



00662  
2  
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**La Aplicación de la Mercadotecnia Social  
en la Prevención del Aborto Inducido.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**MAESTRO EN ADMINISTRACION**  
**P R E S E N T A**  
**DANIEL LOPEZ JIMENEZ**

**MEXICO, D. F.**

**1988**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	Pag.
P r o l o g o	1
CAPITULO I - ASPECTOS DE MERCADOTECNIA	5
CAPITULO II - LA PROBLEMATICA DEL ABORTO EN MEXICO	11
II.1 Aborto . Sus características	
II.2 El Aborto Inducido	
II.3 La Legislatura sobre el aborto	
II.4 La Religión y el Aborto	
II.5 Demografía . Política de Población	
II.6 Expectativas de Población	
CAPITULO III - DISEÑO DEL ESTUDIO	26
III.1 Objetivos	
III.2 Relevancia del Estudio . Metodología	
III.3 Cuestionario . Escala de Actitud	
III.4 Administración del Cuestionario	
III.5 Tabulación de la Información	
III.6 Cuadros Cruzados . Resultados esperados	
CAPITULO IV - ANALISIS Y COMENTARIOS	40
CAPITULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
Referencias bibliográficas	61

## P R O L O G O .

Tanto en los países pobres como en los ricos tratan de hacer un en frentamiento racional de sus recursos a sus problemas y para este enfrentamiento siempre se esta en la búsqueda de métodos, técnicas o actividades que mediante su uso maximicen el resultado de la a - plicación de dichos recursos.

De tal manera que como integrante que soy, del equipo de salud, du rante el curso de las materias programadas para la maestría en Ad- ministración, vislumbré las múltiples posibilidades de aplicación de métodos o técnicas administrativas para la maximización de los- recursos siempre finitos y que se estan utilizando para la solu - ción de la problemática de salud de nuestro país y una de estas po sibilidades es, la aplicación de la Mercadotecnia.

En un principio esta investigación se pensó realizar para conocer- en que grado se estaba ya aplicando la Mercadotecnia, por las ins- tituciones responsables de la salud en México, qué resultados se - habían obtenido y qué posibles mejoras en dicha aplicación se po - drían sugerir; Pero siendo este campo de la investigación muy ex - tenso se consideró conveniente, limitar la investigación a un área más específica de la Mercadotecnia y con su aplicación sobre un so lo problema de salud, el cual fuera significativo por su magnitud- trascendencia y actualidad, por lo tanto se decidió hacer esta in- vestigación sobre " La Aplicación de la Mercadotecnia Social en la

Prevención del Aborto Inducido ". Entendiéndose como Aborto Inducido a la terminación ilegal de embarazo, realizada por la madre con o sin la ayuda de otras personas.

La metodología que se siguió en esta investigación consistió en obtener y plasmar en el primer capítulo, en forma breve aspectos de Mercadotecnia con objeto de introducir al lector sobre el concepto y los objetivos de la Mercadotecnia Social; En el segundo capítulo se trató de hacer notar la magnitud del Aborto Inducido en México, su repercusión social, legal, psicológica y familiar, haciendo notar la ocupación de los recursos médicos y paramédicos que se utilizan en su atención y la consiguiente imposibilidad de la aplicación de los mismos recursos en la atención de otro tipo de pacientes.

Se trató de establecer los factores propiciantes del Aborto Inducido y a través de ello buscar la prevención del mismo.

Se puntualizaron también las expectativas del crecimiento de nuestra población y el papel que juega el Aborto Inducido por un lado y los Programas de Planificación Familiar por el otro en este crecimiento.

En el capítulo tercero se establecen los objetivos de esta investigación y su posible relevancia para las Instituciones de Salud. Se anota la metodología que se siguió en la elaboración de una cédula de encuesta factible de ser aplicada a los pacientes de Aborto Inducido, la cual nos permitió conocer las características generales de

estas pacientes y mediante la elaboración de una escala de actitudes conocimos la actitud de las pacientes hacia el Aborto Inducido lo cual en conjunto nos permitiría en el futuro, la elaboración de un programa más adecuado para su prevención y control.

Con todo lo anterior se trató de demostrar al lector de este trabajo que la Mercadotecnia puede ser utilizada por las Instituciones de Salud para maximizar sus recursos y para lograr una mejor atención de sus derechohabientes.

En el capítulo cuarto se hace el análisis y los comentarios de la información obtenida por la aplicación de la cédula de encuesta y de la escala de actitudes.

En el capítulo quinto se anotan las conclusiones y recomendaciones respecto a lo que se detectó con esta investigación como fué:

Que actualmente no se reconoce la utilidad de la aplicación de la Mercadotecnia en las Instituciones de Salud, aunque la estén aplicando en la realidad, pero en forma no reconocida ya que se le dá otras denominaciones como puede ser, " Estudio de Campo ", el cual si lo analizamos corresponde a una investigación de mercado, la que debe de continuarse con la aplicación de cédulas de encuesta y de escalas de actitudes, lo cual permitiría la mejor adaptación de los servicios y de la combinación promocional proporcionados o aplicados por dichas Instituciones, a las actitudes de sus derechohabientes.

## RECONOCIMIENTOS .

Con estas líneas expreso mi reconocimiento y mi agradecimiento para el Doctor Javier Cervantes Aldana y para el Doctor Bernardo Ramirez Minvielle, los cuales me proporcionaron siempre su tiempo -- con gusto y entusiasmo, en todas las ocasiones en que me brindaron asesoría para la realización de esta investigación, lo cual me estimuló constantemente para seguir adelante con este trabajo y me -- seguirá estimulando para la realización de futuras investigaciones.

Agradezco también a todos los profesores del Programa de la Maestría en Administración, el interés que siempre demostraron en proporcionarnos sus conocimientos.

Finalmente agradezco a todas las personas cercanas o lejanas a mí que de alguna manera me apoyaron para la realización de este estudio, pensando especialmente en el grupo de pacientes que a pesar de sus molestias físicas o morales, aceptaron con sus respuestas y con sus conceptos formar parte de este esfuerzo por mejorar la atención de futuras pacientes .

## C A P I T U L O I .

### ASPECTOS DE MERCADOTECNIA .

La mercadotecnia ha sido definida de múltiples maneras, pero no debe de ser considerada simplemente como una costumbre mercantil sino como una Institución Social, es un medio para enfrentarse a --- ciertas necesidades del pueblo y satisfacerlas, es un sistema de - pensamiento y práctica muy refinada que caracteriza un período en el desarrollo de la economía de mercado.

Lo real es que la Mercadotecnia es sólo uno de los varios medios - para lograr un objetivo social y Polanyi explica que éste se logra por las sociedades, de distinta manera entre ellas: por reciprocidad, redistribución, economía, comercio y el mercado ( 1 ).

La Mercadotecnia también ha sido definida como la actividad de comprar y vender, incluyendo en ello el caudal de mercancías y de servicios que fluyen del productor al consumidor. Las mercancías de - ben de ser llevadas desde el productor hasta el consumidor y es -- pueden distinguir dos movimientos: Uno es el cambio de propiedad a consecuencia de la compra-venta y el otro es el movimiento físico de la mercancía desde el productor y el fabricante hasta los consumidores mediante los almacenistas y minoristas.

La razón de ser del empresario es proporcionar al consumidor los - bienes y servicios que pide, por lo cual obtiene un beneficio, pa-



ro su objetivo principal debe de ser atender a las necesidades humanas y el no comprenderlo es causa de muchos abusos y de severas críticas al sistema ( 2 ).

Por otra parte la American Marketing Association define la Mercadotecnia como la realización de las actividades mercantiles que dirigen el flujo de los bienes y servicios del productor al consumidor o al usuario.

Paul Manzur la define como la creación y suministro de un nivel de vida a la sociedad y Peter F. Druker la define como la función que a través de sus estudios e investigaciones de que es lo que el cliente desea, que precio este dispuesto a pagar y donde y cuando lo necesitará, sirve a la sociedad.

En general se puede decir que la Mercadotecnia estudia todas las técnicas y actividades que permiten conocer que satisfactor se debe producir y que sea costeable y la forma de hacer llegar ese satisfactor, en forma eficiente al consumidor, sin olvidar también que dicho satisfactor en el futuro no llegue a afectar a la sociedad en general como por ejemplo: Actuando como contaminante del ambiente - ( 3 ).

De esta manera la Mercadotecnia se ha entendido como un enfoque sistémico de la estimulación para vender o como una filosofía de negocios para satisfacer las necesidades humanas.

Se ha definido también como el conjunto de actividades humanas dirigidas a facilitar y realizar intercambios ( 4 ), especificando que son actividades humanas, porque entre los animales no hay relaciones de intercambio propiamente dichas y se facilitan estos intercambios por el desarrollo de transacciones o intercambios esporádicos y por las relaciones formales de trato comercial continuo y aunque no se especifica lo que es objeto del intercambio, tradicionalmente han sido intercambiados los bienes y también los servicios.

Por otra parte se denomina Dirección de Mercadotecnia a la profesionalización de las actividades de intercambio, mediante la programación adecuada de las mismas.

Recientemente se añade el Concepto de Mercadotecnia que busca la satisfacción del cliente como clave para alcanzar los objetivos organizacionales. Aunque siempre el principal objetivo de todas las compañías que actúan en la economía de libre empresa es proporcionar beneficios a sus propietarios, no ya una simple utilidad sino el dividendo máximo posible dentro de las limitaciones legales y morales del sistema.

También figuran cada vez más, alusiones a la Mercadotecnia y a sus diversas funciones en otros contextos Institucionales, por ejemplo:

- Se comercializan los programas de educación del chofer, se promueve a los candidatos políticos, se hace publicidad al Departamento de policía, las iglesias tienen que modernizar su servicio, el co

rrero debe de mejorar su imagen, hay que hacer una mejor promoción de la Planificación Familiar y es indiscutible que todas las Instituciones tienen sus clientes y sus productos o servicios\* ( 5 ).

De tal manera que hospitales, fundaciones, sindicatos, asociaciones, bibliotecas, museos, organismos gubernamentales, personajes políticos, Instituciones de Beneficencia, etc, desarrollan actividades que tienen algo de Mercadotecnia, en apoyo de la consecución de sus objetivos.

Existe también lo que se ha llamado Mercadotecnia Social la cual desarrolla actividades para crear, conservar o modificar las actitudes y el comportamiento en forma positiva hacia una idea o causa.

Entre las actividades que desarrolle la Mercadotecnia Social, independientemente de la organización que le patrocine se encuentra la publicidad y el anuncio ( 6 ) y en general la promoción, que comprende todos los instrumentos de la combinación de Mercadotecnia, cuya función principal es la comunicación persuasiva.

Actualmente las Instituciones lucrativas, como las no lucrativas-están ya haciendo uso de los medios de publicidad masiva, tratando de hacer conciencia en el público para que cuide de su salud, vacune a sus hijos, evite accidentes, planee su familia, etc: Y para ser efectivas estas campañas deberán conocer bien su mercado

especialmente en lo referente a sus costumbres y a su psicología.

Entre las Instituciones de Salud de nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social utiliza, ciertas formas de Mercadotecnia Social cuando trata de servir, sentir y satisfacer a sus diversos públicos o mercados ( 7 ), empezando con la investigación de las características de la población derechohabiente, con la finalidad de poder medir, valorar e interpretar los deseos, actitudes y comportamiento de los diversos grupos que la integran.

Y también utiliza las diferentes herramientas de la combinación - promocional, para el cumplimiento de sus objetivos de promoción, - restauración y/o preservación de la salud de sus afiliados, a través de la prestación de sus servicios en el lugar oportuno y en el momento adecuado.

Sin embargo, todas estas actividades no se han reconocido abiertamente como de Mercadotecnia y se les han dado diferentes denominaciones, como son las siguientes : " Estudio de comunidad ", " Medicina Preventiva ", " Educación para la Salud " o " Campañas Sanitarias ".

Como ejemplo de estas últimas tenemos a la Campaña Coplanear a la cual se le ha dado mucha difusión recientemente, siendo un programa realizado en coordinación del Gobierno y del IMSS y significa: Coordinación General para el Desarrollo de Zonas Marginadas y De-

primidas.

Esta falta de aceptación o de reconocimiento a la Mercadotecnia -- por las Instituciones de Salud, en parte se debe a que ha sido objeto la Mercadotecnia de críticas por su excesivo materialismo, -- por la manipulación que hace de la demanda, por la contaminación cultural y por la concentración del poder político en manos de los hombres de negocios.

Pero al mismo tiempo, se ha visto que estas consecuencias negativas de las actividades de la Mercadotecnia pueden restringirse o limitarse.

Y pueden limitarse en virtud de las leyes, que afectan las relaciones competitivas y a las decisiones relativas a los productos, servicios, precios, promociones y canales de distribución.

Lo mismo que pueden limitarse, debido a la orientación que tiene la Mercadotecnia hacia la satisfacción del consumidor, por su sentido de misión y por su encauzamiento hacia el bienestar de la sociedad ( 8 ).

## C A P I T U L O   I I .

### LA PROBLEMATICA DEL ABORTO EN MEXICO .

El Instituto Mexicano del Seguro Social al igual que otras Instituciones afines ha detectado la problemática de salud, de sus afiliados y ha actuado contra esa problemática en su oportunidad.

Sin embargo, aún existen problemas como el del Aborto Inducido que por tener raíces profundas de tipo social, cultural, psicológico y económico, no conocidas en su totalidad, dificulten su solución estableciéndose por tal motivo la necesidad de determinar lo mejor posible sus causas y posterior a ello actuar en consecuencia.

### ABORTO . SUS CARACTERISTICAS .

Se entiende por aborto a la expulsión del huevo interuterino dentro de las primeras 22 semanas de gestación y cuando el producto pesa menos de 500 gramos.

Según la etapa de evolución en que se encuentre el aborto se clasifica tradicionalmente como : Amenaza de aborto cuando aparece sangrado escaso proveniente del útero.

Aborto en evolución es cuando empieza a abrirse el cuello del útero y por simple gravedad puede salirse el feto.

Aborto inevitable es cuando ya hay sangrado abundante, lo cual sig

nifica que los tejidos o sea la placenta que sostiene al producto ya se esta desprendiendo.

Aborto incompleto es cuando ya se ha expulsado parte del huevo y finalmente Aborto completo es cuando la expulsión del huevo ha sido total, lo mismo que la placenta y las membranas que lo recubren.

Dentro de la magnitud del aborto en general, el Aborto Inducido o provocado representa un gran porcentaje del mismo, entendiéndose como Aborto Inducido a la terminación ilegal del embarazo, antes de que el producto sea viable, por la misma embarazada con o sin ayuda de otra persona y mediante la utilización de agentes químicos, mecánicos o medicamentosos y es sobre el Aborto Inducido al que se referirá esta investigación.

#### EL ABORTO INDUCIDO .

A pesar de las restricciones legales y morales que existen respecto al aborto, este no deja de ser una realidad de proporciones alarmantes, sin embargo debido a la clandestinidad con que se practica es difícil obtener datos exactos sobre el número de mujeres que recurren a él.

Se ha calculado que actualmente se efectúa un Aborto Inducido por cada 5 embarazos, lo que da un total de 600 000 a 700 000 abortos anuales ( 9 ).

También se ha determinado que la proporción mayor de Abortos Indu-

cidos ocurren entre las mujeres de 20 a 30 años de edad y que además tienen numerosos hijos.

En otros estudios se ha detectado que la carencia de recursos económicos es uno de los motivos referidos, para tratar de evitar el nacimiento de otro hijo, recurriendo para ello a lo que por tradición o por ignorancia realizan y es a provocarse el aborto ( 10 ), hecho que ocurre habitualmente entre la 7a y la 14a semana del embarazo.

En diferentes partes del mundo la frecuencia del Aborto Inducido se ha reportado del siguiente modo:

En Europa un aborto por cada parto, en Sudamérica 90 abortos por cada 100 partos y en México de 50 a 75 abortos por cada 100 partos( 11).

En nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social por sus investigaciones realizadas al respecto, pone de manifiesto que de 1965 a 1972 este problema representó el 14.3 % del total de los egresos-hospitalarios, ocurridos en tres de las unidades de Ginecología y Obstetricia del Distrito Federal.

Atendiéndose en este lapso de tiempo 113,423 abortos, de los cuales el 78 % fueron declarados como inducidos. También estas investigaciones revelaron que de cada 4 abortos inducidos, sólo uno es atendido en estos hospitales, debido a sus complicaciones y se concluye que aproximadamente el 20 % de las mujeres derechohabientes en edad reproductiva se inducen el aborto ( 10 ).



Ante la magnitud del problema se estudia actualmente la posibilidad de legalizar el aborto en México, suponiendo con cierta lógica que descendería hasta desaparecer, más no siempre es así puesto que hasta en los países liberales el número de abortos inducidos es considerable, lo que se atribuye a factores culturales de la población ( 12 ).

#### LA LEGISLATURA SOBRE EL ABORTO .

Mundialmente de acuerdo a los criterios de Callahan ( 13 ), los países se pueden clasificar de acuerdo al grado de prohibición -- del aborto inducido, como restrictivos, moderados o liberales.

Las leyes restrictivas prohíben totalmente el aborto o lo limitan a aquellos casos que se juzga necesario para salvar la vida de la mujer.

Las leyes moderadas amplían las causas admisibles e incluyen razones tales como la preservación de la salud mental y/o física de la mujer, problemas socioeconómicos y posibles malformaciones del niño y a veces se requiere seguir un procedimiento estricto para obtener la autorización para abortar.

Las leyes liberales no restringen los abortos, salvo en embarazos avanzados.

La tendencia a una mayor flexibilidad se debe en parte a los problemas

mas de Salud Pública provocados por el aborto ilegal y a la posibilidad de realizarlos en una forma mejor controlada desde el punto de vista médico.

El primer país donde se otorgó el derecho de aborto a petición fue la Unión Soviética en 1920, la medida fue revocada en 1936 por problemas internos y fue otorgada nuevamente en 1955.

A partir de 1929 gran cantidad de países han liberalizado su legislación referente al aborto y en el momento actual son: Gran Bretaña, Suecia, Japón, Bulgaria, Hungría, Polonia, Checoslovaquia, Rumania, China, Noruega, Yugoslavia, la República Democrática Alemana, Turquía, Francia, la India, Corea del Sur, Bangladesh, Vietnam, Zambia, Cuba, Estados Unidos, Canadá, Francia e Italia.

Actualmente más de la mitad de la población mundial tiene acceso a una u otra forma de aborto legal ( 13 ) y practica el aborto ilegal.

En México el aborto es un delito, la legislación que lo rige está contemplada en los Códigos Penales del Distrito Federal y Territorios Federales de 1871, de 1929 y de 1931 y en los Códigos Estatales expedidos subsecuentemente, casi todos dentro del mismo modelo.

No deja de sorprender que a pesar de la gran diferencia entre el México de 1871 y el de 1931 ( y ya no se diga del de 1980 ), esta legislación sea prácticamente igual en los tres códigos, sólo hay uno que otro cambio formal y además la mujer nunca ha tenido ingerencia

en la elaboración de dichas leyes y la legislación que aún rige estos aspectos hasta la fecha es la de 1931, con los siguientes artículos :

Artículo 329: Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 330: Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán - de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare siempre que lo haga con el consentimiento de ella.

Cuando faltare el consentimiento la prisión será de tres a seis años y si mediare la violencia física o moral, se impondrán al delin-  
cuente de seis a ocho años de prisión.

Artículo 331: Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

Artículo 332: ( Aborto honoris causa ). Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consiente que otro le haga abortar, si concurren estas tres -- circunstancias:

- a) Que no tenga mala fama.
- b) Que haya logrado ocultar su embarazo.
- c) Que sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando una de las circunstancias mencionadas, se aplicarán de uno a cinco años de prisión.

Artículo 333: No es punible el aborto causado solo por imprudencia-

de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

Artículo 334: No se aplicará sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corre peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo este el dictámen de otro médico siempre que es to fuera posible y no sea peligrosa la demora ( 14 ).

### LA RELIGION Y EL ABORTO .

En el mundo la actitud hacia el aborto se ve influenciada por la religión, ya la Biblia y el Talmud desaconsejaban el aborto, aprobando lo solamente cuando suponían que el embarazo entrañaba peligro de -- muerte para la madre.

Actualmente casi todos los protestantes y judíos aceptan el aborto - cuando hay que disminuir riesgos a la madre.

El catolicismo moderno califica de asesinato a toda interrupción del embarazo, si esto significa matar directamente al feto, sin considerar si se practica para salvar la vida o para conservar la salud de la mujer, esta posición no deja lugar a dudas en la mente de los médicos y legos católicos ( 15 ).

Toda la tradición de la iglesia concuerda en que el aborto constituye un pecado grave. Pero recientemente se anunció en un documento del Episcopado Mexicano que se van a hacer estudios para distinguir en -

tre la vida biológica y la vida humana y hoy se sabe por los avances de la Genética que cada célula tiene memoria y que esa memoria es humana, por lo tanto desde un principio, que es el de la concepción hay vida humana.

En cuanto a la posibilidad de contraponer la vida de la madre y la vida del feto nos llevaría a un razonamiento filosófico como el -- que justificó el nazismo que decía: Este hombre vale menos, por lo tanto lo eliminamos .

La Iglesia siempre ha defendido la vida humana sobre toda la del más débil, que en este caso es el feto, pero todas las vidas valen igual.

Sin embargo el aborto se ha legalizado en muchos países, aún en algunos católicos pero esto no quiere decir que para los creyentes sea aceptable, ya que una cosa es la ley civil y otra la ley moral y no deben confundirse ( 16 ).

#### DEMOGRAFIA . POLITICA DE POBLACION .

Los aspectos demográficos en el desarrollo de la sociedad se relacionan profundamente a los problemas económicos, políticos y sociales, debido a que la problemática demográfica tiene sus raíces en la resultante de factores actuantes como son las costumbres, las tradiciones, las creencias religiosas, etc.

La existencia de un nivel dado de crecimiento de la población, - sus características de población joven o vieja y los grados de - su potencial de crecimiento son consecuencia del efecto combinado de la natalidad y de la mortalidad en población cerrada y de la migración en población abierta.

En cuanto a los factores socio-económicos influyen sobre una o - todas estas variables, se tendrá a largo plazo un determinado -- perfil demográfico.

De las variables que intervienen en los procesos vitales, es la mortalidad la que ha registrado cambios de importancia tendientes a su abatimiento y son debido a :

- 1) El progreso en la tecnología médica, especialmente en las acciones de Salud Pública que incluye el descubrimiento de productos químicos, vacunas y antimicrobianos más efectivos y -- son sustancias con mayor facilidad de aplicación y difusión y con mayor posibilidad de tener una producción masiva, lo cual facilita su obtención a relativo bajo costo.
- 2) Factores socio-económicos internos como son: La inversión en obras de infraestructura tales como la introducción de agua - potable, alcantarillado, hospitales, clínicas, etc.

Así mismo puede influir en la disminución de la mortalidad, los cambios en la composición sectorial y ocupacional de la mano de obra, asociados con el pasaje de una economía predominantemente-

agrícola, a una más diversificada.

En el caso de México no se puede precisar cuanto del 40.6 % del descenso de la mortalidad, se debe a cada uno de estos factores mencionados, pero esto ha hecho que aumente la esperanza de vida del mexicano a edades más avanzadas.

Ejemplo de lo anterior es que en 1930, el 25 % de la población fallecía antes de cumplir 35 años de edad, el 50 % antes de cumplir 38 y el 75 % antes de los 64; Actualmente la esperanza de vida del mexicano en general es de 64 años ( 17 ).

El descenso rápido de la mortalidad ha traído como consecuencia:

- a) Aumento en la tasa de crecimiento de la población.
- b) Contribuir a su rejuvenecimiento cuya característica es la existencia de una alta proporción de la población con menos de 15 años de edad, dicha proporción era en 1930 del 39 % y en 1960 del 45 % y actualmente del 52 %.

La otra variable asociada a la revolución demográfica es la natalidad y es notable que cuando un país pasa de un régimen de economía agraria a uno de economía de mercado, desciende la fecundidad por el desarrollo económico subsecuente, la urbanización y la mayor participación de la población femenina en actividades económicas y a la conducta racional de estas sociedades frente al problema de la anticoncepción.

Esta conducta racional ha estado determinada por factores económicos, sociales y psicológicos, tales como la obligatoriedad de la educación de los niños, el desarrollo de la puericultura, el aumento más rápido de las posibilidades de consumo, que de las de ingreso y la reducción de la mortalidad infantil.

Así vemos que la fecundidad ha descendido en otros países por la emancipación de la mujer, actuando de diferente manera en el núcleo familiar igualando en autoridad al marido; Todo esto contribuyó a que la mujer tuviese otras cosas en que pensar aparte de la maternidad e influye en la cantidad de hijos que desea tener.

En México la fecundidad ha permanecido prácticamente constante y los altos niveles de natalidad probablemente estén determinados -- por las estructuras sociales y psicológicas existentes.

El control de la fecundidad en estas sociedades se realiza a través del control matrimonial, retardando la edad del matrimonio y en proporción cada vez mayor por medio de los abortos.

Si se acepta que en nuestra sociedad predominan los segmentos tradicionalistas cuyas normas y valores favorecen la alta fecundidad, se tiene que aceptar también como una de las posibles explicaciones de la estabilidad de la fecundidad, el uso de medidas lícitas -- como es el uso de anticonceptivos científicos o folklóricos o el uso de medidas ilícitas como el aborto, para mantener un tamaño de familia acorde con sus posibilidades económicas.



Respecto a la migración de la población, ésta en realidad no influye en el crecimiento de la misma, puesto que se puede considerar que es mayor el número de personas que salen del país, que las que ingresan.

Mientras que en México por su potencial de crecimiento esta en posibilidades de aumentar el doble su población en unos 20 años, Inglaterra y Alemania Oriental solo aumentarán su población en un 8 y 1 % respectivamente en el mismo período.

Además en México se considera que la población es joven y esta tiende a ejercer mayor presión sobre los servicios sociales existentes como son : Hospitales, clínicas, guarderías, escuelas de diversos niveles, maestros y otros profesionistas, viviendas, -- transportes, alimentos, centros de diversión, áreas verdes y cada vez un mayor sistema de dotación de agua potable y de drenaje.

Así mismo los aumentos de la oferta de mano de obra, estan requiriendo de mayores inversiones para crear nuevas fuentes de trabajo, por lo que ya existe desequilibrio en nuestro país entre el ritmo de creación de empleos y la oferta de mano de obra.

La reducción de la población económicamente activa, concomitante con el proceso de rejuvenecimiento de la población, hace que las relaciones de dependencia o sea el número de personas inactivas- que dependen de cada trabajador, aumente básicamente por el au -

mento del número de niños en cada unidad familiar, hecho que se trata de evitar en muchos casos, efectuando el aborto en lugar del uso adecuado de algún método de anticoncepción.

En nuestro país existe una política de población la que internacionalmente ha sido definida como: " El conjunto de decisiones que conforme a una estrategia racional adopta el sector público de acuerdo con las necesidades y deseos, de las familias y de la colectividad, para influir directamente sobre la magnitud y características de la población ".

Refiriéndose a la última parte de la definición, a la composición por edades, al tamaño de la familia y a la distribución regional de los habitantes, se reconoce que son variables que pueden facilitar la consecución de los objetivos de desarrollo económico y social en lo referente a la salud, educación, vivienda ocupación y seguridad social.

La nueva Ley General de Población fué promulgada en 1974 comprendiendo los aspectos generales de una política demográfica basada en la Planificación Familiar y la Educación Sexual, reconociendo que dentro de la política general de desarrollo económico y social del país, la Política General de Población es parte importante, ya que el progreso del país se alcanzará hasta moderar el crecimiento de la población o por lo menos se alcanzará más pronto.

Este crecimiento de la población se deriva de que aproximadamen

te cada año nacen 2.5 millones de mexicanos e sea que tenemos un nuevo compatriota cada 12 segundos, mientras que los fallecimientos son del orden de 500 000 anuales, lo que hace que la confrontación entre nacimientos y defunciones da por resultado un aumento de población de 272 habitantes por hora, pudiendo con este crecimiento formarse cada mes una ciudad de 200,000 habitantes.

#### EXPECTATIVAS DE POBLACION.

Dado lo impresionante de las cifras se han diseñado 4 expectativas para la población de México del año 2000 y son :

1a Seríamos 155 millones de habitantes de no haber ninguna reducción en la fecundidad, en los próximos años.

2a Seríamos 140 millones, si hubiésemos reducciones mínimas del 5 al 10 % en la tasa de fecundidad.

3a Seríamos 135 millones si aconteciesen considerables cambios de actitud hacia la reproducción, que favorecieran la aceptación y uso de los métodos anticonceptivos por la población.

4a Seríamos 125 millones en el mejor de los casos, a condición de una reducción enérgica en las tasas de fecundidad, mediante la utilización de todo tipo de recursos que lograsen cambios radicales de actitud. ( 18 ). Y esto se lograría fundamentalmente mediante la educación de la población.

Todo lo anteriormente mencionado apoya las actividades tendientes a poner al alcance del mayor número posible de la población --

los medios necesarios para planificar su familia y apoyo también la realización de toda actividad tendiente a educar a los habitantes, para que acepten y participen en la planificación familiar en forma consciente y voluntaria, lo cual disminuiría en forma ostensible el Aborto Inducido ( 19 ).

### C A P I T U L O   I I I .

#### DISEÑO DEL ESTUDIO .

Ante un problema de salud en nuestro país, como lo es el Aborto Inducido y ante el desconocimiento parcial e total de los factores que lo propician es conveniente la aplicación de la metodología científica para la obtención de información relevante y - fidedigna para extender, verificar, corregir e aplicar el conocimiento ( 20 ).

Ya que la ciencia esta basada en el supuesto de que hay orden - en el universo, y que este orden es susceptible de ser explorado lo cual se realiza con el uso del método científico, con el que el hombre podrá captar e detectar los fenómenos para hacerlos - inteligibles y dar una explicación racional de ellos y hacerlos manejables y previsibles, una vez que se conozca sus causas.

Por consiguiente es conveniente contar con uno o más instrumentos de investigación que nos proporcionen información confiable sobre los factores que propician el Aborto Inducido, cuyo conocimiento nos permitiría la aplicación de actividades de mercado

tecnia, para precisar las características generales de estas pacientes y sus actitudes hacia el aborto.

Además es posible utilizar la combinación promocional para la prevención del mismo con el uso preferente de la comunicación -- personal, pues se considera que la comunicación personal de una fuente inmediata y fidedigna suele ejercer mayor influencia que la transmitida por otros medios de procedencia remota y fidedigna ( 21 ).

#### OBJETIVOS .

- 1.- Mostrar la utilidad de la aplicación de la mercadotecnia en el área de la salud.
- 2.- Determinar cuales son los factores que propician la presentación del Aborto Inducido y la actitud de las pacientes hacia el mismo y a través de su conocimiento, tratar de modificarlos para la prevención del mismo.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO.

- 1.- Con la utilización de la mercadotecnia se realizará mejor la adaptación de los servicios y de la combinación promocional del IMSS a las actitudes de la población derechohabiente y - permitirá el ajuste de dichas actitudes a las nuevas ideas o a los nuevos programas de la Institución.
- 2.- La aplicación de la mercadotecnia permitirá realizar una mejor coordinación en tiempo y espacio de los esfuerzos desarrollados por el IMSS para la atención de sus derechohabientes.
- 3.- Si se conocen mejor los factores que propician el aborto inducido y la actitud de las pacientes hacia el mismo, favorecería la elaboración de un programa mejor orientado a su prevención y control.

Los puntos 1 y 2 suponen la posibilidad de que el IMSS mediante la utilización consciente de la mercadotecnia, podrá proporcionar mejor sus servicios y podrá también utilizar la combinación promocional más acorde con las características de su mercado.

El punto 3 asume la necesidad de utilizar o de crear los instrumentos necesarios para poder estudiar a las pacientes de Aborto-Inducido como un segmento del mercado del IMSS y consecuentemente elaborar un programa para la prevención y control del mismo.

### METODOLOGIA .

El estudio se efectuó en un Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMSS del Distrito Federal, donde se determinó la evolución de la demanda de atención por aborto en un lapso de 10 años, mediante la consulta de los informes mensuales de ingresos a la unidad y donde se aplicó un cuestionario a una muestra, cuyos elementos se eligieron por su diagnóstico de ingreso a la unidad, como se explica más adelante.

### CUESTIONARIO .

El cuestionario se integró con dos partes, que fueron:

I.- Ficha de identificación y datos demográficos.

II.- Escala de actitud hacia el aborto inducido.

#### FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS DEMOGRAFICOS .

Esta parte del cuestionario incluyó: Edad, estado civil, Ocupación, escolaridad, ingreso económico mensual, religión, vivienda, número de hijos vivos, número de abortos, número de familiares que habitan en la misma casa, tipo de relación con los familiares que habitan la misma casa y el tipo de relación con su esposo ( ANEXO No 1 ).

Con esta información se obtuvieron las características generales



de las pacientes y nos proporcionó una idea del medio en que se desenvuelven y de los posibles conflictos sociales, económicos- o psicológicos que pudieran tener.

Se manejaron como variables independientes del aborto inducido- la edad, ingreso económico mensual, escolaridad, número de hi- jos, número de abortos, situación conflictiva familiar, y acti- tud hacia el aborto. Las cinco primeras variables mencionadas - se han tomado en cuenta debido a su concurrencia en otros estu- dios realizados al respecto, en unidades del IMSS por el Dr. J.- L. Pérez de Salazar y cols. ( 22 ), por el Dr. López Jiménez y -- por el Dr. Aguirre Zozaya y cols. ( 23 ) donde se detectaron es- tas variables del siguiente modo:

VARIABLES DE LOS PACIENTES	% de pacientes con aborto		
	AUTORES		
	PEREZ DE S.	AGUIRRE Z.	LOPEZ J.
Edad 20 a 30 años	49	40	71
Escol. Primaria	79	82	75
Ingreso mensual \$ 150 000	-	-	51
Nó de hijos 2	64	-	51
No de abortos 1	-	-	35

Debido a que estos estudios se han realizado con diferentes ob- jetivos, muestras y en diferentes años, algunos de los datos no

pueden ser del todo comparativos, como sucede en el uso del ingreso mensual o porque no existe el dato como el número de abortos sufridos por la madre, motivos por los cuales no han sido incluidos estos datos en el cuadro anterior.

#### ESCALA DE ACTITUD HACIA EL ABORTO INDUCIDO .

La escala de actitud ( 24 ) es una prueba que se contruye expresamente para medir la actitud hacia un objeto específico; Entendiéndose como actitud el grado de afecto positivo o negativo asociado a un objeto psicológico, pudiendo ser el objeto psicológico una persona, un evento o una cosa hacia la cual se puede sentir, opinar o reaccionar diferencialmente.

La escala de actitud como prueba es un conjunto de reactivos, - preguntas o afirmaciones que constituyen una muestra representativa de la variable que se supone medir y frente a la cual un sujeto responde de alguna manera, constituyendo sus respuestas una indicación de la cantidad de atributo o de variable que el sujeto posee.

La bondad de la prueba depende del grado en el que cumpla con ciertas características llamadas psicométricas y que son: la objetividad, el poder de discriminación, su estandarización, su confiabilidad y su validez.

Para la construcción de la escala de actitud ( 24 ) se utilizó-

el Método de Comparaciones Normalizadas por Pares, de Thurstone de la siguiente manera :

- a) Se elaboraron oraciones o afirmaciones las cuales se referían bien o mal, del objeto psicológico ( aborto ); Estas afirmaciones se hicieron partiendo de la información obtenida de diarios, libros, de lo que la gente dice, de lo que uno piensa o de lo que piensan los especialistas en la materia, de esta manera se obtuvo un elevado número de afirmaciones de las cuales se seleccionaron las que se pensaron como más idóneas.
- b) Con estas afirmaciones se elaboraron las 10 mejores, las consideradas según nuestro criterio como las más adecuadas, ya que estaban relacionadas con los aspectos económico, religioso, demográfico, legal, moral y clínico, concurrentes con el aborto y con la facilidad o no de la práctica del mismo. La mitad de estas afirmaciones fué favorable al aborto y la otra mitad desfavorable. ( ANEXO No 2 ).
- c) Estas 10 afirmaciones se combinaron de manera que cada afirmación quedó apareada con todas las demás, sin que los pares de afirmaciones se repitieran por lo tanto:  
Si tenemos 10 afirmaciones habremos de formar 45 pares de afirmaciones de la siguiente manera:

$$C_N^P = \frac{D_N^P}{P!} = \frac{0,2}{2!} = \frac{90}{2} = 45$$

Donde :

P = Diversas formas de ordenar los N elementos .

N = Total de elementos

D = Disposición de los N elementos, en la cual el orden de cada elemento esta fijo

P! = Producto de los enteros positivos sucesivos de 1 a N .

d) Estos pares de afirmaciones fueron dados por escrito a un grupo de pacientes denominados jueces y consideradas como una muestra representativa de la población en estudio.

e) Este sistema de jueces lo integraron 50 pacientes con sospecha de Aborto Inducido \* durante su internamiento en el hospital, tratando de establecer el rapport adecuado en la relación paciente-entrevistador.

\* Se sospecha que ha habido Aborto Inducido en las pacientes que presentan antecedentes de haberse realizado maniobras en el área de genitales, con o sin huellas de las mismas y las maniobras son muy diversas como por ejemplo: aplicación de sondas, sustancias químicas o medicamentos. Expresan además el deseo de no tener más hijos y dan la sensación de estar esperando a que evolucione el aborto a su consumación y rehuyen las preguntas, respecto a que si se lo provocaron.

f) Se les indicó que de cada par de afirmaciones marcarán, cual de las dos les era más favorable a su modo de pensar, el objeto psicológico.

Con los resultados se formaron cuadros de doble entrada, don de se registró la frecuencia con que cada afirmación fué escogida como la más favorable en su comparación con todas las demás, a este cuadro se le denominó matriz F ( ANEXO No 3 ).

g) Se transformaron las frecuencias en proporciones, formándose otro cuadro que se denominó matriz P ( ANEXO No 4 ) .

h) Se hizo la suma de las proporciones de cada columna de la matriz P y se arreglaron o se rehubicaron las columnas, con la suma mayor de las mismas a la izquierda y la menor a la derecha, formándose la matriz Z ( ANEXO No 5 ) .

i) Se obtuvo el valor escalar ( 25 ) en la matriz Z de la siguiente manera :

I .- Al primer valor de la primera columna ( .50 ) se le asignó en forma arbitraria el valor cero.

II .- Para construir la escala de intervalo con la suposición de normalización, se utiliza una tabla Z llamada también tabla de áreas bajo la curva normal . . . . .

$Z = \frac{x - u}{\sigma}$  y así se convierte cada una de las proporciones en su puntuación estandar equivalente ( ANEXO No 5 ) .

III.- Se determinó la diferencia entre cada par de estímulos ad yacentes, calculando la diferencia promedio del valor escalar, en todas las escalas ( líneas ) en donde las dos afirmaciones tuvieron valores escalares, por ejemplo:

Las afirmaciones No 10 y la No 9 tienen valores escalares en 6 columnas, de modo que se obtuvieron 6 estimaciones de la diferencia entre las afirmaciones 10 y la 9 y usando los valores escalares de esas 6 columnas, resultando que la diferencia promedio en estas 6 columnas entre los valores escalares es de 502 unidades de puntuación estandar.

IV .- De manera análoga determinamos la diferencia promedio de los valores escalares entre todos los estímulos contiguos y en cada caso la diferencia es la media de todas las diferencias que se obtuvieron en cada par de estímulos, estas diferencias medias se presentan en el lado derecho -- del anexo No 6.

V .- Los valores escalares finales se obtuvieron sumando todas las unidades de puntuación estandar ( columna de la diferencia media ) y este valor se le dá a la afirmación No - 10 y para asignar valor a las siguientes afirmaciones, se va restando la diferencia media de cada una de ellas, por ejemplo : Para la afirmación No 9 se efectuó la siguiente

operación : 4.188 - .502 = 3.686

k) Las afirmaciones ya con su valor escalar se imprimieron en --  
forma desordenada en cuanto a su valor y se alternaron con --  
otras cinco afirmaciones, que no se referían al aborto, pro --  
porcionándose también las instrucciones de llenado ( ANEXO 1).

#### ADMINISTRACION DEL CUESTIONARIO .

El cuestionario se aplicó del siguiente modo :

- a) .- Se seleccionaron 100 pacientes de acuerdo con sus diagnós-  
ticos de ingreso, los cuales se obtuvieron en la sala de -  
admisión del hospital, formándose con ellos, dos grupos de  
50 pacientes cada uno.
- b) .- El primer grupo se integró con pacientes que nunca habían-  
abortado y que ya tenían hijos.
- c) .- El segundo grupo se integró con pacientes con sospecha de-  
estar con Aborto Inducido.
- d) .- Se había planeado reunir grupos de 3 a 5 pacientes, en una  
de las salas de estar del hospital, sitio que reúne las --  
condiciones de tranquilidad y de comodidad ideales para el  
llenado de los cuestionarios y que fuera en el momento --  
cuando su problemática de salud ya estuviera controlada o-

resuelto sin embargo no fué posible hacerlo así, por múltiples causas como lo analizaremos más adelante.

El llenado del cuestionario se efectuó en aproximadamente el 20 % de los casos, por las mismas pacientes y el resto se efectuó personalmente por mí, porque en la mayoría de los casos la entrevista tuvo que realizarse a nivel de la cama de las pacientes, presentando las preguntas lo más claramente posible y procurando siempre no influir en las respuestas de las entrevistadas.

Ya que el total de pacientes con aborto inducido no se conoce con precisión, los 50 pacientes con este diagnóstico se consideró sería una muestra representativa, tomando en cuenta dos cosas :

- 1.- Que 50 pacientes serían aproximadamente el 12 % del total de pacientes atendidas de aborto en el hospital, ya que mensualmente se atiende un promedio de 420 de estos casos.
- 2.- La limitante de tiempo con que se efectúan este tipo de investigaciones.

#### TABULACION DE LA INFORMACION .

Se ordenaron los cuestionarios del No 1 al 100 y posteriormente se transcribieron todos los datos obtenidos, caso por caso en hojas de codificación para posteriormente poder utilizar el



paquete SPSS de la UNAM, requiriéndose la elaboración de estadística descriptiva y polígonos de frecuencias, con la información resultante se procedió a realizar el análisis de asociación de las variables mediante cuadros cruzados.

#### CUADROS CRUZADOS .

Si la idea más importante de la investigación se relaciona con las variables, la siguiente idea en importancia plantea las relaciones entre ellas, hasta que punto están relacionadas y qué generalizaciones pueden hacerse a partir de los datos de la muestra. Los cuadros o tablas cruzadas constan de nueve partes funcionales en un ejemplo de dos por dos y tendrían también cuatro frecuencias de celdas y cuatro frecuencias marginales y un total denominado N.

Por la ley cuadrada ( Chi cuadrada ) de Pearson nos permite determinar la parte que se debe al azar, en la diferencia entre la frecuencia observada y la frecuencia teórica de los eventos.

La ley de Pearson nos indica la probabilidad para que este valor de  $\chi^2$  ( diferencia relativa ) se debe al azar y la probabilidad es con  $n - 1$  grados de libertad y 0.1 de nivel de significación.

#### RESULTADOS ESPERADOS .

- 1.- Del estudio se derivará una escala de actitud probada en la práctica y que puede constituirse como un instrumento obje-

tivo, discriminatorio, estandarizado, confiable y válido como pa  
ra ser utilizado en la predicción de las actitudes futuras de --  
las pacientes con respecto al Aborto Inducido, predicción que --  
permitiría elaborar de acuerdo a ella el programa adecuado para  
el control y prevención de este problema de salud.

2.- A largo plazo se espera colaborar con la disminución de la -  
demanda de atención en los Hospitales de Ginecología y Obste  
tricia del IMSS por Aborto Inducido y consecuentemente favo  
recer la utilización de los recursos a la atención de otro -  
tipo de pacientes.

3.- Presentar un ejemplo práctico de la aplicación de la Mercado  
tecnia Social, en el campo de la atención médica en una Ins  
titución de Salud a fin de que otros estudiantes lo utilicen  
como punto de partida para nuevas experiencias en nuestro --  
país.

C A P I T U L O   I V .

ANÁLISIS Y COMENTARIOS .

Con la información de los 100 casos en las hojas de computación se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences --- ( SPSS ) del Centro de Servicios de Cómputo de la UNAM, este -- sistema esta diseñado para trabajar exclusivamente por medio de tarjetas, aunque los archivos de datos para este trabajo se rea lizaron en disco, utilizandose los subprogramas relativos a la ejecución de estadística descriptiva, distribución de frecuen - cias, tablas cruzadas y correlaciones y cuyos resultados se pre sentan de la siguiente manera :

C U A D R O   N o   I V . 1

Relación de pacientes por grupo de edad .

Edad en años	Pacientes ( porcentajes )	
	De embarazo .	De aborto
De 14 a 19	12	10
De 20 a 29	72	44
De 30 a 39	14	36
De 40 a 54	2	10
T O T A L	100	100

$\chi^2 = 33.09$    -   Sig. = 0.27

Para este análisis nos referiremos al grupo de pacientes de embarazo, como de no abortantes y al grupo de pacientes que se han - abortado, como el grupo de abortantes.

Respecto a la edad de ambos grupos estudiados, se encontró que - el grupo de no abortantes fue más joven, siendo el 84 % de ellos menores de 30 años, por el 54 % de los abortantes, ( cuadro No - IV.1 ), en ambos grupos el porcentaje mayor de mujeres se encontró entre los 20 a los 29 años, etapa que corresponde a la fase - más activa de la vida reproductiva de la mujer.

En lo referente al estado civil podemos decir en principio que - independientemente de todo efecto que las tradiciones y las instituciones, ejerzan sobre la mentalidad de nuestra sociedad, -- existe en el hombre un equivalente del instinto gregario de ciertas especies de animales que es, la aversión a la soledad y la - subsecuente necesidad de reunirse, sin otro beneficio inmediato - que el de sentirse acompañado y esto puede influir en la formación de la familia, pensamiento que apoya a lo encontrado en este estudio ( cuadro No IV.2 ) cuyos diferentes matices del estado civil son similares en ambos grupos.

Como sabemos, nuestro país desde la conquista ha sido evangelizado por lo que se puede considerar que la población en su gran mayoría, practica en diferentes grados la religión católica, llegando a considerarse dicha práctica como una actividad socialmente aceptada, hecho que captamos en este estudio; Sin embargo, se

lamente asisten con regularidad a los ritos religiosos el 43 % - de las no abortantes y el 35 % de las abortantes( cuadro No IV.3).

C U A D R O No IV.2

Relación de pacientes según su Estado Civil .

Estado Civil	Pacientes ( porcentaje )	
	No abortantes	Abortantes
Casadas	86	80
Unión libre	6	8
Divorciadas	0	6
Solteras	8	6
T O T A L	100	100

$\chi^2 = 2.24$  - Sig. = 0.69

C U A D R O No IV.3

Relación de pacientes según su actividad religiosa.

Asiste a misa	Pacientes ( porcentaje )	
	No abortantes	Abortantes
Nunca	4	8
De vez en cuando	53	57
Regularmente	43	35
T O T A L	100	100

$\chi^2 = 1.02$  - Sig. = 0.60

El Consejo Nacional de Población ( Conapo ) informa que en -

1970 en el área urbana de nuestro país había un porcentaje del 15.2 % de analfabetos, sin embargo en esta investigación solamente el 2 % de las pacientes era analfabeta, lo que nos indica que el total de la muestra es de escolaridad superior al resto de la población urbana.

Comparando los dos grupos de estudio, es notable que el grupo de no abortantes su escolaridad, es ligeramente superior a la del grupo de abortantes ( cuadro No IV.4 ).

C U A D R O N o IV.4

Relación de pacientes según su escolaridad.

Escolaridad	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
Primaria o menos	48	58
Profesional media	46	38
Profesional	6	4
T O T A L	100	100

$$\chi^2 = 3.64 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.60$$

La población económicamente activa de nuestro país según la ---  
Cuenta, en 1977 fué de 18,042,000 habitantes de los cuales el --  
22.97 % eran mujeres, lo cual se refleja en esta investigación -  
con el 34 % en el grupo de no abortantes y con el 26 % en el gru-  
po de abortantes ( cuadro No IV.5 ) y nos señala también que ca-  
da vez es más necesaria la participación de la mujer, para la e-  
portación monetaria al hogar, sobre todo cuando el ingreso fami-

liar es bajo.

Tomando en cuenta que el sueldo mínimo en el Distrito Federal es de 6 500 pesos diarios ( 195 000 mensuales ), podemos decir que en el grupo de no abortantes el 74 % y el 66 % en el grupo de -- abortantes cuentan para su economía familiar solamente con el -- sueldo mínimo, lo cual sin duda limita su alimentación, vestido y su vivienda entre otras cosas ( cuadro No IV.6 ).

C U A D R O    N o   I V . 6

Relación de pacientes según su ingreso económico.

Ingreso Mensual, Pesos.	Pacientes ( porcentaje )	
	No Abortantes	abortantes
Menos de 195 000	6	12
De 195 001 a 450 000	68	54
De 450 001 a 800 000	20	32
Más de 800 000	6	2
T O T A L	100	100

$\chi^2$  5.16

Sig 0.39

En 1979 la Conapo informa que había en México 11,156 200 viviendas de las cuales el 29.8 % contaban solamente con un cuarto como habitación y en general se reportan diversas deficiencias en sus instalaciones como son las siguientes : El 58.4 % no tenían baño, el 46 % no tenían drenaje y el 16 % no tenían agua entubada.

Deficiencias que de algún modo alteren o dificulten la vida familiar y que en diverso grado no satisfacen las necesidades de la familia.

Es importante también considerar el aspecto de la propiedad de la vivienda, punto que nos refiere acerca de la economía de los grupos en estudio, donde detectamos que en el grupo de abortantes el 26 % vive en una vivienda prestada y el 27 % tienen que pagar renta y solamente el 47 % cuenta con casa propia ( cuadro No IV.7 ).

CUADRO No IV. 7

Relación de pacientes según su vivienda .

VIVIENDA	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
Prestada	8	26
Rentada	47	27
Propia	45	47
T O T A L	100	100

$$\chi^2 = 7.00 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.03$$

Se debe de considerar también el número de personas que integran la familia, cuyos elementos son los hijos, hermanos o cuñados, - tíos o sobrinos, padres o suegros, etc; Personas que todo el -- tiempo estan interactuando y como todas son seres con anhelos, - con problemas, frustraciones y necesidades muy personales y que-



con dicha interacción se influyen unos a otros, influencia que dependerá entre otras cosas del grado de parentesco existente y del número de convivientes, caso extremo de influencia negativa podría encontrarse en los llamados " cuartos redondos " que son ejemplos de hacinamiento y de promiscuidad.

Y respecto a los convivientes la CONAPO captó en 1979 a nivel nacional que existían un promedio de 6.1 convivientes por casa, en cambio en este estudio se captaron 4.4 personas por vivienda para el grupo de no abortantes y 5.2 para el grupo de abortantes - ( cuadro No IV. 8 ).

C U A D R O   N o   I V . 8

Relación de pacientes según número de convivientes.

Número de convivientes	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
4 o menos	56	36
Más de 4	44	64
T O T A L	100	100

$$\chi^2 = 8.36 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.13$$

Como lo mencioné anteriormente los convivientes en su mayoría son los hijos cuya distribución en ambos grupos se representa en el cuadro No IV. 9, notándose que el 48 % del grupo de abortantes tiene 5 o más hijos y en contraste el 48 % del grupo de no abortantes tiene 2 o menos hijos.

C U A D R O N o I V . 9

Relación de pacientes según el número de hijos.

No. de hijos	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
Dos o menos	48	36
Tres y cuatro	34	16
Cinco y más	18	48
T O T A L	100	100

$$\chi^2 = 12.25 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.05$$

La vivienda se ha considerado como el satisfactor de varias de las necesidades humanas, proporcionando protección del medio ambiente y un lugar para el reposo físico y mental, así como para el desarrollo de la familia y en este caso es el lugar donde -- las pacientes establecen y fomentan las relaciones efectivas -- con su esposo, con sus hijos y demás familiares, sin embargo no dejan de existir las relaciones efectivas negativas, como fué captado en este estudio en ambos grupos, pero con mayor preponderancia en el grupo de abortantes, que muestra un mayor porcentaje de relaciones problemáticas con el esposo, lo cual visualizamos en el cuadro No IV . 11.

Las relaciones efectivas con los demás familiares se pueden considerar buenas en ambos grupos, aunque también se puede decir que no se profundizó la investigación sobre este punto. Cuadro- No IV. 12.

CUADRO No IV. 11

Relación de pacientes según su relación con el esposo.

Relac.afectiva con el esposo	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
Buenas	95	84
Malas	5	16
TOTAL	100	100

$$\chi^2 = 2.56 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.10$$

CUADRO No IV. 12 .

Relación de pacientes según sus relaciones familiares.

Relaciones familiares	Pacientes ( porcentajes)	
	No abortantes	Abortantes
Buenas	96	92
Malas	4	8
TOTAL	100	100

$$\chi^2 = 0.76 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.38$$

En el grupo de abortantes, la distribución del número de abortos por paciente es de la siguiente manera :

CUADRO No 10

Relación de pacientes según número de abortos.

Pacientes	Número de abortos
38	1
10	2
2	Más de 2

Se investigó en ambos grupos si tenían conocimiento acerca de la Campaña PRO-FAM, cuyos responsables hicieron promoción para la utilización de anticonceptivos, usando los medios de divulgación masiva y muestrarios colocados en las farmacias.

Campaña que pretendió que las mujeres en edad reproductiva usaran dichos medicamentos como medio, para planificar su familia-- sin embargo en esta investigación se detectó que en el grupo de abortantes el 58 % no había oído o visto la publicidad de la misma, en cambio en el grupo de no abortantes solamente el 22 % no la conocía ( cuadro No IV . 13 ).

C U A D R O N o. I V . 13 .

Relación de pacientes y la Campaña PROFAM.

Campaña Pro-Fam.	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
La conocen	78	42
No la conocen	22	58
T O T A L	100	100

$$\chi^2 = 11.06 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.0009$$

Los medios de comunicación masivos ( televisión y radio ) llegaron a los pacientes, con la misma efectividad que los medios directos ( pláticas en las clínicas, libros, folletos ) en el grupo de no abortantes. En general es notorio que los pacientes --

del grupo de abortantes estuvieron menos enteradas de esta campaña Pro - Fam. ( cuadro No IV. 14 ).

CUADRO No IV. 14.

Relación de pacientes según el medio informativo.

Medio escuchado o visto	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
Indirectos	32	22
Directos	32	14
Ambos	14	6

$$\chi^2 = 6.11 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.29$$

Respecto al método anticonceptivo, solamente el 60 % de las pacientes no abortadoras lo usan y el 70 % de las que han abortado y en general los esposos aceptan el uso de estos métodos, los cuales aproximadamente tienen un 25 % de fallos, según la muestra estudiada, con el embarazo consiguiente de las pacientes --- ( cuadro No I V.15 ).

CUADRO No I V. 15

Relación de pacientes y método anticonceptivo.

Método anticonceptivo	Pacientes ( porcentajes )	
	No abortantes	Abortantes
Lo usan	60	70
Lo acepta el esposo	92	86
Le ha fallado	26	24

$$\chi^2 = 0.32 \quad - \quad \text{Sig.} = 0.57$$

En la elaboración de la escala hubo de tomarse en cuenta, tres conjuntos de variables y se trató de entender los diferentes papeles que pudieran desempeñar cada uno.

Los tres conjuntos de variables estuvieron representados en primer lugar, por los estímulos o sea las 10 afirmaciones que se presentaron; En segundo lugar por las pacientes, que fueron las que seleccionaron las afirmaciones según su criterio y en tercer lugar, por las respuestas que la situación experimental indujo.

El papel que puede desempeñar cada uno de estos conjuntos de variables, durante el proceso de elaboración de una escala, puede ser muy diverso, por consiguiente cada conjunto es importante y debe de seleccionarse cuidadosamente.

En el procedimiento para obtener la información, se supone que el investigador se enfrenta directamente a los sujetos y les pregunta que sienten o piensan respecto a una persona, cosa o suceso particular o que estén dispuestos a hacer por ellos, sin embargo las cosas no son así de sencillas, en primer lugar el investigador debe de conocer y de ser posible dominar la técnica de la entrevista y debe de seleccionar cuidadosamente el procedimiento para obtener la información.

En esta investigación los estímulos se seleccionaron según el criterio del investigador, al considerar cada una de las afirmaciones con el impacto necesario o la cantidad de atributo en

tudio necesario, para hacer reaccionar a los sujetos de la entrevista de tal manera que, su respuesta fuera indicación de su actitud real y no disfrazada, hacia el Aborto Inducido.

Para la obtención de respuestas sinceras, ya que el Aborto Inducido es un tema difícil de tratar, por su alto contenido de implicaciones psicológicas, morales, sociales y hasta legales, se pensó realizar las entrevistas en forma individual paciente por paciente, utilizando el mayor grado posible de rapport por el investigador y siendo generoso con el tiempo de cada entrevista, de acuerdo con la mayor o menor resistencia del sujeto a la entrevista y tratando de evitar las interferencias de otras personas a la misma.

Los productores de las respuestas se encontraron en diferentes estados de ánimo, por encontrarse también en diferentes etapas de evolución de su padecimiento y de su tratamiento y como se mencionó anteriormente, la entrevista en gran porcentaje se realizó por limitación de tiempo en grupos de 3 a 4 pacientes, las que respondían al entrevistador sin la privacidad necesaria y se pueden notar diferencias interesantes entre las respuestas de ambos grupos.

Para realizar el análisis de estas respuestas y poder cuantificar la cantidad de atributo, tendencia o actitud positiva hacia el aborto, se tomaron en cuenta las respuestas positivas en las afirmaciones No 1 a la No 5 y las respuestas negativas a las ---

afirmaciones No 6 y la No 10 ( ANEXO No 2 ).

En el cuadro No IV. 16 podemos ver las respuestas a las 10 afirmaciones presentadas a los dos grupos, las cuales coinciden solamente en la primera afirmación y difieren en las otras nueve.

En nuestro caso la variable dependiente aborto inducido, puede estar relacionada con las variables independientes ya enumeradas anteriormente y en caso de ser así, es necesario detectar el grado de dicha relación, por lo tanto se utilizó el programa del SPSS de la UNAM y mediante la chi cuadrada se encontró relación estadísticamente significativa entre el aborto inducido y las siguientes variables: Vivienda, número de convivientes número de hijos, relaciones afectivas con el esposo y finalmente con el conocimiento de la campaña Pro - Fam .



CUADRO No I V. 16

Relación de pacientes según respuestas .

AFIRMACIONES	Pacientes ( porcentajes ).			
	No abortantes		Abortantes	
	SI	NO	NO	SI
1.- El abortar resuelve los probs.económicos	36	64	73	27
2.- Es muy fácil y cómodo abortar	6	94	88	12
3.- Es mejor abortar que ir a Planif. la fam.	4	96	98	2
4.- El aborto no provoca muchas molestias	20	80	64	35
5.- El aborto me evita tener más hijos	46	54	41	59
6.- El aborto es pecado	87	13	4	96
7.- El aborto causa mucho dolor y sangrado	93	7	18	82
8.- El aborto hace a la mujer irresponsable	80	20	24	76
9.- El aborto es un crimen	85	15	8	92
10.- El aborto puede causar la muerte	93	7	0	100

## CAPITULO V.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Por las diferencias detectadas entre abortantes y no abortantes, podemos describir al grupo de abortantes de este estudio, como el de mayor edad, con escolaridad más baja, que asiste con menos regularidad a los ritos religiosos, con mayor ingreso económico mensual, pero con un mayor porcentaje de tener 5 o más hijos por familia o por casa y esta casa en gran porcentaje es prestada y tienen mayor número de convivientes por casa y la mayor frecuencia de malas relaciones con el esposo y además con menor conocimiento de la Campaña Pro - Fam.
- 2.- Con respecto a las afirmaciones se concluye que el grupo de aborto piensa lo siguiente : Que es fácil y cómodo abortar, que el aborto no provoca muchas molestias, con él se evitan tener más hijos, no hace a la mujer irresponsable, aunque si aceptan que es pecado, es un crimen y puede causar la muerte.
- 3.- Las diferencias esperadas en su mayoría no son significativas, creo que es debido a que la encuesta fue respondida en grupo, donde se notó que algunas pacientes o sus respuestas influyeron en otras pacientes y estas respondieron en forma-

muy semejante, casi en forma de aprobación de la primera respuesta. Pero si hay diferencia estadísticamente significativa en las siguientes variables : vivienda, número de convivientes, número de hijos, relaciones con el esposo y conocimiento de la Campaña Pro - Fam.

- 4.- Ya que en las Instituciones de Salud de nuestro país, no existe dentro de su organización, un Departamento de Mercadotecnia, es conveniente que existan para que coordinen todas las actividades de intercambio, en tiempo y espacio y coordinen también las actividades que desarrollan los otros departamentos de estas Instituciones y que realizan para la consecución de sus objetivos.
- 5.- Este Departamento de Mercadotecnia debe ser integrado por personal profesional del ramo, para que puedan practicar estudio de " mercado ", con actualizaciones periódicas del mismo, para conocer las características del mismo y poder actuar en consecuencia y evitar problemas como los detectados en este estudio y que se mencionarán en adelante.
- 6.- Se detectó que la Campaña Pro - Fam no ha sido muy eficaz en su promoción a través de los medios masivos de comunicación puesto que el 58 % de la muestra, no había oído o visto su publicidad.

- 7.- Es conveniente reconocer las necesidades sentidas y las no sentidas de la población, puesto que en este estudio fué manifiesto que se realiza el tratamiento médico o quirúrgico de los abortos, pero no se hace gran cosa para solucionar, la necesidad no sentida de evitar embarazos subsecuentes en estas pacientes de aborto inducido.
- 8.- Que estos profesionales en el área aplicativa o sea en las clínicas y hospitales, utilicen instrumentos de investigación, como la entrevista o el uso de cuestionarios o escalas de actitudes, que permitan conocer verdaderamente a -- los derechohabientes y conocer también todos los factores que propician sus padecimientos y a su vez ellos reconocen el interés que las Instituciones de Salud tienen en -- ellos y sepan que estas actividades de intercambio, como -- tales son en dos sentidos o sea que sepan aportar su es -- fuerzo e interés en recuperar, mantener o preservar su salud.
- 9.- Se demostró que es posible elaborar escalas de actitudes, -- lo cual después de su aplicación permitió, conocer en la -- muestra la actitud de los pacientes hacia el aborto inducido, demostrándose también la conveniencia de buscar un acercamiento mayor con los pacientes, para proporcionarles orientación sobre Planificación Familiar y poner al alcance inmediato de ellos, los medios necesarios para la prác-

tica de exámenes de laboratorio, aplicación o administración de anticonceptivos, tratamiento médico de padecimientos agregados y/o intervenciones quirúrgicas.

- 10.- Se cree conveniente el trato directo con las pacientes debido a que durante la realización de la encuesta se encontró a las pacientes en un momento especial, en el que se encuentran lejos de su casa y de sus familiares, cuando el personal asistencial de los hospitales establece con contacto breve, frío y profesional y por lo general no existe un contacto cálido y continuo, que les permita exteriorizar sus dudas e inquietudes.

En cambio en la realización de una investigación de este tipo, es necesario un mayor acercamiento y posterior a él es posible educar a las pacientes, para que acepten y participen en la Planificación Familiar, puesto que ya se ha puntualizado que el Aborto Inducido es el peor método de Planificación Familiar y recurren a él, las mujeres que no conocen otro camino.

- 11.- Para que las respuestas de las pacientes con sospecha de Aborto Inducido sean más veraces es conveniente :
- a) Entrevistar a las pacientes en forma individual
  - b) Establecer un nivel de rapport satisfactorio
  - c) Hacer la entrevista en un sitio que proporcione privacidad

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- d) Convencer a las pacientes que sus respuestas no serán utilizadas en su contra, por los aspectos legales.
- e) Dejar la posibilidad de una nueva entrevista por si hay necesidad de aclarar dudas en las respuestas.

12.- Elaborar el material educativo en base a las respuestas de la escala de actitudes, programando una plática diaria de 40 minutos y por lo menos por tres días, haciendo énfasis en la asistencia del cónyuge para orientar a las parejas hacia la aceptación de la Planificación Familiar y su práctica, ya que la legalización del aborto no implicaría o no equivaldría a la solución del problema del Aborto Inducido y posiblemente dicha legalización del aborto aumentaría la demanda de atención en los hospitales, ya que las pacientes pueden embarazarse una vez al año o pueden provocarse el aborto tres veces al año.

13.- Es factible que pueda utilizarse la Mercadotecnia en las Instituciones de Salud, ya que estas han crecido bastante y atienden las necesidades de salud de millones de personas y la Mercadotecnia sería un auxiliar efectivo para la coordinación de actividades, la promoción, la ubicación de las unidades y la mejora constante en cantidad y calidad de los servicios prestados.

14.- La única limitación posible en la utilización de la Merca-

dotecnia en las Instituciones de Salud, es que se preten -  
diera aplicar por personal no preparado en Mercadotecnia -  
puesto que los resultados serian diferentes y se espera --  
que poco a poco los directivos de estas Instituciones uti-  
lizan la Mercadotecnia en programas piloto y lleguen a re-  
conocer su utilidad y posteriormente decidan aplicarla ce-  
da vez en mayor grado dentro de sus unidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .

- 1.- Bartels R. ( Bartels, Robert ) Mercadotecnia. Edit.Continental. Pag 18. México 1970.
- 2.- Converse P. ( Converse Paul y Cole ) Elementos de Mercadotecnia, pag 5. Edit.Herrero. México 1968.
- 3.- Aguilar A. ( Aguilar, Alvarez de A ) Elementos de Mercado -  
tecnia. Edit. Continental. Pag 13, México 1975.
- 4.- Kotler P. ( Kotler, Philip) Dirección de Mercadotecnia. -  
Edit.Diana. Pag 30, México 1975.
- 5.- Kotler P. ( Kotler, Philip ) Dirección de Mercadotecnia. -  
Edit. Diana.Pag 1060, México 1975.
- 6.- Kotler P. ( Kotler, Philip ) Dirección de Mercadotecnia.-  
Edit. Diana. Pag 1074. México 1975.
- 7.- Kotler P. ( Kotler, Philip ) Dirección de Mercadotecnia.-  
Edit. Diana. Pag 49. México 1975.
- 8.- Kotler P. ( Kotler, Philip ) Dirección de Mercadotecnia .-  
Edit. Diana. Pag 1026. México 1975.
- 9.- La Planificación Familiar Voluntaria en el Régimen de Segu  
ridad Social. Instructivo IMSS, pag 16.México 1972.
- 10.- Castelaço,A,L.( Castelaço,Ayala Luis,Dr.) Aborto Inducido-  
Rev.Gin.Obst.de Mex.Vol 37.No 19,1-11, México 1975.
- 11.- El Aborto Inducido.Rev.G.Obst.de Mex.Vol 27-147.Mex.1970.
- 12.- Frederikeen,H.Brackett,J.W. Demographic effects of abor -  
tion. Public Heath. Rep 83, 12:999, 1968.



- 13.- Acosta M. ( Acosta, Mariclaire y cols ) El Aborto en México  
Archivo F.C.E. pag 12, México 1976.
- 14.- Acosta M. ( Acosta, Mariclaire y cols ) El Aborto en México  
Archivo F.C.E. pag 24, México 1976.
- 15.- Williams, G: The Sanctity of life and the criminal Law.
- 16.- Roldan, J. ( Roldan, Julio) El Aborto en México, Pag 42.
- 17.- Wlanczek, M. ( Wlanczek, Miguel ) La Sociedad Mexicana. Ed-  
F.C.E. pag 238, México 1974.
- 18.- CONAPO II Reunión Latino Americana sobre Población, México-  
Marzo, 1975.
- 19.- Acosta, M. ( Acosta, Mariclaire y cols ) El Aborto en Méxi-  
co. Archivo F.C.E. Pag 21, México 1976.
- 20.- Gerza, M.A. ( Gerza Mercado, Ario ) Manual de Técnicas de -  
Investig. El Colegio de México. Pag 13, México 1972.
- 21.- Kotler, P. ( Kotler, Philip ) Dirección de Mercadotecnia. -  
Edit. Diana, pag 781, México 1975.
- 22.- Pérez de Salazar y Cols. Aborto provocado en México. Rev. -  
Gin.Obst.de Mex. Vol.23, 639; México 1968.
- 23.- Aguirre, Z.F. ( Aguirre Zozaya, Fortino, DR.) Estad.Epid.del -  
aborto ilegal.Rev.G.U. de Mex.Vol 27-147, México 1970.
- 24.- Apuntes de Psicología Social introductorias. Sistema Univer-  
sidad Abierta, pag 64- 96. México, 1977.
- 25.- Summers, F.G. ( Summers F. Gene ) Medición de Actitudes. Edit  
Trillas. Pag 72 - 85, México 1976.

ANEXO No 1.

INVESTIGACION DE CAMPO , CEDULA DE ENCUESTA .

FAVOR DE CONTESTAR BREVEMENTE :

- 1.- Número de cuestionario \_\_\_\_\_
- 2.- Caso : 1 = Embarazo ; 2 = Aborto \_\_\_\_\_
- 3.- Edad en años \_\_\_\_\_
- 4.- Estado civil: 1 solt, 2 casada, 3 divor. 4 viuda  
5 separada, 6 unión libre . \_\_\_\_\_
- 5.- Ocupación : 1 hogar, 2 oficina, 3 obrera  
4 empleada, 5 otro. \_\_\_\_\_
- 6.- Escolaridad : 1 Prim. incom. 2 prim. comp. 3 sec.  
4 comerc. 5 prep. 6 prof. \_\_\_\_\_
- 7.- Ing. Econ. mens: 1 nada, 2, 2000. 3 de 2001 a 3000  
4 de 3001 a 5000, 5 de 5001 a 10000, 6 más de 10000 \_\_\_\_\_
- 8.- Religión : 1 nunca va a misa, 2 De vez en cuando va a misa, 3 regularmente va a misa. \_\_\_\_\_
- 9.- Vivienda : 1 propia, 2 rentada, 3 prestada. \_\_\_\_\_
- 10.- Número de personas que viven en su casa:  
1 dos, 2 tres, 3 cuatro, 4 cinco, 5 seis, 6 + de seis. \_\_\_\_\_
- 11.- Número de hijos vivos : 1 cero, 2 uno, 3 dos  
4 tres, 5 cuatro, 6 cinco, 7 seis y más . \_\_\_\_\_
- 12.- Número de abortos :  
1 cero, 2 uno, 3 dos, 4 más de dos . \_\_\_\_\_
- 13.- Se lleva bien con su esposa : 1 Si , 2 No . \_\_\_\_\_
- 14.- Se lleva bien con los otros familiares que viven en su casa : 1 Si , 2 No \_\_\_\_\_
- 15.- Conoce Ud el ciclo menstrual Pro-Fem. 1 Si, 2 No \_\_\_\_\_
- 16.- Donde ha ud oído o visto mensajes sobre planif. Fam.  
1 Tv, 2 radio, 3 periódico, 4 folletos  
5 hosp. o clínica, 6 otros, 7 en todos. \_\_\_\_\_

ANEXO No 1 .

17.- Ha usado Ud un método para no embarazarse: 1 Si, 2 No \_\_\_\_\_

18.- Tiene permiso de su esposo para controlarse: 1 Si, 2 No \_\_\_\_\_

19.- Le han fallado los metoda para no embarazarse. 1 Si, 2 No \_\_\_\_\_

Favor de contestar con una "X" si esta de acuerdo o si no  
este de acuerdo, en la columna correspondiente :

	1	2
	Si	No

20.-En estos días no se sabe realmente con que sal-  
gos podemos contar. \_\_\_\_\_

21.-Es muy fácil y cómodo abortar. \_\_\_\_\_

22.-Actualmente creo que a la gente común y corrien-  
te, cada vez le esta yendo peor. \_\_\_\_\_

23.-El aborto es un crimen. \_\_\_\_\_

24.-Es mejor abortar que ir a planificar la familia \_\_\_\_\_

25.-Si no tiene uno coche, ya es muy complicado ir-  
de un lado a otro de la ciudad. \_\_\_\_\_

26.-El aborto causa mucho dolor y sangrado . \_\_\_\_\_

27.-El abortar resuelve los problemas económicos. \_\_\_\_\_

28.-Actualmente, conoce uno poco a sus vecinos. \_\_\_\_\_

29.-El aborto puede causar la muerte . \_\_\_\_\_

30.-El aborto me evita tener más hijos . \_\_\_\_\_

31.-Yo creo que las enfermedades, no hay como evi-  
tarlas. \_\_\_\_\_

32.-El aborto hace a la mujer irresponsable. \_\_\_\_\_

33.-El aborto es pecado . \_\_\_\_\_

34.-Ya es difícil vivir en México, con tanta gente  
que hay en todas partes . \_\_\_\_\_

35.-El aborto no provoca molestias . \_\_\_\_\_

A N E X O   N o 2 .

RELACION DE AFIRMACIONES UTILIZADAS EN EL ESTUDIO :

No.                    AFIRMACIONES FAVORABLES AL OBJETO PSICOLOGICO.

- 1.- El abortar resuelve los problemas económicos .
- 2.- Es muy fácil y cómodo abortar .
- 3.- Es mejor abortar que ir a planificar la familia .
- 4.- El aborto no provoca muchas molestias .
- 5.- El aborto me evita tener más hijos .

No.                    AFIRMACIONES DESFAVORABLES AL OBJETO PSICOLOGICO.

- 6.- El aborto es pecado .
- 7.- El aborto causa mucho dolor y sangrado.
- 8.- El aborto hace a la mujer irresponsable .
- 9.- El aborto es un crimen .
- 10.- El aborto puede causar la muerte .

ANEXO No 3.

MATRIZ F ( FRECUENCIAS ).

A F I R M A C I O N E S										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	25	5	15	5	5	35	35	30	40	45
2	45	25	15	20	35	40	50	45	40	50
3	35	35	25	15	35	45	45	40	50	50
4	45	30	35	25	40	30	40	45	45	50
5	45	15	15	10	25	30	40	40	40	45
6	15	10	5	20	20	25	25	20	30	20
7	15	0	5	10	10	25	25	20	20	40
8	20	5	10	5	10	30	30	25	25	50
9	10	10	0	5	10	20	30	25	25	35
10	5	0	0	0	5	30	10	0	15	25

ANEXO No 4.

MATRIZ P ( PROPORCIONES ).

A F I R M A C I O N E S										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	.50	.10	.30	.10	.10	.70	.70	.60	.80	.90
2	.90	.50	.30	.40	.70	.80	1.00	.90	.80	1.00
3	.70	.70	.50	.30	.70	.90	.90	.80	1.00	1.00
4	.90	.60	.70	.50	.80	.60	.80	.90	.90	1.00
5	.90	.30	.30	.20	.50	.60	.80	.80	.80	.90
6	.30	.20	.10	.40	.40	.50	.50	.40	.60	.40
7	.30	0	.10	.20	.20	.50	.50	.40	.40	.60
8	.40	.10	.20	.10	.20	.60	.60	.50	.50	1.00
9	.20	.20	0	.10	.20	.40	.60	.50	.50	.70
10	.10	0	0	0	.10	.60	.20	0	.30	.50
SUMA DE PROPOR	5.20	2.70	2.50	2.30	3.90	6.20	6.60	5.80	6.60	8.20
RANGO	6	8	9	10	7	4	3	5	2	1

A N E X O N o 5 .

MATRIZ Z ( PROPORCIONES ORDENADAS ) .

A F I R M A C I O N E S										
	10	9	7	6	8	1	5	2	3	4
10	.50	.70	.20	.60	0	.10	.10	0	0	0
9	.70	.50	.60	.40	.50	.20	.20	.20	0	.10
7	.80	.40	.50	.50	.40	.30	.20	0	.10	.20
6	.40	.60	.50	.50	.40	.30	.40	.20	.10	.40
8	1.00	.50	.60	.60	.50	.40	.20	.10	.20	.10
1	.90	.80	.70	.70	.60	.50	.10	.10	.30	.10
5	.90	.80	.80	.60	.80	.90	.50	.30	.30	.20
2	1.00	.80	1.00	.80	.90	.90	.70	.50	.30	.40
3	1.00	1.00	.90	.90	.80	.70	.70	.70	.50	.30
4	1.00	.90	.80	.60	.90	.90	.80	.60	.70	.50
SOMA DE PROPORI	8.20	6.60	6.60	6.20	5.80	5.20	3.90	2.70	2.50	2.30
RANGO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO No 6.

MATRIZ Z ( VALOR ESCALAR ).

FIRMACIONES											DIFERENCIA	VALOR
	10	9	7	6	8	1	5	2	3	4	MEDIA	ESCALAR
10	0	-.52	-.84	.25	-	-1.28	-1.28	-	-	-		4.188
9	.52	0	.25	-.25	0	-.84	-.84	-	-	-1.28	.507	3.686
7	.84	-.25	0	0	-.25	-.52	-.84	-	-1.28	-.84	.297	3.389
6	-.25	.25	0	0	-.25	-.52	-.25	-.84	-1.28	-.25	.590	2.799
8	-	0	.25	.25	0	-.25	-.84	-1.28	-.84	-1.28	.418	2.381
1	1.28	.84	.52	.52	.25	0	-.84	-.84	-.52	-1.28	.377	2.004
5	1.28	.84	.84	.25	.84	.84	0	-.52	-.52	-.84	.517	1.487
2	-	.84	-	.84	1.28	.84	.52	0	-.52	-.25	.532	0.955
3	-	-	1.28	1.28	.84	.52	.52	.52	0	-.52	.418	0.537
4	-	1.28	.84	.25	1.28	1.28	.84	.25	.52	0	.537	0