sustentación científica con fines amarillistas o para justificar la despenalización de un acto que por su naturaleza, se inscribe más en el ambiente de los derechos que tiene toda pareja a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, tal y como lo otorga la Constitución Política de nuestro país y que no debe basarse en que su incidencia sea de 1 caso o 6 millones.

Es posible que los datos tendrán mejor registro cuando se valore su importancia, porque se quieran hacer acciones operativas dirigidas a atender a la población demandante, a modificar su incidencia o cuando se quiere evaluar el impacto de la implantación de ciertas políticas sociales y de salud.

A continuación se tratarán algunos aspectos de la vinculación entre el aborto inducido y planificación familiar, dado que el aborto inducido no se puede desligar al uso de métodos anticonceptivos, en el sentido de que el comportamiento reproductivo de la población afecta y se ve afectado por la práctica y percepción del aborto como medio de regulación de la fecundidad.

2.4 Aborto y planificación familiar

El fenómeno del aborto inducido no debe considerarse de manera aislada, sino dentro de un concepto más general, que es el de la planificación familiar, ya que si funciona de manera eficiente se esperaría que los abortos disminuyeran. Entendidos en su concepción más amplia, los programas de planificación familiar deben proporcionar los medios para que las parejas tengan el número de hijos que desean y cuando ellos lo deseen. Esto significa desde dar atención a las parejas con problemas de infertilidad, hasta proporcionar todos los medios anticonceptivos de que se dispone, ampliando el acceso al nuevo enfoque de la anticoncepción de emergencia (Vernon, 1998), y desde mi muy particular punto de vista, dar acceso al aborto inducido en condiciones de seguridad para la mujer, lo que llevaría a evitar las muertes que se dan año con año por esta causa.

La relación entre anticoncepción y aborto varía de una sociedad a otra, en algunos países, el aborto es el medio principal del control de la fecundidad. En América Latina éste sería el caso de Cuba, donde una muy escasa disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, junto con una ley liberal en cuanto al aborto (el único país en América Latina donde el aborto es legal), y una sorprendente infraestructura de servicios de salud han permitido proporcionar este "método" de manera segura a la población, este conjunto de factores ha provocado que el aborto inducido se utilice como principal medio para regular la fecundidad, al grado de que se empieza a asociar con niveles altos de problemas de esterilidad en las mujeres que lo usan. En otros países el uso de anticonceptivos disminuye la incidencia del aborto, e incluso en otros, el aborto y la anticoncepción se incrementan simultáneamente.

Se estima que en 1973 existían aproximadamente 900 mil usuarias de métodos modernos, las cuales representaban el 12 por ciento del total de las mujeres unidas en edad fértil. Si se incluyen además, prácticas como el ritmo y el retiro, la cobertura fue de 30 por ciento en 1976 y de 47.7 por ciento en 1982. En 1987, el 52.7 por ciento de las parejas –7 millones- utilizaban algún método para regular su fecundidad, el porcentaje fue de 33.9 si se considera al total de mujeres de 15 a 49 años. En 1997 más de 10 millones de mujeres unidas usaban un método anticonceptivo (68.4 por ciento del total de mujeres en unión), consideran al total de mujeres en edad fértil el porcentaje de usuarias fue del 44.4 por ciento.

En 1973, el 70 por ciento de las usuarias de anticonceptivos dependía del sector privado³; en 1987 poco menos del 38 por ciento lo hacía en institución privada, y el restante 62 por ciento había obtenido el método en una institución gubernamental y para 1997 el 72.3 por ciento recurría al sector público para obtener su método anticonceptivo.

Hasta 1982, los métodos más aceptados entre la población mexicana eran aquellos que contenían hormonas, principalmente las pastillas. En 1987 el método más utilizado por las usuarias era la operación femenina, 35.5 por ciento de mujeres en edad fértil, para 1997 el porcentaje se elevó a 46.5. El dispositivo intrauterino y las pastillas eran utilizadas por el 19.8 y el 18.3 por ciento del total de usuarias respectivamente en 1987 y para 1997 se tiene una disminución relativa en el uso del DIU pasando a 12.1 por ciento de las mujeres usuarias.

Llama la atención el hecho de que después de los tres métodos mencionados, el ritmo y el retiro eran los más utilizados, 15.1 y 11.0 por ciento de las parejas lo practicaban en 1987 y 1997 respectivamente. Se podría afirmar que sus bajos efectos colaterales hacen que ellas los prefieran a pesar de su menor efectividad.

Las razones de deserción de un método dan elementos importantes para conocer la experiencia de las mujeres en la práctica anticonceptiva. Con base en la encuesta sobre fecundidad de 1987, se observa que la principal razón que las mujeres declaran haber abandonado el uso del método, considerando solamente aquellas que al momento de la entrevista no usaban nada, es el haber experimentado efectos colaterales: 23 por ciento de las mujeres discontinuaron por ese motivo. Estas mujeres no reiniciaron el uso de ese o adoptaron otro método posteriormente.

Es también importante mencionar que el 13.4 por ciento de las mujeres se embarazaban mientras utilizaban algún método anticonceptivo en 1987; esto parece indicar que la efectividad con la cual se practica la anticoncepción en México es sumamente baja.

Por otro lado, el análisis de las razones para no usar algún método anticonceptivo, que las mujeres unidas maritalmente declararon en 1987, es muy ilustrativo. El 28 por ciento no lo usaron porque no los conocían, no sabían cómo se usaban y dónde obtenerlos; el 18 por ciento porque tuvieran efectos colaterales con el uso de algún método o tenían temor a que se los causaran; y por último, el 7 por ciento no los usaba por desidia, respuesta que seguramente esconde sentimientos de fatalismo o de culpa. En resumen, no era el deseo de más hijos la razón principal en 1987 para no usar medios de regulación de la fecundidad, ya que esta causa ocupa sólo el 19 por ciento de las razones de no uso. Agregando un solo dato más a lo anterior, mencionaré que una de cada cinco (21.2 por ciento) de las mujeres unidas maritalmente no deseaban tener más hijos, pero no hacían nada para evitar el embarazo.

Asimismo, es necesario considerar que los avances en las ciencias médicas acerca cada vez más la posibilidad de detectar en etapas más tempranas del embarazo malformaciones congénitas, sobre todo aquellas debidas a anomalías cromosómicas. Esto puede enfrentar a la mujer a la decisión de terminar un embarazo que originalmente pudo haber sido deseado.

Los datos mencionados no dan elementos para concluir que existen segmentos importantes de nuestra población que corren inevitablemente un alto riesgo de enfrentarse al problema de un embarazo no deseado. No sabemos en este momento cuál está siendo el resultado de estos embarazos no deseados.

Estudios de países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que las mujeres que están altamente motivadas para controlar el tamaño de su familia usarán tanto anticonceptivos como

³ Cabe recordar que fue hasta 1974 cuando el gobierno adoptó una política de control natal, antes incluso era ilegal.

aborto, y que las mujeres que han practicado la anticoncepción tienen una probabilidad más alta de recurrir al aborto que las nunca usuarias. Cuando se observan en un país descensos importantes en la fecundidad debido a una amplia aceptación de métodos anticonceptivos, es muy probable que esto esté reflejando no solo una mayor disponibilidad de servicios de planificación familiar, sino también cambios socioculturales. Con ellos los embarazos no deseados ya no son aceptados como alguna vez lo fueron. Es más probable que las mujeres recurran, entonces, al aborto cuando la anticoncepción falla. También es más probable que los prestadores de servicios se sientan comprometidos con una usuaria que experimenta la falla de su método y le den apoyo para conseguir un aborto.

No estoy a favor de la utilización del aborto como principal medio de regulación de la fecundidad, sobre todo tomando en cuenta los esfuerzos realizados en la expansión de los servicios de planificación familiar en el país, y lo que todavía se puede lograr en el futuro. Es innegable que en la actualidad, en México, no debe usarse sistemáticamente como un método de control de la natalidad; sin embargo las circunstancias harán que muchas mujeres sigan utilizándolo como un recurso extremo para solucionar una situación de hecho, es decir, como solución única al problema del embarazo no deseado y si están decididas lo harán aún arriesgando su vida. Si se quiere hacer efectivo el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, la ley sobre el aborto debe necesariamente ser modificada para despenalizarlo.

Capítulo 3. Alternativas de captación de información en las encuestas en hogares

Para el estudio del aborto inducido los datos de los registros hospitalarios, son poco confiables, subregistro y clasificación errónea son algunos de los problemas para el cálculo de indicadores adecuados que permitan estimar la incidencia del aborto inducido. Además de que no se tiene a todo el universo de mujeres expuestas al riesgo; es decir, estas limitaciones exigen a los investigadores diseñar metodologías alternativas que permitan obtener estimaciones más confiables del fenómeno.

En este capítulo se presentan dos encuestas realizadas en hogares, diseñadas para captar información específica sobre aborto, estudios realizados en 4 y 3 colonias del área metropolitana de la ciudad de México. En ambos estudios se probaron metodologías alternativas para estimar la incidencia del aborto inducido y se captaron actitudes de la población entrevistada respecto a este tema.

Las Encuestas Sobre Salud Reproductiva fueron diseñadas y realizadas de manera conjunta con Yolanda Palma (palma et. al., 1990). La de 1989 se llevó a cabo con el propósito de un procedimiento metodológico distinto para captar la incidencia de abortos inducidos, por medio de la entrevista directa a mujeres y a varones, y centrándose en el primero y el último embarazo. Existen evidencias de investigación que muestran que estos embarazos son los que tienen las probabilidades más altas de terminar en aborto. Se entrevistó a los varones con el supuesto de que es más fácil para ellos declarar acerca de los abortos inducidos.

Es importante subrayar que el estudio se aplicó sólo en cuatro colonias de la Ciudad de México, pertenecientes a estratos socioeconómicos diferentes con el objeto de conocer la influencia del contexto socioeconómico y cultural en la variable estudiada. La población objetivo de esta encuesta fueron mujeres entre 15 y 49 años y varones entre 15 y 59. Una de las principales aportaciones consiste en contar con información para la población masculina.

En la Encuesta sobre Salud Reproductiva de 1991¹ (Palma y Núñez, 1991) se llevó a cabo en tres de las colonias que la Encuesta de Salud Reproductiva de 1989 y se inscribe en la misma línea de probar diferentes procedimientos metodológicos. En este estudio se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos y se aplicaron a muestras independientes, es decir, se diseñaron dos muestras:

- La muestra 1 consistió en la aplicación de un cuestionario a mujeres en edad fértil en el cual se captaba su historia de los embarazos, y para todos los abortos que ahí se declaraban, las razones y circunstancias en que éstos ocurrieron; finalmente se les preguntaba directamente si los abortos habían sido provocados o espontáneos.

- La muestra 2 consistió en la aplicación de un cuestionario corto donde se captaron datos sociodemográficos básicos de la mujeres, incluyendo algunos sobre su vida reproductiva, y se indagaba si ella había tenido abortos provocados. Esta última pregunta no era formulada por la entrevistadora, sino que se le pedía a la entrevistada que la leyera y ella misma marcara la respuesta; posteriormente el cuestionario se doblaba y se introducía en una caja sellada, donde se mezclaba con el resto de las entrevistas.

El cuestionario no tenía ninguna identificación, y sólo fueron agrupados por colonias y por entrevistadora. De esta manera, se aseguró el anonimato de la respuesta, aun frente a la misma encuestadora. El supuesto fue que este procedimiento mejoraría la declaración del aborto provocado.

¹ En esta encuesta también contamos con la colaboración de Gabriela Rivera.

3.1 Metodología de las Encuesta de Salud Reproductiva, 1989

Como se ha establecido en la introducción de este trabajo y en los capítulos precedentes, el hecho de que en México el aborto inducido es un problema social, de salud pública y legal, limita la realización de estudios específicos esencialmente desde los aspectos metodológicos, sin embargo el objetivo perseguido en la presente investigación es lograr un análisis de los grupos de mujeres que se han practicado un aborto como medida regulatoria de su fecundidad; las circunstancias bajo las cuales han realizado estas prácticas y la magnitud de este fenómeno social. Todo ello con base en las distintas encuestas que se han hecho en materia, bajo el auspicio de diferentes instituciones públicas.

3.1.1 Objetivo

El proyecto tuvo como objetivo central el probar un procedimiento metodológico para obtener datos sobre aborto inducido, a través de una encuesta en hogares. Por que otro enfoque metodológico, que no sea la encuesta en hogares, sólo puede ofrecer conclusiones parciales en cuanto a las características del grupo - o casi siempre de una parte del grupo- que ha recurrido a este medio para regular su fecundidad.

El análisis que aquí se presenta conlleva una doble intención: por un lado, valorar la utilidad de la metodología aplicada y, por el otro, dar una aportación al conocimiento del fenómeno, es un estudio limitado, pero que permite plantear hipótesis para la elaboración de un marco teórico que guíe investigaciones posteriores.

Por otro lado, a pesar de la gran utilidad de estudios existentes de diferente naturaleza, sólo uno que considere a toda la población susceptible de experimentar este evento podrá cumplir cabalmente con el anterior propósito.

En una encuesta llevada a cabo en el Area Metropolitana de la Ciudad de México, en adolescentes y jóvenes de ambos sexos, el 9.5 por ciento de las mujeres declararon que su primer embarazo terminó en aborto, mientras que casi el 20 por ciento de los hombres aseguró que el primer embarazo de sus parejas había tenido ese resultado. Se supuso entonces que en México podría ser más fácil para un hombre hacer declaraciones en relación al aborto, ya que él no estuvo expuesto al rechazo social o a sentimientos de culpa, y principalmente debido a que él no fue sujeto de persecución legal.

Con esta base, se decidió en este estudio aplicar cuestionarios similares -casi idénticos- a muestras independientes de hombres y mujeres. Con el objeto de probar el efecto del sexo del entrevistador en las respuestas que se buscaban, la mitad de las entrevistas a hombres las realizó un entrevistador y la otra mitad, una entrevistadora.

3.1.2 Marco conceptual

Se reconoce que el marco natural para el estudio del aborto -desde un punto de vista demográfico- es el de la fecundidad porque, de acuerdo al esquema de Davis y Blake, ésta es una de las variables intermedias que la determinan. Por otro lado, el aborto no se puede desvincular de un fenómeno más general, que es el de la planificación familiar, en el sentido de que el comportamiento de la población, en relación al uso de anticonceptivos, afecta y se ve afectado por la práctica y percepción del aborto como medio de regulación de la fecundidad. Se reconoce, asimismo, que existen variables socioeconómicas que influyen en este proceso.

Dado el carácter de esta fase de la investigación, el marco conceptual que la guía es muy sencillo. El aborto inducido se mide en relación al resultado del primero y el último embarazo que tuvieron las

mujeres o que engendraron los hombres (sin que necesariamente, en este último caso, se haga referencia a la pareja actual). Por último, y en parte para fines de lo que se puede esperar de estudios posteriores, se consideró que era importante captar las opiniones de la población respecto al problema.

3.1.3 Población de estudio

Las poblaciones objeto de estudio fueron: los hombres entre 15 y 59 y las mujeres entre 15 y 49 años de edad, residentes habituales presentes o temporalmente presentes en los hogares.

El estudio se llevó a cabo en cuatro colonias del Area Metropolitana de la Ciudad de México, que se ubican en sus cuatro estratos de más bajo nivel socioeconómico. Estas fueron en orden decreciente de acuerdo a su nivel: Portales y Sta. Ma. La Ribera ubicadas para fines del estudio como estrato medio y, por último, las colonias contiguas de la Estrella y Jardines del Tepeyac ubicadas en el Municipio de Ecatepec y que, para fines de este estudio, se analizan juntas y se les denomina estrato bajo. De acuerdo a los criterios de estratificación de Buró de Investigaciones de Mercado, S.A.

3.1.4 Contenido de los cuestionarios

Se contó con tres instrumentos de captación de la información: un cuestionario de hogar que listaba a todos los miembros del mismo y algunas de sus características, y que permitía determinar los criterios de elegibilidad para la entrevista individual.

Un cuestionario individual de hombres y uno de mujeres cuya diferencia radica en la formulación de las preguntas de manera que fueran adecuadas al sexo del entrevistado. El cuestionario se estructura en 5 secciones

- En la primera de ellas, se captaron los datos socioeconómicos básicos de el (la) entrevistado (a): edad, escolaridad y condición laboral.
- La sección II, Fecundidad e Ideales Reproductivos, captó el número de hijos nacidos vivos, mortinatos, hijos fallecidos y abortos, en este último se indagó si fueron espontáneos o provocados, que ha tenido el entrevistado (a), así como el número ideal de hijos que le gustaría o hubiera gustado tener.
- La sección III, Regulación de la Fecundidad, indagó el conocimiento y uso de los distintos métodos anticonceptivos. Se mide también la fuente de información del primer método que conoció, el uso actual de métodos y sus características, la razón principal de no uso actual y las intenciones a un futuro inmediato, para utilizar algún medio de regulación de la fecundidad.
- En la sección IV, Relaciones Sexuales y Resultado del Embarazo, se realizaron una serie de preguntas para conocer sobre la sexualidad y salud del entrevistado. Se captó la edad a la primera relación sexual, así como algunas características del primer y último embarazo: fecha de embarazo, deseo y planeación, resultado y uso de método al ocurrir el embarazo. Se preguntó así mismo por el motivo del aborto, si lo hubo, como sucedió, y si hubo o no complicaciones de salud o de otro tipo; donde la atendieron, y que tipo de personal la atendió. Finalmente se indagaba directamente si el aborto fue provocado.
- Conocer las tendencias de la opinión pública con respecto al tema del aborto fue uno de los objetivos de esta investigación. Las preguntas de la sección V pretendían en cubrir este objetivo. En ella, se plantearon diferentes circunstancias que pueden conducir a una mujer a tomar la decisión de

interrumpir un embarazo, y se pidió al entrevistado (a) que manifestara su acuerdo o desacuerdo con las mismas; así como su estado civil y que si hubiera sido realizada al inicio habría sesgado sus respuestas respecto al aborto.

3.1.5 Estrategia de campo

El trabajo de campo se inició el 23 de octubre y se terminó el 18 de diciembre de 1989 En él participaron dos equipos, cada uno de ellos conformado por un supervisor, un entrevistador y tres entrevistadoras.

3.1.6 Características de la muestra

La muestra para la Encuesta sobre Salud Reproductiva debía permitir un estudio comparativo entre los resultados obtenidos de las entrevistas hechas a hombres y los obtenidos de las entrevistas hechas a mujeres. Por tal motivo se buscaron muestras comparables de hombres y mujeres bajo los siguientes procedimientos:

Se hizo una selección aleatoria de manzanas dentro de cada colonia seleccionada, a lo largo y ancho de la colonia. Posteriormente se realizaron listados de domicilios en cada manzana seleccionada para de ahí, también al azar, seleccionar viviendas. Con el objeto de no contaminar la entrevista, debido al carácter sensitivo de la misma, se decidió entrevistar a una sola persona en cada vivienda.

En cada manzana seleccionada se realizaron entrevistas a hombres y a mujeres, para obtener muestras lo más homogéneas posible en términos de características socioeconómicas, y lograr así comparabilidad en los resultados. Aquí se parte del supuesto de que la vecindad entre personas de una misma manzana las hace social y económicamente más homogéneas que entre personas que viven en otras.

Para obtener aproximadamente 400 entrevistas de hombres y 400 de mujeres habían que visitar alrededor de 540 viviendas para cada sexo (se estimó que en el 75 por ciento de las viviendas había al menos un persona elegible). La muestra de viviendas se distribuyó en las colonias de manera proporcional al estrato a que pertenecían, quedando asignadas de la siguiente manera: Para la muestra de los hombres en estrato medio (Portales y Santa María la Rivera se seleccionaron 317 viviendas y en el estrato bajo (Estrella y Jardines de Tepeyac) 220 viviendas, para la muestra de mujeres se consideran 318 y 223 respectivamente.

Cabe aclarar que este diseño de encuesta buscó 2 muestras comparables; una manera de obtenerlas es a través de muestras aleatorias.

3.1.7 Resultados del trabajo de campo

El diseño metodológico de la Encuesta sobre Salud Reproductiva asignó muestras independientes para la realización de entrevistas en hombres y mujeres.

En total se asignaron 541 viviendas para realizar entrevistas individuales a mujeres. De ellas se obtuvieron 450 cuestionarios de hogar completos, lo que significa un nivel de no respuesta de 16.8 por ciento (cuadro 3.1). Es importante destacar que el 13.1 por ciento de los hogares no se entrevistaron por no encontrar a nadie en la casa. Las diferencias por estrato son muy marcadas: en el estrato medio, el nivel de no respuesta fue de 24.9 por ciento, mientras que en el bajo, donde se visitaron dos colonias del municipio de Ecatepec este porcentaje fue de sólo 5.4 por ciento.

Cuadro 3.1
Resultados del levantamiento de datos del cuestionario de hogar, 1989

	Estrato	Hogares visitados	Cuestionarios de hogar completos	Porcentaje cuestionarios completos	Causa de no respuesta			Porcentaje total de no respuesta
					Asociada al rechazo	Vivienda desocupada	Nadie en casa	
M U J E R E S	Medio	318	239	75.1	3.8	1.6	19.5	24.9
	Bajo	223	211	94.6	1.4	---	4.0	5.4
	Total	541	450	83.2	2.8	0.9	13.1	16.8
H O M B R E S	Medio	317	247	77.9	3.1	1.3	17.7	22.1
	Bajo	220	197	89.5	2.7	---	7.8	10.5
	Total	537	444	82.7	3.0	0.7	13.6	17.3

Se seleccionaron 537 viviendas para la aplicación de un cuestionario individual a hombres, de los cuales se obtuvieron 444 con entrevista completa, es decir, el porcentaje total de no respuesta para éste cuestionario de hogar fue de 17.3 por ciento. La causa que explica, en mayor medida, la no respuesta es la de no haber encontrado a nadie en la vivienda; 13.5 por ciento de los hogares no pudieron ser entrevistados por esa razón. Las causas asociadas al informante se refieren básicamente a los rechazos y, por su magnitud, al igual que en el caso de las mujeres, no afectan los resultados de la encuesta. En el otro tipo de no respuesta, nadie en la vivienda, puede ocasionar sesgos ya que es posible que esos hogares estén formados por adultos, económicamente activos y por eso no se encontraban en casa; y tratándose de mujeres quizás se han quienes controlan su fecundidad. pero en todo caso la "no respuesta" no este ligada a lo sensitivo del tema.

Los resultados por estrato varían, aunque en menor medida que para el caso de las mujeres. El nivel más alto de no respuesta se encuentra en el estrato medio, donde el 22.1 por ciento de los hogares no pudieron ser entrevistados.

De los 450 cuestionarios de hogar completos para entrevistar mujeres, en 402 había una persona elegible, es decir, una mujer entre 15 y 49 años (cuadro 3.2). En el 98.3 por ciento de estos casos se logró una entrevista completa: 402 cuestionarios individuales. El 1.7 por ciento de las personas no fueron entrevistadas, ya sea porque nunca se les encontró en su casa o porque aplazaron constantemente la entrevista. Esta última razón puede casi identificarse con un rechazo. Las diferencias entre estratos no son muy importantes en el caso de la entrevista individual.

Cuadro 3.2
Resultados de la entrevista individual, 1989

	Estrato	Cuestionarios de hogar completos	Hogares con elegibles	Entrevistas individuales completas	Porcentaje Entrevistas completas	Porcentaje total de no respuesta
M U J E R E S	Medio	239	202	200	99.0	1.0
	Bajo	211	200	195	97.5	2.5
	Total	450	402	395	98.3	1.7
H O M B R E S	Medio	247	191	169	88.5	11.5
	Bajo	197	183	164	89.6	10.4
	Total	444	374	333	89.0	11.0

El caso de las entrevistas a hombres es menos alentador. De 444 cuestionarios completos que se obtuvieron, en 374 había un hombre entre 15 y 59 años. De ellos, se entrevistó al 89 por ciento 333 cuestionarios. Como se puede observar el nivel de no respuesta es considerablemente más alto que en el caso de las mujeres, lo cual se entiende debido a un mayor tiempo de permanencia de éstas dentro de sus hogares.

Ninguna encuesta puede interpretarse y analizarse adecuadamente si no se conocen los niveles de no respuesta. Los resultados de la Encuesta sobre Salud Reproductiva son desalentadores en este sentido, no sólo por el nivel global de no respuesta de alrededor del 17 por ciento, que ya es de por sí elevado, sino también por el carácter diferencial que se observó en el nivel de estrato. La Colonia Portales se constituyó en una área sumamente difícil para los propósitos de este estudio. No fue, sin embargo, el carácter sensitivo del tema lo que propició este resultado, ya que los casos de no respuesta para el cuestionario individual no son elevados, y adicionalmente no se observó que hubiera un rechazo a la entrevista cuando el tema central de la misma era abordado.

Lo que sí se puede afirmar es la creciente dificultad de realizar encuestas en el Area Metropolitana de la Ciudad de México, o al menos en algunas de sus zonas. Esto seguramente se debe a la forma de vida a la que se ha llegado en esta ciudad, que implica una gran ausencia de los integrantes de sus hogares durante gran parte del día y una mayor inseguridad, que genera rechazo a aceptar a un extraño dentro de la vivienda.

En este sentido contrasta la situación de las colonias visitadas en el municipio de Ecatepec, donde se encontró una mayor disponibilidad de la población a colaborar en el estudio, no sólo por su actitud, sino por su mayor presencia física en el área.

Esta zona más alejada del centro de la ciudad y de nueva creación pareciera estar habitada por migrantes recientes, quizás de origen rural y ciertamente con condiciones de vida de mayor grado de

marginalidad.

El grupo de entrevistadores que participó en este estudio es de gran capacidad y experiencia; adicionalmente mostró un interés general muy grande en el tema de la investigación, por lo cual no se puede considerar que haya sido un elemento contributivo a los resultados que se obtuvieron. Como muestra, sabemos que más del 14 por ciento de las entrevistas logradas en Sta. Ma. La Ribera y Ecatepec (14.3, 14.3, 14.8 y 14.7) necesitaron de por lo menos 3 visitas; en Portales más del 30 por ciento de las entrevistas requirieron este número de visitas (30.2, 32.0).

Por último, es de esperarse que los niveles de no respuesta comentados introduzcan sesgos en la información del estudio. No es posible suponer que la población que se dejó de entrevistar tenga un comportamiento similar a la que sí se entrevistó en relación a las variables de interés; por ello los datos deben interpretarse con precaución.

3.2 Encuesta de Salud Reproductiva, 1991.

Si bien existen estudios, en general de cobertura parcial, de diferente naturaleza y aunque son de gran utilidad, solo uno que considere a toda la población susceptible de experimentar este evento podrá cumplir cabalmente con el propósito de determinar cuales son los grupos de mujeres que recurren al aborto para regular su fecundidad, bajo que actitudes y circunstancias lo hacen y cuál es la incidencia del fenómeno en su dimensión social. Para ello se tiene que abordar a través de una encuesta en hogares.

La experiencia obtenida con la encuesta de 1989, descrita anteriormente, nos motivo para realizar esfuerzos adicionales para diseñar nuevas estrategias metodológicas alternativas y mejorar la cooperación de las entrevistas

3.2.1 Objetivo general

Diseñar y aplicar un procedimiento metodológico para medir la incidencia del aborto inducido y las actitudes de las mujeres hacia este fenómeno a través de una encuesta en hogares. El diseño del estudio, se pensó como preliminar que se aplicaría en una encuesta en hogares de mayor escala.

3.2.2 Aspectos metodológicos generales

Fueron aplicados dos procedimientos en muestras independientes, pero comparables, de mujeres. En ambos casos se aplicaba un cuestionario de hogar previamente a la entrevista individual. En el mismo se listaban a todos los miembros de hogar, y se captaba su edad y su condición de residencia (además de otras características), lo cual permitía identificar a las mujeres elegibles para la entrevista individual.

En el proyecto se evaluaron dos diferentes procedimientos metodológicos con un marco conceptual simplificado. En el primer procedimiento (muestra 1) se aplicó un cuestionario a mujeres en edad fértil, en el cual se indagaba directamente sobre el haber experimentado un aborto, las razones y circunstancias en que ocurría el aborto, y si éste había sido provocado o espontáneo. En el segundo (muestra 2), se diseñó un cuestionario corto donde se captaron datos básicos de la mujer y se indagó sólo si ésta había tenido abortos provocados. Esta última pregunta no era formulada por la entrevistadora, sino que se le pedía a la entrevistada que la leyera y ella misma marcara la respuesta; posteriormente el cuestionario se doblaba y se introducía en una caja sellada, donde se mezclaba

con el resto de las entrevistas. El cuestionario no tenía ninguna identificación y sólo fueron agrupados por colonia y por entrevistadora de esta manera, se aseguró la confidencialidad de la respuesta, aun frente a la misma encuestadora. El supuesto fue que este procedimiento mejoró la declaración del aborto provocado.

En la muestra 1 se consideraban para entrevista individual a todas las mujeres elegibles del hogar, mientras que en la muestra 2, bajo el principio de conservar la confianza de la mujer en la confidencialidad de su respuesta, sólo se seleccionaba una mujer por hogar.

El estudio consideró también como herramienta metodológica la realización de dos sesiones de grupo focal, una en la colonia Portales y otra en alguna colonia del municipio de Ecatepec, como apoyo al diseño conceptual de la encuesta y a la interpretación de los resultados (véase secciones 3.2.8 y 3.5.2.1).

3.2.3 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por mujeres entre 15 y 49 años residentes habituales presentes, o temporalmente presentes, en los hogares de tres colonias del Área Metropolitana de la Ciudad de México

Las colonias pertenecen a distintos estratos socioeconómicos de los niveles medios y bajos de esta ciudad: Santa María La Ribera, Portales y Jardines de Tepeyac, de acuerdo a los criterios de clasificación del Buró de Investigaciones Mercadológicas, S. A. (BIMSA)

3.2.4 Contenido de los cuestionarios

Muestra 1. El cuestionario de hogar permitió identificar a la población objeto de estudio: mujeres entre 15 y 49 años, residentes habituales de la vivienda o temporalmente presentes en la misma.

En el se listaron a todos los miembros del hogar identificando su condición de residencia y parentesco con el jefe del mismo. Se captaron también algunas características sociodemográficas de las personas que lo integran: edad, sexo y escolaridad. Además se indagaba sobre las características de la vivienda.

El cuestionario individual consta de ocho secciones:

- En la primera de ellas, se captaron los datos socioeconómicos básicos de la entrevistada: edad, escolaridad y condición laboral.
- La sección II consta de ocho preguntas en las cuales se pretende obtener información similar a la de una historia clínica acerca de la salud reproductiva de la mujer. El objetivo principal de incluir esta sección en el cuestionario, es el de probar una manera distinta de preguntar a la mujer si ha tenido algún aborto utilizando el concepto "legrado" y procurando contextualizar esta pregunta dentro de una historia de salud reproductiva.
- La sección III, Regulación de la Fecundidad, pretende captar el conocimiento y uso de los distintos métodos anticonceptivos. Se mide también la fuente de información del primer método que conoció, el uso actual de métodos y sus características, la razón principal de no uso actual y las intenciones a un futuro inmediato, para utilizar algún medio de regulación de la fecundidad.

- En la sección sobre fecundidad, se captaba una historia completa de los embarazos de la mujer y el resultado de cada uno de ellos; el resultado de los embarazos se ubicaba en el tiempo, y se captaban así mismo algunas de sus características si este había sido un nacido vivo.

- El objetivo central de la sección: Historia de Abortos y Mortinatos es el conocer algunos factores relacionados con las razones y circunstancias en que ocurrieron los abortos que la entrevistada declaró (sea como aborto o como mortinatos de menos de 6 meses de embarazo). Para este fin, se preguntó la edad de la mujer al momento del aborto; si deseaba o no ese embarazo y por qué: si fue planeado o no el embarazo, y si estaba usando método anticonceptivo. Se preguntó así mismo por el motivo del aborto, como sucedió, y si hubo o no complicaciones de salud o de otro tipo; donde la atendieron, y qué tipo de personal la atendió. Finalmente se indagaba directamente si el aborto fue provocado.

- En la sección VI se complementa la información que en la sección anterior se captaba para los embarazos que terminaron en aborto, para aquellos que tuvieron como resultado un nacido vivo o un mortinato de más de 6 meses. Esta información se recolectó sólo para el último embarazo.

- Uno de los intereses principales de este proyecto fue obtener información acerca de los valores y creencias con relación al aborto, por un lado, y acerca de los conocimientos y el nivel de información de la población, por otro lado. Con esta finalidad se diseñó la sección VII, en la cual se indagó lo que para una mujer significa un aborto, los medios que conoce para interrumpir un embarazo, las razones que ella piensa pueden conducir a una mujer a abortar, los problemas físicos y emocionales que se relacionan con el embarazo, la percepción de la asociación entre tiempo de embarazo y aborto, el conocimiento de las circunstancias en que éste está despenalizado en nuestro país y algunas preguntas sobre sexualidad y relación de pareja.

- Conocer la opinión pública con respecto al tema del aborto es uno de los objetivos fundamentales de esta investigación. Las preguntas de la sección VIII pretenden cubrir este objetivo. En ella, se plantearon diferentes circunstancias que pueden conducir a una mujer a tomar la decisión de interrumpir un embarazo, y se pidió a la entrevistada que manifestara su acuerdo o desacuerdo con las mismas. Se buscó el conocimiento acerca de la exposición a la información sobre el tema que ha tenido la entrevistada. Se indagó la opinión de la mujer con respecto a la legalización del aborto en nuestro país y a las posibles modificaciones de la ley en el Estado de Chiapas². Se incluyeron preguntas para conocer la opinión hacia este tema de la pareja de la mujer de acuerdo a la manera como éste la percibe. Al final de esta sección se incluyeron dos variables que influyen en la incidencia y actitudes hacia el aborto, pero que si se hubieran hecho al inicio de la entrevista podría haber sesgado respuestas posteriores estas son el estado civil y el grado de la práctica religiosa de la entrevistada.

Muestra 2. El cuestionario de hogar de esta encuesta es más simple que el de la anterior, solo se incluye el listado de miembros del hogar, y para cada uno de ellos la condición de residencia, el sexo, la edad y la escolaridad.

En el cuestionario individual se captó la edad, la escolaridad y la condición laboral de la mujer, así como el número de embarazos, nacidos vivos y abortos provocados que ha tenido en toda su vida reproductiva.

² El código penal en Chiapas de 1990 consideraba como aborto no punibles los que se realizaban con base en la planificación familiar, por común acuerdo con la pareja y en caso de madres solteras. La legislatura chiapaneca voto dejar suspendida la vigencia de los artículos referentes al aborto.

3.2.5 Estrategia de campo

El trabajo de campo se inició el 30 de enero y se terminó el 30 de marzo de 1991. Se contrataron a 5 entrevistadoras, después de un proceso riguroso de selección, entre 18 y 20 años; cuatro de ellas egresadas de trabajo social a nivel técnico y una de ellas egresada de la licenciatura de ciencias de la comunicación. Además se contrataron a dos supervisoras de campo con amplia experiencia en encuestas demográficas y de salud a nivel nacional.

El levantamiento de datos se llevó a cabo de manera sistemática de acuerdo a un calendario para cubrir cada colonia.

Con el objetivo de garantizar la calidad de la información se implantaron las siguientes actividades:

- Acompañamientos: Las supervisoras acompañaron a las entrevistadoras durante las primeras entrevistas, con el objeto de apoyarlas y de realizar observaciones para el mejor manejo de los instrumentos y para mejorar la aplicación de la técnica de la entrevista.

Verificaciones: Las supervisoras llevaron a cabo re-entrevistas en algunos hogares para verificar la veracidad y confiabilidad de la información.

- Crítica de campo: Una vez levantados los cuestionarios, las supervisoras revisaron cada uno de estos para garantizar un buen llenado del cuestionario y verificar que la información estuviera completa. En caso contrario se pedía a la entrevistada una segunda visita al hogar para completar el cuestionario.

3.2.6 Diseño de la muestra

Para el levantamiento de información de la Encuesta sobre Salud Reproductiva, se diseñó una muestra probabilística de viviendas bajo un esquema multietápico por conglomerados.

Se estimó que para cumplir los objetivos del estudio se requería entrevistar a 400 mujeres en edad fértil en un nivel de confianza del 95 por ciento y con un error admisible del 5 por ciento. Aceptando un 90 por ciento de respuesta se buscaron 445 mujeres para cada encuesta.

Con el objeto de determinar el número de viviendas necesarias para obtener este tamaño de la muestra, se utilizó la información sobre el promedio de mujeres en edad fértil por vivienda de la encuesta descrita anteriormente realizada en el año de 1989.

En la muestra 1 se determinó que se necesitaban visitar 412 viviendas, considerando una cifra de 1.2 mujeres en edad fértil por vivienda y un 90 por ciento de respuesta en ese nivel. Tamaños iguales de muestra se asignaron a cada colonia (138).

Para la estimación del número de viviendas a visitar en la muestra 2, se obtuvo la proporción de ellas en las que no residía mujer elegible, por colonia, ya que este procedimiento de entrevista sólo se aplicaba a una mujer por vivienda. De esta manera, se visitaron 179 viviendas en Santa María la Ribera y Portales y 151 en Jardines del Tepeyac (en total 509).

La muestra de viviendas se obtuvo del marco de muestreo elaborado por la Encuesta de Salud Reproductiva de 1989, ya mencionada. Para la elaboración del marco, se hizo un muestreo probabilístico de áreas con selección en varias etapas.

Las unidades primarias de muestreo fueron las manzanas, ya que tienen límites identificables, y

permiten una asociación clara y única de viviendas. De un mapa de manzanas de cada colonia, se realizó una selección sistemática, con inicio aleatorio, de un número variable de ellas para cada colonia.

En la segunda etapa de muestreo, se elaboró un listado de domicilios de cada manzana seleccionada, y se conformó para cada colonia una lista secuencial de todas las viviendas que se habían listado. Con un muestreo sistemático se seleccionó el número asignado de viviendas a cada colonia.

La muestra 2 tuvo una tercera etapa de muestreo, dado que se decidió realizar una sola entrevista individual por vivienda. Para llevar a cabo esta selección, se incluyó un listado preseleccionado en el cuestionario de hogar donde se anotaban todas las mujeres elegibles en orden de mayor a menor edad. La mujer que quedaba anotada en el renglón preseleccionado era a quien se entrevistaba.

Es importante hacer notar que, aunque la muestra se diseñó considerando la selección de viviendas y mujeres en edad fértil, se reconoce la existencia de una unidad intermedia que es el hogar.

3.2.7 Resultados del trabajo de campo

En el estudio sobre Salud Reproductiva, se asignaron muestras independientes para la realización de las muestras 1 y 2.

En total se visitaron 419 hogares³ para realizar entrevistas individuales de la muestra 1. De ellos se obtuvieron 360 cuestionarios de hogar completos, lo que significa un nivel de no respuesta de 16.8 por ciento (cuadro 3.3). En el 5.3 por ciento de los casos no se encontró a nadie en casa durante el tiempo de realización de la encuesta o los integrantes del hogar estaban ausentes del mismo de manera temporal. Sólo un 1.4 por ciento de las entrevistas fueron rechazadas, y el mismo porcentaje no se realizó porque en la dirección seleccionada no se encontró una vivienda, sino una construcción que servía para otros fines: comercios, talleres, bodegas, etc. Es importante destacar que el 6 por ciento de las entrevistas no se realizaron porque la vivienda seleccionada estaba desocupada cuando se visitó. Estas dos últimas causas se deben básicamente a problemas relacionados con el marco muestral.

³ En la muestra 1 se asignaron 138 viviendas por colonia; sin embargo, se encontraron cinco hogares adicionales, es decir en algunas viviendas seleccionadas se encontró más de un hogar, por ello el número de hogares visitados es mayor. En la muestra 2 se asignaron 179 viviendas para Portales y Sta. Ma. la Ribera y 151 en Jardines del Tepeyac, y se encontraron 4 hogares adicionales. Se hace la aclaración debido a que los datos no se muestran en el cuadro 3.3.

Cuadro 3.3
Resultados del levantamiento de datos del cuestionario de hogar, 1991

	Colonia	Hogares visitados	Cuestionarios de hogar completos	Porcentaje cuestionarios completos	Causas de no respuesta				Porcentaje total de no respuesta
					Asociada al rechazo	Informante ausente	Problemas de marco		
							No es vivienda	Vivienda desocupada	
M U E S T R A 1	Portales	139	117	84.2	2.9	4.3	0.7	7.9	15.8
	Sta. Ma. La Rivera	139	114	82.1	1.4	7.2	1.4	7.9	17.9
	Jardines del tepeyac	141	129	91.5	---	4.3	2.1	2.1	8.5
	Total	419	360	85.9	1.4	5.3	1.4	6.0	14.1
M U E S T R A 2	Portales	181	152	84.0	1.7	4.4	3.3	6.6	16.0
	Sta. Ma. La Rivera	180	165	91.7	---	3.3	1.1	3.9	8.3
	Jardines del tepeyac	152	139	91.4	---	0.7	5.3	2.6	8.6
	Total	513	456	88.9	0.6	2.9	3.1	4.5	11.1

En la muestra 2 se visitó un número mayor de hogares: 513, debido a que sólo se entrevistaba una mujer en edad fértil en cada uno. En ellos, se lograron 456 entrevistas completas, es decir, un nivel de respuesta, 88.9 por ciento, mayor que en el caso anterior. El 4.5 por ciento de las viviendas se encontró desocupada, en el 3.1 por ciento existieron problemas de marco, en el 2.9 por ciento sus habitantes estaban ausentes y solo el 0.6 por ciento fueron rechazados.

Los niveles de respuesta varían de acuerdo a la colonia visitada. En la muestra 1, Portales y Sta. Ma. la Ribera presentan niveles más altos, muy similares, de no respuesta que Jardines del Tepeyac: 15.8 por ciento, 17.9 por ciento y 8.5 por ciento respectivamente. En lo que se refiere a las causas de no respuesta, las ausencias tienen un peso relativo más importante en Jardines del Tepeyac que en las otras dos, y no se registró ningún rechazo. Por otro lado, en las otras dos, colonias el porcentaje de viviendas que se hallaban desocupadas tuvo más relevancia como causa de no respuesta; aunado a los problemas del marco muestral, lo cual, no introduce un sesgo, pero si una menor precisión en las estimaciones.

En la muestra 2 se observaron niveles de no respuesta en Portales y Jardines del Tepeyac casi idénticos a los de la muestra 1. Sin embargo, en el caso de Sta. Ma. la Ribera la tasa de no respuesta se redujo a menos de la mitad; no se tuvieron rechazos, y los porcentajes de ausencias y viviendas desocupadas se redujeron ambos a menos de la mitad. Este comportamiento es difícil de interpretar: en principio se podría suponer que las entrevistadoras introdujeron un sesgo realizando más visitas para la muestra 2 que significaba, cuando mucho, una entrevista por hogar y de mucha más corta duración que las otras. Sin embargo, quedan las interrogantes de por qué, esto sólo sucedió en Santa

María y no en Portales⁴ y por que el porcentaje de viviendas desocupadas se redujo a la mitad en la primera de estas colonias.

La entrevista individual muestra niveles de respuesta considerablemente más altos que los que se observaron para el hogar. En la muestra 1, el 95.6 por ciento de las mujeres elegidas fueron entrevistadas con un cuestionario completo (cuadro 3.4): en Portales y Santa María la Ribera, las causas de no respuesta se reparten entre rechazos y ausencias, mientras que en Jardines del Tepeyac ninguna mujer se negó a dar la entrevista.

Cuadro 3.4
Resultados de la entrevista individual, 1991

	Colonia	Mujeres Elegidas	Cuestionarios individuales completos	Porcentaje cuestionarios completos	Causas de no respuesta			Porcentaje total de no respuesta
					Rechazo	Ausencia	Informante inadecuado	
MUESTRA 1	Portales	123	118	95.9	1.6	2.5	---	4.1
	Sta. Ma. La Rivera	124	118	95.2	2.4	2.4	---	4.8
	Jardines del tepeyac	205	196	95.6	---	3.9	0.5	4.4
1	Total	452	432	95.6	1.1	3.1	0.2	4.4
MUESTRA 2	Portales	125	123	98.4	---	0.8	0.8	1.6
	Sta. Ma. La Rivera	131	129	98.5	---	1.5	1.5	1.5
	Jardines del tepeyac	127	127	100.0	---	---	---	---
2	Total	383	379	99.0	---	0.8	0.2	---

Al igual que en el caso del cuestionario de hogar, los niveles de respuesta de la entrevista individual de la muestra 2 son más altos que los observados en la 1: 99 por ciento de las 383 mujeres elegidas fueron entrevistadas. Se cuenta entonces con 379 cuestionarios completos en este caso. Las diferencias entre colonias no son importantes, aunque vale la pena destacar que en Jardines del Tepeyac se entrevistó al 100 por ciento de las mujeres elegidas.

En este caso, las diferencias entre las dos encuestas si se podrían explicar por los procedimientos metodológicos involucrados en cada una de ellas. Reiterando, la duración de la entrevista en la muestra 2 era mucho menor que en la 1.

Ninguna encuesta puede interpretarse y analizarse adecuadamente si no se conocen los niveles de no respuesta y de que tipo es. Los resultados de la Encuesta Sobre Salud Reproductiva son alentadores a pesar de que el nivel global de no respuesta es relativamente alto para los hogares. Ello debido a que las tasas de no respuesta de las causas que mayormente introducen sesgos en la información, es decir, aquéllas asociadas al informante, son relativamente bajas. Las principales causas para no realizar las entrevistas se asocian a problemas del marco muestral, debido a una

⁴ En Jardines del Tepeyac la no respuesta de la muestra 2 no podría ser menor, ya que más del 90 por ciento se explica por causas relacionadas con el marco muestral.

desactualización del marco (elaborado hacia finales de 1989) y a una alta movilidad de la población dentro del Área Metropolitana de la Ciudad de México, principalmente en las colonias Portales y Santa María la Ribera.

La colonia Jardines del Tepeyac resultó ser un área más sencilla para el levantamiento de datos. Lograr una entrevista requirió de menos visitas que las otras dos colonias; los niveles de respuesta son más altos y, en especial, vale la pena destacar que nunca se tuvo un rechazo a la entrevista, ni en el caso del cuestionario de hogar ni en la entrevista a mujeres y para ambas encuestas. Por lo tanto, se puede concluir que en esta zona existió una mayor disponibilidad de la población a colaborar en el estudio, no sólo por su actitud sino por su mayor presencia física en el área. Quizás las ausencias son por trabajo, lo que marca diferencias en la población como punto de partida, aunque esto se intentó cubrir en fines de semana y horarios vespertinos.

Las tasas de respuesta obtenidas superan a las que se observaron en la encuesta similar ya mencionada realizada en 1989, sobre todo las de las causas asociadas al informante, y en el caso de la muestra 2 iguala a la obtenida en ENFES, 1987⁵ para el Área Metropolitana de la Ciudad de México. El esfuerzo es importante si se considera la creciente dificultad de realizar entrevistas en hogares en esta ciudad, o al menos en algunas de sus zonas. Esto seguramente debido a la forma de vida a la que se ha llegado, que implica que las personas se encuentren ausentes de sus hogares durante una gran parte del día y una mayor inseguridad, que genera rechazo a aceptar a un extraño dentro de la vivienda.

3.2.8 Grupos focales

Se realizaron dos sesiones una en la colonia Portales y otra en una colonia del municipio de Ecatepec, Estado de México, los días 19 y 20 de noviembre de 1990.

El equipo de trabajo para las sesiones grupales estuvo conformado por una moderadora y uno o dos observadores que tuvo la función de guiar la función con base en una serie de puntos organizados sistemáticamente, sin expresar sus puntos de vista, ni emitir juicios de valor y mostrándose flexibles para adaptarse a las inquietudes y necesidades de las participantes. Las observadoras tomaban notas, pero sin intervenir en las sesiones al menos que hubiera algún punto muy importante que quisieran incluir o en el que se deseara profundizar.

En cada grupo participaron 8 mujeres con distintas características sociodemográficas, es decir, las mujeres tenían diferencias en cuanto a su paridad, condición marital, escolaridad y condición de actividad; el único requisito para formar parte del grupo fue que tuvieran entre 20 y 30 años de edad. La consigna bajo la cual se convocó a las mujeres para las sesiones fue que se tratarían temas relacionados con la mujer.

Cabe aclarar que la selección de las mujeres para que el grupo se llevó a cabo de manera un tanto informal, por lo que la mayoría de las mujeres reunidas se conocían entre sí y en ocasiones tenían alguna relación de parentesco.

Los puntos a explicar dentro de la guía fueron los siguientes i) fertilidad y menstruación, ii) embarazo, iii) percepción del aborto: concepto, conocimiento y técnicas, iv) actitudes hacia el aborto y v) exposición al tema (penetración e impacto).

⁵ Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. 1987. Dirección General de Planificación Familiar

3.3 Resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva, 1989

3.3.1 Características generales de las mujeres entrevistadas

Estructura por edad. Una forma de verificar la consistencia interna de la información es analizar la estructura por edad resultante de la población que se estudia. En el cuadro 3.5 se presenta la distribución porcentual por grupos quinquenales de edad de la población masculina y femenina, comparándose con los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987, para las tres áreas metropolitanas más grandes del país.

Cuadro 3.5
Estructura por edad de la población. Encuesta sobre Salud Reproductiva (ESR)-
Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) 1987-1989.

Mujeres			Hombre		
Edad	Tres Áreas Metropolitanas -ENFES 1987	ESR 1989	Edad	Tres Áreas Metropolitanas -ENFES 1987	ESR 1989
15-19	20.6	15.3	15-19	21.6	17.5
20-24	19.0	17.7	20-24	18.6	17.7
25-29	18.2	17.9	25-29	15.1	17.5
30-34	16.0	15.6	30-34	12.7	16.6
35-39	10.5	14.3	35-39	10.0	10.6
40-44	9.2	10.9	40-44	7.1	8.0
45-49	6.5	8.3	45-49	6.8	6.2
			50-54	4.6	2.7
			55-59	3.5	3.2
Total	100.0	100.0	Total	100.0	100.0

* Datos de las tres más grandes Áreas Metropolitanas de México, de la encuesta de 1987 (SSA, 1989)

En el caso de las mujeres se puede observar un valor sensiblemente más bajo que el esperado en el porcentaje que representan los grupos de menores edades 15-19 y 20-24. Se puede entonces suponer que la no respuesta afectó principalmente a estos grupos de edad. En el caso de la población masculina sucede más o menos lo mismo, es decir, los grupos más jóvenes se ven disminuidos en relación a lo esperado.

Estos resultados deben tomarse en cuenta cuando se analice la información del estudio, porque la edad es una variable que se encuentra fuertemente asociada a los procesos demográficos, en especial a los que tienen que ver con la reproducción humana. Debido al bajo número de casos que se observan en relación a algunas variables de interés, el aborto por ejemplo, no siempre será posible controlar esta variable.

Características generales del aborto. El objetivo central de esta investigación se cumple básicamente cuando se analizan los resultados del primero y último embarazo; sin embargo, es importante identificar algunas características generales de las personas entrevistadas.

Comportamiento reproductivo. Un hecho que llama la atención es que las mujeres declaran, en menor medida que los hombres, haber tenido relaciones sexuales, 74.2 por ciento y 85.5 por ciento respectivamente (cuadro 3.6). Sin embargo, la fecundidad de las mujeres es mayor que la de los

hombres: 67.5 por ciento de las mujeres había estado embarazada al menos una vez, mientras que el 61.2 por ciento de ellos había alguna vez engendrado un embarazo; el 34.3 por ciento de las mujeres nunca había tenido hijos, y este era el caso para el 41.1 por ciento de los hombres; por último, la tercera y la cuarta parte de las entrevistadas y entrevistados, respectivamente, habían tenido 3 hijos o más.

Es importante mostrar el porcentaje de los entrevistados que han experimentado en sus vidas algún aborto. El 25.8 por ciento y el 23.2 por ciento de las mujeres y hombres, respectivamente, que han tenido o engendrado algún embarazo han tenido también algún aborto. Es interesante destacar el hecho de que el diferencial entre sexos es muy bajo para este indicador. Sin embargo, el dato para mujeres es superior en 31.6 por ciento a lo encontrado a nivel nacional para 1991, como se puede observar en los datos presentados en el capítulo anterior.

Cuadro 3.6
Características del comportamiento reproductivo de la población por sexo, 1989.

Características	Mujeres	Hombres
Alguna vez ha tenido relaciones sexuales	74.2	85.5
Algún embarazo	67.5	61.2
Ningún hijo nacido vivo	34.3	41.1
Tres hijos nacidos vivos o más	33.0	24.0
Ha tenido algún aborto con respecto a aquellos con algún embarazo	25.8	23.2
Usa actualmente métodos anticonceptivos	78.5	79.9

El uso de métodos anticonceptivos es muy alto en la población entrevistada, y que no difiere mayormente entre los dos sexos: 78.5 por ciento y 79.9 por ciento de las mujeres y hombres en unión marital, respectivamente, usaban algún medio de regulación de la fecundidad al momento de la entrevista. Recuérdese del capítulo anterior, que a nivel nacional el porcentaje de mujeres unidas que usaban anticonceptivos en 1997 era de 68.4.

¿Podría uno entonces concluir que, a pesar de una mayor actividad sexual, los hombres logran una fecundidad menor que las mujeres?. Al estar basado este estudio en muestras independientes, los resultados no son inconsistentes. También podría ser que la actividad sexual, medida más en términos del número de relaciones sexuales por mes fuera mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, se ha hecho notar este punto más por sus implicaciones metodológicas que por su sentido analítico. Un aspecto en el que vale la pena profundizar en estudios posteriores se refiere a la posible sobredeclaración de los hombres en cuanto a su actividad sexual y a una subestimación de su fecundidad, ya sea porque olvidan más algunos casos que las mujeres o porque los desconocen. Por otro lado, también podría suceder que muchas mujeres nieguen en una entrevista su actividad sexual.

Aborto y diferencias sociodemográficas. Con el objeto de aproximarse un poco más al conocimiento del fenómeno de estudio, se analizan (cuadro 3.7) las características diferenciales de las personas que han tenido algún aborto. Es necesario reconocer que en este grupo se están mezclando experiencias de dos eventos que son de naturaleza muy diferente. Por un lado, el aborto espontáneo determinante de la fecundidad natural ubicado más en el ámbito de lo biológico y muy posiblemente un evento no deseado por la pareja (aunque más adelante se presentarán algunos resultados interesantes a este respecto), y, por el otro, el aborto inducido, uno de los actos más

deliberados en cuanto a la regulación de la fecundidad.

Cuadro 3.7
Proporción de personas con algún embarazo que poseen diferentes características, según si han tenido algún aborto o no, por sexo, 1989.

Características	Mujeres			Hombres		
	Total	Algún aborto	Ningún aborto	Total	Algún aborto	Ningún aborto
Edad actual menor de 30 años	36.8	23.2	41.8	32.2	24.5	34.6
Primera relación sexual antes de los 18 años	30.3	36.2	27.8	64.9	73.5	62.3
Primer embarazo antes de los 20 años	39.5	49.3	36.6	20.7	26.5	14.5
Primer embarazo antes de los 30 años	59.2	39.4	69.0	50.0	38.6	54.4
Cuatro hijos nacidos vivos o más	31.2	48.4	25.8	20.0	24.9	18.4
Número ideal de hijos de 4 o más	17.7	13.8	17.9	18.7	19.0	18.5
Deseaba el primer embarazo	84.7	71.0	89.7	75.5	67.4	78.0
Planeó tener el primer embarazo	52.9	37.7	58.3	56.7	51.0	58.5
Deseaba el último embarazo	65.4	62.1	66.7	79.8	72.7	82.5
Planeó el último embarazo	44.4	40.9	48.1	64.6	65.9	64.0
Usa actualmente métodos anticonceptivos	78.5	78.1	78.8	79.9	73.5	81.9
Usa actualmente métodos anticonceptivos efectivos	74.3	74.0	78.1	74.9	61.1	78.7
Primaria completa o más	86.8	84.1	89.2	91.1	91.7	90.9
Trabajó la semana pasada	34.5	31.9	34.5	97.0	98.0	96.9
Promedio de acuerdo en que se termine un embarazo	42.4	43.7	41.7	47.1	51.3	45.7
Hermana con aborto provocado	3.1	7.3	1.6	1.9	--	2.5
Amiga con aborto provocado	7.3	8.7	6.7	14.4	14.3	14.5
En unión libre	9.9	4.4	12.4	7.7	8.2	7.6
Soltera	5.0	8.7	3.6	4.3	8.2	3.1

Sin embargo, existen limitaciones que imponen los tamaños de muestra para el análisis de la influencia de ciertas variables en el aborto como resultado del primero o último embarazo, donde sí se puede diferenciar entre espontáneo e inducido, y, por otro lado, a pesar de las diferencias mencionadas, al captar el fenómeno a través de una entrevista directa pueden estar confundidos ambos eventos; principalmente, existen evidencias de que muchos abortos inducidos se reportan como espontáneos.

Las mujeres que declararon haber tenido alguna vez un aborto son de mayor edad que las que no habían tenido esta experiencia: 23.2 por ciento y 41.8 por ciento respectivamente son menores de 30 años; iniciaron actividad sexual a una edad más temprana: 36.2 por ciento y 27.8 por ciento respectivamente tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años y, por último, se embarazaron por primera vez más jóvenes: antes de los 20 años, el 49.3 por ciento de las que tuvieron algún aborto, y el 36.6 por ciento de las que nunca lo habían tenido. Esta información, en principio, apunta quizás hacia el hecho bastante obvio, de que las mujeres que han tenido un aborto son las que llevan un mayor tiempo de exposición al riesgo del embarazo y, por lo tanto, tienen una probabilidad mayor de haber tenido un embarazo que terminó en aborto.

Las tendencias de estas variables son similares para el caso de los hombres, aunque los niveles son diferentes: sobre todo en lo que se refiere a un inicio mucho más temprano en la actividad sexual, y uno más tardío en cuanto a la vida reproductiva. Existe la posibilidad de que los hombres tengan sus primeras relaciones sexuales con mujeres mayores, pero engendren sus primeros embarazos con mujeres menores.

Por otro lado, es también importante remarcar que las mujeres con algún aborto tuvieron su último embarazo más grandes que las que no lo han tenido: 39.4 por ciento y 69 por ciento lo tuvieron antes de los 30 años respectivamente. El diferencial es bastante alto y se observa lo mismo para el caso de los varones.

Se puede asimismo observar que las mujeres que han tenido aborto tienen una paridad mucho mayor que las que no lo han tenido: 48.4 por ciento y 25.8 por ciento respectivamente tenían más de 3 hijos. El número ideal de hijos en estos dos grupos es mucho menor a su paridad alcanzada, sólo el 13.8 por ciento y 17.9 por ciento respectivamente deseaban 4 hijos o más, y también es curioso observar que es ligeramente menor en el grupo que ha experimentado un aborto. Es decir, el grupo que ha experimentado algún aborto tiene más hijos y desea menos. Una tendencia similar, aunque mucho menos polarizada, se observa en el número de hijos declarado por los varones, y en este caso no existe ninguna diferencia entre su número ideal de hijos y el número de hijos tenidos.

El deseo de planeación del primero y último embarazo siempre es menor en el grupo que ha experimentado algún aborto, tanto en las mujeres como en los varones. Vinculado a estas variables, el uso de métodos anticonceptivos no presenta diferencias en su nivel en el caso de las mujeres, aunque sí en un mayor uso de métodos efectivos en el grupo que no experimentó ningún aborto. Las diferencias en el caso de los hombres si son importantes.

Se podría en resumen afirmar que el grupo que no ha experimentado ningún aborto presenta un comportamiento reproductivo con las siguientes características: inicio de su vida sexual y reproductiva más tardío, terminación más temprana (por supuesto terminación tiene sólo la acepción del último embarazo que han tenido, pues no todo el grupo que se analiza ha finalizado su vida reproductiva), menor número de hijos y mayor deseo y planeación de ellos. Esto pareciera llevar de una manera natural a excluir de sus vidas situaciones de alto riesgo, tanto para experimentar una muerte fetal espontánea como para terminar voluntariamente con un embarazo no deseado.

En relación a las diferencias socioeconómicas se observa una menor escolaridad y también una menor incorporación al trabajo en las mujeres que han tenido algún aborto; las diferencias no son, sin embargo, importantes. En cambio, en el caso de los varones, no parece tener ninguna significación.

Dos aspectos que fueron captados en el presente estudio se refieren a si la persona entrevistada tenía una hermana o una amiga que hubiese terminado deliberadamente con un embarazo. El dato que más llama la atención es que el 7.3 por ciento de las mujeres que habían tenido algún aborto declaró que alguna de sus hermanas había tenido algún aborto provocado, mientras que sólo el 1.6 por ciento de las mujeres sin aborto respondió afirmativamente a esta pregunta. El nivel de respuesta afirmativa, por parte de los varones, fue muy bajo, aunque se puede explicar por el hecho observado en campo, de que esta fue una pregunta muy sensitiva en este grupo de población. Sin embargo, en el caso en que se indagaba por el conocimiento de aborto provocado en una amiga, el 14.4 por ciento respondió afirmativamente, sin que exista diferencia alguna entre los dos grupos que se analizan. El nivel de este indicador en el caso de las mujeres es menor, y sí es mayor en el grupo con algún aborto. Las redes sociales entre las mujeres que abortan de los estratos socioeconómicos medio y alto se apoyan y facilitan la solución de un embarazo no deseado (Erviti, 1999)

3.3.2 Características del primero y del último embarazo

Uno de los principales objetivos de la Encuesta sobre Salud Reproductiva, 1989 era probar una secuencia que permitiera captar la incidencia de aborto inducido, a partir del resultado del primero y último embarazos que tuvieron las mujeres o las parejas de los hombres entrevistados.

En esta sección se presentan los datos sobre el resultado de estos embarazos y su asociación con tres variables: el deseo de tener hijos y la planeación, la edad al tener el primer embarazo y el lugar donde residía la persona entrevistada. El resultado del embarazo se clasifica de acuerdo a las siguientes categorías: nacido vivo, nacido muerto, aborto espontáneo, aborto probablemente provocado y aborto declarado provocado. Adicionalmente, para el caso de los varones existe la posibilidad de que no conozca el resultado del embarazo que engendró.

La categoría "aborto probablemente provocado" requiere de una aclaración. Los casos que constituyeron este grupo negaron, ante una pregunta directa en la entrevista, que el aborto que experimentaron hubiera sido provocado. Sin embargo, el cuestionario que se aplicó permite conocer las razones y circunstancias en que éste ocurrió, a través de preguntas abiertas en las cuales la persona relata hechos asociados al aborto que permiten sospechar que este fue inducido. De una revisión cuidadosa de todos los cuestionarios en los que se había declarado algún aborto espontáneo, algunos fueron reclasificados como probablemente provocados ese proceso requirió del apoyo de un profesionista con experiencia clínica.

Resultado del primero y último embarazo. En la población femenina estudiada, el 9.3 por ciento de los primeros embarazos terminó en aborto, el 2.3 por ciento en nacido muerto y el 88.4 por ciento en nacido vivo (cuadro 3.8). La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 encontró que el 5.7 por ciento de los primeros embarazos terminó en aborto en el nivel nacional y el 6.0 por ciento en las zonas metropolitanas. Podría pensarse que el enfoque metodológico de la Encuesta sobre Salud Reproductiva 1989 logró una mejor captación del fenómeno, sin embargo, antes habría que considerar las posibles diferencias entre las características de las poblaciones de estos estudios. El 58.4 por ciento de los abortos se consideran espontáneos, el 28.8 por ciento, aunque declarados como espontáneos pudieron haber sido provocados y, por último, el 20.8 por ciento de ellos fueron declarados por la mujer como inducidos.

Cuadro 3.8

Mujeres: Resultado del primer embarazo de acuerdo a su deseo de tener un hijo y su planeación, 1989.

Deseo y planeación	Resultado						
	Aborto espontaneo	Aborto probablemente provocado	Aborto declarado provocado	Total aborto	Nacido muerto	Nacido Vivo	Total
Lo deseaba	5.0 (11)	1.4 (3)	0.9 (2)	7.3 (16)	2.7 (6)	90.0 (197)	100.0 (219)
No lo deseaba	8.6 (3)	5.7 (2)	8.6 (3)	22.9 (8)	-- --	77.1 (27)	100.0 (35)
No sabe si lo deseaba	-- --	-- --	-- --	-- --	-- --	100.0 (5)	100.0 (5)
Su pareja lo deseaba	4.9 (11)	1.3 (3)	0.5 (1)	6.7 (6)	2.7 (6)	90.6 (203)	100.0 (224)
Su pareja no lo deseaba	10.7 (3)	7.2 (2)	10.7 (3)	28.6 (18)	-- --	71.4 (20)	100.0 (28)
No sabe si su pareja lo deseaba	-- --	-- --	14.3 (1)	14.3 (1)	-- --	85.7 (6)	100.0 (7)
Lo planeó	3.7 (5)	-- --	-- --	3.7 (5)	2.2 (3)	94.1 (127)	100.0 (135)
No lo planeó	7.3 (9)	4.0 (5)	4.0 (5)	15.3 (19)	2.4 (3)	82.3 (102)	100.0 (124)
Total	5.5 (14)	1.9 (5)	1.9 (5)	9.3 (24)	2.3 (6)	88.4 (229)	100.0 (259)

La proporción de abortos se incrementa ligeramente cuando se refieren a los primeros embarazos de los casos registrados como engendrados por los varones: 10.6 por ciento; asimismo el 1.9 por ciento de estos embarazos terminaron en nacido muertos, el 85.6 por ciento en nacido vivos y, por último, es importante hacer notar que el 1.9 por ciento de los hombres desconoce el resultado de estos embarazos que provocó (cuadro 3.9). Del total de abortos declarados por el varón, la mitad se consideran espontáneos, el 45.5 por ciento fueron directamente declarados como inducidos y, por último, sólo un aborto espontáneo se reclasificó como probablemente provocado. De esta última información se puede deducir que el varón sí está declarando con mayor facilidad un aborto inducido; por un lado, porque el porcentaje total de embarazos que terminaron en aborto es muy similar, aunque superior al que declara la mujer y, sobre todo, porque después de reclasificar las proporciones de abortos espontáneos y provocados con respecto al total de abortos, los niveles se asemejan mucho sin importar el sexo del entrevistado.

Cuadro 3.9

Hombres: Resultado del primer embarazo de acuerdo a su deseo de tener un hijo y su planeación, 1989.

Deseo y planeación	Resultado							Total
	Aborto espontaneo	Aborto probablemente provocado	Aborto declarado provocado	Total aborto	Nacido muerto	Nacido Vivo	No sabe	
Lo deseaba	4.5 (7)	0.6 (1)	1.3 (2)	6.4 (10)	1.9 (3)	91.0 (143)	0.6 (1)	100.0 (157)
No lo deseaba	8.3 (4)	-- --	14.6 (7)	22.9 (11)	2.1 (1)	68.8 (33)	6.2 (3)	100.0 (48)
No sabe si lo deseaba	-- --	-- --	50.0 (1)	50.0 (1)	-- --	50.0 (1)	-- --	100.0 (2)
Su pareja lo deseaba	4.9 (8)	0.6 (1)	0.6 (1)	6.1 (10)	2.5 (4)	90.8 (148)	0.6 (1)	100.0 (163)
Su pareja no lo deseaba	6.5 (2)	-- --	29.0 (9)	35.5 (11)	-- --	61.3 (19)	3.2 (1)	100.0 (31)
No sabe si su pareja lo deseaba	7.7 (1)	-- --	-- --	7.7 (1)	-- --	76.9 (10)	15.4 (2)	100.0 (13)
Lo planeo	5.1 (6)	-- --	-- --	5.1 (6)	1.7 (2)	92.4 (100)	0.8 (1)	100.0 (118)
No lo planeo	5.6 (5)	1.1 (1)	11.3 (10)	18.0 (16)	2.2 (2)	74.4 (68)	3.4 (3)	100.0 (89)
Total	5.3 (11)	0.5 (1)	4.8 (10)	10.6 (22)	1.9 (4)	85.6 (177)	1.9 (4)	100.0 (207)

El caso del último embarazo es un poco diferente. En primer lugar la incidencia del aborto disminuye: 7.3 por ciento de estos embarazos terminaron en aborto de acuerdo a la declaración de la mujer y 8.2 por ciento si el entrevistado era varón (cuadros 3.10 y 3.11). Por otro lado, la mitad de los abortos declarados como espontáneos por la mujer pudieron ser provocados mientras que no hubo reclasificación en el caso de los varones.

Cuadro 3.10

Mujeres: Resultado del último embarazo de acuerdo a su deseo de tener un hijo y su planeación, 1989.

Deseo y planeación	Resultado						
	Aborto espontaneo	Aborto probablemente provocado	Aborto declarado provocado	Total aborto	Nacido muerto	Nacido Vivo	Total
Lo deseaba	3.0 (4)	1.5 (2)	0.7 (1)	5.2 (7)	0.7 (1)	94.1 (126)	100.0 (134)
No lo deseaba	2.8 (2)	4.3 (3)	2.9 (2)	10.0 (7)	2.9 (2)	88.6 (62)	100.0 (70)
No sabe si lo deseaba	-- --	50.0 (1)	-- --	50.0 (1)	-- --	50.0 (1)	100.0 (2)
Su pareja lo deseaba	2.8 (4)	1.5 (2)	0.7 (1)	5.6 (8)	1.4 (2)	93.0 (134)	100.0 (144)
Su pareja no lo deseaba	1.9 (1)	4.3 (3)	3.8 (2)	11.3 (6)	-- --	88.7 (47)	100.0 (53)
No sabe si su pareja lo deseaba	11.1 (1)	50.0 (1)	-- --	11.1 (1)	-- --	88.9 (8)	100.0 (9)
Lo planeo	3.3 (3)	-- --	-- --	3.3 (3)	-- --	96.7 (88)	100.0 (91)
No lo planeo	2.6 (3)	5.2 (6)	2.6 (3)	10.4 (12)	1.7 (2)	87.9 (101)	100.0 (115)
Total	2.9 (6)	2.9 (6)	1.5 (3)	7.3 (15)	1.0 (2)	91.7 (189)	100.0 (206)

Cuadro 3.11

Hombres: Resultado del último embarazo de acuerdo a su deseo de tener un hijo y su planeación, 1989.

Deseo y planeación	Resultado						
	Aborto espontaneo	Aborto probablemente provocado	Aborto declarado provocado	Total aborto	Nacido muerto	Nacido Vivo	Total
Lo deseaba	5.6 (7)	-- --	0.8 (1)	6.4 (8)	0.8 (1)	92.8 (117)	100.0 (126)
No lo deseaba	12.5 (4)	-- --	3.1 (1)	15.6 (5)	3.1 (1)	81.3 (26)	100.0 (32)
Su pareja lo deseaba	5.3 (7)	-- --	0.7 (1)	6.0 (8)	1.5 (2)	92.5 (123)	100.0 (133)
Su pareja no lo deseaba	16.6 (4)	-- --	4.2 (1)	20.8 (5)	-- --	79.2 (19)	100.0 (24)
No sabe si su pareja lo deseaba	-- --	-- --	-- --	-- --	-- --	100.0 (1)	100.0 (1)
Lo planeo	5.9 (6)	-- --	-- --	5.9 (6)	1.0 (1)	93.1 (95)	100.0 (102)
No lo planeo	8.9 (5)	-- --	3.6 (3)	12.5 (7)	1.8 (1)	85.7 (48)	100.0 (56)
Total	7.0 (11)	-- --	1.2 (2)	8.2 (13)	1.3 (2)	90.5 (143)	100.0 (158)

3.3.3 Deseo de tener un hijo y planeación de los embarazos.

Existe una muy fuerte asociación entre el deseo de tener un hijo y la planeación de los embarazos y su resultado, especialmente en el caso de los primeros (cuadro 3.8 y 3.9). Para los abortos provocados las causas de esta relación son muy evidentes; sin embargo, es interesante hacer notar que, aunque con menos fuerza, esta asociación se mantiene también para el caso de los espontáneos. Varias explicaciones se pueden proponer: la primera es que aun después de la reclasificación, parte de los abortos espontáneos que no se reclasificaron son inducidos; una segunda es que ante una experiencia desagradable se haga posteriormente una "justificación" en el sentido de que el embarazo no se deseaba; por último, aunque parece muy aventurado, se podría proponer el que exista una correlación entre un evento que se supone pertenece a lo puramente biológico, con lo que se inscribe en el ámbito de comportamiento humano, es decir, que el no desear un embarazo pueda tener un efecto no deliberado en su resultado.

En este contexto, vale la pena remarcar los siguientes diferenciales: de los primeros embarazos que fueron deseados por la mujer, el 5.0 por ciento terminó en aborto espontáneo, el 1.4 por ciento fue

probablemente provocado y 0.9 por ciento declarado provocado; en el caso de los embarazos no deseados los porcentajes correspondientes son: de 8.6 por ciento y 5.7 por ciento. En el nivel global, el 7.3 por ciento de los embarazos deseados y el 22.9 por ciento de los no deseados terminaron en aborto. Cuando se analiza el deseo de la pareja las diferenciales se amplían: en el nivel global, el 6.7 por ciento de los embarazos deseados por la pareja y el 28.6 por ciento de los no deseados terminaron en aborto.

La planeación también tiene una influencia sobre el resultado del embarazo, aunque el diferencial es menor: 3.7 por ciento de los planeados y 15.3 por ciento de los no planeados terminaron en aborto. Es interesante observar que no existen abortos provocados o probablemente provocados dentro de los embarazos planeados. Esto debido quizás a que la definición de un embarazo planeado es más clara y tiene una referencia más concreta en el tiempo, mientras que el deseo es un sentimiento más ambivalente y cambiante a través del tiempo. Si consideramos el total de los primeros embarazos, se tiene que cerca de la mitad no fueron planeados y sólo el 20 por ciento de los que terminaron en aborto fueron planeados.

No se mencionan las cifras para el caso de la declaración de los hombres, pero las mismas tendencias antes marcadas se mantienen. También en el caso de los últimos embarazos se observan las mismas tendencias, aunque al haber menos casos de abortos provocados -sobre todo en el caso de los hombres- las afirmaciones son menos concluyentes (cuadros 3.8 y 3.9).

3.3.4 Edad al primer embarazo.

El embarazo en edades tempranas del período reproductivo ocurre, generalmente, en circunstancias desfavorables: parejas no formadas o parejas en formación, metas en la vida diferentes de la procreación que se tendrían que frustrar, rechazo social por haber tenido un embarazo fuera de una unión marital, etc. Del total de mujeres alguna vez embarazadas que fueron entrevistadas, el 40.2 por ciento tuvo su primer embarazo antes de los 20 años; por esta razón y por que existe una incidencia ligeramente mayor en ese grupo, el 60 por ciento de los abortos espontáneos ocurrieron en ese grupo de edad y el 40 por ciento de los definitivamente provocados (cuadros 3.12 y 3.13). Pareciera que es más difícil llevar a término un embarazo en este grupo de población, ya sea por causas biológicas o por las condiciones antes mencionadas.

Cuadro 3.12
Edad declarado por la mujer o por su pareja al ocurrir su primer embarazo de acuerdo al resultado de dicho embarazo, 1989.

Sexo	Edad	Resultado							Total
		Aborto espontáneo	Aborto probablemente provocado	Aborto definitivamente provocado	Total aborto	Nacido muerto	Nacido vivo	No sabe	
MUJERES	Menos 19	60.0	25.0	40.0	50.0	33.3	39.3	--	40.2
	20-24	20.0	7.0	40.0	33.3	50.0	35.8	--	35.9
	25-29	13.3	--	20.0	12.5	--	20.1	--	18.9
	30 y más	6.7	--	--	4.2	16.7	--	--	5.0
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
HOMBRES	Menos 19	27.3	100.0	50.0	40.9	50.0	36.7	50.0	37.7
	20-24	36.3	--	40.0	36.4	50.0	39.0	25.0	38.6
	25-29	27.3	--	--	13.6	--	19.8	--	18.4
	30 y más	9.1	--	10.0	9.1	--	4.5	25.0	5.3
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Cuadro 3.13
Resultado del primer embarazo de acuerdo a la edad declarada
por la mujer o por su pareja al tener dicho embarazo, 1989.

Sexo	Edad	Resultado							Total
		Aborto espontaneo	Aborto probablemente provocado	Aborto definitivamente provocado	Total aborto	Nacido muerto	Nacido vivo	No sabe	
MUJERES	Menos 19	8.6	1.0	1.9	11.5	1.9	86.6	--	100.0
	20-24	3.2	3.2	2.2	8.6	3.2	88.2	--	100.0
	25-29	4.1	--	2.0	6.1	--	93.9	--	100.0
	30 y más	7.7	--	--	7.7	7.7	84.6	--	100.0
	Total	5.5	1.9	1.9	9.3	2.3	88.4	--	100.0
HOMBRES	Menos 19	27.3	100.0	50.0	40.9	50.0	36.7	50.0	100.0
	20-24	36.3	--	40.0	36.4	50.0	39.0	25.0	100.0
	25-29	27.3	--	--	13.6	--	19.8	--	100.0
	30 y más	9.1	--	10.0	9.1	--	4.5	25.0	100.0
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

3.3.5 Lugar de residencia.

Se observaron diferencias muy importantes en cuanto a la incidencia de aborto inducido entre los dos estratos que se consideraron en el diseño de este estudio. En las colonias visitadas pertenecientes al estrato medio del Area Metropolitana de la Ciudad de México se observó una incidencia mucho más alta de aborto que en las del estrato bajo. El caso más marcado se nota en la declaración de los hombres respecto al resultado del primer embarazo de sus parejas: el 8 por ciento de ellos terminó en aborto provocado en el estrato medio, mientras que este porcentaje es 1.1 por ciento en el estrato bajo (cuadro 3.14).

Cuadro 3.14
Resultado del primer y último embarazo según lugar de residencia, mujeres y hombres, 1989

Sexo	Lugar de residencia	Resultado							
		Aborto espontáneo	Aborto probablemente provocado	Aborto definitivamente provocado	Total aborto	Nacido muerto	Nacido vivo	No sabe	Total
MUJERES	Portales y Sta María	5.0	2.5	3.3	10.8	1.7	87.5	--	100.0
	Ecatepec	5.8	1.4	0.7	7.9	2.9	89.2	--	100.0
	Total	5.5	1.9	1.9	9.3	2.3	88.4	--	100.0
MUJERES	Portales y Sta María	4.6	4.6	3.4	12.6	--	87.4	--	100.0
	Ecatepec	1.7	1.7	--	3.4	1.7	94.9	--	100.0
	Total	2.9	2.9	1.5	7.3	1.0	91.7	--	100.0
HOMBRES	Portales y Sta María	5.3	0.9	8.0	14.2	1.8	81.4	2.6	100.0
	Ecatepec	5.3	--	1.1	6.4	2.1	90.4	1.1	100.0
	Total	5.3	0.5	4.8	10.6	1.9	85.6	1.9	100.0
HOMBRES	Portales y Sta María	8.6	--	2.4	11.0	1.2	87.8	--	100.0
	Ecatepec	5.3	--	--	5.3	1.3	93.4	--	100.0
	Total	6.9	--	1.3	8.2	1.3	90.5	--	100.0

3.4 Resultados Encuesta de Salud Reproductiva, 1991

3.4.1 Características generales de las mujeres entrevistadas

Estructura por edad. De los 360 hogares visitados en la Muestra 1 se obtuvo información por edad y sexo de 1576 personas (790 hombres y 786 mujeres). En la Muestra 2 se entrevistaron 456 viviendas y se tuvo información de 1957 personas (901 hombres y 1056 mujeres). En el cuadro 3.15 se muestra la estructura por edad y sexo, que se obtuvo de los cuestionarios de hogar de las Muestras 1 y 2, y ésta se compara con la que se obtiene para el Area Metropolitana de la Ciudad de México a través de la Encuesta sobre Fecundidad y Salud 1987 (ENFES).

Cuadro 3.15
Distribución porcentual por grupos quinquenales de edad y sexo, 1989-1991.

Edad	ENFES-AMCM ^{1/} (1987)			MUESTRA 1 (1991)			MUESTRA 2 (1991)		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
0-4	12.0	11.2	11.6	10.1	8.2	9.2	8.9	7.9	8.3
5-9	11.2	11.2	11.2	10.1	8.0	9.1	10.5	9.2	9.8
10-14	12.1	11.4	11.8	9.4	8.9	9.0	9.6	10.0	9.9
15-19	12.7	10.5	11.6	13.9	11.7	12.8	11.5	11.7	11.6
20-24	11.2	10.0	10.6	11.7	10.6	11.1	10.7	9.1	9.9
25-29	9.1	10.2	9.7	8.4	10.5	9.4	8.7	9.9	9.4
30-34	7.4	8.9	8.2	7.8	7.0	7.4	8.5	8.6	8.5
35-39	5.9	5.6	5.8	5.9	7.2	6.6	6.6	6.6	6.6
40-44	4.1	5.0	4.6	6.3	6.2	6.2	7.2	6.4	6.8
45-49	4.2	3.5	3.8	4.3	5.1	4.7	4.7	5.1	4.9
50-54	2.5	3.6	3.1	3.7	3.3	3.4	3.6	4.5	4.1
55-59	1.9	3.7	2.8	2.7	3.0	2.9	2.3	2.2	2.3
60-64	1.9	1.8	1.8	1.5	3.3	2.4	2.3	2.4	2.4
65-69	1.7	1.3	1.5	1.3	2.0	1.7	1.4	1.9	1.7
70 y más	1.3	1.8	1.7	2.8	4.6	3.8	2.7	4.0	3.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1/ Datos para el Area Metropolitana de la Ciudad de México. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987

Se puede observar que existe consistencia entre las dos muestras de la Encuesta de Salud Reproductiva 1991. Al comparar los resultados de ambas con la información de la ENFES, se tiene que la población de esta última es más joven. Los descensos en la fecundidad ocurridos en los últimos años podrían explicar parte de estas diferencias; sin embargo, es necesario recordar que la Encuesta de Salud Reproductiva no es representativa de toda el Area Metropolitana de la Ciudad de México, por lo cual no es estrictamente comparable con la ENFES. Por otro lado, se debe tomar en cuenta que los niveles de no respuesta son relativamente altos, y que esto puede introducir sesgos en la información.

Con el objeto de caracterizar a la población de estudio se analizaron algunas variables sociodemográficas de las mujeres entrevistadas (cuadro 3.16). Se realizaron 432 entrevistas individuales en la muestra 1 y 379 en la muestra 2. Las estructuras por edad de las muestras 1 y 2 son similares y se obtiene una edad promedio de las entrevistadas de 30 años para la primera y de 29.9 años para la segunda. La estructura de edad que se observó en la ENFES es un poco más joven, la edad promedio de las mujeres en el Área Metropolitana de la Ciudad de México fue de 28.7 años.

Cuadro 3.16
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

	ENFES- AMCM 1987	MUESTRA 1 1991	MUESTRA 2 1991
Edad			
15-19	24.0	19.3	18.1
20-24	17.9	17.6	19.3
25-29	17.2	18.0	16.4
30-34	14.0	12.5	15.4
35-39	11.1	13.8	12.1
40-44	8.8	10.1	11.6
45-49	7.0	8.7	7.2
Total	100.0	100.0	100.0
Escolaridad			
Sin escolaridad	2.5	3.8	1.7
Prim. Incompleta	16.0	6.0	8.2
Prim. Completa	26.2	21.4	10.9
Secundaria y más	55.2	68.8	79.3
Total	100.0	100.0	100.0
Estado Conyugal			
Unión libre	9.0	9.6	*/
Casada	48.6	47.9	
Div/separada	4.9	4.0	
Viuda	1.6	2.3	
Soltera	35.9	36.1	
Total	100.0	100.0	
Número promedio de hijos			
15-24	0.5	0.2	0.2
25-39	2.3	2.0	1.7
40-49	4.3	3.5	3.3
Total	1.9	1.6	1.4

*/ En la Muestra 2 no se captó esta información (error que se debe considerar en futuros estudios)

Nupcialidad. El 47.9 por ciento de las mujeres estaba casada por medio de un matrimonio⁶ civil o religioso al momento de la entrevista, y el 9.6 por ciento se encontraba en una unión consensual: en total 57.5 por ciento de las mujeres estaban en unión conyugal. Esta cifra es muy similar a la que se obtuvo en la ENFES: 57.6 por ciento. Por otro lado, el 4 por ciento de las mujeres estaban separadas o divorciadas, el 2.3 por ciento habían enviudado y el restante 36.1 por ciento era de solteras. Las cifras que se obtienen de la ENFES para estas categorías son muy similares (cuadro 3.16).

Número promedio de hijos nacidos vivos. El cuestionario individual de la muestra 1 incluye una tabla de embarazos, para captar la información sobre el número total de embarazos tenidos por las mujeres hasta la fecha de la entrevista, así como el resultado de los mismos. En la muestra 2 se preguntó a la entrevistada directamente sobre el número de hijos nacidos vivos que había tenido en su vida reproductiva. Con esta información fue posible calcular su paridad de acuerdo a su grupo etáreo.

Este indicador mide la fecundidad acumulada en todo el período fértil de las mujeres. Las cifras muestran el patrón de fecundidad esperado: a mayor edad mayor número promedio de hijos, lo cual se observa en las tres series de datos. El número promedio de hijos por mujer era ligeramente mayor en 1987 en el Área Metropolitana de la Ciudad de México (1.9), que lo encontrado en la población entrevistada en este estudio. Sin embargo, debe notarse que la paridad del grupo de edad de 40-49 años, muestra mayores diferencias.

Escolaridad: Por otro lado, se observa en el cuadro 3.17 que la población entrevistada en las encuestas de salud reproductiva tiene un nivel de escolaridad más alto que la entrevistada en 1987 en toda el área metropolitana. La información sobre el número de años aprobados, que se obtiene del cuestionario individual, muestra diferencias entre las muestras 1 y 2, probablemente debido a un problema de medición en la segunda de ellas⁷. Esta explicación se ve apoyada por los datos que se obtienen de esta variable a través del cuestionario de hogar, los cuales no muestran diferencias importantes entre las dos muestras.

⁶ Los datos se refieren a la muestra 1, ya que en la 2 no se obtuvo esta información.

⁷ Los códigos de resultado usados para las diferentes categorías de escolaridad, en el cuestionario individual de la muestra 2, fueron diferentes a los que se usaron en los dos de hogar y en el individual de la muestra 1 esto pudo llevar a las entrevistadoras a cometer errores. Desde luego que esto se debe considerar como un error en el diseño de los cuestionarios.

Cuadro 3.17
Escolaridad de las mujeres entrevistadas por colonia y
fuentes de obtención de la información, 1991.

Escolaridad	Portales		Sta. María		Jardines de Tepeyac	
	Cuestionario		Cuestionario		Cuestionario	
	Individual	Hogar	Individual	Hogar	Individual	Hogar
	Muestra 1					
Sin escolaridad	1.7	3.1	4.2	4.5	5.1	13.1
Primaria incompleta	3.4	10.0	2.5	12.1	13.9	20.9
Primaria completa	24.6	12.3	15.3	16.1	28.0	18.8
Secundaria y más	70.3	74.6	78.0	67.1	53.0	47.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	Muestra 2					
Sin escolaridad	0.0	3.1	1.0	4.1	5.0	12.7
Primaria incompleta	5.4	13.1	6.3	17.8	16.0	22.3
Primaria completa	5.4	10.1	8.9	10.5	21.9	19.6
Secundaria y más	89.2	73.7	83.8	67.7	57.1	45.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

El análisis de esta variable, de acuerdo a la colonia donde residía la mujer, muestra que, de acuerdo a ambas Muestras, Jardines del Tepeyac es la zona con menores niveles de escolaridad: poco más de la mitad habían cursado y aprobado al menos un grado de secundaria. Este porcentaje oscila alrededor del 80 por ciento en las otras dos colonias de acuerdo al cuestionario individual de las muestras 1 y 2, y tiene un valor de poco menos del 70 por ciento de acuerdo a la entrevista de hogar. Llama la atención el hecho de que existan diferencias importantes entre la medición de esta variable a través de los dos cuestionarios, aunque debe recordarse que el informante puede ser diferente.

Práctica Religiosa. Debido a que se considera que la religión influye de manera importante en la actitud y práctica del aborto inducido, en esta investigación se incluyeron cuatro preguntas que indagan sobre el tema: si la mujer creía en Dios y si pertenecía a alguna religión; en caso afirmativo, a cuál y con qué frecuencia acudía a la iglesia (o templo). Se clasificó a la mujer de acuerdo a la intensidad de su práctica religiosa, ya que la gran mayoría declaró creer en Dios, y de ellas casi todas eran católicas. Los criterios de elaboración de las categorías: práctica frecuente, regular y escasa, fueron:

Frecuente: si la mujer acude a la iglesia (o templo) por lo menos una vez cada quince días.

Regular: si acude a la iglesia (o templo) al menos una vez cada dos meses

Escasa: todas las mujeres que no están en ninguna de las dos características anteriores, incluyendo a las que no creen en Dios y que no pertenecen a ninguna religión

En el cuadro 3.18 se puede ver que casi la mitad de las mujeres entrevistadas declaró un alto grado de religiosidad, es decir, acudían a la iglesia por lo menos una vez cada quince días. Por otro lado, un poco menos de la tercera parte acudía sólo de vez en cuando, no tenía religión o no creía en Dios.

Cuadro 3.18
Práctica religiosa por colonia, 1991.

Práctica Religiosa	Portales	Sta. María La Ribera	Jardines del Tepeyac	Total
Frecuente	43.2	49.1	48.0	47.3
Regular	21.2	22.9	20.9	21.9
Escasa	35.6	28.0	31.1	30.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

A partir de los datos por colonia, se puede deducir que la práctica religiosa es más intensa en Santa María la Ribera, aunque las diferencias con respecto a Jardines del Tepeyac no son muy grandes. Las mujeres que residen en Portales muestran, definitivamente, los niveles más bajos de práctica religiosa.

Anticoncepción. Alrededor del 45 por ciento de las mujeres utilizaban algún medio de regulación de la fecundidad al momento de la entrevista (cuadro 3.19).

Cuadro 3.19
Condición de uso de métodos anticonceptivos del total de mujeres entrevistadas y de las unidas maritalmente por colonia, 1991.

	Portales	Sta. María La Ribera	Jardines del Tepeyac	Total
Total de Mujeres				
Usuarias	45.8	44.9	44.9	45.1
No usuarias	54.2	55.1	55.1	54.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Mujeres en unión marital				
Usuarias	72.3	69.6	74.3	71.6
No usuarias	27.7	30.4	25.7	28.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Para tener una estimación más precisa de las mujeres expuestas al riesgo de concebir, es conveniente analizar el uso de métodos anticonceptivos en relación a las mujeres en unión, es decir, las casadas o que viven en unión libre. La tasa de prevalencia aumenta, en este caso, a 71.6 por ciento. La cobertura más alta se observa en Jardines del Tepeyac: 74.3 por ciento de las mujeres unidas entrevistadas en esa colonia declararon utilizar algo, mientras que la más baja se encontró en Santa María la Ribera: 69.6 por ciento ; las diferencias no son, sin embargo, muy importantes entre las tres zonas de residencia de la mujer.

El método más utilizado por las mujeres es la operación femenina: más de una tercera parte de las usuarias unidas habían recurrido a ella para controlar su fecundidad (cuadro 3.20). El segundo método preferido por las usuarias es el dispositivo intrauterino: alrededor de una cuarta parte lo utilizaba. Es importante mencionar que el uso de métodos tradicionales es elevado ya que el 14.1 por ciento de las usuarias recurren a alguno de estos métodos, principalmente al ritmo: 11.3 por ciento, 1.8 por ciento practicaba el ritmo y el 1 por ciento algún otro método.

Cuadro 3.20
Usuarias activas según método anticonceptivo utilizado por colonia, 1991.

Métodos	Portales	Sta. María La Ribera	Jardines del Tepeyac	Total
Pastillas	17.0	8.3	9.5	10.8
Inyecciones	2.1	10.5	6.0	7.0
DIU	17.0	23.0	28.6	23.2
Operación femenina	34.0	41.7	29.8	36.2
Operación masculina	4.3	2.0	2.3	2.7
Preservativos	6.	2.0	3.6	3.6
Ovulos	4.3	2.0	1.2	2.4
Otros (Ritmo, Retiro y otros)	.9	10.5	19.0	14.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

A pesar de que las coberturas son similares, se observan diferencias importantes al analizar esta información por colonia. La oclusión tubaria es el método más utilizado en las tres colonias del estudio; sin embargo, la preferencia es más marcada en Santa María la Ribera: más del 40 por ciento de las usuarias que ahí residían estaban operadas, mientras que una de cada tres lo estaba en Portales, y menos del 30 por ciento en Jardines del Tepeyac. En esta última colonia, adicionalmente, el nivel de uso del dispositivo intrauterino casi iguala al de la esterilización, mientras que el porcentaje correspondiente a las otras dos colonias es menor. También es importante hacer notar la mayor preferencia en Portales por los hormonales orales: 17 por ciento los utilizaba, en relación a Santa María la Ribera y Jardines del Tepeyac, donde porcentajes similares de sólo el 8.3 por ciento y 9.5 por ciento de las usuarias los empleaba, respectivamente. Algunas otras diferencias entre colonias, que merezcan mencionarse, son: el uso mayor de hormonales en Santa María, donde también se observa el menor uso de locales y tradicionales; el mayor uso de la vasectomía (alto en relación a los niveles observados en el país y en otros grupos de la población: 4.3 por ciento) en Portales, así como de los métodos de barrera; por último, en Jardines del Tepeyac, una de cada cinco usuarias practicaba el ritmo o el retiro.

El acceso de la población a los diferentes métodos anticonceptivos es un factor importante aunque no determinante para el incremento en el uso de ellos. Las instituciones gubernamentales son las principales proveedoras de métodos anticonceptivos en la población en estudio: el 65.5 por ciento de las usuarias unidas recurren a alguna de ellas para obtener su método (cuadro 3.21). El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución de mayor cobertura de usuarias: 43.6 por ciento mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud atendían al 6.6 por ciento y 9.7 por ciento del total de usuarias, respectivamente. Es importante hacer notar que alrededor de una de cada tres usuarias de métodos recurría al sector privado: 19.5 por ciento a la farmacia y 13.6 por ciento a una clínica privada.

Cuadro 3.21

Usuarias activas de métodos modernos según lugar de obtención, por colonia, 1991.

Métodos	Portales	Sta. Maria La Ribera	Jardines del Tepeyac	Total
IMSS	42.5	48.8	35.9	43.6
SSA	2.5	4.7	13.4	6.6
ISSSTE	7.5	13.9	4.5	9.7
Otra institución de gobierno	0.0	4.7	11.9	5.6
MEXFAM	2.5	0.0	3.0	1.4
Farmacia	27.5	16.3	17.9	19.5
Clínica privada	17.5	11.6	13.4	13.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Las diferencias más notables entre colonias son las siguientes: la cobertura de la Secretaría de Salud es más alta en Jardines del Tepeyac, asociado seguramente a que ahí reside el grupo de la población de estudio menos favorecido. Por otro lado, las parejas que más recurren al sector privado son las que viven en Portales.

Salud Reproductiva. El cuidado de la salud en la etapa reproductiva es de suma importancia en la mujer, y se relaciona con su fecundidad y los medios que utilice para regularla.

En este estudio se formularon a la entrevistada ocho preguntas en relación a este tema (cuadro 3.22). Los resultados de las primeras tres preguntas muestran que la atención a la salud de la mujer no es óptima, sea porque ella no cuenta con los elementos necesarios para cuidarse, o porque los servicios institucionales no han realizado los esfuerzos que se requieren para lograr mayores coberturas. A una de cada cuatro mujeres alguna vez embarazadas nunca se les había practicado un examen de Papanicolaou, un poco menos del 30 por ciento no sabe como detectar el cáncer en los senos y un poco más del 30 por ciento nunca ha acudido a que le revisen la matriz. Los diferenciales por colonia de residencia son muy altos: conforme desciende su nivel socioeconómico disminuye la cobertura y el conocimiento.

Cuadro 3.22

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que dieron una respuesta afirmativa a preguntas sobre salud reproductiva según características socioeconómicas, 1991.

Características	Total	Colonia			Escolaridad		Religiosidad		
		Portales	Sta. Ma. La Ribera	Jardines del Tepeyac	Menos de Secun.	Secun. y más	Frecuente	Regular	Escasa
Práctica de papanicolaou	75.1	88.0	77.4	60.0	72.5	76.9	76.2	73.2	74.7
Saber detectar cáncer de mama	71.4	85.3	78.8	47.5	58.8	80.1	70.3	69.2	76.4
Ha acudido a la revisión de matriz	69.2	77.3	73.2	55.8	65.7	71.6	70.5	63.0	71.3
Le han practicado la cesárea	32.8	36.0	36.6	24.1	27.0	36.8	34.7	29.0	31.9
Sangrados abundantes	31.5	26.7	30.9	36.6	35.1	28.9	28.5	28.1	38.2
Problemas con la menstruación	30.5	33.3	28.2	31.6	33.4	28.5	28.7	26.7	35.8
Ha tenido infección vaginal	29.4	40.4	14.0	43.3	30.8	28.5	25.8	32.7	32.9
Le han practicado legrado	28.4	34.7	25.3	27.5	31.5	26.3	30.0	22.2	30.0

La escolaridad también ejerce una influencia importante en estos aspectos, especialmente cuando la pregunta involucró poseer un conocimiento de cómo detectar cáncer en los senos. Esto significa que, aun dentro de una ciudad como la de México, puede existir acceso diferencial a los servicios de salud, pero que, adicionalmente, las características individuales de la mujer juegan un papel muy importante en la búsqueda de ese acceso.

El siguiente aspecto que se analiza se refiere a si alguno de los partos de la mujer ha sido por cesárea: una de cada tres mujeres declaró haberla tenido. El porcentaje es similar en Portales y Santa María: alrededor del 36 por ciento y desciende a 24 por ciento en Jardines del Tepeyac. La escolaridad, por su parte, se asocia positivamente con este comportamiento: 27 por ciento y 36 por ciento de las mujeres con menos de secundaria y con secundaria y más, respectivamente, había tenido una cesárea. De nuevo, se comprueba que existen zonas y grupos en nuestra ciudad con mayor acceso a un parto seguro, aunque existen argumentos en el sentido de que muchas cesáreas no están indicadas, y que esto afecta en mayor medida a la población de más recursos.

Tres preguntas de esta sección se refieren a algunos problemas de salud que la mujer pudo haber presentado: sangrado abundante, problemas con la menstruación o infección vaginal; en todos estos casos, alrededor del 30 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas declaró haberlo presentado. En este caso, aunque existen algunos diferenciales entre colonias, es difícil encontrar e interpretar el sentido de los mismos. La influencia de la escolaridad es más clara: a mayor escolaridad

menor declaración de haber presentado estos problemas; las diferencias no son muy grandes.

Por último, el 28.4 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas declaró que alguna vez le han practicado un legrado. La incidencia es más alta entre las mujeres que residían en Portales y entre aquellas de menor escolaridad. Esta información será de suma importancia para el análisis de los resultados sobre aborto, pues aunque no todo legrado se practica por un aborto⁸, si puede existir algún grado de asociación entre la incidencia de ambos sucesos.

3.4.2 Incidencia del aborto inducido: estimación y características

Uno de los principales propósitos de este estudio fue probar dos herramientas metodológicas que permitieron una aproximación a la medición del aborto inducido. El objeto de esta sección es presentar los resultados principales de las muestras 1 y 2 en relación a los diferentes indicadores que éstas permiten calcular. Se analizan, asimismo, los diferenciales de acuerdo a algunas variables socioeconómicas.

Los resultados de la muestra 1 indican que una de cada cinco mujeres declaró haber tenido un aborto espontáneo o provocado- en toda su vida reproductiva. Si sólo se considera al grupo de las alguna vez embarazadas, la incidencia se incrementa a una de cada tres (cuadro 3.23).

Con el objeto de aproximarse un poco más al conocimiento de la variable objeto de estudio, se analizan las características diferenciales de las personas que han tenido algún aborto. Es necesario reconocer que en este grupo se están mezclando experiencias de dos eventos que son de naturaleza muy diferente. Por un lado, el aborto espontáneo, determinante de la fecundidad natural, ubicado más en el ámbito de lo biológico y posiblemente un evento no deseado por la pareja⁹ y, por el otro, el aborto inducido, uno de los actos más deliberados en cuanto a la regulación de la fecundidad. Por lo tanto, la interpretación de los resultados no es siempre sencilla. Por lo cual, las comparaciones se llevan a cabo tomando en cuenta los porcentajes de las mujeres alguna vez embarazadas.

En el cuadro 3.23 se puede ver que este indicador varía de acuerdo a la colonia donde residía la mujer: el 37.7 por ciento de las entrevistadas, alguna vez embarazadas, en Portales, declaró haber tenido al menos un aborto, mientras que este porcentaje disminuye a 32 por ciento y 29.5 por ciento para aquellas que residían en Santa María la Ribera y Jardines del Tepeyac respectivamente.

En relación a la escolaridad, se puede afirmar que la incidencia del aborto es mayor en las mujeres con menos años de estudio (34.6 por ciento), que en aquellas que cursaron por lo menos un año de la educación secundaria (31.5 por ciento). El diferencial, sin embargo, no es muy grande (cuadro 3.23).

⁸ También se practican legrados en los casos de: subinvolución uterina, molahidratiforme y biopsias de endometrio.

⁹ Sin embargo, en la encuesta similar realizada en 1989 se encontró una asociación inversa entre el deseo del embarazo y que éste termine en un aborto espontáneo. Se puede pensar que parte de los abortos provocados se declaran como espontáneos, o quizás -aunque un poco aventurado- se podría suponer que el no desear un embarazo pueda tener un efecto no deliberado en su resultado.

Cuadro 3.23

Porcentaje de mujeres en edad fértil y de mujeres alguna vez embarazadas que declararon al menos un aborto, según características socioeconómicas, 1991.

Características socioeconómicas	Todas las mujeres	Alguna vez embarazadas
Lugar de Residencia		
Total	20.9	32.8
Portales	24.6	37.7
Sta. Ma. La Ribera	20.3	32.0
Jardines del Tepeyac	18.3	29.5
Escolaridad		
Menos de Secundaria	28.2	34.6
Secundaria y más	17.5	31.5
Condición de uso		
Usuarías	32.1	33.3
No usuarias	11.6	31.7
Práctica religiosa		
Frecuente	23.1	34.8
Regulas	19.5	32.6
Escasa	18.4	29.6

Las mujeres que al momento de la entrevista usaban algún método anticonceptivo tienen una incidencia ligeramente mayor (33.3 por ciento) que las que no lo hacían (31.7 por ciento). Como ya antes se vio, la cobertura de uso es muy alta en la población unida maritalmente del estudio, por ello, seguramente el número de no usuarias alguna vez embarazadas debe ser muy pequeño, lo cual puede tener como resultado una estimación poco precisa. También se podrá suponer que las mujeres que usan anticonceptivos están más motivadas para regular el tamaño de sus familias y, en caso de falla del método, decidan interrumpir el embarazo.

Los resultados de la asociación entre el aborto y la práctica religiosa son difíciles de interpretar: la incidencia del fenómeno es mayor entre las personas más religiosas que entre las que no lo son. El peso de los abortos espontáneos en la primera categoría puede explicar esta asociación, o bien, las limitaciones que impone la iglesia católica para el uso de algunos métodos anticonceptivos puede ocasionar una mayor incidencia de embarazos no deseados en esta población.

El 3.8 por ciento de las mujeres entrevistadas, a través del primer procedimiento, declaró haber tenido al menos un aborto provocado (cuadro 3.24). El porcentaje se eleva al 6 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas. La incidencia es similar en Jardines del Tepeyac y Portales y menor en Santa María la Ribera. En este caso, el valor del indicador es definitivamente más alto entre las mujeres con mayor escolaridad y las que no usaban anticonceptivos al momento de la entrevista. Por último, entre las mujeres con escasa o nula práctica religiosa se observa una

incidencia mayor de aborto provocado -lo cual sería de esperarse-; sin embargo, el nivel en el grupo más religioso también es alto y el menor nivel se observa en la categoría intermedia. El bajo número de casos en muestra puede estar afectando el análisis de este indicador. Asimismo, la subdeclaración de este evento en una encuesta en hogares, que ya ha sido antes discutida, puede afectar de manera diferencial a los diferentes grupos sociales que se construyeron.

Cuadro 3.24

Porcentaje de mujeres en edad fértil y de mujeres alguna vez embarazadas que declararon al menos un **aborto provocado**, según características socioeconómicas, 1991.

Características socioeconómicas	Todas las mujeres	Alguna vez embarazadas
Lugar de Residencia		
Total	3.8	6.0
Portales	4.2	6.5
Sta. Ma. La ribera	3.4	5.3
Jardines del Tepeyac	4.1	6.6
Escolaridad		
Menos de Secundaria	3.8	4.6
Secundaria y más	3.8	6.9
Condición de uso		
Usuarías	4.8	5.0
No usuarias	3.0	8.2
Práctica religiosa		
Frecuente	4.0	6.0
Regulas	2.7	4.6
Escasa	4.3	7.0

Como ya se mencionó, el 3.8 por ciento de las mujeres entrevistadas, a través de la muestra 1, declaró haber tenido al menos un aborto provocado. De acuerdo a la muestra 2 este indicador aumenta al 6 por ciento (porcentaje de aumento: 57.9) (cuadro 3.25). Los porcentajes de mujeres alguna vez embarazadas que declararon este hecho fueron 6.0 por ciento y 8.8 por ciento para las muestras 1 y 2 respectivamente (porcentaje de aumento: 46.7). Es interesante observar que, de acuerdo al primer procedimiento, la incidencia menor se observa en Santa María, tanto para el grupo de mujeres en edad fértil como para el de alguna vez embarazadas, y los niveles son muy similares en las otras dos colonias. En la Muestra 2, la incidencia en Portales se incrementa de manera importante, la de Santa María casi se duplica, ahí se observa ahora la incidencia más alta de aborto provocado, mientras que en la tercera colonia dicho nivel no se modifica para el caso de mujeres en edad fértil y disminuye para las alguna vez embarazadas.

Cuadro 3.25
 Porcentaje de mujeres en edad fértil y de mujeres alguna vez embarazadas que declararon al menos un aborto provocado. Muestra 1 y 2, por colonia, 1991.

Colonia	Muestra 1		Muestra 2	
	Mujeres en edad fértil	Mujeres alguna vez embarazadas	Mujeres en edad fértil	Mujeres alguna vez embarazadas
Portales	4.2	6.5	7.0	8.2
Sta. Ma. La Ribera	3.4	5.3	6.3	10.3
Jardines del Tepeyac	4.1	6.6	4.1	6.0
Total	3.8	6.0	6.0	8.8

En principio, se puede concluir que el hecho de que la respuesta de la mujer sea confidencial, aun para la entrevistadora, arroja un incremento en la medición de este fenómeno en alrededor de un 50 por ciento. Es posible también suponer que la técnica funciona mejor en ciertos grupos poblacionales, por ejemplo en aquellos con mayor nivel de escolaridad, muestra de ello sería que la técnica no incrementó la incidencia en Jardines del Tepeyac, donde se observan menores niveles de escolaridad y asociado a ellos, quizás menores niveles de comprensión de la técnica. Al igual que en el cuadro anterior, deben considerarse los pocos casos en muestra. También debe tomarse en cuenta que los niveles de respuesta en Santa María fueron sensiblemente más altos en la muestra 2 que en la 1; esto podría explicar los porcentajes tan altos de incremento de la incidencia, si las mujeres que se dejaron de entrevistar en el segundo caso tuvieron una mayor incidencia de aborto inducido que las que si se entrevistaron.

Si se toma en cuenta el total de embarazos de las mujeres entrevistadas, se observa que el 16.2 por ciento de ellos terminó en aborto, el 1.3 por ciento en nacido muerto y el 82.5 por ciento restante en nacido vivo (cuadro 3.26). El 17.9 por ciento del total de abortos fue declarado como provocado: 2.9 por ciento del total de embarazos. De nuevo se observa una mayor incidencia de aborto total en Portales: 20.4 por ciento de los embarazos de las mujeres que ahí residían, mientras que las cifras correspondientes son 17.9 por ciento y 11.7 por ciento en Santa María y Jardines del Tepeyac. El porcentaje del total de abortos que se declaró como provocado es ligeramente superior al 17 por ciento en la primera y tercera colonia, y se incrementa al 18.4 por ciento en la segunda.

Cuadro 3.26
Distribución porcentual del total de embarazos de acuerdo a su resultado
y según características socioeconómicas, 1991.

Características socioeconómicas	Nacidos vivos	Mortinatos	Aborto espontáneo	Aborto provocado	Porcentaje Total
Colonia					
Total	82.5	1.3	13.3	2.9	100
Portales	78.7	0.5	17.2	3.5	100
Sta. Ma. La Ribera	81.6	0.5	14.6	3.3	100
Jardines del Tepeyac	85.6	2.6	9.7	2.0	100
Escolaridad					
Menos de Secundaria	83.9	1.6	12.7	1.6	100
Secundaria y más	80.8	0.8	14.0	4.3	100
Condición de uso					
Usuarías	83.6	0.8	13.3	2.3	33.3
No usuarias	80.9	2.8	13.9	2.4	31.7
Práctica religiosa					
Frecuente	82.2	1.2	14.4	2.1	34.8
Regulas	82.6	2.1	13.4	1.7	32.6
Escasa	82.9	0.8	11.4	4.9	29.6

El porcentaje de embarazos que terminaron en aborto es mayor en el grupo de más alta escolaridad, ligeramente mayor en el de mujeres que no usaban anticonceptivos y menor en el grupo intermedio de práctica religiosa en relación a los otros dos que son muy similares. Sin embargo, la declaración de aborto provocado, es definitivamente mayor en las mujeres de más alta escolaridad y de menor práctica religiosa. Resta por explicar el porqué de una mayor incidencia de abortos espontáneos en los grupos de más alta escolaridad y de menor grado de religiosidad; pareciera que algunos abortos provocados se están declarando como espontáneos, sobre todo aquellos que experimentaron las mujeres más apegadas a su religión.

Por último, se estimaron las tasas específicas, general y global de aborto como un promedio de los ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta (cuadro 3.27)¹⁰. Se observa que, siguiendo la experiencia actual, las mujeres tendrían en promedio 0.524 abortos al final de su vida reproductiva.

¹⁰ Tasa específica de aborto: número de abortos ocurridos de las mujeres en un grupo quinquenal de edad entre las mujeres de ese grupo de edad, en un periodo considerado.

Tasa global de aborto: El número promedio de abortos que tendría una mujer durante su vida reproductiva conforme a las tasas específicas de aborto por edad, en el periodo de tiempo determinado, en ausencia de mortalidad. Es igual a la suma de las tasas específicas de aborto por cinco.

Cuadro 3.27

Tasas específicas y globales de aborto total, espontáneo y provocado *

Tasas Específicas de Aborto Total:		
15-19	0.0038	
20-24	0.0094	
25-29	0.0241	Tasa Global
30-34	0.0458	De aborto = 0.5240
35-39	0.0174	
40-44	0.0043	
General	0.0153	
Tasas Específicas de Aborto Total:		
15-19	0.0022	
20-24	0.0111	
25-29	0.0208	
30-34	0.0397	
35-39	0.0174	
40-44	0.0043	
Tasas Específicas de Aborto Provocado		
15-19	0.0015	
25-29	0.0033	
30-34	0.0061	

*/ Promedio de los cinco años anteriores a la encuesta

Analizando las tasas específicas de aborto total, se observa una mayor incidencia entre las mujeres que, al momento de la entrevista, tenían entre 30 y 34 años de edad; los grupos etáreos anterior y posterior a éste le siguen en nivel. Aunque el número de casos es bajo, es interesante hacer notar que ninguna mujer de más de 34 años declaró haber tenido un aborto provocado en los últimos cinco años, esto puede ser un indicio de un cambio generacional.

3.4.3 Inferencias del estudio

La población entrevistada en ambas encuestas tiene características generales similares, lo cual muestra que, a pesar de que se realizaron en muestras independientes, los datos son estrictamente comparables. La edad promedio en ambas es de alrededor de 30 años. Por otro lado, se observó que las mujeres entrevistadas son de muy alta escolaridad, mayor que el promedio de la Ciudad de México. Debido a que esta variable tiene una gran influencia tanto en la incidencia como en las actitudes del fenómeno estudiado, es muy importante tomar en cuenta este hecho para fines de interpretación y comparación de los resultados. Casi el 60 por ciento de las entrevistadas se encontraban unidas maritalmente al momento de la entrevista. La paridad de las mujeres que se encontraban al final de su vida reproductiva era de alrededor de 3.5 hijos, y la mayor parte se declararon creyentes y católicas, casi la mitad con una práctica religiosa intensa.

El 70 por ciento de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo al momento de la entrevista. Este nivel de práctica anticonceptiva es sumamente alto, ya que la población no cubierta seguramente se encuentra embarazada, buscando un embarazo o no está expuesta al riesgo de concebir aunque está unida; por lo tanto, no existe una demanda potencial por cubrir en esta población. Es necesario analizar con mayor profundidad estos datos, y en su relación con la ocurrencia del aborto provocado, no necesariamente el aumento en las tasas de uso disminuye la incidencia del aborto inducido en una población, aunque sería razonable pensar que esto así suceda. Sin embargo, debido a que el aumento en el uso de métodos anticonceptivos usualmente coincide con una mayor motivación para regular la fecundidad y al hecho de que la eficacia de esta práctica anticonceptiva puede ser baja, los embarazos no deseados, asociados a la falla de métodos, pueden no ser fácilmente aceptados y terminar en un aborto provocado. Esta es una línea de investigación en la que se debe profundizar.

El aborto -espontáneo o inducido- es un aspecto importante en la definición de la salud reproductiva de la mujer. Aunque con poca profundidad, el estudio captó otros aspectos sobre el tema, tales como la cobertura en la población entrevistada del conocimiento y utilización de técnicas oportunas de detección de cáncer de matriz y senos, así como de la presencia de infecciones y problemas relacionados con la menstruación. También se le preguntó a la mujer si alguna vez se le había practicado una cesárea o un legrado. El haber introducido esta sección casi al inicio de la cuestionario, ubicó el problema del aborto, dentro de la entrevista, en un contexto de salud, lo cual se piensa contribuyó en mejorar su declaración. Por otro lado, el 28.4 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas declaró haberse practicado al menos un legrado. Un análisis que relacione la salud reproductiva con la incidencia del aborto se deberá abordar en futuras investigaciones, pues el autocuidado a la salud debe tener una estrecha relación con la adecuada utilización de los diferentes medios de regulación de la fecundidad, con la posibilidad de recurrir al aborto para interrumpir un embarazo y, de manera fundamental, con las circunstancias en que este evento ocurra y las consecuencias que pueda traer a la mujer.

El estudio obtuvo niveles de incidencia del aborto inducido para México mayores a los de cualquier otra encuesta de naturaleza similar de que se tenga conocimiento. En la muestra 1, la tasa total de aborto -que incluye espontáneos y provocados- es también considerablemente más alta que la que se ha obtenido en el pasado: una tercera parte de las mujeres alguna vez embarazadas que se entrevistaron, declararon haber tenido esta experiencia, mientras que en la ENFES-1987 menos de una cuarta parte de las mujeres hizo esta declaración. La identificación de aquellos que fueron provocados no ha resultado, sin embargo, una tarea sencilla. La declaración de la mujer, ubica a la mayor parte como espontáneos, aunque siempre se sospecha de algún sesgo en esta respuesta. El análisis de la información que se captó en la tabla de abortos dará mayores elementos para definir la posibilidad de que algunos de estos abortos, declarados espontáneos, hayan sido realmente provocados. Esta información permitirá también comprender mejor la circunstancia que rodeó a la mujer que tiene esta experiencia. Esta es, quizá, la línea de investigación más relevante que deberá ser explorada en el futuro inmediato.

También será importante dilucidar, el peso que tuvieron diferentes factores en la obtención de una mejor declaración del aborto: las innovaciones que se introdujeron en el instrumento de captación, una mayor apertura de la población a hablar sobre el tema, o bien una prevalencia mayor en la población de estudio; la que habita en los sectores medios y bajos de la Ciudad de México.

El procedimiento utilizado en la muestra 2 mejoró la declaración del aborto provocado en alrededor del 50 por ciento. Esta afirmación supone que en la comparación de dos o más procedimientos que se refieran a la misma población, aquel que mida una incidencia mayor se considerará más preciso, partiendo del supuesto de que el evento, en general, se subestima en una encuesta en hogares: 6 por ciento y 8.8 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas entrevistadas en las muestras 1 y 2, respectivamente, declaró haber tenido un aborto provocado.

La técnica utilizada en la muestra 2, debe probarse en diferentes contextos socioeconómicos explorando diferentes preguntas, tanto para captar el aborto inducido como para ampliar la caracterización sociodemográfica de las mujeres que se entrevistan. Asimismo, se deben elaborar pruebas de validez que muestren el grado de comprensión de la técnica, ya sea indagando directamente en una submuestra de la población entrevistada, o bien aplicando la técnica en una muestra independiente, con una variable menos sensitiva o de la cual se conozca su incidencia.

3.5 Actitudes hacia el aborto

Abordar el tema del aborto, desde la perspectiva de las representaciones sociales, parece pertinente teniendo en cuenta que a través de estos estudios podemos acercarnos a los conceptos que las sociedades latinoamericanas proporcionan a los individuos para pensar y construir sus concepciones sobre el aborto. Sin embargo, se han realizado pocos estudios por las dificultades inherentes a la complejidad del concepto de representación social y los problemas metodológicos para su estudio. La representación social es un concepto que contiene elementos de diversa naturaleza y procedencia: procesos cognitivos, formas de inserción social, factores afectivos, sistema de valores. (Zamudio y Rubiano, 1995).

En esta sección presentamos los resultados de las Encuestas de Salud Reproductiva, respecto a las actitudes y opiniones de las poblaciones entrevistadas en torno al aborto inducido. Si bien no se consideran todos los elementos de las representaciones sociales, se obtienen datos de las encuestas que permiten avanzar en la construcción de un marco de referencia en torno al tema.

3.5.1 Actitudes en la Encuesta de Salud Reproductiva, 1989

En la encuesta de 1989 se midieron algunas actitudes hacia el aborto poniendo al entrevistado de manera impersonal¹¹ en diferentes situaciones que llevarían a una mujer a terminar con un embarazo, y pidiéndole que se pronunciara a favor o en contra. En los cuadros, aparecen las preguntas textuales como fueron formuladas a las entrevistadas.

Las tres circunstancias en las que los hombres entrevistados estuvieron, en mayor medida, de acuerdo con que una mujer abortara fueron: cuando está en peligro la vida de la madre, como un derecho de la mujer a decidir sobre la continuación de un embarazo -independientemente de la circunstancia- y cuando el niño tiene la posibilidad de nacer con algún defecto físico o mental. En el primer caso un poco más del 70 por ciento de los entrevistados estuvieron de acuerdo en que la mujer recurriera al aborto, y en los dos últimos más del 60 por ciento. La proporción que está de acuerdo en caso de violación es también bastante alta 60.1 por ciento, disminuye de manera importante cuando el caso que se expone es la falta de recursos económicos, 32.8 por ciento, y, de manera bastante importante, cuando el caso se refiere a la falta de pareja, 18.6 por ciento y 11 por ciento para los casos de que el hombre no quiera casarse con ella o de que no tenga pareja, respectivamente (cuadro 3.28).

¹¹ De manera impersonal quiere decir que la pregunta nunca se refiere a la mujer que se entrevista o a la pareja del hombre que se entrevista. Por ejemplo: "Si una mujer que ha sido violada quisiera abortar, ¿estaría usted de acuerdo con ella?"

Cuadro 3.28
Proporción de hombres que están de acuerdo con el aborto
en diferentes circunstancias según características sociodemográficas, 1989.

PREGUNTAS*	Edad		Paridad		Escolaridad		Ha tenido algún hijo nacido vivo o mortinato		Ha tenido algún aborto		Colonia			Total
	Menos 30 años	30 años o más	0-2	3 y más	Prim. Incompleta	Prim. completa	Si	No	Si.	No	Portales	Sta. Maria	Ecatepec	
Si una mujer que ha sido violada quisiera abortar, ¿estaría de acuerdo con ella?	59.0	61.3	62.3	53.1	20.7	63.8	50.0	61.3	60.4	60.0	71.4	75.4	45.2	60.1
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando la vida de la madre está en peligro?	65.2	76.3	69.3	74.1	44.8	72.8	73.7	70.0	79.2	69.0	69.1	74.6	67.5	70.4
Si una mujer que no tiene los recursos económicos para mantener a sus hijos, quisiera abortar ¿estaría usted de acuerdo con ella?	30.9	35.0	33.9	29.6	20.7	34.0	23.7	34.0	37.5	32.1	40.5	44.6	21.7	32.8
Si una mujer embarazada quisiera abortar por que no tiene pareja ¿estaría usted de acuerdo con ella?	8.4	13.8	10.1	13.6	6.9	11.3	7.9	11.3	14.6	10.3	14.3	14.6	7.2	11.0
Cree usted que la mujer debe tener el derecho de decidir si quiere abortar o continuar con el embarazo?	64.6	66.9	66.9	61.7	55.2	66.7	60.5	66.3	66.7	56.2	57.1	73.8	61.4	65.7
¿Estaría de acuerdo en que se realice el aborto cuando se sabe que el niño puede nacer con algún defecto físico o mental?	53.4	68.7	60.3	61.7	37.9	62.8	60.5	60.7	66.7	59.7	69.1	70.0	51.2	60.6
Si una mujer se embaraza de un hombre que no quiere casarse con ella y quisiera abortar ¿estaría usted de acuerdo con ella?	15.2	22.5	18.7	18.5	13.8	19.1	13.2	19.3	29.2	16.9	19.1	25.4	13.2	18.6

* Preguntas textuales tal y como se formularon en el cuestionario

La opinión de la mujer (cuadro 3.29) es bastante coincidente con la del hombre, sólo que en este caso la proporción más alta se refiere al derecho de la mujer a decidir sobre la continuación de un embarazo; asimismo, la mujer antepone el hecho de que un niño pueda tener defectos congénitos al que su vida corra riesgos, como razones para abortar. El indicador en las dos primeras categorías es de casi el 70 por ciento y en la tercera del 63.3 por ciento. El orden en el que se acepta el resto de las circunstancias coincide con la actitud de los hombres: el 55.6 por ciento de las mujeres aceptan el aborto en caso de violación, el 26.1 por ciento cuando faltan recursos económicos y el 11.4 por ciento y 9.0 por ciento cuando la pareja no se quiere casar o no se tiene pareja (en un sentido más amplio de lo que es una pareja), respectivamente.

En general se puede observar una opinión ligeramente más abierta en torno al problema del aborto en el grupo de varones que en el de mujeres, aunque las diferencias no son realmente de una magnitud importante (la proporción promedio de aceptación de las diferentes circunstancias es de 45.6 en hombres y 43.4 en mujeres).

Cuadro 3.29
Proporción de mujeres que están de acuerdo con el aborto
en diferentes circunstancias según características sociodemográficas, 1989.

PREGUNTAS*	Edad		Paridad		Escolaridad		Ha tenido algún hijo nacido vivo o mortinato		Ha tenido algún aborto		Colonia			Total
	Menos 30 años	30 años o más	0-2	3 y más	Prim. Incompleta	Prim. completa	Si	No	Si.	No	Portales	Sta. María	Ecatepec	
Si una mujer que ha sido violada quisiera abortar, ¿estaría de acuerdo con ella?	55.2	56.1	52.8	40.7	13.2	62.4	27.7	59.5	47.8	57.2	72.1	74.7	37.0	55.6
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando la vida de la madre está en peligro?	52.8	64.5	67.0	58.7	47.1	66.3	51.1	65.4	68.7	62.6	69.8	66.0	60.4	63.6
Si una mujer que no tiene los recursos económicos para mantener a sus hijos, quisiera abortar ¿estaría usted de acuerdo con ella?	23.0	29.0	28.3	22.0	13.2	28.3	14.9	27.8	25.4	26.4	32.0	30.0	21.9	26.2
Si una mujer embarazada quisiera abortar por que no tiene pareja ¿estaría usted de acuerdo con ella?	6.1	12.2	9.3	8.7	7.6	9.3	4.3	7.8	13.4	8.2	11.6	12.0	6.2	9.1
Cree usted que la mujer debe tener el derecho de decidir si quiere abortar o continuar con el embarazo?	73.0	66.1	76.4	55.9	45.3	73.5	59.6	71.0	87.6	70.1	72.1	79.3	61.5	69.6
¿Estaría de acuerdo en que se realice el aborto cuando se sabe que el niño puede nacer con algún defecto físico o mental?	67.4	69.8	71.1	62.2	49.1	71.7	53.2	70.7	67.2	68.9	79.1	76.7	59.9	68.6
Si una mujer se embaraza de un hombre que no quiere casarse con ella y quisiera abortar ¿estaría usted de acuerdo con ella?	7.6	15.3	12.0	10.2	3.8	12.6	4.3	12.4	11.9	11.3	14.0	15.3	7.8	11.4

* Preguntas textuales tal y como se formularon en el cuestionario

Al elaborar esta sección del cuestionario, la pregunta que se pensó pondría al entrevistador en una situación de mayor liberalidad es la de: ¿Cree usted que la mujer debe tener el derecho de decidir si quiere abortar o continuar con el embarazo?, ya que, a diferencia del resto de situaciones que se plantean, ésta no pone restricciones (o condiciones) específicas para la decisión de terminar un embarazo. Sin embargo, como ya se vio, es la situación a la que más hombres y mujeres dieron una respuesta favorable, 69.5 por ciento en mujeres y 65.7 por ciento en hombres. Existen dudas en cuanto al sentido de este resultado; en principio se podría pensar que esta es la pregunta donde las personas se pronuncian hacia una liberalización o despenalización del aborto de nuestras leyes vigentes (ya que en las otras se plantean circunstancias muy específicas). Sin embargo, también habría que considerar que al dar una respuesta afirmativa a esta pregunta, la persona no está manifestando que está de acuerdo con el aborto inducido.

En una encuesta realizada en el año de 1988 por la Dirección General de Planificación Familiar (SSA, 1990) en población masculina obrera, se indagó también sobre algunas opiniones en relación al aborto. En ella se encontró que la mayor parte de los entrevistados no estaban de acuerdo con que

la mujer abortara cuando su pareja no quería casarse con ella. En ese momento, se planteó la existencia de una actitud machista subyacente a esta declaración. Los datos obtenidos en la Encuesta sobre Salud Reproductiva parecen contradecir esta hipótesis, ya que un alto porcentaje de las mujeres se pronuncian en contra del aborto en estas circunstancias, inclusive en niveles mayores a los varones. Esta situación merecería medirse con mayor profundidad en estudios posteriores, pues se relaciona con la concepción de la pareja y de su función a la procreación de los hijos. Existen también estudios que muestran que en ciertos estratos de nuestra población existe un gran apoyo familiar y social a la madre soltera, sobre todo cuando ella es muy joven.

En los cuadros 3.28 y 3.29, se controlaron algunas variables sociodemográficas, para observar su efecto sobre la opinión de la población estudiada acerca del aborto.

Se consideraron dos grupos de edad: menores de 30 años y personas de 30 años y más. El efecto de esta variable no parece ser tan importante, aunque sí se observa consistentemente una actitud más positiva tanto en hombres como en mujeres; en el grupo de mayor edad, con una sola excepción, el 73.0 por ciento de las mujeres más jóvenes están de acuerdo en que el aborto es un derecho de la mujer contra un 66.1 por ciento de las que tienen 30 años o más.

La paridad tampoco parece ejercer una influencia muy importante, aunque el grupo de mujeres con menos de tres hijos sí, está en mayor medida, de acuerdo con el aborto en las diferentes circunstancias que se mencionan que las de más alta paridad. Este hecho quizás está relacionado con ideales reproductivos hacia familias de menor tamaño, que también implican una mayor aceptación de este medio de regulación de la fecundidad. Otro aspecto importante de mencionar es que las mujeres que han experimentado el fallecimiento de alguno de sus hijos, o una muerte fetal tardía, aceptan en menor medida el aborto que las que no han tenido esta experiencia. Las diferencias son importantes. En el caso de los hombres la influencia de esta variable no es clara y los diferenciales son poco importantes.

El análisis de las dos últimas variables sugiere que la experiencia reproductiva pasada tiene un mayor efecto en la mujer que en el hombre, y que ello se refleja en sus actitudes hacia este medio de regulación de la fecundidad.

En este mismo ámbito, sin embargo, no se observan diferencias entre las opiniones de las mujeres que han tenido un aborto y las que no lo han tenido, y sólo en algunas circunstancias se dan para los varones. Quizás el hecho de que se están mezclando experiencias de aborto espontáneo y de aborto inducido explique este resultado. El aborto espontáneo es un componente de la mortalidad intrauterina de naturaleza involuntaria, mientras que el inducido es el medio más deliberado de regulación de la fecundidad. Las variables que se asocian a estos eventos deben, por tanto, ser de muy diferente naturaleza.

La escolaridad, como siempre que se estudian fenómenos demográficos, es la variable que produce los diferenciales más grandes, en el sentido de producir actitudes más liberales hacia el aborto conforme ésta aumenta. No se observa ninguna excepción en relación a las circunstancias que se analizan, ni al sexo del entrevistado. Lo que sí se observa es que la influencia es más marcada en el grupo de mujeres que en el de hombres; la suma de las diferencias es de 145 en las mujeres y de 131 en los varones.

Por último, en relación con el estrato de residencia de las personas, no se observan diferencias importantes entre el primero y segundo, aunque sí existe un diferencial muy importante entre estos dos y el tercero, es decir, el de la población de nivel socioeconómico más bajo que reside en las dos colonias que ya fueron mencionadas, ubicadas en el municipio de Ecatepec. En este último las proporciones que opinan a favor del aborto son considerablemente más bajas, resultado consistente con el comportamiento real de esta población antes comentado.

Se creó una escala de tres puntos basadas en el número total de respuestas afirmativas, negativas y neutrales, para determinar la intensidad con lo cual los entrevistados apoyaron o se opusieron al aborto. Los entrevistados que estuvieron o no de acuerdo con cuatro o más declaraciones fueron codificados, respectivamente, con una actitud favorable o desfavorable ante el aborto. Los que dieron cuatro o más respuestas neutrales, o aquellos con igual número de respuestas afirmativas y negativas, se codificaron con una actitud neutral ante el aborto.

En el cuadro 3.30 se presentan los resultados del análisis de la escala de actitudes, desglosadas de acuerdo con las variables sociodemográficas y de salud reproductiva. Ambas muestras manifestaron, en general, actitudes poco favorables ante el aborto, aunque aproximadamente el 95 por ciento de los hombres y de las mujeres entrevistados estuvo de acuerdo, al menos en una instancia, con la decisión de la mujer a abortar. En los grupos de mujeres, la escolaridad se asoció positivamente, y la paridad, se asoció negativamente con la actitud favorable al aborto. Las respuestas aprobatorias alcanzaron el 41.9 por ciento en el grupo de mujeres de baja paridad y el 53.1 por ciento en el grupo de hombres con alguna compañera con experiencia de aborto. Las respuestas desfavorables más elevadas fueron del 83 por ciento en las mujeres y de 79.3 por ciento en los hombres que no habían terminado la escuela primaria.

Cuadro 3.30
Actitudes ante el aborto según, sexo, escolaridad y aborto, 1989.

	Características socioeconómicas	Hombres			Mujeres		
		Favorable	Neutral	Desfavorable	Favorable	Neutral	Desfavorable
Edad	<30	35.0	5.1	59.9	33.7	4.5	61.8
	30 o más	39.5	6.3	54.2	12.2	66.1	69.8
Escolaridad	Primaria incompleta o menos	15.1	1.9	83.0	20.7	0.0	79.3
	Primaria completa o más	40.7	6.3	53.0	42.4	4.6	53.1
Ha tenido algún aborto	Sí	34.8	4.3	60.9	53.1	2.0	44.9
	No	37.7	6.0	56.3	38.2	4.5	57.3
Total		37.2	5.7	57.1	40.5	4.2	55.3

Fuente. Núñez, Shrader y Benson, 1994.

Los resultados de la escala presentan una faceta complementaria al asunto de las opiniones sobre el aborto. Más notable es el hecho de que la mayoría de los entrevistados expresó una opinión definitiva, favorable o desfavorable, sobre el tema: menos del 7 por ciento de cualquier grupo fue neutral en su opinión sobre el aborto. Este hallazgo refleja la observación de que el aborto es un asunto bio-ético sobre el cual la gente tiene opiniones marcadas. Por otro lado, pocos entrevistados fueron categóricos en su aprobación o desaprobación del aborto: menos de 5 por ciento estuvo de acuerdo o no en la misma forma para las siete declaraciones. Esto refleja una tendencia de la gente a considerar el contexto de la situación para la decisión sobre el aborto, en lugar de condenarlo, o aprobarlo en todos los casos. Este planteamiento del problema, según la situación, quizá explique

por que la mayoría de los hombres y mujeres entrevistados pareció estar contra el aborto, mientras que las declaraciones individuales recibieron altos niveles de aprobación.

3.5.2 Actitudes en la Encuesta de Salud Reproductiva, 1991

3.5.2.1 Resultados de las sesiones de los grupos focales

De las 16 mujeres entrevistadas en las dos sesiones, Portales y Ecatepec, siete afirmaron haber tenido retrasos menstruales y cuatro de ellas tuvieron por lo menos un aborto espontáneo. Tres de las asistentes a las sesiones declararon que intentaron abortar sin éxito.

En términos generales, puede decirse que existen deficiencias en esta población en cuanto al conocimiento de ciertos aspectos biológicos relacionados con la reproducción. Existen graves dificultades para ubicar el periodo fértil dentro del ciclo menstrual, así como para identificar la presencia de un embarazo cuando sólo ocurre un retraso en la menstruación. Adicionalmente, también es frecuente el que no se pueda diferenciar entre un sangrado abundante y un aborto espontáneo.

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es bastante extendido en la población que reside en la Ciudad de México, aunque la declaración de fallas en su uso no fue poco frecuente. Estas observaciones tienen varias implicaciones: por un lado, se prevé que en estas poblaciones se encontraría una mayor incidencia de embarazos no deseados, dado el conocimiento erróneo o poco preciso de cómo ocurre la reproducción y el escaso o mal uso de métodos anticonceptivos y por el otro ante la dificultad para saber reconocer la presencia de un embarazo, la mujer puede haber dejado pasar mucho tiempo cuando toma la decisión de abortar, exponiendo a mayores riesgos su salud.

Este resultado tiene también implicaciones metodológicas, y explica, en parte, la subestimación en la incidencia del aborto inducido cuando éste se capta a través de encuestas en hogares, ya que algunas mujeres se encuentran confusas en cuanto haber tenido un aborto o no, e incluso en cuanto haber tenido un embarazo o no.

La palabra aborto generalmente hace referencia al aborto provocado en estas poblaciones. Los términos "legrado" y "raspa" también se usan como sinónimos de aborto inducido. En cuanto a este punto, es importante mencionar que estos últimos no fueron utilizados por la mayoría de los integrantes de los grupos.

Un aspecto sumamente interesante, para el estudio del aborto inducido, es la relación entre el tiempo de embarazo y la consideración del producto como un ser humano. Existe una estrecha relación entre el tiempo de gestación y la utilización del concepto de aborto. Al parecer, la pérdida de un embarazo de pocas semanas de gestación no se relaciona en todos los casos con haber abortado; es alrededor de los tres meses de gestación que se considera al producto como ser humano y la interrupción y la interrupción del embarazo como un aborto.

Existe, en general, un amplio conocimiento de técnicas para provocar un aborto inducido, así como de personas y lugares donde se puede realizar. En lo que respecta al personal que puede practicar un aborto, se habló de médicos, ginecólogos, parteras, hierberas y curanderas; en el grupo de Ecatepec se mencionó el término "rinconeras", lo que parece reflejar la valoración o la representación social de la práctica del aborto como algo que debe ser ocultado, "arrinconado". Se mencionó que se puede tener un aborto en clínicas, hospitales y consultorios privados.

Algunas de las causas que se mencionaron para que una mujer recurra al aborto fueron la falta de información sobre metodología anticonceptiva, la falta de orientación y de educación sexual y la falta de responsabilidad, en el sentido de no prever las consecuencias del acto sexual.

Un aspecto que llama la atención es la relación entre el tiempo del embarazo y el monto de culpa asociado a la práctica del aborto; a menor tiempo de embarazo corresponde un menor sentimiento de culpa. Existe también una estrecha relación entre las técnicas utilizadas para abortar y los sentimientos de culpa. Las técnicas quirúrgicas involucran un grado mayor de culpabilidad que otro tipo de procedimientos, posiblemente debido a que éstas requieren un mayor grado de reflexión. En los grupos aparecieron también temores asociados a la intervención quirúrgica y se mencionó que es riesgosa para la salud.

Las técnicas abortivas a que se recurre depende de el tiempo de embarazo y de los recursos con que se cuente; pero también dependen del grado de negación del embarazo y de la culpa que experimente la mujer frente al aborto provocado.

Al parecer los intentos frustrados de aborto tienen una frecuencia importante; en los dos grupos se declaró haber intentado abortar sin éxito, lo cual ocasiona un gran sentimiento de preocupación o de culpa de la mujer. Estos temores se asocian a la posibilidad de que el niño pueda nacer con una malformación como castigo o como consecuencia de las medidas adoptadas para intentar abortar.

Pero existe una relación compleja entre la culpa asociada al ejercicio de la sexualidad y las acciones que se toman para evitar un embarazo. De manera hipotética, parecería que mientras mayor sea la culpa asociada a la práctica sexual menores son las acciones que se toman para evitar e interrumpir un embarazo; este se percibe como una especie de castigo por haber tenido relaciones sexuales, principalmente cuando éstas ocurren fuera del matrimonio. De igual manera, los sentimientos de culpa influyen cuando se decide interrumpir el embarazo; en estos casos el pago de la culpa es un aborto que se practica en condiciones poco favorables, y que implican un alto grado de riesgo a la salud. La capacidad de planear un aborto en condiciones favorables parece estar relacionada con un cierto grado de elaboración de la culpa por el ejercicio sexual y por el hecho de evitar que un embarazo llegue a su término.

Este aspecto es importante, pues a través de estudios de naturaleza cualitativa se ha observado que este grupo aprueba el aborto cuando el embarazo es producto de una falla del método anticonceptivo o cuando la mujer es demasiado joven para prever plenamente las consecuencias de sus actos. Otro elemento que apareció como atenuante fue las perspectivas de vida que tenga la mujer, por ejemplo, cuando la persona está estudiando o quiere terminar una carrera. Este argumento se observó de manera más notoria, en el grupo de Portales que en el de Ecatepec.

Se observó a mayor nivel socioeconómico y mayor escolaridad corresponde un mayor grado de acuerdo con el aborto en las distintas circunstancias. En el grupo de la colonia Portales, en donde la escolaridad y el nivel socioeconómico es más elevado, se observó un mayor grado de acuerdo con el aborto que en el grupo de Ecatepec.

Se mencionó que la decisión de abortar o continuar con el embarazo debe ser tomada básicamente por la mujer, en este sentido, el estado civil y el hecho de que la mujer tenga o no pareja no se perciben como razones de peso para abortar. Así mismo, se mencionó que el aborto se practica aún cuando no se esté de acuerdo con su práctica, es decir, las mujeres de los grupos declararon conocer algunas personas que manifiestan estar en contra del aborto y sin embargo saben que éstas han recurrido a la práctica del mismo en alguna ocasión.

En relación a los aspectos religiosos se mencionó la posible esterilidad después de un aborto como un "castigo divino" por haber abortado. Es interesante hacer notar que el aborto no se enmarcó dentro de un contexto de pecado o "maldad". Sólo una de las mujeres de los grupos declaró que debido a su religión (católica) se encontraba en contra del aborto por considerar que el producto es un ser "espiritual" desde su concepción.

La posible legalización del aborto se asocia a un mayor índice de abortos, es decir, parece existir la idea de que una mayor tolerancia o aceptación del aborto daría lugar a su incremento.

Uno de los aspectos más interesantes de la Encuesta sobre Salud Reproductiva, 1991, fue la integración de técnicas cualitativas y cuantitativas para explorar algunos elementos socio-culturales del aborto inducido, como son: el concepto de aborto, el conocimiento, las opiniones y actitudes de la población con respecto al tema.

Dentro de esta encuesta, la técnica de grupos focales constituyó un estudio exploratorio del cual surgió la mayor parte de las preguntas de opinión que se formularon en el cuestionario individual para la muestra 1.

La información generada en grupos focales fue uno de los ejes que guiaron la recopilación de la información cuantitativa; sin embargo, es pertinente hacer un énfasis en la necesidad de desarrollar un marco teórico para la interpretación de los resultados de las sesiones grupales.

3.5.2.2 Resultados de la encuesta en hogares

La medición de las actitudes de la población hacia el aborto inducido constituyó uno de los objetivos centrales del estudio, motivo por el cual se cuenta con amplia información al respecto.

Las opiniones de la población se midieron en relación a las circunstancias que con mayor frecuencia se relacionan con la interrupción de un embarazo, algunas de las cuales están incluso despenalizadas en nuestras leyes: cuando el embarazo es resultado de una violación, cuando corre peligro la vida de la madre o cuando el niño puede nacer con algún defecto físico o mental. Otras se relacionan con la situación socioeconómica de la mujer: falta de recursos económicos, ausencia de pareja o limitación en el desarrollo de otras metas en la vida.

Se supuso -como hipótesis- que existirá un grado alto de acuerdo con la interrupción de un embarazo que ocurrió por falla de un método anticonceptivo. Finalmente se indagó el grado de acuerdo o desacuerdo de las mujeres con el aborto en situaciones más generales o extremas: cuando no se desea el embarazo y su aprobación en toda o ninguna circunstancia.

En el cuestionario individual de la muestra 1 se diseñó una sección de 38 preguntas que indagan acerca de las actitudes de la población y de algunos otros aspectos en relación con estas actitudes. En la encuesta se presentaron a la mujer quince circunstancias, y se le pidió que manifestara su acuerdo o desacuerdo con el aborto en cada una de ellas; se incluyó también cinco reactivos que indagan la opinión de la mujer con respecto a la despenalización del aborto en toda circunstancia. De igual manera, se indagaron algunas actitudes, respecto del aborto, del esposo o compañero de la mujer (en caso de que se encontrara unida al momento de la entrevista), por medio de la manera en que ésta percibe dichas actitudes.

La información generada por la encuesta permite también conocer la exposición al tema del aborto. Las circunstancias que explora el cuestionario pueden dividirse en:

1. Circunstancias relacionadas con la vida o salud de la madre o del hijo
2. Circunstancias que implican violencia en el acto sexual donde se originó el embarazo
3. Circunstancias relacionadas con la situación socioeconómica o el bienestar de la madre o de la pareja
4. Razones de falla del método anticonceptivo

1) Circunstancias en que se obtuvo el mayor grado de acuerdo con el aborto: En términos generales, puede apreciarse un mayor grado de acuerdo cuando las razones del aborto están más estrechamente relacionadas con la salud de la madre o del producto; éstas son, en orden de mayor a menor acuerdo: cuando la mujer sufre una enfermedad infecciosa como el SIDA (86.9 por ciento); cuando la madre sufre un grado severo de alcoholismo (76.1 por ciento); cuando el niño puede nacer con algún defecto físico o mental (72.2 por ciento); cuando la vida de la madre corre peligro a causa del embarazo (70.0 por ciento). Otra circunstancia que obtuvo un alto grado de acuerdo fue cuando la mujer ha sido violada 69.5 por ciento (cuadro 3.31).

CUADRO 3.31

Porcentaje de mujeres que está de acuerdo con el aborto provocado en diferentes circunstancias según variables socio-demográficas, 1991.

Preguntas*	Total	Condición de uso		Escolaridad		Edad		Paridad		Colonias			Religiosidad		
		Usa	No usa	Menos secund	Secund Y más	Menos 30 años	30 años o más	0-2	3 y más	Portales	Sta Ma	Ecatepec	Frecuente	Regular	Escasa
Si una mujer que sufre de alguna enfermedad infecciosa como el SIDA, quisiera abortar (para no transmitírsela al hijo), ¿Usted estaría de acuerdo?	86.9	82.3	86.6	75.2	92.3	8.93	84.0	87.7	84.8	90.7	87.9	82.1	83.7	86.2	92.4
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando la madre sufre de un grado severo de alcoholismo?	76.1	72.0	78.3	66.6	80.4	75.7	76.6	77.7	71.9	83.9	74.4	71.9	71.1	72.8	86.2
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando se sabe que el niño puede nacer con algún defecto físico o mental?	73.2	74.8	76.5	62.7b	78.1	69.6	77.7	73.3	72.9	80.5	77.6	60.2	63.7	79.6	83.3
Si la vida de la madre corre peligro a causa del embarazo ¿estaría de acuerdo en que se realice un aborto?	70.0	62.4	68.9	58.1	75.3	74.0	65.1	71.3	66.3	75.4	70.1	65.0	64.1	70.8	78.4
Si una mujer que ha sido violada quisiera abortar, ¿usted estaría de acuerdo?	69.5	61.5	64.1	52.3	77.4	70.6	68.1	71.5	63.8	83.1	74.1	50.5	64.4	68.0	78.4
Si el embarazo es producto de un incesto (relación entre parientes cercanos), ¿ estaría usted de acuerdo en que se practique un aborto?	59.2	55.4	59.2	49.6	36.6	56.2	52.9	59.8	57.7	6.2	64.1	46.4	53.6	60.1	67.4
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando el padre sufre de un grado severo de alcoholismo?	57.0	52.4	58.2	48.3	61.0	54.5	60.0	58.6	52.5	58.5	56.0	57.1	50.4	57.2	67.0
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando el embarazo no es deseado?	33.0	24.8	27.2	22.5	37.8	38.1	26.7	36.7	23.0	35.6	39.3	20.9	25.9	30.1	46.1
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando no se tienen los recursos económicos para mantener al hijo?	26.4	19.4	24.4	18.5	29.9	28.4	24.9	29.1	18.9	30.0	27.4	21.9	21.5	19.4	38.9
Si una mujer que quedó embarazada de un hombre al que no ama y no conoce lo suficiente, quisiera abortar ¿estaría usted de acuerdo?	23.2	17.1	16.7	19.8	24.8	22.2	24.6	25.9	16.2	23.7	26.5	17.9	18.2	25.5	29.6
¿Estaría de acuerdo en que se realice un aborto cuando la mujer aún no se siente responsable o madura para tener un hijo?	22.9	14.9	17.6	17.1	25.6	26.2	19.0	26.2	14.0	26.3	25.3	15.8	18.9	19.3	31.9
Si usted tuviera una hija menor de edad, que estuviera embarazada, y no quisiera tener hijos aún, ¿estaría usted de acuerdo en que se practicara un aborto?	17.4	14.2	11.2	8.8	21.4	16.4	18.7	19.2	12.8	19.5	19.7	12.2	13.7	13.0	26.5
Si una mujer que quedó embarazada por que le falló el método anticonceptivo que estaba usando, quisiera abortar, ¿usted estaría de acuerdo?	14.5	9.4	16.6	12.6	15.4	14.7	14.3	16.2	9.9	16.1	15.4	11.7	12.4	11.5	19.8
Si una joven decidiera abortar porque quiere terminar sus estudios antes de ser madre ¿Usted estaría de acuerdo?	13.8	9.2	14.8	12.4	14.4	12.1	15.8	15.2	10.0	13.6	15.4	12.8	10.0	10.3	22.1
Si una mujer que no tiene pareja quisiera abortar por que su hijo no va a tener padre, ¿usted estaría de acuerdo?	7.1	4.7	7.4	5.7	7.8	7.5	6.7	8.1	4.4	10.2	7.7	3.6	4.4	6.2	12.0

* Preguntas textuales tal y como se formularon en el cuestionario

El alto grado de acuerdo, cuando la madre sufre una enfermedad infecciosa como el SIDA, muy probablemente se encuentra influido por las campañas informativas sobre este padecimiento. Se antepone el acuerdo ante la posibilidad de que el niño pueda nacer con algún defecto físico o mental, al acuerdo en las circunstancias directamente relacionadas con la vida o la integridad personal de la mujer.

2) Circunstancias en que se obtuvo el menor grado de acuerdo con el aborto: En el cuadro 3.31 se puede observar que las cinco circunstancias en las cuales la población manifestó un menor acuerdo con el aborto fueron: cuando la mujer no tiene pareja y por lo tanto su hijo no va a tener padre (7.1 por ciento); cuando una joven quiere abortar porque quiere terminar sus estudios antes de ser madre (13.8 por ciento); cuando una mujer quedó embarazada porque le falló el método anticonceptivo que usaba (14.5 por ciento); si una hija suya menor de edad se embarazara y no quisiera tener hijos aún (17.4 por ciento), y cuando la mujer aún no se siente responsable o madura para tener un hijo (22.9 por ciento).

Como puede apreciarse, las razones que se refieren al bienestar emocional de la mujer, o que hacen referencia al deseo de desarrollo personal, parecen tener menos peso para el acuerdo con la interrupción del embarazo.

Las razones que se refieren al deseo de seguir estudiando y a no sentirse madura para la maternidad, se incluyeron en el cuestionario a partir de la experiencia con grupos focales, en los que aparecieron como razones por considerar para el acuerdo con el aborto inducido. Si se comparan los resultados de grupos focales con los de la encuesta, en cuanto a estas preguntas, podría pensarse que las razones anteriores requieren de un proceso previo de análisis por parte de la mujer para elevar los niveles de acuerdo con el aborto inducido en estas circunstancias. En grupos focales, la primera reacción fue de desacuerdo ante estas preguntas; sin embargo, después de un proceso de discusión grupal, gran parte de las mujeres, que inicialmente se manifestaron en contra, cambiaron de opinión, sobre todo cuando se planteó la posibilidad, de manera personal, para una hija de la mujer entrevistada.

Llama la atención el hecho de que el menor porcentaje de acuerdo con el aborto, se observe en el caso de que la mujer no tenga pareja y de que el hijo no vaya a tener padre. Esta respuesta puede reflejar la valoración de la figura paterna en nuestra sociedad; quizá se deba a que en los hogares mexicanos existe un elevado porcentaje de mujeres que son jefes de hogar, debido a la ausencia del padre y a la red de apoyo familiar que tiene la madre soltera o sin pareja en México.

La figura paterna se vive como algo lejano o ausente, en contraste con un fuerte vínculo madre-hijo y una sobrevaloración de la figura materna. Se valora tres veces más el que la mujer no se sienta madura para la maternidad, que el hecho de que el hijo no vaya a tener padre, lo cual parece reflejar la importancia que se atribuye al papel de la madre en comparación con el del padre.

El hecho de que la mujer no esté legalmente unida, al momento del embarazo, es un atenuante ante la ley para disminuir la sanción hacia este delito y, curiosamente, es la circunstancia en la que la mayor parte de la población se encuentra en desacuerdo con el aborto.

La circunstancia de falla del método anticonceptivo, pese a ser una de las de menor acuerdo, parece ser un aspecto estrechamente relacionado con la práctica del aborto inducido. Existen algunas evidencias que hacen pensar que ciertos prestadores de servicios (médicos, enfermeras, auxiliares de comunidad, etc.) proporcionan ayuda a la mujer, para interrumpir el embarazo en caso de falla de método anticonceptivo, sobre todo cuando fueron éstos la fuente de obtención para la mujer.

3) Circunstancias intermedias de acuerdo con el aborto: Las situaciones en donde se observa una actitud intermedia de acuerdo con el aborto son: cuando no se tienen los recursos económicos para mantener al niño (24.4 por ciento), y cuando el embarazo no es deseado (33 por ciento). El que una tercera parte de la población se encuentre de acuerdo con esta última categoría es interesante, podría interpretarse como una actitud bastante liberal con respecto al aborto inducido, ya que no alude a ninguna razón específica que explique o justifique por qué el embarazo no es deseado (cuadro 3.31).

4) Circunstancias relacionadas con la despenalización del aborto en México: Otro grupo de reactivos que se incluyeron en el cuestionario, se refieren al acuerdo con la despenalización del aborto en nuestro país (cuadro 3.32). De acuerdo a los datos, se puede afirmar que es muy difícil aprobar o desaprobar el aborto en cualquier circunstancia; el porcentaje que se manifiesta en total acuerdo con la prohibición de éste (24.4 por ciento) es más elevado que el que se manifiesta totalmente a favor de que se permita (10.9 por ciento). Es interesante que el 70 por ciento de la población se manifieste en desacuerdo con el hecho de que la iglesia prohíba el aborto en todos los casos, sobre todo considerando el fuerte arraigo del catolicismo en México.

El 43.8 por ciento de las mujeres manifestaron estar de acuerdo con la despenalización del aborto en nuestro país, a diferencia de un 37.9 por ciento que manifestó su acuerdo para el caso de la despenalización en el Estado de Chiapas. Lo anterior resulta un poco difícil de explicar, podría esperarse que las personas que declararon estar de acuerdo con la despenalización del aborto para todo el país, den la misma respuesta para el caso de Chiapas. Posiblemente los mensajes transmitidos por los medios masivos de comunicación en la coyuntura de los cambios legislativos en ese estado, influyeron en las opiniones de la población.

Cuadro 3.32

Porcentaje de mujeres que está de acuerdo en circunstancias generales con el aborto por características socioeconómicas, 1991.

Pregunta*	Total	Condición de uso*		Escolaridad		Edad		Paridad		Colonias			Religiosidad		
		Usa	No usa	Menos secund	Secund y más	Menos 30 años	30 años o más	0-2	3 y más	Portales	Sta Ma.	Ecatepec	Frecuente	Regular	Escasa
¿Estaría usted a favor de que se permitiera legalmente el aborto en nuestro país?	43.8	41.6	40.6	25.2	52.3	42.0	45.9	46.2	37.7	53.4	49.6	26.5	32.9	45.2	59.8
En el estado de Chiapas se pretende permitir el aborto provocado ¿esta usted de acuerdo o en desacuerdo?	37.9	37.3	38.4	23.4	44.6	33.2	43.7	38.8	35.5	44.1	44.8	21.9	29.4	39.1	50.2
¿Está de acuerdo con que la Iglesia prohíba el aborto en todos los casos?	29.5	34.6	36.5	46.4	21.8	26.1	33.7	25.2	41.4	24.6	25.6	39.8	38.5	24.0	19.6
¿Cree que el aborto debería prohibirse en toda circunstancia?	24.4	27.8	23.7	39.9	17.3	22.4	26.8	22.2	30.1	22.0	18.0	36.2	27.8	21.7	20.8
¿Cree que el aborto debe permitirse en cualquier circunstancia?	10.9	10.1	8.8	8.2	12.2	10.2	11.8	12.2	7.4	15.3	10.3	8.2	7.1	9.3	18.0
¿Dejaría la amistad de una amiga si se enterará que tuvo un aborto provocado?	9.4	11.3	11.6	14.6	7.0	9.1	9.7	8.2	12.7	5.1	10.3	11.8	14.5	5.5	4.2

* Preguntas textuales tal y como se formularon en el cuestionario

En el análisis por cruce de variables se pueden apreciar cambios actitudinales muy interesantes de acuerdo a las características de la población. De las variables que se midieron en la encuesta se puede apreciar que las que ejercen mayor influencia en las actitudes de la población son la escolaridad, la paridad, la colonia de residencia y la práctica religiosa. La condición de uso y la edad, al parecer no ofrecen elementos tan claros como las anteriores que permitan identificar su influencia.

Escolaridad: En términos generales se observa que una mayor escolaridad siempre produce un mayor acuerdo con el aborto provocado. Las circunstancias en donde esta variable produce las mayores diferencias son cuando la mujer ha sido violada, cuando la vida de la madre corre peligro a causa del embarazo y cuando la mujer sufre una enfermedad infecciosa como el SIDA. Posiblemente, estas diferencias se expliquen por un mayor sentido de responsabilidad hacia las repercusiones emocionales de una violación en las mujeres más escolarizadas, tal vez éstas se encuentren más expuestas a las campañas informativas con respecto al SIDA (cuadro 3.31).

Un aspecto muy interesante a resaltar es la manera en que la escolaridad influye en un mayor acuerdo con el aborto inducido, en las situaciones relacionadas con el bienestar afectivo y socioeconómico, como en el caso de embarazo en una hija menor de edad; cuando la mujer no se siente responsable o madura para la maternidad, y también cuando no se tienen los recursos económicos para mantener al hijo.

Edad: La influencia de la edad en la aceptación del aborto provocado no es clara, en algunos casos se observan diferenciales aunque no siempre en el mismo sentido, es decir, no se puede concluir que exista una relación directa (positiva) o inversa (negativa) entre las dos categorías de esta variable. Sin embargo, se puede afirmar que algunas circunstancias específicas pueden influir en la opinión de las mujeres de acuerdo a su edad, por ejemplo, cuando el embarazo no es deseado o cuando la mujer no se siente responsable o madura para tener un hijo. En estos casos se observa un mayor nivel de aceptación en los grupos más jóvenes (Cuadro 3.31).

Paridad: Una menor paridad siempre produce niveles mayores de aceptación de este medio de regulación de la fecundidad, aunque los diferenciales nunca son tan grandes como los observados por escolaridad. Al parecer, estos diferenciales no se explican por la influencia de la edad, más bien parece que las mujeres de menor paridad tienen tamaños ideales de familia menores, y esto va apareado con una mayor aceptación del aborto. La paridad produce diferencias, sobre todo cuando el embarazo no es deseado, cuando la mujer aún no se siente responsable o madura para tener un hijo y cuando no se tienen los recursos económicos para mantener al niño.

Condición de uso: Esta variable no produce diferenciales significativos. Cuando los produce son pequeños y en el sentido de que el uso de anticonceptivos propicia una actitud menos liberal hacia el aborto (Cuadro 3.31).

Colonia: La colonia donde residen las mujeres produce diferenciales importantes, en ocasiones mayores que los observados para la escolaridad. Las mujeres entrevistadas en Portales tienen las actitudes más abiertas en torno al aborto; les siguen las mujeres de Sta. María la Ribera, y, por último, en Ecatepec se observan los índices de menor acuerdo con este fenómeno. Las diferencias siempre son más grandes entre Ecatepec y Sta. María, que entre esta última y la colonia Portales. En primera instancia, puede decirse que la delimitación del espacio geográfico ejerce su influencia, ya que sintetiza muchos elementos socioeconómicos, reflejando diferenciales significativas por colonia, incluso aún mayores a las que se muestran de acuerdo al nivel de instrucción.

Religión: Esta variable produce diferencias bastante significativas. En términos generales se observa que a mayor frecuencia de la práctica religiosa corresponde un menor acuerdo con el aborto inducido. Las mayores diferencias se observan entre la práctica religiosa frecuente y la práctica escasa. Estas diferencias son particularmente marcadas en las circunstancias en las que el aborto no está

directamente relacionado con razones de salud sino con causas económicas y sociales, éstas son: cuando no se tienen los recursos económicos para mantener al niño, cuando el embarazo no es deseado y cuando la mujer aún no se siente responsable o madura para tener un hijo.

Análisis con base en el número de respuestas en las cuales la mujer manifestó su acuerdo con el aborto inducido. Tomando como base el porcentaje de mujeres que manifestaron su acuerdo con el aborto inducido, en nueve de las quince circunstancias que se plantearon en el cuestionario¹² se llevó a cabo un análisis que agrupó a las mujeres en cinco categorías: 1) *totalmente favorable* las que estuvieron de acuerdo en las nueve circunstancias; 2) *favorable* las que estuvieron de acuerdo en 6, 7 y 8 casos; 3) *intermedia* las que en 4 y 5 circunstancias manifestaron su acuerdo; 4) *desfavorable* aquellas que dieron esta respuesta en 3, 2 y 1 circunstancias, y 5) *totalmente desfavorable* las que no estuvieron de acuerdo en ninguna circunstancia.

Estos cinco grupos se analizaron de acuerdo a cuatro variables: escolaridad, paridad, colonia y frecuencia de la práctica religiosa.

Con base en este ejercicio, los resultados se presentan en el cuadro 3.33, se puede apreciar que el mayor porcentaje de respuestas (38.2 por ciento) se ubica en la categoría intermedia (acuerdo en 4 y 5 circunstancias). Es muy difícil manifestar un total acuerdo con este medio de regulación de la fecundidad en todas las situaciones; sólo el 3.9 por ciento de la población se manifestó en este sentido. Pero tampoco es frecuente la opinión de un total desacuerdo (7.3 por ciento). El análisis de las categorías extremas es interesante, sobre todo porque es en éstas en donde se marca con más fuerza la influencia de las variables seleccionadas en las actitudes hacia el aborto inducido.

Cuadro 3.33
Porcentaje de mujeres de acuerdo al número de circunstancias en que dieron una respuesta afirmativa hacia el aborto inducido y según características socioeconómicas, 1991

Categoría	Escolaridad			Paridad		Colonia			Religiosidad		
	Total	Menos secund.	Secund. y más	0-2	3 y más	Portales	Sta. María	Ecatepec	Frecuente	Regular	Escasa
En todas	3.9	1.9	4.8	4.8	1.4	4.2	5.9	0.5	2.1	3.5	7.0
En 6, 7 y 8 circunstancias	17.5	11.4	20.3	19.8	11.4	22.9	16.9	13.8	11.4	16.14	28.0
En 4 y 5 circunstancias	38.2	34.1	40.0	36.1	43.8	43.2	41.5	28.6	38.3	37.9	38.1
En 3, 2 y 1 circunstancias	33.1	39.9	30.0	33.0	33.3	24.6	28.0	48.5	38.5	39.0	20.5
En ninguna circunstancia	7.3	12.8	4.8	10.2	10.2	5.1	7.6	8.7	9.7	3.4	6.4

¹² Estas nueve circunstancias fueron: 1) Cuando el niño puede nacer con algún defecto físico o mental; 2) Cuando no se tienen los recursos económicos para mantener al niño; 3) Cuando la vida de la madre corre peligro a causa del embarazo; 4) Cuando una mujer no tiene pareja y su hijo no va a tener padre; 5) Cuando una mujer ha sido violada; 6) Cuando el embarazo no es deseado; 7) Cuando la mujer sufre una enfermedad infecciosa como el SIDA; 8) Cuando una mujer quedó embarazada porque le falló el método anticonceptivo que usaba, y 9) Cuando la mujer aún no se siente responsable o madura para tener un hijo.

El 1.9 por ciento de las mujeres con menos de secundaria declaró estar completamente de acuerdo con el aborto, mientras que más del doble (4.8 por ciento) de las mujeres con secundaria y más dio este tipo de respuesta.

Atendiendo a la categoría de extremo desacuerdo, el 12.8 por ciento de las menos escolarizadas se ubica en este renglón, mientras que sólo un 4.8 por ciento de las mujeres con mayor escolaridad se ubican en esta categoría.

La paridad matiza, de manera significativa, las diferencias entre las categorías; se corrobora que a menor paridad mayor acuerdo con el aborto en las distintas situaciones. La categoría en la que esta variable no parece ser discriminativa es la que se denominó como desfavorable.

El análisis por colonia muestra que las actitudes más liberales se encuentran en la colonia Portales; sin embargo, Sta. María la Ribera muestra el porcentaje más alto en la categoría totalmente desfavorable. Jardines del Tepeyac (Ecatepec) continúa siendo la colonia más conservadora con respecto a sus actitudes hacia el aborto inducido.

Con respecto a la práctica religiosa, se observa una actitud consecuentemente más liberal conforme disminuye esta práctica, en las categorías que implican el más alto grado de acuerdo (de 6 a 9 circunstancias). Un dato interesante es que la categoría intermedia (acuerdo en 4 y 5 circunstancias) no parece presentar diferencias significativas por religiosidad. Es también en esta categoría en donde se observan los menores diferenciales en cuanto a la influencia de otras variables. Posiblemente se pueda decir que la actitud intermedia es la que se encuentra menos influida por las características sociodemográficas de la población.

Capítulo 4. Rutas al aborto: Un estudio de comunidad

El presente capítulo tiene como finalidad describir, la metodología y algunos resultados más significativos de una investigación realizada en una comunidad (semi-urbana) del estado de México, cercana a Toluca, capital del Estado, a una hora y media del Distrito federal. En esta investigación también participaron en su realización, Julia L.C. Declerque y Janie Benson de IPAS, Estela Ortiz y Mario Arceo de la Universidad Nacional Autónoma del Estado de México. En este estudio se utilizaron diferentes técnicas de selección de información, cuantitativa y cualitativa. Para determinar las actitudes y comportamiento respecto al aborto inducido de las mujeres de la localidad estudiada. El artículo que sirvió de base para desarrollar este capítulo fue el presentado en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México (Núñez *et. al.* 1995).

El proyecto fue diseñado para tratar de comprender los procesos, métodos y proveedores utilizados por una mujer cuando recurre a un aborto, para regular su fecundidad; así como para tener una idea más clara de cómo es percibido el aborto en las comunidades. Además, se pretendió ensayar técnicas alternativas para recolectar datos sobre un tema sensible, por su ilegalidad, como es el aborto.

De septiembre de 1990 a octubre de 1991 se realizó la investigación para determinar el conocimiento y la experiencia que las mujeres en la localidad estudiada tienen sobre la anticoncepción y el aborto. Para lo cual, se realizó una encuesta en hogares con un cuestionario semi-estructurado, para indagar las características socioeconómicas de las entrevistadas, conocimiento sobre la fisiología de la reproducción, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, antecedentes de fecundidad, información detallada sobre sus dos últimos abortos y conocimiento de personas que se han intentado bajar la menstruación o abortos provocados y proveedores de estos servicios. También se realizaron entrevistas individuales cualitativas de profundidad y seis sesiones de grupos focales, con el fin de indagar las percepciones de las mujeres sobre métodos anticonceptivos modernos, el embarazo y la diferencia entre "bajar la regla" y provocar un aborto.

4.1 Objetivo

El objetivo principal de la investigación, fue saber que hacen las mujeres cuando tienen un embarazo. Si recurren al aborto qué procedimientos realizan para obtenerlo. Además, de qué consideran como un aborto provocado.

En número de estudios llevados a cabo en América Latina se ha informado sobre la práctica común y aceptada de intentar provocar o "bajar la regla" retrasada. Algunos investigadores han observado que las mujeres no consideran que el tratar de bajar la menstruación retrasada es un intento de provocar un aborto. En una investigación realizada en la misma comunidad mexicana unos quince años (1975) antes del estudio, descrito en este capítulo Shedlin y Hollerbach¹ comentan que no es clara la distinción entre "inducir la menstruación" e "inducir un aborto", tanto en tiempo como en acción.

En el capítulo se describen y explican las actitudes y comportamientos de las mujeres del área de estudio. Se usó una combinación de técnicas de recolección de datos para entrevistar a las mujeres sobre su conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, y su familiaridad y uso de medios para bajar la regla o provocar un aborto.

¹ El estudio recopiló información de diferentes fuentes, la principal fue una investigación que incluye técnicas antropológicas, entrevistas abiertas intensivas aplicadas a prestadores de servicios y probabilísticas de 114 mujeres unidas en edad reproductiva. La segunda fuente fue un estudio de seguimiento en 16 mujeres sobre su percepción acerca de las alteraciones en el patrón menstrual, este estudio se llevó a cabo en 1976. Por último, se analizarán datos de 1080 mujeres unidas entre 15 y 44 años de un estudio realizado por la Secretaría de Salud en 1976. (citado en SSA, 1988b).

4.2. Metodología

4.2.1 Características de la comunidad

La comunidad tenía aproximadamente 43 000 habitantes en 1990, de los cuales cerca de 10 000 mil eran mujeres en edad fértil.

El clima es templado sub-húmedo, con temperatura media anual de 14.6 grados centígrados. Cuenta con agua potable el 65 por ciento de la población, en cuanto a la electrificación cuenta con este servicio un 80 por ciento; carecen de alumbrado público y sólo el 15 por ciento cuenta con drenaje con descargas de agua residual a cielo abierto.

La comunidad tiene 4 jardines de niños con 14 aulas, 9 primarias con 95 aulas, 1 secundaria con 19 aulas y un tecnológico (nivel secundaria) con 11 aulas. El porcentaje aproximado de analfabetas en mayores de 15 años es del 20 por ciento.

La comunidad tiene una casa de salud, que funciona 8 horas diarias, así como un centro de salud que trabaja las 24 horas; se encontraba otra construcción al momento de realizar el estudio. Estas unidades son atendidas por médicos pasantes en servicio social, cuentan con 7 promotoras de campo; además en la localidad existen 12 consultorios de médicos particulares y 6 empíricas.

La mayor parte de la población económicamente activa es predominantemente masculina y se dedica a la albañilería. Otro sector se dedica a la agricultura, y muy pocos al comercio y a la ganadería; dicha población depende principalmente de Toluca, capital del Estado de México, en lo que se refiere a fuentes de empleos, servicios de salud, educación media y superior, comercio y recreación.

4.2.2 Entrevistas cuantitativas

Se contrató a las promotoras de salud de la comunidad, para realizar los croquis de los barrios que conformaban la localidad y para que realizaran las entrevistas semi-estructuradas en los hogares y las mujeres en edad fértil, como se verá más adelante esto también causó ciertos problemas.

En los croquis elaborados se numeran consecutivamente, las casas de la comunidad, seleccionándose probabilísticamente, los hogares donde se realizaron las entrevistas; la muestra fue aproximadamente el 10 por ciento de las casas que había en la localidad. Se aplicaron 1232 cuestionarios de hogar. La denominación que se dio fue "Encuesta de Salud Materna", para evitar mencionar un tema sensitivo como lo es el aborto. El trabajo de campo de esta encuesta se realizó, en el año de 1990.

De estos hogares se seleccionaron a los que tenían mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Cuando había más de una mujer en el hogar con esta característica, se seleccionaba en forma aleatoria a una mujer para ser entrevistada. El total de mujeres entrevistadas fue de 1204.

Para el análisis y la selección de mujeres entrevistadas en las etapas posteriores a la investigación se clasificaron a las 1064 (88.4 por ciento de la muestra) mujeres alguna vez embarazadas, de la siguiente manera:

Aborto provocado. El número de mujeres que declaró haber tenido al menos un aborto provocado fueron sólo 19 de las 1064 que habían estado embarazadas. Es decir, sólo el 1.8 por ciento de la muestra analizada. Cabe mencionar que se les preguntaba por sus dos últimos abortos siempre y cuando éstos hubieran ocurrido de 1975 al momento de la entrevista (1990). De las 19 mujeres que habían tenido aborto provocado, dos mencionaron que sus dos últimos abortos habían sido provocados.

De lo mencionado se puede ver que existe una tendencia en las mujeres a **no** declarar sus abortos como provocados. Y a que las mujeres que practican esta forma de interrumpir los embarazos lo hacen en forma recurrente, ya que, aunque es una muestra pequeña, más del 10 por ciento lo ha realizado en sus dos últimos abortos.

Aborto espontáneo. La segunda categoría en la cual se dividió a las mujeres alguna vez embarazadas es en las que declararon aborto pero mencionándolo como espontáneo. El número de mujeres clasificadas en esta categoría fue de 178. Es decir, representa el 16.7 por ciento de la muestra analizada.

Intento de bajar menstruación. En la tercera categoría se incluyó a mujeres que nunca habían tenido un aborto. Pero en la entrevista se les preguntó si la última vez que se les retrasó su menstruación intentaron hacer algo para que se les bajara, el número de entrevistadas que respondieron afirmativamente fue de 89, es decir, el 8.4 por ciento.

Sólo embarazadas La cuarta categoría la forman las mujeres que no habían tenido abortos y que no intentaron bajarse la menstruación la última vez que se les retrasó. El número de mujeres que se clasificó en esta categoría fue de 778, es decir, el 73.1 por ciento de la muestra analizada.

4.2.3 Entrevistas grabadas

Las técnicas cuantitativas no siempre explican la intrincada interacción de factores que intervienen en un fenómeno tan complejo como el aborto, debido a tales factores no son fácilmente identificables mediante los cuestionarios estructurados con preguntas específicas. La interacción de los factores sociales, psicológicos, culturales y ambientales que influyen en toda toma de decisiones es increíblemente complicada y difícil de conceptualizar y analizar. A fin de entender el "por qué" y no sólo el "cuánto", es que precisamente el uso de técnicas cualitativas.

De la clasificación descrita en la sección anterior se seleccionaron a mujeres de acuerdo con las categorías mencionadas. Se regresó a los hogares para realizar entrevistas abiertas con las mujeres de la localidad. Estas entrevistas fueron grabadas, con el consentimiento de las entrevistadas.

Las entrevistas fueron abiertas, permitiendo a la entrevistada responder de acuerdo con su experiencia personal, con sus propias palabras, sin imponer percepciones o ideas preconcebidas, haciendo posible recoger información sobre sentimientos, motivaciones, pensamientos e ideas, actitudes, recuerdos, intenciones y matices culturales. Difieren de los cuestionarios semi-estructurados que incluyen preguntas cerradas y alternativas limitadas de respuesta.

Para las entrevistas grabadas se contrató y capacitó a personal que no fuera conocido en la localidad, se diseñó una guía específica para cubrir los objetivos de la investigación, sin embargo, las entrevistadoras decidían en el transcurso de la plática, la secuencia y formulación de las preguntas. Con los croquis elaborados por las promotoras de salud, se intentó ubicar los hogares de las mujeres a entrevistar. Las promotoras al ser residentes de la localidad y trabajar en ella, fácilmente identificaban a las familias, pero no realizaron adecuadamente los croquis para que personas ajenas a la localidad ubicaran las casas seleccionadas. Los problemas de contratar a gente de la localidad empezaron, sin embargo, con la ayuda de las promotoras pudieron ubicarse las entrevistadoras para localizar a las mujeres seleccionadas y realizar las entrevistas grabadas.

Se realizaron en total 61 entrevistas grabadas de las cuales 8 fueron de mujeres que habían declarado aborto provocado, 22 mujeres que habían declarado aborto espontáneo, 11 que no estaban en las categorías anteriores, pero que declararon que hicieron algo para intentar bajar su menstruación, la

última vez que se les retraso, y 20 que no estaban en ninguna de las 3 categorías mencionadas, pero que habían tenido al menos un embarazo.

Se debe aclarar, ya que era parte de la investigación, que las entrevistadoras que llevaron a cabo las grabaciones no conocían las características demográficas de las entrevistadas ni su experiencia previa respecto al aborto. Los resultados de los embarazos declarados por las mujeres en la entrevista individual sólo eran conocidos por los diseñadores del estudio para poder seleccionar a quienes se les hacían entrevistas grabadas. Con esto se pretendían dos cosas, la primera es guardar el anonimato que se les había garantizado a las mujeres de la localidad. La segunda, no predisponer a la entrevistadora a dirigir las preguntas si supieran la categoría donde se habían clasificado previamente a las entrevistadas.

4.2.4 Grupos focales

La técnica consiste en entrevistar a varias personas a la vez que deben tener características semejantes, en este caso fueron residentes de la comunidad y haber estado embarazadas; las sesiones hicieron posible intercambios personales y promovieron discusiones relacionadas a sentimientos, actitudes, creencias, experiencias y comportamientos, generando información relevante sobre el aborto inducido.

Se realizaron 6 sesiones con mujeres de la comunidad. Inicialmente se consideró formar los grupos con los mismos criterios de las entrevistas grabadas, por ejemplo: se pensó en una sesión con mujeres que habían declarado tener abortos provocados. No fue posible realizarlo por la complejidad de identificar las casas de las mujeres seleccionadas en los croquis mal elaborados. Cuando se logró contactar a las mujeres, había casos en que rechazaban ir a dichas sesiones o si decidían asistir en algunas ocasiones no se presentaban.

Por los problemas encontrados, se decidió realizar las sesiones con las mujeres de la comunidad que estaban dispuestas a participar. Sin embargo, se cuidó que cumplieran al menos dos características, la primera que fueran residentes de la localidad y la segunda que hubieran estado al menos una vez embarazadas.

El trabajo lo realizó una empresa privada de psicólogos sociales, especialistas en mercadotecnia y publicidad, campo en donde la técnica suele ser utilizada. La primera sesión se realizó, con las promotoras de salud, ellas tenían la experiencia reciente de haber realizado las entrevistas semi-estructuradas y cumplían con las condiciones antes descritas. En las cinco restantes fueron, como ya se mencionó, invitadas las mujeres de la localidad contando con el siguiente número de participantes por sesión; primera 4 participantes, segunda 7 mujeres, tercera 9, cuarta 10 y en la quinta 7 participantes, dando un total de 37 mujeres.

4.2.5 Entrevistas a los proveedores de servicios.

Para finalizar, se realizaron 10 entrevistas grabadas, previa autorización, con prestadores de servicios de salud: médicos, parteras y enfermeras. De los cuales sólo se describirán los resultados más generales y relevantes encontrados en las entrevistas realizadas a los proveedores de servicios de salud.

4.3. Resultados

4.3.1 Entrevistas cuantitativas

En el cuadro 4.1 se muestra la distribución porcentual por grupos quinquenales de edad de las mujeres entrevistadas en edad fértil. Como se observa existen más mujeres en los grupos de edad de 20-24 y 25-29, que en el grupo de 15-19. No existe una explicación lógica para que se tenga esta aparente contradicción; lo que se supone es que las entrevistadoras (promotoras de salud), no hicieron la selección adecuada de la mujer elegible dentro de los hogares.

Cuadro 4.1
Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas,
por grupos quinquenales de edad, 1990.

Grupos de edad	Distribución porcentual
15-19	19.1
20-24	24.1
25-29	19.8
30-34	13.8
35-39	9.5
40-44	7.3
45-49	6.4
Total	100.0

Se supone que las mujeres jóvenes (15-19) años, son las que trabajan o estudian fuera de la localidad, por tanto es más difícil ubicarlas en sus hogares. Además, como era una investigación sobre abortos, las promotoras de salud supusieron que no eran de interés para la investigación o por sus propios prejuicios de no hablar de "esas cosas" con jovencitas inocentes. Por esto las sustituyeron por mujeres más accesibles, casadas y con hijos que se encontraban más fácilmente en el hogar en el momento de visitarlas.

Lo anterior ocurrió por falta de una adecuada supervisión, por parte del personal que dirigió el trabajo de campo en la encuesta. Otro de los problemas causados por la contratación de personas que conocen la comunidad, fue que dado a su nivel de escolaridad no entendieron, por más que se insistió, en lo serio y la rigurosidad con que se deben seleccionar a los hogares y mujeres que resultaron del proceso probabilístico; su criterio predominó, originándose un sesgo en las entrevistas que se llevaron a cabo.

Por la clasificación hecha para las etapas posteriores a las entrevistas en hogares y para que el análisis fuera consistente, se consideró sólo a las mujeres entrevistadas que tuvieron al menos un embarazo al momento de realizar la entrevista y se clasificó de acuerdo a las categorías antes descritas.

En el cuadro 3.2 se puede ver que la edad media de las mujeres alguna vez embarazadas fue de 29 años. Las mujeres más jóvenes fueron las clasificadas como sólo embarazadas (sin aborto y sin intentar bajar la regla). Las mujeres que han tenido al menos un aborto (espontáneo o provocado) tienen una edad media más grande que el resto de la población entrevistada.

En general es una población con poca escolaridad. El número promedio de años de estudio es de sólo 3.6 (cuadro 3.2). Siendo las menos escolarizadas las que han tenido un aborto espontáneo y las que tienen más años de estudio son las que sólo se han embarazado. La diferencia es de 1.3 años de escolaridad, aunque cabe aclarar que las generaciones más jóvenes tienen mayor escolaridad.

Cuadro 4.2
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas alguna vez embarazadas, según características de sus embarazos, 1990.

Características	Total	Aborto provocado	Aborto espontaneo	Intento de bajar menstruación	Sólo embarazo
Edad media	29.0	29.8	34.0	29.8	23.0
Promedio de años de estudio	3.6	3.2	2.6	3.2	3.9
Número promedio de hijos nacidos vivos	4.4	5.0	6.2	4.8	4.0
Porcentaje de mujeres casadas o unidas al momento de la entrevista	91.7	77.1	95.1	90.8	91.4
Edad promedio a la primera relación sexual	17.3	16.8	17.3	17.2	17.3
Porcentaje que ya no desean tener hijos	61.4	87.5	76.6	75.7	56.3
Porcentaje de usuarias de anticonceptivos	47.4	77.1	50.8	42.8	46.2
Porcentaje que conoce algún método para bajar la menstruación	23.8	97.9	18.4	73.0	19.3

El número promedio de hijos nacidos vivos es mayor en las mujeres que han tenido un aborto espontáneo (6.2). De alguna forma el cuadro refleja la edad mostrada de las entrevistadas. Las mujeres de la localidad estudiada tienen una fecundidad superior a la media nacional (INEGI 1994).

Al analizar el estatus marital de las entrevistadas se tiene que las mujeres con aborto provocado tienen el porcentaje más bajo de unión, lo cual puede ser un reflejo de que estas mujeres tienen características diferentes, a tal grado que declaran abiertamente sus abortos provocados y no están unidas.

Las mujeres de la localidad estudiada empiezan a tener relaciones sexuales a edades muy jóvenes, así la edad promedio de las entrevistadas al tener su primera relación sexual es de 17.3 años. Las mujeres que han tenido abortos provocados empiezan su vida sexual a la edad promedio de 16.8 años. (cuadro 4.2).

Más del 60 por ciento de las mujeres que desean no tener más hijos de los que tiene. Para las que han tenido un aborto espontáneo o que han intentado bajar su menstruación, el porcentaje se incrementa a tres cuartas partes de las entrevistadas. En 1975 el estudio Sheldin y Hollerbach (1981), dos terceras partes de las mujeres mencionaron no querer tener más hijos.

Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos no es tan elevado como el deseo de no tener más hijos. Menos de la mitad de las mujeres son usuarias de anticonceptivos. Sin embargo sólo 11.4, utilizaban un método anticonceptivo en 1975 (Ibid). Otro dato interesante que se puede ver en el cuadro 4.2, es que el porcentaje más bajo de usuarias de métodos, se da en las mujeres que han hecho algo para bajar la regla. No usan anticonceptivos pero buscan mecanismos alternativos de regular su menstruación.

No obstante, que las mujeres que habían declarado que hicieron algo para bajar su menstruación. Sólo el 73 por ciento declaró que conoce algún método para bajar la regla (cuadro 4.2). Es algo que se tendría que estudiar con mayor detalle.

Las características de las mujeres que tuvieron aborto provocado e intentaron bajar su menstruación la última vez que se les retrazo son similares, son jóvenes, tuvieron su primera relación sexual a edad temprana, es alto el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos y no desean tener más hijos.

4.3.2 Entrevistas grabadas

De las 61 mujeres entrevistadas, 20 (32.8%) declararon haber tenido sólo embarazos normales, 22 (36.1%) haber experimentado cuando menos un aborto espontáneo; 11 (18.0%) informaron haber intentado provocarse la regla y 8 (13.1%) el haberse inducido cuando menos un aborto.

Salud reproductiva en general. Las mujeres respondieron que los problemas generales de salud en la comunidad incluyen dolores de cabeza, infecciones de estómago debido a las aguas contaminadas, resfriados, alcoholismo y desnutrición.

Los problemas relatados específicamente sobre salud reproductiva incluyen abortos (en 8 respondientes), infecciones vaginales (5) partos o alumbramientos (3), cáncer (2) y efectos indeseables de anticonceptivos (1).

Anticoncepción. La mayoría de las mujeres dice que obtiene sus métodos anticonceptivos en el Centro de Salud (el Palacio). Las respondientes se declararon familiarizadas con el conocimiento de los siguientes métodos anticonceptivos:

- Pastillas	36
- DIU	31
- Inyecciones	26
- Esterilización femenina	11
- Condones	2

El hecho de que un número reducido de mujeres exprese que el condón es una opción anticonceptiva y de que la esterilización masculina sólo se mencionó una sola vez por una entrevistada, es un indicador de las actitudes de los hombres y las mismas mujeres hacia la anticoncepción. La responsabilidad al respecto, usualmente recae en la mujer y frecuentemente sin el apoyo del esposo o de la pareja; las mujeres también mencionaron, el uso de métodos tradicionales como el ritmo, el retiro y la abstinencia.

Las entrevistas permitieron detectar que existen conocimientos deformados e información deteriorada sobre la salud reproductiva de la mujer, por ejemplo, algunas mujeres dijeron que su método de planificación familiar era por medio de la abstinencia cuando tenían su menstruación.

La decisión de las mujeres para practicar o no la anticoncepción estaba fuertemente influenciada por los rumores de efectos secundarios, surgidos al interior de la comunidad. Cuando se les preguntó si conocían a alguna mujer que hubiera quedado embarazada mientras usaba algún método anticonceptivo, unas cuantas mujeres platicaron historias de mujeres que se habían embarazado mientras tenían el DIU, y que el bebé había nacido con el DIU pegado en alguna parte de su cuerpo.

En el estudio de Sheldin y Hollerbach en 1975, en la misma comunidad, la mayoría de las mujeres creía que el embarazo empieza cuando la sangre del hombre se une a la de la mujer, percibía las pastillas y las inyecciones anticonceptivas como medicinas que debilitan una o ambas sangres para impedir la formación de un bebé. El DIU era percibido como un método de barrera que previene la entrada de la sangre masculina al útero. Por lo tanto, un contraste con una acción real, las pastillas y las inyecciones

anticonceptivas eran percibidas por las mujeres de la comunidad como una interrupción del embarazo, y el DIU era visto como una barrera para la anticoncepción.

Cuando se les pidió que dieran una razón por la que algunas mujeres no usaban métodos anticonceptivos después de abortar, la mayoría respondió que se debía a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos (cáncer, pérdida de peso, muerte, etc.).

Aborto. Cuando se les preguntó en quién confiarían si decidieran tener un aborto, la mayoría de las mujeres entrevistadas dijeron que confiarían en una amiga, y que no lo comentarían con su madre, suegra o vecinos. A la pregunta de quién en una pareja, la mayoría de las mujeres respondió que la decisión la deberían de tomar en pareja, muy pocas dijeron que solamente la mujer o sólo el hombre.

Cuando se le preguntaba cuanto tiempo debería de transcurrir después de "provocar la menstruación", para que se considerada un aborto, la mayoría de las entrevistadas dijeron que debería de provocarse del primero al tercer mes de estar embarazada, ya que después de tres meses el feto ya estaba formado originándose un aborto. Muy pocas mujeres dijeron que la menstruación podía ser provocada a las dos primeras semanas de embarazo y algunas que se podía hasta los cuatro o cinco meses. Hubo pocos casos donde las mujeres entrevistadas dijeron que provocar la menstruación y abortar era lo mismo. Los métodos tradicionales más conocidos para provocar la menstruación coinciden con los usados para provocarse el aborto:

- Zoapatle
- Tés
- Inyecciones
- Hierbas
- Pastillas (anticonceptivos orales en megadosis)
- Jugo de limón o coca-cola con aspirinas
- Mucho café
- Levantar objetos pesados

Cuando se les preguntó que si sus creencias religiosas influían en sus opiniones acerca del aborto, la mayor parte de las mujeres entrevistadas respondió que sí porque era "un crimen", además tienen la convicción que "deben tener los hijos que Dios les mande." Otra pregunta que se les planteaba en las entrevistas, fue que si estaban de acuerdo con que el aborto se legalizara en México, gran parte de las entrevistadas respondió que no, porque así habría más facilidad para llevar a cabo el aborto, muy pocas mujeres expresaron que si estaban de acuerdo en que se legalizara el aborto, pero sólo en los casos en que peligrara la vida de la madre, por violación o porque el feto trajera alguna deformación.

4.3.3 Comparación entre las entrevistas grabadas y las entrevistas cuantitativas

De las mujeres que habían declarado haber tenido un aborto provocado en la entrevista semi-estructurada, cuando se realizó la entrevista grabada el 50 por ciento, (es decir 4), no declararon aborto provocado. Esto puede estar determinado por muchos factores:

i) que las entrevistadas no tuvieran la misma confianza con gente que no era de la localidad, y con las promotoras de salud, al conocerlas y saber de alguna manera su vida reproductiva, tuvieron la confianza de declarar sus abortos provocados cuando fueron entrevistadas por las promotoras.

ii) Para evitar problemas con la no respuesta y hacer más ágil la entrevista, la guía de las entrevistas grabadas se diseñó en tercera persona, lo cual, permitía a las entrevistadas referirse a las experiencias de otras mujeres y con ello relatar su experiencia personal. Probablemente se debió haber sido más agresivo y preguntar a las mujeres directamente sobre sus experiencias.

iii) Para verificar que realmente se estaba entrevistando a la misma persona, (recuérdese el problema que se tuvo con los croquis), hubiera sido conveniente tener más controles específicos, como edad, paridad, estado civil de las mujeres. Pero no se hizo para garantizar la confidencialidad y el anonimato de las entrevistadas.

De las que declararon aborto espontáneo (22) siete mujeres no declaran haber tenido aborto espontáneo, aunque dos de ellas declaran haber hecho algo para bajar su menstruación. De las mujeres que declararon aborto espontáneo, en la primera entrevista, una de ellas declaró un aborto provocado. En este punto se debe considerar que la primera entrevista se refiere a los abortos de las mujeres que ocurrieron de 1975 al momento de la entrevista.

Las mujeres que hicieron algo para bajar su menstruación (11), la última vez que se les retrasó y que no habían tenido abortos, según la primera entrevista: dos declararon abortos espontáneos, una declaró aborto provocado y otra negó haber tomado o hecho algo para bajar su menstruación.

Las que declararon no haber tenido abortos, ni haber hecho algo para bajar su menstruación, pero que habían tenido al menos un embarazo (20) en la primera encuesta. En las entrevistas grabadas se detectó que dos tuvieron aborto espontáneo y que una señora se inyectó dos veces para bajar su menstruación. Esto último puede no ser una contradicción, ya que en la primera entrevista, la pregunta era respecto a lo sucedido con la última vez que se les retrasó la menstruación.

En todas las combinaciones posibles, donde existen contradicciones, es necesario considerar lo antes descrito, como es la temporalidad de los eventos analizados, los controles para garantizar que realmente se estaba entrevistando a la misma persona, el diseño de las guías de las entrevistas grabadas haberlas hecho en tercera persona y no de forma directa. Lo cual, ha dificultado el análisis, pues creemos que se pudo hacer más integrado, pues creemos que se pudo hacer más integrado. Sin embargo con la información disponible es posible hacer un análisis más amplio de los resultados hasta ahora presentados.

4.3.4 Grupos focales

Los grupos focales comprendieron entre cuatro participantes en la primera sesión y 10 participantes en la cuarta sesión. Hubo un total de 37 participantes. Las edades de las participantes fueron de 19 a 50 años; la edad promedio fue 31.9 años.

Los temas de las discusiones de los grupos focales pueden dividirse en tres sub-categorías principales conceptos reproductivos en general, conceptos de planificación familiar y, asuntos del aborto.

A continuación sigue un resumen de cada una de las sub-categorías.

Conceptos reproductivos. Entre las mujeres que participaron en las discusiones de los grupos focales hubo una falta general de conocimientos sobre el sistema reproductivo humano. La mayoría de las entrevistadas estuvo de acuerdo en que una mujer sabe que está embarazada entre el mes y medio. Las mujeres podían describir varios síntomas del embarazo (por ejemplo, mareos, senos agrandados, aureolas sensibles, un aumento en el nivel de energía, y ausencia de menstruación) pero la mayoría no entendía la biología de la reproducción humana.

En general, las participantes expresaron un temor a los métodos de planificación familiar, sin embargo, mujeres en dos de los grupos focales habían usado, o actualmente usan, algún tipo de método anticonceptivo y estaban más inclinadas a tener un mejor entendimiento del sistema reproductivo humano.

La mayoría de las mujeres en los grupos focales confirmaron que las mujeres (en general) buscan atención prenatal hasta los últimos meses del embarazo (entre el séptimo y el octavo mes). Las excepciones a este caso incluyeron mujeres con el primer embarazo y mujeres con otros problemas de salud. Varias mujeres dijeron que no irían al médico durante las primeras etapas del embarazo dado que el médico les daría vitaminas para que el feto creciera más y se fortaleciera. Esto implica que el embarazo y el parto serían más difíciles.

Panificación familiar. En general, las participantes de los grupos focales tienden a no practicar el uso de métodos anticonceptivos, o, si lo practican, lo hacen al final de sus años reproductivos. Las mujeres tenían conocimientos sobre varios tipos de métodos anticonceptivos modernos (por ejemplo, DIUs, pastillas, preservativos, esterilización) pero sus decisiones de practicar o no practicar eran fuertemente influenciadas por rumores sobre los efectos de los métodos anticonceptivos y por la cultura de la comunidad. Las participantes también conocían varios tipos de métodos anticonceptivos tradicionales, incluyendo ayunar, beber cerveza o soda en ayuno. La mayoría de las participantes podía relatar historias de alguien que conocían que había tenido una mala experiencia con algún método anticonceptivo moderno. Es común en la localidad que las mujeres consideren el "bajar la regla" como un método legítimo de anticoncepción.

En general, las mujeres se preocuparon principalmente sobre los efectos secundarios reales o rumores de efectos secundarios de varios métodos anticonceptivos. En las mentes de las participantes de los grupos focales, los hombres estaban más inclinados a tener actitudes negativas hacia la planificación familiar dada la falta de confianza en cuanto a la lealtad de sus esposas. Las percepciones de los hombres sobre los niños están influenciadas en gran parte por sus actitudes machistas (es decir, un macho procrea muchos hijos).

Las participantes de los grupos focales relataron varias historias de mujeres que habían muerto o sufrido graves efectos secundarios de salud por haber usado algún método de planificación familiar. Tales rumores sobre los riesgos de salud desalientan a las mujeres en cuanto al uso de la planificación familiar. Para las mujeres que han practicado la planificación familiar, la ligadura ha sido el método más común pero sólo después que la mujer ha tenido muchos hijos. Por otro lado, un hombre nunca permitiría que lo esterilicen. Cabe mencionar que las mujeres perciben que los efectos secundarios negativos usualmente resultan del uso de métodos anticonceptivos modernos pero no de los tradicionales.

En el estudio de Shedlin y Hollerbach (1981) la percepción de efectos colaterales se relacionaba con el temor al cáncer, a las hemorragias, a la amenorrea y al desplazamiento del DIU hacia otras partes del cuerpo. La amenorrea era la más importante, ya que creían que la sangre menstrual estaba "muerta" y por lo tanto, su retención provocaría problemas como tumores, cáncer, hemorragias nasales, asfixias, hemorragias intermenstruales, dolor y aún la muerte.

Las entrevistadas que habían tenido experiencia con alguna forma de planificación familiar miraban los efectos secundarios como aquellos asociados con algunos medicamentos. Estas mujeres estaban más dispuestas a expresar sus deseos de espaciar sus embarazos y a discutir el espaciamiento de embarazos y, el uso de métodos anticonceptivos usualmente lo hacían con la aprobación de sus maridos. Sin embargo, aún entre estas parejas, la anticoncepción era considerada como "cosa de mujeres".

Las participantes de uno de los grupos focales expresaron que la práctica de métodos anticonceptivos modernos era difícil de seguir y dijeron que preferían la abstinencia, el ritmo, o el retiro. Las entrevistadas nombraron varias razones para planear un embarazo o usar un método de planificación familiar. Estas incluyeron, problemas con los maridos, problemas financieros, tener muchos hijos. Las participantes que practicaban la planificación familiar estuvieron de acuerdo en que los embarazos no planeados

usualmente resultan debido a la negación del marido a usar un método o debido a que el método no es usado correctamente.

Aunque algunas mujeres (especialmente de mayor edad) notaron los aspectos positivos de tener hijos, muchas de las mujeres consideraban a los hijos como una carga debido al trabajo adicional que implica tener hijos, y generalmente expresaron una actitud negativa hacia una familia grande. Muchas de estas mujeres culpaban a sus maridos o a las suegras por la cantidad de hijos que habían tenido. En 1975 en el estudio antes mencionado (Shedlin y Hollerbach, 1981) una quinta parte no había discutido el tema de planeación de la familia con sus esposos y cerca de la tercera parte reporto algunas actitudes negativas hacia la anticoncepción por parte del hombre.

Aborto. La mayoría de las participantes de los grupos focales estuvo a la defensiva en cuanto al tema del aborto. El aborto tiene connotaciones muy negativas (por ejemplo, "tirar el niño", etc.). Algunas mujeres confundieron el término legrado (legrado uterino instrumental) con ligadura (esterilización femenina) y episotomía--estos tres procedimientos se lleva a cabo en el mismo cuarto, de ahí surge la posible confusión. Hubo connotaciones especialmente negativas asociadas con el aborto provocado; las participantes más religiosas estaban poco dispuestas hasta de discutir el tema. Casi todas estuvieron de acuerdo en que el aborto es "malo", un "asesinato" o un "pecado". No obstante, muchas de las mujeres racionalizaron que bajar la regla no cae en la misma categoría.

Al parecer una mujer no confirma el embarazo en su mente hasta los dos o tres meses. Hasta ese momento, tratar de bajar la regla es culturalmente aceptado. Si la mujer tiene éxito, la ausencia de la menstruación es vista como un retraso. Después de dos o tres meses sin menstruación, cualquier intento de bajar la regla es considerado un aborto. El fatalismo es un tema común en las percepciones de las mujeres hacia el embarazo (y sus actitudes fatalistas son reforzadas por los médicos)... "si una mujer está embarazada y trata de regular su regla, nada pasará; si no está embarazada, tendrá la regla."

Todas las participantes de los grupos focales que habían intentado bajarse la regla lo hicieron usando métodos tradicionales o disponibles en la comunidad, tal como las hierbas o las inyecciones anticonceptivas. Las mujeres en el tercer grupo focal notaron que algunos médicos ofrecen abortos provocados como una alternativa al embarazo no deseado pero que pocas mujeres lo hacen debido al alto costo. Esto nos hace pensar que los practicantes adiestrados ofrecen abortos provocados ilegales y que la decisión de tener o no un aborto provocado es una decisión tanto financiera como religiosa o educacional.

Se nombraron varios métodos tradicionales para bajar la regla, algunos incluyeron: café con limón, té con orégano, varias hierbas no especificadas, pócmias, brebajes, café bien cargado con mejorales, etc.. Las mujeres generalmente percibieron que los métodos naturales (como las hierbas) son más seguros que los métodos modernos; al parecer los médicos refuerzan esta creencia.

La decisión de abortar usualmente es tomada sólo por la mujer. Sin embargo, entre aquellas mujeres que practican o han practicado la planificación familiar, es más probable que la determinación sea una decisión mutua entre las parejas--algunos hombres envían a sus mujeres a "hacerse algo" cuando está, embarazadas. Una preocupación común entre las mujeres es el fracaso al intentar abortar puede causar daños al feto.

Las participantes de los grupos focales nombraron varios factores que pueden causar un aborto espontáneo. Estos incluyeron: hacer corajes, demasiado trabajo, alzar cosas pesadas, abusos, una cintura o un útero débil, antojos no satisfechos y caerse. Las razones por las cuales una mujer (o una pareja) decide provocarse un aborto incluyeron: no estar casada o la falta de una relación estable, el deseo de no tener más hijos problemas financieros y la salud de la mujer.

Las mujeres estuvieron más o menos de acuerdo en que el aborto es más peligroso después de dos a tres meses de embarazo. Todas sabían que el aborto es ilegal pero algunas sabían que es legal bajo ciertas circunstancias. La mayoría de las participantes no creen que el aborto debe legalizarse, especialmente después de los dos meses de embarazo. En la sesión tres, la opinión generalizada de las mujeres, es que el aborto debería de ser permitido, ya que de todas formas se practica, además creen que de esta forma habría menos abortos. Las mujeres con fuertes convicciones religiosas estaban más inclinadas a no querer la legalización del aborto bajo ninguna circunstancia.

4.4 Inferencias del estudio

Los resultados que encontramos respecto a las estimaciones de aborto provocado, son menores a los resultados de otros estudios hechos a nivel nacional (Núñez y Palma, 1991), esto puede deberse a dos causas principales; la primera es, en la zona rural existen menos abortos provocados, que en las zonas urbanas (Ibid). Lo cual, nos indica, que en la comunidad estudiada probablemente el aborto provocado sea menor de lo que ocurre en las zonas urbanas del país, pero no por esto deja de ser un problema importante social y de salud.

La segunda, el concepto de aborto se da, cuando la menstruación se ha retrasado después de dos o tres meses. Antes de dos meses de retraso de la menstruación el concepto aceptado es "regularización de la menstruación". Esto ha hecho, que la gente contextualice al aborto provocado como algo que necesariamente llevará a subestimar la realidad de los abortos provocados, ya que muchos de éstos, en las diferentes técnicas de investigación utilizadas en el estudio, caen dentro del rubro regularizar la menstruación, y no como abortos provocados.

Desde mi punto de vista, no se hubieran generado algunos problemas si en el momento de las entrevistas se hubiera actuado en forma más directa en el tratamiento del tema, así como haber sido más flexibles en la premisa del anonimato y la confidencialidad de la información. Al iniciar el estudio, se tenía acceso a los datos de los hospitales de Toluca de las mujeres que habían tenido un aborto; pero no creímos ético regresar a los hogares de estas mujeres, porque en ese sentido estábamos violando la confidencialidad de los registros administrativos.

También se aclaró con las promotoras de salud, con los funcionarios locales y con las mujeres entrevistadas, que nunca se darían nombres, ni se señalaría a nadie de las personas que se entrevistaron. Así mismo se les hizo ver a las entrevistadas de la primer encuesta, que probablemente serían visitadas más adelante para profundizar en los temas tratados en la entrevista.

Bajo esas bases, en las entrevistas grabadas, se pudo haber dado a las entrevistadoras las características básicas de las mujeres que entrevistarían, y así hubiesen podido, tal vez, dirigir un poco más las entrevistas para obtener respuestas más concretas a sus experiencias y relacionadas con el tema en estudio ya que las entrevistadoras avisaron que probablemente, volverían otras personas a platicar con ellas. Aquí surge el problema de hasta donde guardar la confidencialidad y no faltar a la ética profesional.

Si se volviera a repetir el estudio, seguramente con la experiencia adquirida, se plantearían algunas alternativas para mejorarlo. Estas serían: i) no contratar a personal de la localidad, existirían menos sesgos respecto a las experiencias de las mujeres a entrevistar.

Las entrevistas grabadas fueron realizadas con personal muy experimentado, en entrevistas cuantitativas y semi-estructuradas, por lo cual, al diseñarles una guía, se apegaron a ello como si fuera algo de lo que rutinariamente hubieran hecho. Probablemente hizo falta un poco más de capacitación al personal que realizó ésta etapa del estudio, o a lo mejor hubiera sido conveniente contratar a personas más experimentadas en éste tipo de entrevistas; hubieran sido menos entrevistas pero de mayor calidad.

ii) El fracaso de realizar los grupos focales con gente que hubiera tenido la misma experiencia respecto a sus resultados en los embarazos; seguramente se hubiera evitado si el personal que dirigía el trabajo de campo hubiera estado más en contacto con la gente de la comunidad y se hubiera supervisado más a las promotoras de salud.

iii) Si bien es cierto, contar con el apoyo de gente dentro de la comunidad, debemos pensar y poner un límite hasta donde es realmente benéfico. Si intentamos llegar a algún lugar donde nadie nos conoce, probablemente hubiera sido más provechoso, la gente de estas comunidades es sencilla y abierta, por la amistad y la confianza se dieron sesgos a los conocimientos y los requerimientos planteados por el personal de la localidad.

Sin embargo, los resultados obtenidos, nos han permitido ampliar un poco más nuestra visión de lo que las mujeres conceptualizan, respecto al aborto y de los que ellas creen respecto a bajar su menstruación. Serían dos cosas aparentemente contradictorias, pero debemos entenderlas como algo común y cotidiano. No hay abortos, sólo regulación de la menstruación.

No sorprende, pero es preocupante el que al seguir ocultando la realidad de como las mujeres intentan regular sus embarazos no deseados en la comunidad estudiada y como puede estar sucediendo en muchos otros lugares de México. Pero es una aportación que se puede explotar, siempre preguntar por regulación de la menstruación y tipificarla con los médicos. Si son mortificantes las alternativas, que tienen las mujeres ante los embarazos no deseados, por el riesgo que corren al intentar ejercer un derecho contradictoriamente constitucional de tener los hijos que deseen de manera libre y responsable.

Las entrevistas con los proveedores de servicios, fueron por demás ilustrativas, evidentemente ninguno de ellos declaró hacer o realizar abortos provocados, pero lo que sí dejó algo de una u otra forma, lo que habíamos visualizado; ellos nos lo aclararon y dijeron de manera muy directa.

Cuando una mujer, en la comunidad, tiene un embarazo no deseado y decide abortar. Primero recurre a los métodos tradicionales como tés de hierbas, después recurre a la sobre dosis de métodos hormonales, para intentar "regularizar su menstruación".

Si lo anterior no resulta recurren a realizar actividades físicas pesadas para tratar de abortar. En cuarto lugar, pasó ante la desesperación de un embarazo no deseado, recurriendo a abortar en forma directa mediante mecanismos mecánicos, como la introducción de sondas.

Cuando se tienen complicaciones debido a las maniobras físicas del intento del aborto, recurren a los servicios médicos hospitalarios. Pero, debemos subrayar, nunca es éste el primer recurso, por la ilegalidad del aborto.

Las mujeres de la comunidad, no recurren al aborto, con profesionales más o menos calificados, por los costos que esto implica. Sin embargo, en más de una mujer, hay deseos manifiestos de no tener más hijos de los que han tenido.

Enfrentemos una realidad, el aborto provocado existe, algunas veces ocultándose como regulación de la menstruación. La ilegalidad es un artificio, lleva a la corrupción, seamos realistas y aceptémoslo de manera no oficiosa sino oficial, y démosle su exacta dimensión social.

Conclusiones

La dificultad que se tiene para obtener la información válida sobre la práctica del aborto y las variaciones que se obtiene en las estimaciones según el método utilizado, hacen necesario seguir trabajando en metodologías que permitan tener estimaciones más confiables

En el capítulo 2, se muestran los resultados de las encuestas de fecundidad realizadas en el país. De las limitaciones señaladas la principal es que los datos se refieren a abortos espontáneos y provocados. No obstante estas limitaciones, se pudieron identificar algunos resultados interesantes que se deben considerar en investigaciones posteriores.

El porcentaje de mujeres en edad fértil y las alguna vez embarazadas que han tenido un aborto han disminuido. Sin embargo, en números absolutos se encontró que han aumentado. Los porcentajes son mayores en las zonas urbanas y en las mujeres con mayor escolaridad, lo cual puede ser un indicativo de que la incidencia de aborto se da en mujeres con mejores condiciones socioeconómicas. La disminución de los indicadores, de 1987 a 1997, debe tomarse con cautela, ya que de las mujeres que no tenían hijos nacidos vivos al entrevistarlas, en el 65.9 por ciento de ellas, su último embarazo terminó en aborto, pero este dato se incremento a 68 por ciento en 1997. Es necesario indagar si lo que ha disminuido es el aborto espontáneo o el inducido, recuérdese que las encuestas no hacen esta diferencia.

Con todas las limitaciones señaladas la información que se presenta, de las encuestas nacionales, me permitió encontrar diferencias en la incidencia del aborto de acuerdo a ciertas características biológicas y sociales, lo cual, permitirá mejorar las conceptualizaciones del fenómeno.

En los intentos para realizar estimaciones del aborto inducido a partir de entrevistas en hogares, se puede recurrir a encuestas por muestreo que aseguren la representatividad estadística requerida; sin embargo se enfrentan al problema de la confiabilidad de las respuestas, ya que las mujeres temen por motivos éticos, morales o religiosos declarar un hecho que constituye un delito. El problema central de estos estudios es como mantener la representatividad estadística que exige el conocimiento de las unidades de muestreo y el control de la muestra por parte de los investigadores y al mismo tiempo mantener el anonimato de la mujer entrevistada y la confidencialidad de sus respuestas para garantizar la confiabilidad de la información. Situación que se presentó en el estudio descrito en el capítulo 4 de este trabajo. Sin embargo, las experiencias y las técnicas empleadas se pueden utilizar para futuros estudios.

En la Encuesta sobre Salud Reproductiva, 1989, se diseñó con el propósito de probar un procedimiento metodológico distinto para captar la incidencia de abortos inducidos, por medio de la entrevista directa a mujeres y a varones, y centrándose en el primero y el último embarazos. Se entrevistó a los varones con el supuesto de que es más fácil para ellos declarar acerca de los abortos inducidos. La población objetivo de esta encuesta fue mujeres entre 15 y 49 años, y varones entre 15 y 59. Una de sus principales aportaciones consiste en contar con información para la población masculina.

En lo que respecta al primer embarazo las declaraciones de los varones permitieron la siguiente información: el 23.5 por ciento de ellos no deseaban su primer embarazo y el 42.8 por ciento no lo había planeado, el 10.6 por ciento de estos embarazos terminaron en aborto y el 1.9 por ciento de los varones desconoce el resultado del embarazo. De los abortos declarados, 45.5 por ciento fueron provocados y el 9 por ciento de los varones declaró desconocer si fue provocado o no.

Cuando se analiza la declaración de las mujeres se observan variaciones importantes: el 13.3 por ciento declaró no haber deseado este embarazo, el 47 por ciento declaró no haberlo planeado, el 9.5

por ciento del total de los primeros embarazos terminaron en aborto, de este porcentaje, el 16.7 por ciento fueron declarados como provocados y el 83.3 por ciento como espontáneos. La incidencia de aborto, medida como resultado del embarazo, si es mayor en la declaración del varón, aunque las diferencias con el grupo de mujeres no son muy significativas. Donde se puede hablar de diferencias importantes en relación a la declaración sobre la espontaneidad de los mismos. La declaración de abortos inducidos es francamente mayor para el caso de los varones.

La Encuesta sobre Salud Reproductiva, 1991, es otra alternativa descrita en el trabajo y tuvo, también, la finalidad de probar diferentes procedimientos metodológicos. En este estudio se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos y se aplicaron a muestras independientes, es decir, se aplicaron dos cuestionarios y procedimientos diferentes.

De los datos obtenidos de la muestra 1 se encontró que una de cada tres mujeres alguna vez declaró haber tenido un aborto espontáneo o provocado en toda su vida reproductiva. Los porcentajes de mujeres alguna vez embarazadas que declararon este evento fueron 6.0 por ciento y 8.8 por ciento para las muestras 1 y 2 respectivamente. El anonimato en la declaración mejora la medición de este evento en alrededor de un 50 por ciento. Es posible también suponer que la técnica funciona mejor en ciertas poblaciones, en principio en aquellas con mayor nivel de escolaridad. Si estas cifras se comparan con los datos planteados en el capítulo 2 se puede concluir que son mayores a las que antes se observaron para el total de país. Se puede entonces suponer que la incidencia del fenómeno en la población de este estudio es mayor que la del promedio nacional, o bien que el procedimiento metodológico efectivamente mejoró la captación del aborto.

El conocimiento actual que existe en la materia permite afirmar, a modo de conclusión, que no existen en la actualidad en México estudios que delimiten con razonable precisión la magnitud real del fenómeno en su dimensión social, ni que ayuden a explicar qué grupos de mujeres y en qué circunstancias recurren al aborto para regular su fecundidad, para lograr lo anterior sería necesario desarrollar mayores esfuerzos en realizar estudios a nivel nacional

Se sabe que existen distintos postulados teóricos acerca de la dinámica de grupos y de la interpretación de los resultados de la entrevista grupal, principalmente provenientes del terreno de la psicología clínica. No obstante, vale la pena cuestionarse acerca de la manera en que esta técnica se integre al estudio de los fenómenos demográficos y de salud, así como hacer esfuerzos en desarrollar perspectivas teóricas para su interpretación en este contexto. Sin embargo, la información presentada en los capítulos 3 y 4 permitieron, el formular preguntas para las entrevistas individuales en las encuestas en hogares y complementar los resultados encontrados con las otras técnicas, en el estudio de rutas al aborto.

Con base en los resultados presentados en este trabajo se vio que el acuerdo con el aborto inducido aumenta cuando las circunstancias en las que éste se contextualiza se refieren directamente a la salud de la madre o del producto y cuando el embarazo fue a causa de un incesto o una violación. El grado de acuerdo disminuye sensiblemente cuando las razones para abortar se refieren al bienestar socioeconómico o afectivo de la mujer. Para México resultados similares se encuentran en un estudio hecho a nivel nacional: Pick *et. al.*, 1994, para el período de 1991-1993.

Con una actitud favorable hacia el aborto inducido no necesariamente se tiene un incremento de su práctica. Así, como tampoco el hecho de que una persona se manifieste en contra de éste, garantiza que esta persona nunca lo ha practicado o que nunca recurrirá a su práctica en el futuro. Es algo que debería estudiarse con mayor detalle.

Las características sociodemográficas de la población inciden notablemente en las actitudes con respecto al aborto, afectando la tendencia a manifestarse en contra o a favor de su práctica. Se

puede concluir que a medida que aumenta la escolaridad y disminuyen la paridad y la frecuencia de la práctica religiosa, aumenta el grado de acuerdo con el aborto inducido.

El contexto geográfico y cultural en el cual se ubique la mujer - analizado a partir de la colonia de residencia - determina, sin lugar a dudas, la tendencia de sus opiniones con respecto a este fenómeno. El estrato medio presenta las actitudes más liberales hacia este medio de regulación de la fecundidad, en contraste con el estrato bajo en el que se observan las actitudes más conservadoras. Queda por investigar las vías por medio de las cuales las características socioeconómicas ejercen su influencia hasta producir diferenciales tan grandes en las actitudes de la población.

La riqueza de explorar los aspectos socioculturales del aborto inducido no reside solamente en su vinculación con la incidencia de este fenómeno, sino en la posibilidad de conocer lo que piensa la población en su conjunto y ubicar corrientes de opinión o posiciones con respecto al tema en los distintos grupos poblacionales.

Seguramente, la ilegalidad de esta práctica matiza, en gran medida, las actitudes de la población al respecto; pero es difícil pensar que su despenalización, por sí misma, provoque un completo cambio en el concepto que del fenómeno tenga la población. De igual manera, resulta importante conocer y poder predecir, en cierto grado, cuáles serían las actitudes de la población ante la posibilidad de su despenalización. Las influencias que actúan para determinar posiciones ideológicas, y para determinar la conceptualización del aborto constituyen una interesante línea de investigación a desarrollar.

Un argumento usado en contra de la despenalización del aborto es que lleva al aumento de abortos. Lo que las investigaciones y estadísticas en el mundo muestran que la despenalización del aborto, en un inicio, aumenta las estadísticas no porque no haya más abortos sino que los abortos clandestinos pasan a realizarse de manera más segura para la mujer (Raguz, 1994).

Otra posible utilidad del estudio de las posiciones, con respecto al aborto, surge a partir de su vinculación con algunos aspectos de salud. Se sabe que las mujeres abortan independientemente de que se manifiesten en contra o a favor de su práctica o de su despenalización; así pues, de manera hipotética y un poco a partir de la experiencia con grupos focales, podría pensarse que las personas que manifiestan una actitud más liberal hacia el aborto inducido, si llegan a recurrir a su práctica, lo harían en condiciones menos riesgosas para la salud, porque, posiblemente, poseen mayor conciencia de la decisión de abortar que aquellas que manifiestan su desaprobación y, aun así, recurren a su práctica.

Ahora bien, situándose en el terreno de la salud mental, e imaginando las repercusiones de un aborto inducido, podría pensarse que, de las mujeres que recurren a su práctica, aquellas que tienen una actitud desfavorable presentarían un monto de culpa mayor después de haberlo realizado, que las que se declaran a favor. Estos planteamientos hipotéticos pueden ser objeto de investigaciones futuras.

Se requiere seguir probando distintas metodologías, en este sentido, vale la pena considerar la posibilidad de incorporar técnicas de respuesta aleatorizada, técnicas de respuesta anónima, así como la incorporación de técnicas cualitativas, como la entrevista a profundidad, en una muestra seleccionada de manera aleatoria que permita la generalización de los resultados.

Los determinantes y consecuencias de este fenómeno se han identificado como una de las áreas en donde existen mayores carencias de información. En este sentido, la integración analítica de la información que resulta de la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas es fundamental.

En los estudios sobre representación social las aportaciones de los métodos cuantitativos son de gran utilidad para dar cuenta de los conocimientos, opiniones y actitudes de la población. Sin embargo, se requiere de la aplicación de métodos cualitativos para acceder al terreno de las creencias y valores y para conocer, a mayor profundidad, los procesos de pensamiento y de toma de decisiones que se asocian con el aborto inducido.

De los estudios presentados y de la bibliografía consultada se han identificado posibles líneas de investigación a desarrollar, además de las mencionadas. Para la comprensión del comportamiento humano es necesario utilizar un enfoque que incluya varias metodologías, técnicas y sea interdisciplinario donde lo cuantitativo y lo cualitativo aporten y se complementen. Para el problema del aborto inducido no es suficiente un cuestionario anónimo o una encuesta de opiniones, actitudes, conocimientos y prácticas, así como tampoco se podrá explicar el comportamiento reproductivo con unas cuantas entrevistas en profundidad o grupos sociales u observaciones etnográficas (Raguz, 1994).

La mayor anticoncepción no es condición suficiente que garantice la eliminación total del aborto, pues siempre hay falla de métodos, es decir, las mujeres que no obtienen los servicios o métodos anticonceptivos adecuados, si estos le fallan, buscarán la solución de su problema en el aborto; pero donde no hay alternativas viables para la prevención de embarazos no deseados, el aborto es una salida a la que recurren (Raguz, 1994). Considerando que las leyes, más que afectar al aborto en si, afecta la mortalidad materna. Así, más allá del derecho de la mujer a controlar su cuerpo o a rechazar continuar un embarazo, existe el problema ético de no brindar los beneficios de una tecnología menos peligrosa que continuar con un embarazo y que las leyes antiaborto aumentan el riesgo de la salud y la vida de la madre (Raguz, 1994).

Un tema poco estudiado son las consecuencias del no-aborto. El no-aborto trae consecuencias sociales negativas a nivel social y psicológicas en el individuo y familiar que son relevantes, sobre todo cuando la OMS ha ampliado su definición de salud para incluir la calidad de vida (Raguz, 1994).

Hay una gran necesidad de entender la sexualidad del adolescente, en especial sus propias percepciones y creencias sobre su cuerpo, las formas en que se establecen las primeras relaciones entre la mujer y el varón adolescente, el rol y responsabilidad de cada uno con respecto a la prevención de un embarazo, las actitudes hacia diversos métodos de anticoncepción y sus futuros planes como pareja una vez que comienza una relación sexual. La mala comprensión de estos factores, por muchas parejas adolescentes, conlleva a un embarazo no deseado y, a menudo, al aborto. Estudios sobre los conocimientos y actuación de adolescentes con respecto al aborto son necesarios ya que muchos abortos ocurren en este grupo etario (Mundingo, 1994).

La participación del hombre en las decisiones de fecundidad de la pareja, tales como el número de hijos, la selección de métodos anticonceptivos, y también su actitud con respecto a la sexualidad y sus consecuencias, tienen una relación directa con el aborto. El hombre puede ser el factor que impide o que impulsa a la mujer hacia el aborto. Esta es una temática totalmente desconocida (Tolbert, 1994).

Un aborto inducido es generalmente el resultado de un embarazo no deseado que se inicia al fallar un método anticonceptivo, por ser mal utilizado o su uso interrumpido, o al no usar ninguna protección para prevenir un embarazo. En efecto, no hay duda de que hay una relación muy estrecha entre el aborto y la anticoncepción. Mientras más alto el uso de métodos poco confiables como el coito interrumpido, los métodos naturales y otros llamados "métodos tradicionales", mayor la probabilidad de un embarazo inesperado y más alto el riesgo de abortar. No hay duda que la conducta reproductiva y anticonceptiva de la mujer y del varón, especialmente la selección del método que utilizan, son un importante determinante del aborto inducido. La planificación familiar, y el uso de métodos aumenta, también aumenta la probabilidad de falla en el uso y por lo tanto de aborto. La

relación anticoncepción aborto, las actitudes ante varios métodos, especialmente el miedo a efectos secundarios, son factores importantes para explicar la incidencia del aborto inducido y deberían ser analizados con mayor profundidad (Munding, 1994).

Existe un reconocimiento de la relación que se da entre la investigación y la formulación de política. Sin una buena base de información es imposible crear los programas, los servicios y las estructuras necesarias para dar atención a una necesidad sentida de la población. Se necesita aumentar la información y conocimiento que se tiene sobre el aborto inducido, en el país, tratando de documentar no solamente la incidencia real sino también sus causas y consecuencias.

BIBLIOGRAFIA

- Alan Guttmacher Institute (AGI), 1994. Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana. Nueva York.
- Benitez, R y Quilodrán, J. (comp), 1983. La fecundidad Rural en México, El colegio de México-UNAM, México.
- Benson, J. et. al., 1994. "Costos y Utilización de recursos para el tratamiento de complicaciones de aborto en México". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Atención Hospitalaria y Costos del Aborto. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15 al 18 de noviembre, pp. 105-106
- Benson J., Núñez, L. et. al., 1996. Senderos hacia el Aborto en una Comunidad Peri-Urbana Mexicana. Universidad Autónoma del Estado de México, Coordinación General de investigación y Posgrado, Cuaderno de Investigación Núm. 7.
- Benson J., Núñez, L., Johnson R. y Ortiz E., 1992. "Pathways to Abortion in a Peri-Urban Mexican Community". Presentado en Reunion of American Public Health Association, Washington, D.C, Noviembre.
- Bourgeois-Pichat, Jean, 1972. Los Factores de la Fecundidad no Dirigida. CELADE, series Núm. 12, San Jose, Costa Rica.
- Bongaarts, Jhon, 1982. Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad. Corporación Centro Regional de Población y The Population Council, Bogotá, Colombia, julio.
- Bulatao, R., 1981. "Values and Disvalues of Children in successive childbearing decisions", en Demography. Vol. 18, pp.1-25
- Bulatao, R., 1984. "Contents and process in fertility decision: a psychosocial perspective" en Fertility and Family. Proceedings of the Expert Group on Fertility and Family.
- Lamas, Marta, 1994. "En busca de un objetivo compartido : del feminismo a la sociedad, la lucha por legalizar el aborto en México" Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Representaciones Sociales y Movimientos Sociales. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D,C. Colombia del 15 al 18 de noviembre, pp.104-115.
- Castro, N., 1980. "Tareas de la Cultura Nacional" en Casa de las Américas. Habana, Cuba.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), s/f. Resultados principales de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982. Secretaría de Gobernación, México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 1996. Situación Demográfica del Estado de Aguascalientes, Secretaría de Gobernación, México.

- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 1996. Encuesta Nacional de Planificación Familiar Documento Metodológico, 1995, México, enero.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 1999. Proyecciones de la Población de México 1996-2000, Secretaría de Gobernación, México.
- Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar (CPNPF), 1979. Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos 1978. Resultados Nacionales y Documento Metodológico, 2 vol. México.
- CPNPF, 1980. Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo de Fecundidad/Mortalidad 1979. Documento metodológico, México, junio.
- Chi, I.C. et. al., 1972, " The randomized response techniques as used in the Taiwan outcom of pregnancy study " en Studies in Family Planning. Vol. 3, núm. 11, november, pp. 265-269.
- Dirección General de Estadística (DGE), 1978. Encuesta Mexicana de Fecundidad, 3 Vols. Coordinación del Sistema Nacional de Información, SPP, México.
- Elu, Maria del Carmen, 1994. "El personal de salud ante el aborto: valores y contraindicaciones" Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Representaciones Sociales y Movimientos Sociales. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15 al 18 de noviembre, pp. 145-155.
- Erviti, Joaquina, 1999. "Aborto y Redes Sociales en Morelos, México". Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Farrés, B., María Luisa, 1994. "Desde el movimiento Feminista hacia el Sistema Político: Estrategias representaciones de los Actores que Participan en el Debate sobre el Aborto en la Prensa Mexicana, 1974-1990". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Representaciones Sociales y Movimientos Sociales. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15 al 18 de noviembre, pp.31-42
- García Núñez, José, et. al., 1980. Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo de Fecundidad/Mortalidad. Coordinación del Programa Nacional de Planificación familiar (CPNPF), México.
- Infante Castañeda, Claudia; Cobos Pons, Yolanda, 1989. "El aborto inducido en cifras: análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa" en Salud Pública de México, mayo-junio de 1989, Vol. 31, No.3, pp385-393. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. Cuadernos de Investigación Social 7, México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), 1994. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992. Metodología y Tabulados. México.

- INEGI, 1999. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997. Metodología y Tabulados. México.
- Jefatura de Servicios de Planificación Familiar (JSPF), 1982. Encuesta Rural de Planificación Familiar. Documento Metodológico y Resultados Nacionales. Instituto Mexicano del Seguro Social, México. 2 vol.
- Lamas, Marta, 1992. "El aborto en México" revista Nexos. Núm. 176, agosto, pp. 51-59.
- Levine, A., 1977 Understanding Psychology. Random House, Inc.
- Mendoza, Doroteo, 1991 "Impacto demográfico del aborto inducido en México", México, junio (mimeografiado).
- Mier y Terán, Marta y Rabell, Cecilia A., 1982. La mortalidad intrauterina en México, Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México, cuadernos de investigación social 7, México.
- Mundigo, Axel I., 1994. "Hacia la construcción de una agenda de investigación: el reto del aborto inducido en América Latina". Presentado en Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia 15 al 18 de noviembre.
- Núñez, L. y Palma, Y., 1991. El Aborto en México, en revista FEM, México, Año 15, No 104, agosto, pp 4-15.
- Núñez, L. y Hernández, D., 1993. "Datos de los Registros Hospitalarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para el Estudio del Aborto", Pathfinder International y Jefatura de Salud Reproductiva y Materno Infantil; México, IMSS, (mimeografiado).
- Núñez, L., Ortiz, E., Arceo, M. y Benson, J., 1993. "El estudio del Aborto en una localidad del estado de México". Presentado en IV Congreso Nacional de Salud Pública; de La Investigación a la acción, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México del 25 al 27 de enero.
- Núñez, L., Shrader, E. y Benson, J., 1994. "Encuesta de opinión sobre el aborto en la Ciudad de México" en Salud Pública, México, vol.36 núm 1, enero-febrero, pp. 36-45.
- Núñez, L., Benson, J. y Martínez, M., 1994. "Rutas al aborto: Un estudio de comunidad en México". Presentado en Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, D.C. Colombia, del 15 al 18 de noviembre.
- Núñez, L., Benson, J. y Martínez, M., 1994. "Rutas al aborto: Un estudio de comunidad en México". Presentado en V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio de México, A.C., México, 5 al 9 de junio.

- Ortiz R., Estela, 1991. "Rutas del Aborto, un Avance de Investigación". Presentado en Mesa sobre Aspectos Sociodemográficos del Aborto en México. Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio de México, México D.F.
- Ortiz, E., Arceo, M., y Becerril, P, 1992. "Epidemiología del aborto un avance de investigación a través de la teoría de la Entrevista de profundidad". Presentado en I Foro de Investigación Tecnológica y Proyectos Externos. Universidad Autónoma del Estado de México, del 9 al 13 de noviembre, Toluca, México.
- Palma, Y., Núñez, L. y Cárdenas, C., 1990. "El aborto inducido: Resultados de una Encuesta en Hogares". Presentado en IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Sociedad Mexicana de Demografía y el Colegio de México, del 23 al 27 de abril.
- Palma, Y., y Núñez, L., 1991. "Encuesta sobre Salud Reproductiva 1991. Descripción del estudio y Resultados Generales". México, julio. (mimeografiado).
- Pick, S., Givandan, M. y Fawcett, G., 1994. "Resultados de Tres Encuestas Nacionales de Opinión sobre el Aborto, México 1991-1993". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Representaciones Sociales y Movimientos Sociales. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15-18 de noviembre, pp. 83-103.
- Population Information Program, 1981. Interrupción del Embarazo, Population Reports, Baltimore, Maryland. Serie F, No.7.
- Rabago, A., Hinojosa A y Sánchez R., 1991. "Características de las mujeres con un aborto en la población derechohabiente del IMSS". Presentado en Mesa Sobre Aspectos Socioeconómicos del Aborto en México. Sociedad Mexicana de Demografía, México D.F.
- Radhakrishna, A., Gringle R.E. y Greenslade F.C., 1999. Identificando la Intersección: Adolescencia, Embarazo no Deseado, VIH/SIDA y Aborto en Condiciones de Riesgo. IPAS, Tema en el tratamiento del aborto, Núm. 4.
- Raguz, María, 1994. "Aportes de las Psicología y el Género al Problema del Aborto Inducido". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Representaciones Sociales y Movimientos Sociales. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15 al 18 de noviembre, pp. 130-144.
- Rivera, G., Palma, Y. y Núñez, L. (s/f). "Incidencia y Representación Social del Aborto en México. Discusión Metodológicas y Síntesis de Resultados". México (mimeografiado).
- Romero, M., López, L y Langer, Ana, 1994. "Determinantes del aborto en adolescentes mexicanas". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Determinantes del Aborto y Factores Asociados. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15 al 18 de noviembre, pp. 66-79.

- Secretaría de Salud (SSA), 1988a. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Memoria de la Reunión Celebrada el 18 de febrero, México, D.F.
- Secretaría de Salud SSA, 1988b. Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México. Documento Metodológico. Dirección General de Planificación Familiar, México, diciembre.
- Secretaría de Salud, 1989. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Dirección General de Planificación Familiar. México, julio.
- Secretaría de Salud, 1990. Informe de la Encuesta sobre Conocimiento, actitud y Práctica en el Uso de Métodos Anticonceptivos de la Población masculina Obrera del Area Metropolitana de la Ciudad de México. Dirección General de Planificación Familiar, Serie de Investigación, septiembre, México.
- Shedlin, M.G. y Hollerbach, P.E., 1981. "Modern and Traditional Fertility Regulation in a Mexican Community: The Process of Decision-Making", in Studies in Family Planning, Vol 12, N° 67, pp. 278-296.
- Singh, S. y Wulf, D., 1994. "Niveles Estimados de Aborto Inducido en Seis Países Latinoamericanos" en Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. The Alan Guttmacher Institute, número especial, pp. 3-12.
- Soberón, Guillermo, 1994. "El aborto es un problema de salud pública" en Adriana Ortiz ed. Razones y pasiones en torno al Aborto: una contribución al debate. The Population Council y EDAMEX, México.
- Sousa, Rebeca, 1994. "Incidencia y características del aborto inducido en Soa Paulo". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Aspectos Metodológicos. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15-18 de noviembre, pp. 16-34.
- Tezcan, S y Omran, A.R., 1981. "Prevalence and reporting of incidencia abortion inturkey: Two survey techniques" studies in family planing. Vol 12, núm 6/7 june /july, pp.262-271.
- Tolbert, Kathrym, 1994. "El aborto que papel juegan los hombres, esposas y compañeros". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Determinantes y Factores Asociados. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15-18 de noviembre.
- Vernon, Ricardo (ed.), 1998. Ampliando el acceso a la anticoncepción de Emergencia en América latina Memorias, Taller regional. México. INOPAL III, Population Council.
- Warner, S.L., 1965. " Randomized Response: a survey thechnique for eliminating evasive answer bras". En Journal of the American Statistical Association. Vol. 60, pp. 63-69.

- Zamudio, Rubiano y Wartenberg, 1994. "Representatividad, confiabilidad y significación: problemas prácticos de la investigación sobre aborto inducido". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Aspectos Metodológicos. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15-18 de noviembre, pp. 43-55.
- Zamudio , Rubiano y Wartenberg, 1994. "La incidencia del aborto inducido en Colombia". Presentado en Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Sesión Incidencia. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. Colombia del 15-18 de noviembre, pp. 24-40.
- Zamudio, L y Rubiano N., (comp.), 1994. "Conclusiones y Recomendaciones" del Primer Encuentro de Investigadores sobre Aborto inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, 15 al 18 de noviembre, 21 p.