

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA



EL ABORTO INDUCIDO COMO MEDIO DE CON-
TROLAR LA NATALIDAD Y SU DIMENSION SOCIAL
EN MEXICO

41

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MA. DEL ROCIO QUESADA CASTILLO



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.

A MIS PADRES

mis primeros maestros
con cariño y admiración

A CARLOS

con el amor de siempre

A MIS HERMANOS

recordados en todo momento

L. Ps. 00686

I N D I C E

	INTRODUCCION	1
I.-	CONTROL DE LA NATALIDAD	3
	1.- COMO CONTROL DE POBLACION	3
	2.- COMO PLANIFICACION FAMILIAR	8
	3.- METODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD	100
	4.- EL CONTROL DE LA NATALIDAD EN EL DISTRITO FEDERAL	14
	5.- CONTROL DE LA FECUNDIDAD EN AMERICA LATINA	25
II.-	DEFINICION Y CLASIFICACION DEL ABORTO	30
III.-	ACTITUD ANTE EL ABORTO PROVOCADO A TRAVES DE LA HISTORIA	36
IV.-	CAUSAS MOTIVANTES DEL ABORTO INDUCIDO	47
V.-	EL ABORTO INDUCIDO EN AMERICA LATINA	54
VI.-	LEGISLACION SOBRE EL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL	64
VII.-	DIMENSION SOCIAL DEL ABORTO EN MEXICO	71
VIII.-	CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS SOBRE EL ABORTO INDUCIDO	83
IX.-	RECOMENDACIONES	90
X.-	SUMARIO	95
	BIBLIOGRAFIA	101

I N T R O D U C C I O N

En cualquier situación en donde se presente alguna manifestación de conducta, se abre un campo de estudio para la Psicología en sus diferentes áreas. Es así como el aborto inducido siendo una conducta observable no escapa del campo psicológico.

Como toda conducta, la práctica del aborto inducido se ve influida por el ambiente socio-económico en que se presenta, no siendo semejantes por lo tanto, un aborto realizado en el Japón en donde se le ha legalizado, a uno en nuestro país en donde se encuentra sancionado por la ley; ya que las presiones sociales ejercidas sobre la presentación de este acto hacen que se diferencien tanto el lugar físico en donde se lleva a cabo (no es lo mismo abortar en un hospital, con equipo y personal adecuado, que hacerlo en un cuartucho, falta de higiene, con técnicas precarias y por personas incapacitadas), como en el tipo de consecuencias que esto trae consigo.

Se ha visto que el aborto inducido se presenta básicamente como una forma de controlar la natalidad, al existir un deseo de planificación familiar y un desconocimiento de otros métodos existentes, que puedan ser efectivamente utilizados. Se ha observado también, que el deseo de regular la fecundidad aumenta cuando se eleva el nivel socio-económico y cultural del grupo familiar, por lo tanto puede decirse que es esta una práctica que va aunada a la evolución social.

Es así como en nuestra sociedad, aunque el índice de presentación del aborto inducido es alto, no ha alcanzado todavía el nivel que en un futuro no muy lejano mostrará, cuando la mayoría de la población ponga en práctica su deseo hasta ahora controlado de regular la natalidad (existen en nuestro medio por cada 3 hijos deseados 2 no deseados), y se encuentren ignorantes de los métodos disponibles para ello.

Por lo tanto nuestro ambiente económico, social y cultural, por un lado impulsa la presentación del aborto inducido y por otro convierte su aparición en un verdadero problema social, al no existir una atmós-

fera adecuada que alivie sus repercusiones y pugne por terminar con él.

Sin embargo, ante este problema no sólo no existe una atmósfera -- adecuada sino que prevalece una apatía y un desinterés absoluto, que lo han convertido en un acto que no merece atención; pero aunque se niegue la importancia de su presencia, el aborto inducido sigue apareciendo -- continuamente, y aun más, se ha visto que ésta va incrementándose día a día y junto con ello las consecuencias que lleva implícito.

Es por toda esta serie de hechos por lo que consideré importante -- desarrollar el tema del aborto inducido en nuestro país como tesis, ya -- que al verme imposibilitada para realizar alguna actividad con el fin -- de terminar con su presentación como problema social, coopero en parte -- al patentizar en mi trabajo lo que se conoce hasta ahora de esta prác -- tica, y dar testimonio del poco interés que ha merecido por parte de -- nuestras instituciones, lo que posiblemente creará inquietud en las par -- sonas que lean este escrito y a lo mejor, ¿porqué no?, dentro de ellas -- se encuentra alguna que cuente con medios que le permitan realizar algu -- na campaña más efectiva para enfrentarse a él.

Para finalizar haré dos aclaraciones que considero pertinentes.

Durante el desarrollo de la tesis cuando hablo del aborto inducido como problema social, no me refiero sólo a los efectos que sufre la so -- ciedad como tal, que como veremos en capítulos posteriores realmente -- existen, sino también a las consecuencias familiares y personales, las -- que incluyo dentro del concepto de problema social para evitar el repe -- tir las siempre que haga alusión al tema, y porque de manera indirecta -- las repercusiones a nivel personal y familiar son las que conforman los efectos a nivel social.

Por otro lado, quiero enfatizar mi agradecimiento al Lic. Rafael -- Ruiz Harrel, Asesor de esta tesis, por la gran ayuda que me brindó al -- orientarme y facilitarme toda su bibliografía al respecto, lo que me be -- nefició mucho en la ejecución de este trabajo.

CAPITULO I

CONTROL DE LA NATALIDAD

El control o limitación de la natalidad por medios voluntarios - puede, para facilitar su comprensión dividirse en dos:

1.- Control de Población: La limitación de la natalidad para disminuir la tasa de crecimiento de una nación o de alguna otra colectividad amplia.

2.- Planificación Familiar: Control de la natalidad al servicio de la salud o del bienestar familiar. (1)

Tomando en cuenta esta división es mucho más discutido y rechazado el control de población; objetándose contra él razones tales como que este control es una arma utilizada por determinados grupos para mutilar o al menos controlar, a grupos menos poderosos. El control como planificación familiar, por el contrario, es visto con mayor aceptación citándose varias ventajas para llevarlo a cabo. Dentro de ellas se encuentran la salud de la madre, beneficios psicológicos derivados de la eliminación del miedo debido a embarazos no deseados y a hijos indeseados; superior socialización per cápita de los niños; mayores oportunidades de desarrollo personal y social de los padres, etc..

Analizaremos a continuación estos dos puntos por separado:

1.- Control de Población

En la actualidad el índice de mortalidad ha disminuido grandemente por los nuevos hallazgos de las ciencias médico-biológicas. Junto con este descenso en la curva de mortalidad ha venido aunado un aumento de la natalidad.

De acuerdo a las estimaciones de las Naciones Unidas, la población

(1) Véase: J. Mayone Stykos, "Fecundidad en la América Latina", Ed. Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A., México, 1970. p. 54

mundial llegará a los seis o siete mil millones en los próximos cuarenta años. Actualmente nacen 5 400 niños cada hora o 47 millones anualmente. (2)

El efecto más evidente de este desmesurado aumento de población -- recae sobre la cuota de alimentos per cápita. La realidad actual en que vivimos nos enseña que "entre la población del mundo de la mitad a dos tercios está hambrienta o insuficientemente alimentada. La producción mundial de alimentos aumentó en menos del 15% en el transcurso de los cuarenta primeros años de este siglo, mientras que la población aumentó el doble de esta cifra." (3)

"Una sociedad que pone en práctica el control de la mortalidad -- tiene al mismo tiempo que practicar el control de la natalidad. Es verdad que la industrialización intensiva y generalizada, el mejoramiento de la agricultura, una mayor libertad de emigración y otros programas -- se hacen totalmente necesarios para mejorar el patrimonio del hombre. -- No obstante, persiste el hecho de que, si bien el control de la población por sí solo no puede resolver la crisis, a la vez; sin él ninguna combinación de otras medidas puede tener éxito." (4)

La preocupación por el problema de la "explosión de población" se expresa en otras formas además de la básica de alimentación. Algunos se preocupan por el espacio accesible y demuestran que en el futuro no -- habrá más lugar que para estar de pie, otros ven el problema prediciendo un desastre genético que será causado por el aumento poblacional, -- otros se preocupan por el consumo total de los recursos naturales, y -- algunos ven este aumento como causa de futuras guerras. Otras de las -- consecuencias sufridas ya por algunos países es el exceso de alumnos en

(2) Frank S. Caprio, M.D. and Donald R. Brenner, LL. B., "Deviations of Sexual Behavior", Ed. Paperback Library, New York, 1969. p. 262

(3) John Rock, "Control de Natalidad", Ed. Seix Barral, S.A., Barcelona 1964. p. 28

(4) John Rock, op. cit., p. 33

las escuelas, con sus consiguientes problemas, el aumento de la desocupación, aumento de la delincuencia y muchísimos más. Probablemente todos estos argumentos no tengan en los países subdesarrollados el impacto que causa la demostración de que el alto índice de crecimiento de población retarda el desarrollo económico.

Que el alto índice de crecimiento de población retarda el desarrollo económico es fácilmente observable, ya que no van a la par el gran desarrollo de la población, el desarrollo de la industrialización y el desarrollo económico, por lo cual se necesita invertir proporciones más altas del ingreso nacional únicamente para mantener el nivel de vida que los habitantes ya tienen, por lo que el capital para nuevas operaciones se ve menoscabado. Esta no es la única razón del retardo en el desarrollo económico, se le pueden unir muchas más, por ejemplo el hecho de la gran proporción de gente joven que existe en los países de alta fecundidad, teniendo como consecuencia de ello, que se consuma gran capital en labores asistenciales y sociales; capital que no produce ningún provecho.

La República de El Salvador es uno de los países que viven en la actualidad este problema. "La población está creciendo actualmente en casi 100 000 personas por año, o sea cerca de cuatro por ciento anual en una nación donde el producto nacional bruto puede estar creciendo al tres por ciento anual." (5)

Ante este problema los países empiezan a preocuparse buscando soluciones, la mayoría de las cuales son a largo plazo y de eficacia sospechosa, ya que en muchos de ellos se piensa que el desarrollo económico y la urbanización traerán como consecuencia natural y hasta cierto punto mágica, un decremento en las tasas de la natalidad como ocurrió en el pasado con Europa.

A esta postura se le pueden objetar algunos factores importantes:

Algunos países subdesarrollados a pesar de su alta tasa de fecundi

(5) J. Mayone Stykos, "Fecundidad en la América Latina", Ed. Pax-México Librería Carlos Cesarman, S.A., México, 1970. p. 35

dad no tienen todos los nacimientos que podrían tener "bajo condiciones ideales, el promedio de nacimientos por mujer es aproximadamente de doce; y en la mayoría de las zonas subdesarrolladas el promedio no es mayor de siete" (6), debido a que en las prácticas culturales se lleva implícito un control de la natalidad, como sería por ejemplo la edad del matrimonio, la duración del período de lactancia, la costumbre de regresar a la casa paterna después de un parto, etc.. Todas estas costumbres con el desarrollo económico y la urbanización se modificarían tendiendo a desaparecer, por lo cual se obtendría en lugar de un decremento, un incremento en la natalidad como reacción inmediata.

Por otro lado, si se puede alcanzar un decremento; no como efecto mágico del desarrollo económico, sino por medio de campañas bien organizadas con ese fin; ya que no puede negarse que ante el desarrollo económico y la urbanización de un país, las parejas que lo habitan dedican más atención a la planeación familiar, porque encuentran que los "pros" de una familia numerosa son menores que los "contras".

En la investigación hecha por CELADE sobre la Correlación Social y Económica del aborto inducido en Santiago de Chile, se observó que a medida que el nivel socio-económico era más alto había una mayor preocupación por controlar la natalidad, así; en las clases socio-económicas más bajas no tenían ninguna práctica para controlar los nacimientos y aceptaban todos los hijos que vinieran; mientras que en las clases elevadas deseaban una familia pequeña y regulaban los nacimientos.

Con todo esto estoy tratando de señalar que si es posible que ante el desarrollo económico y la urbanización de un país venga un decremento de la natalidad, pero no como consecuencia puramente natural, sino por la preocupación de las familias por alcanzar un mejor nivel de vida para lo cual las familias numerosas son un obstáculo. Sin embargo, esta preocupación no es suficiente para que el decremento tenga lugar, ya que se ha visto que aunque la mayoría de las personas desean contro-

(6) J. Mayone Stycos, op. cit., p. 21

lar la natalidad, prevalece entre ellas un gran desconocimiento de los métodos para conseguirlo, por lo cual esta preocupación ayudará como fuerza motivante, pero se hacen necesarios programas de regulación, con finalidad sobre todo informativa del tema.

Pero no por el sólo hecho de conocer una situación ésta queda solucionada, y en América Latina en la actualidad no puede esperarse que decline la natalidad en forma acelerada, a menos que se utilicen medidas específicas para lograrlo; ya que hay una serie de hechos demográficos combinados que lo obstaculizan como sería la "alta fecundidad -- ante baja mortalidad, rápido aumento de la población y lento crecimiento económico; urbanización sin industrialización; baja densidad de población con superpoblación en los centros de agricultura; etc.. El desequilibrio en estos distintos aspectos es lo que causa dificultad y lo que reclama solución. Se hace cada vez más evidente, que los países no pueden evitar el tener que enfrentar, de uno u otro modo, el crecimiento de la población." (7)

Sin embargo, ante este panorama aparentemente tan desconsolador y alarmante existe una fuente de tranquilidad y optimismo, como lo es el hecho de la cada vez más creciente preocupación de los distintos gobiernos para llegar a la solución de este problema.

(7) J. Mayone Stycoos, op. cit., p. 43

2.- Planificación Familiar

Es ante el servicio de la salud o del bienestar de la familia que más se acepta y se defiende el control de la natalidad. Los argumentos que se dan en contra están encaminados hacia los efectos colaterales sociales, psicológicos, morales y físicos que acompañan a los medios mecánicos, químicos o quirúrgicos de la planificación familiar.

Las razones más poderosas para su establecimiento son: dar fin a la tragedia de miles de niños desamparados que nacen sin ser deseados o dentro de una familia en la cual los padres han tenido más hijos de los que pueden educar, alimentar y apoyar; y evitar la tragedia de las madres solteras, muchas de las cuales son muchachas en edad escolar que tienen que abandonar la escuela por este motivo y sufrir un sinnúmero de penalidades posteriormente.

Muchos niños aunque son deseados y amados, son víctimas de una pobreza sin esperanza, en la que sus padres están demasiado atareados y agobiados por el afán de conseguir alimento para prestarles a ellos la atención que necesitan, o bien se les manda desde muy pequeños a enfrentarse al mundo pidiendo limosna o trabajando en lugares donde comúnmente son explotados. Por esto nunca viven plenamente la etapa de la infancia, la cual se ha comprobado tiene una importancia fundamental para el futuro desarrollo y hará que estos pequeños crezcan en una situación de desventaja tanto física, como psicológica, en comparación con los demás niños que disponen de un ambiente propicio para su desarrollo. Además de este obstáculo se le presentan a estos niños desamparados miles de problemas más, como la imposibilidad de recibir instrucción, o bien si logra ir a la escuela el tener que abandonarla probablemente al poco tiempo para ir a trabajar y ayudar al sostenimiento familiar.

Otra de las ventajas que representa la planeación familiar es debida a la gran industrialización de las ciudades, ya que ahora las ventajas de tener una familia grande decrecen y las desventajas aumentan, por un lado porque la mujer se vuelve socialmente activa yendo al igual

que su esposo a los centros de trabajo, y por otro lado debido al deseo de gozar mayor comodidad; la que se contrapone con la existencia de una familia numerosa.

Desde este punto de vista, control de la natalidad significa proteger tanto al niño como a los padres de futuras situaciones adversas.

3.- Métodos de Control de la Natalidad

Con el avance de la ciencia en todos los campos, se ha llegado a un gran conocimiento de las funciones del organismo. Debido a este conocimiento se ha alcanzado también un gran desarrollo en la creación de medidas para acelerar, retardar o evitar algunas de estas funciones para ventaja de la humanidad.

Dentro de estas medidas de control del organismo se encuentran los llamados métodos de control de la natalidad, los cuales han dejado de ser rústicos e ineficaces para convertirse algunos en verdaderos métodos científicos. Existen en la actualidad nueve métodos que han sido estudiados y evaluados. Describiré someramente cada uno de ellos.

a).- El Método del Ritmo

Este método se basa en el conocimiento de la viabilidad del óvulo y del espermatozoide, y el conocimiento del período que transcurre para que una mujer produzca un óvulo maduro. Consiste en guardar abstinencia sexual durante el tiempo en que la mujer es fértil tomando como base los datos anteriores.

Tiene como ventajas el ser aprobado en todo el mundo, aun por la Iglesia Católica; y que no requiere de ningún equipo especializado. Como desventajas tiene el no ser completamente eficaz, ya que el ciclo menstrual puede cambiar en cualquier momento con la edad y el hecho de que los espermatozoides en algunos casos, permanezcan vivos en el organismo femenino más tiempo de lo que antes se suponía. (En algunos casos hasta cinco días).

b).- El Diafragma

El diafragma vaginal, manufacturado y vendido en muchas partes del mundo, es una especie de taza poco profunda de caucho natural o goma sintética, diseñado para cubrir el cuello del útero e impedir que entren los espermatozoides. Una pomada o crema anticonceptiva que mata los espermatozoides por contacto, se usa siempre junto con el diafragma.

Existe una variación del diafragma llamada tapa o tapón cervical -

usado en algunos países como Gran Bretaña y Alemania. Es más pequeño — que el diafragma y está diseñado de manera que encaje exactamente en el cuello del útero. Ofrece mayor protección que el diafragma pero es difícil colocarlo y en ocasiones no se consigue hacerlo bien.

Otra variación es el uso de una esponjita humedecida con espuma de jabón, una solución de vinagre o una pomada anticonceptiva que se inserta lo más adentro posible y tiene por objeto cubrir la entrada del útero e impedir el paso de espermatozoides.

Estos métodos tampoco son completamente eficaces, ya que se pueden desplazar, o estar defectuosos o puede ocurrir un descuido de quien los usa, todo esto se traduce en un posible embarazo indeseado.

c).- El Condón

El condón es una funda o vaina, por lo general de goma sintética, que se usa ajustada sobre el órgano sexual masculino.

Aunque es uno de los métodos más eficaces ya que impide que los espermatozoides penetren en el cuerpo de la mujer, puede fallar debido a un defecto del condón o bien a que los espermatozoides se deslicen por los bordes del condón después de la unión sexual, o que puedan accidentalmente quedar depositados fuera del condón al colocarse, etc..

d).- Coitus Interruptus

Este antiquísimo método consiste en retirar el órgano masculino justo antes del orgasmo. En cuanto a su eficacia es menos útil de lo que se puede suponer. Una razón es que el fluido lubricante segregado por las glándulas masculinas para preparar la unión sexual, puede contener espermatozoides y depositarlos en la mujer antes del orgasmo. Otra razón es que el menor error de tiempo permite que se deposite cierta cantidad de semen antes del receso.

e).- La Ducha

En este método se lava la vagina para eliminar el semen después de la unión sexual. Existen varios dispositivos y diversas soluciones químicas para este hecho. Usado lo más pronto posible después del acto sexual puede tener cierto valor para evitar la preñez, pero la eficacia de la ducha es menor que cualquier otro método. La razón es que en el

acto sexual, el semen suele descargarse directamente en la entrada del útero y que aun los espermatozoides no depositados de ese modo suelen llegar al útero en cuestión de minutos. Una vez que han llegado al útero no se pueden eliminar con agua.

f).- Dispositivos Intrauterinos

Son dispositivos que se insertan en el útero para impedir la concepción. Se presentan en varias formas. Una vez colocado el dispositivo puede permanecer muchos años en su lugar y puede sacarse cuando la mujer decida tener un hijo.

Después de que se introduce uno de ellos suele haber unos efectos secundarios un poco desagradables: ligeras pérdidas de sangre, dolor de espalda o espasmos musculares similares a los menstruales. Por lo general, esas molestias desaparecen pronto. Sin embargo, algunas mujeres no toleran estos dispositivos; las pérdidas de sangre y los dolores continúan y hay que sacar el aparato o se expelle automáticamente por las contracciones musculares.

Su eficiencia varía según la forma y tamaño, pero nunca alcanza el 100% de efectividad. Se ha visto que en ocasiones el dispositivo se expulsa sin que la mujer lo advierta y en otras ocasiones se han producido embarazos estando el aparato bien colocado.

Una de sus grandes ventajas es que son baratos y fáciles de conseguir en los países donde el control de la natalidad es legal, y una vez introducido no necesita atención como los demás métodos.

g).- La Esterilización

Este método es de efectos permanentes y absolutamente eficaz, el hombre o la mujer que haya sido esterilizado no podrá tener hijos a menos que una segunda operación anule el resultado de la primera.

La esterilización en la mujer consiste en cortar las dos trompas de Falopio y obstruir después los dos extremos cortados por lo cual el óvulo no llega del ovario al útero. En el hombre, consiste en cortar y atar los tubos por donde pasan los espermatozoides, por lo cual, aunque el operado seguirá produciéndolos, su semen no los contendrá. Los

espermatozoides, al igual que el óvulo en la mujer esterilizada, se desintegran y son absorbidos por la sangre.

Su mayor desventaja es que los efectos de la operación son por lo general definitivos, ya que la segunda operación destinada a contrarrestar los efectos de la primera, fracasa muchas veces.

h).- Anticonceptivos Orales

Son compuestos químicos que la mujer toma por vía oral y que comúnmente se conocen como "píldoras". Es el método más eficaz en la actualidad. Una de las desventajas que posee es que produce efectos secundarios. Se considera que no es adecuado para aquellas mujeres que sufren del hígado o tienen un cáncer del pecho o de los órganos reproductores o tienden a la formación de coágulos sanguíneos o várices. Otras enfermedades pueden agravarse con este método, siendo algunas de ellas el asma, la epilepsia, jaquecas, etc.. Cuando se toma la píldora bajo vigilancia médica, resulta ser el mejor método anticonceptivo que se conoce en nuestros días.

i).- El Aborto

Este es un método de los más antiguos que existe para controlar la natalidad en todos los países del mundo. Consiste en la manipulación que tiene como finalidad la eliminación del feto de la pared del útero a la que se ha adherido.

Este procedimiento tiene grandes implicaciones sociales y morales, las cuales varían de un país a otro. Como es precisamente el tema de este trabajo se profundizará más en él en los capítulos posteriores.

Para la elección de cualquiera de estos métodos sobre los demás, intervienen los factores siguientes:

- a).- Cuántos conoce el individuo
- b).- Qué siente la pareja acerca de ellos
- c).- Si las circunstancias permiten su uso
- d).- Su aceptabilidad en la comunidad (8)

(8) Elizabeth Draper, "Birth Control in the Modern World", Pelican Original Penguin Books, 1965. p. 52

4.- El Control de la Natalidad en el Distrito Federal

Es además de interesante, muy importante conocer la actitud que en el Distrito Federal existe hacia la limitación familiar. Para este motivo hecharé mano de la investigación realizada en 1965 por el Dr. Manuel Mateos C. en colaboración con la Sra. Rosalba Bueno L. y el Sociólogo Luis F. Chávez, la cual fué programada para obtener un diagnóstico de la población estudiada, por medio del cual se trataría de conocer la mayor parte de los factores que influyen y determinan la postura de la mujer y su cónyuge ante la limitación de los nacimientos y el conocimiento que tienen de los métodos de prevención, así como de otros factores relacionados con este problema. (9)

La zona investigada incluye las colonias Garza, Observatorio, parte de la Pino Suárez, 16 de Septiembre, Acueducto, Cove, Palmas, América y Chorrrito. La población total de esta área es de 52 092 habitantes de acuerdo con el censo de 1960, de los cuales 25 789 son hombres y 26 303 son mujeres.

Se tomaron como muestra 500 mujeres de edad reproductiva, las que representan el 1.9% del total de la mujeres de la zona.

El ingreso promedio de los individuos de estas colonias es de \$975.01 mensuales. El mayor porcentaje de los individuos habitan en viviendas deficientes, en contraste con un porcentaje bajo que habitan viviendas sin deficiencias y adecuadas en tamaño. (10)

Se hicieron comparaciones estadísticas entre datos obtenidos de la muestra de esta investigación, datos de la muestra utilizada en la investigación realizada por CELADE en 1963-1964 sobre fecundidad en Amé-

(9) Véase: Mateos Cándano Manuel, Bueno L. Rosalba y Chávez L. Fernando, "Actitud y Anticoncepción", Ed. Centro Estudios Reproducción, A.C.. CERAC. México, D.F. 1968.

(10) Instituto Mexicano del Seguro Social. Investigación de viviendas en once ciudades del país. Editado por el IMSS. México, D.F. E S F. 1,3 vols.; vol 1 (metodología), p. 204. Citado por Mateos Cándano Manuel, op. cit. p. 24, 25

rica Latina y datos de la muestra de un estudio que se realizó en el mismo centro que llevó a cabo esta investigación, "Centro de Investigación Médica y Labor Asistencial del Hospital ABC", en el cual se investigaban a 461 mujeres a las que se les insertó dispositivo intrauterino. Estas comparaciones se llevaron a cabo con la finalidad de evaluar indirectamente la confiabilidad de la muestra y de los datos obtenidos.

En la comparación entre datos de CELADE y los datos de esta investigación se tomaron en cuenta características como estado civil, el número de hijos nacidos vivos y el uso y conocimiento de anticonceptivos; encontrando diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los casos. En lo referente a la proporción de mujeres en cada estado civil, sólo en la comparación entre la proporción de mujeres divorciadas y entre las viudas de unión libre estas dos encuestas no difirieron significativamente. En lo referente al número de hijos nacidos vivos de acuerdo a cada estado civil, se observó que en todos los casos existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos obtenidos por CELADE y los obtenidos en esta investigación, sólo en la diferencia de las proporciones de nacidos vivos entre las divorciadas no fué significativa. En la comparación del uso y conocimiento de anticonceptivos se notó gran diferencia entre estas dos encuestas.

Todas estas diferencias entre los datos obtenidos, son debidas a que la encuesta de CELADE abarcó toda la zona que comprende el Distrito Federal con una muestra mayor, mientras que la zona encuestada en este estudio es más concreta y con características más específicas.

Al compararse los promedios de algunas características demográficas obtenidas al estudiar a 461 mujeres a las que se les insertó dispositivo intrauterino, con los obtenidos en las mujeres de este estudio, se observaron grandes similitudes. (Cuadro I)

Las muestras fueron obtenidas independientemente por lo cual la similitud en los promedios, fué tomada como prueba de la representatividad de la muestra.

Dentro de la muestra de esta investigación se pudieron identificar

los siguientes estados civiles:

- 1.- Soltera
- 2.- Casada por la Iglesia
- 3.- Casada por lo Civil
- 4.- Casada Civil e Iglesia
- 5.- Unión Libre
- 6.- Divorciadas
- 7.- Viudas de Convivencia
- 8.- Viudas de Matrimonio
- 9.- Separadas de Convivencia
- 10.- Separadas de Matrimonio

Siendo las más numerosas los grupos formados por las mujeres casadas por lo civil y por la iglesia, casadas por lo civil y las mujeres en unión libre.

El promedio de años de casada fué de 10.8 años, y el número promedio de hijos fué de 4.5 hijos.

Las 500 mujeres han tenido un total de 2 552 hijos nacidos vivos, siendo atendidas en sus partos por médicos en un 58.07% de los nacimientos, por comadronas en un 21.15% y en un 18.14% por parteras. Las enfermeras y personas no entrenadas tienen porcentajes muy reducidos. El 87.04% de las mujeres declararon haber recibido buena atención, el 11.20% atención regular y el 0.2% una mala atención durante el parto; 6 mujeres (1.20%) no especificaron que tipo de atención habían recibido.

Por otro lado se tuvieron 299 mortinatos en los cuales se declararon a pesar del resultado adverso, en un 78.26% haber tenido buena atención a la hora del parto, 21.7% como regularmente atendidos y ninguno como malo. De este grupo el 53.84% recibieron servicios médicos y el 23.41% de comadrona.

Se reportaron un total de 256 abortos, de los cuales 245 fueron espontáneos y 11 provocados. Estos datos se deben tomar con reserva ya que por diversas causas existe temor a dar información de este tipo.

Dentro de las causas por las cuales se suprimió la lactancia se —

encontraron en el 30.8%, por considerar que sus hijos ya eran grandes, - 17.6%, por un nuevo embarazo, el 20% por no tener leche suficiente y el 11.2% por razones personales.

En lo referente al tiempo que consideran que debe transcurrir después del matrimonio para tener el primer hijo, un total de 1.20% dieron un plazo de 3 a 8 meses, (esto puede deberse a una confusión entre parto y concepción), un 3.20% dieron de 9 a 10 meses después del casamiento, un 77.60% dijeron que un año y un 10.80% pensó en dos años. Consideraron como edad ideal para tener el último hijo de los 26 a los 30 años. Estos datos nos dejan ver que en este grupo socio-económico, a pesar de haberse casado tempranamente no piensan retardar el advenimiento de los hijos y que la edad en que piensan tener el último hijo es tardía tomando en cuenta la fecundidad y la edad del matrimonio en estas mujeres.

Se estableció como el número de hijos deseados un promedio de 3.1 hijos, teniéndose un 20% de casos que declararon 2 hijos deseados, un 16.40% tres hijos, 14.20% cuatro hijos y un 17.80% que desea tener un número indeterminado de hijos. Se vio por otro lado, que existe una reciprocidad inversa entre el número de hijos que se tienen y los hijos que se desean, así; las mujeres que tienen 10 hijos no quieren tener más.

Es importante observar que de las 500 mujeres el 15% desean tener más hijos, en contraste con el 84.20% que no quieren tener más descendencia.

La postura del marido en lo referente al deseo de más hijos se investigó indirectamente por medio de preguntas a su esposa, estableciéndose que los hombres tienen mayor deseo de tener más hijos que las mujeres, aunque al igual que en ellas; existe una reciprocidad inversa entre los hijos que se tienen y que se desean.

Se pudo ver que aunque la comunicación entre los cónyuges es un factor esencial para la adecuada planeación familiar, sólo un poco más de la mitad de las mujeres hablan con sus maridos al respecto. Existe un desconocimiento sobre el control de la fecundidad ya que del total,-

sólo un 62.80% declaró saber que existen parejas que evitan tener demasiados hijos.

Es esencial observar que en contraste con el desconocimiento del control de la fecundidad se reportó una aceptación hacia la planeación familiar, ya que el 88.20% (441 mujeres) sí aceptan que se eviten los hijos, sólo el 10.60% (53 mujeres) rechazan esta posibilidad. En un 1.20% de casos no se obtuvo codificación de la respuesta.

La aceptabilidad de recursos de control de fecundidad es porcentualmente creciente al número de hijos desde el grupo de 0-1 hijos, hasta el grupo de 8 y 9. El grupo que tiene 10 o más hijos manifiesta un descenso, pero los porcentajes aun en ese grupo se encuentran arriba del 84% de aceptabilidad. Esta aceptación al control de la fecundidad es mayor en la mujeres que tienen de 16 a 19 y de 24 a 27 años de casadas.

El 84.20% del total de mujeres ya no desea más hijos; sólo el 15% desea más. El 88.20% del total acepta la idea de controlar la fecundidad, sólo 10.6% no está de acuerdo con controlarla. Analizando comparativamente los grupos que desean más hijos con los que ya no desean más podemos ver resultados muy interesantes.

Un 92.39% de la mujeres que ya no quieren fecundarse aceptan el uso de anticonceptivos, sólo un 7.12% no aceptan los métodos de control es decir, este grupo presenta el conflicto de no desear más hijos y no aceptar los métodos de control. Más interesante aun es el hecho que el grupo integrado por mujeres que desean más hijos acepta en un 65% la idea de controlar la fecundidad y sólo el 30.66% rechaza los procedimientos de control.

Las razones que se dan para controlar la fecundidad en el grupo con deseo positivo hacia la procreación en un 50.66% son económicas y en el grupo que ya no desea más hijos en un 63.42% también son económicas, existiendo en este grupo también razones como "por ya tener muchos hijos y razones de salud". Del grupo que no acepta controlar la fecundidad sólo dieron razones para ello el 8.4% ya que el 5.8% están de a

uerdo en no controlar la fecundidad por razones religiosas. El 0.8% alegó causas emocionales y el 0.6% razones de salud.

Las razones religiosas son argumentadas con más frecuencia por las mujeres en unión libre, le siguen en frecuencia las casadas por lo civil y finalmente las casadas por la iglesia. Las causas religiosas son sostenidas con gran fuerza por los grupos que tienen de 0 a 3 años de casada y 28 años o más. Dentro del grupo que desea más hijos el 21.33% no aceptan el control de la fecundidad por las mismas causas religiosas y el grupo que no desea más hijos y no acepta el control por esta causa es un 3.08%.

Por otro lado se pudo observar que de este grupo que no acepta el control de la fecundidad (53 mujeres) 24 lo aceptarían en algunos casos y 14 en ningún caso. Esto hace ver que el 10.60% que está en contra de la anticoncepción se reduce al 5% aproximadamente.

En este aspecto presentan más elasticidad las mujeres casadas por la iglesia y por lo civil y las que tienen menos años de casadas; siendo más rígidas las casadas por lo civil y las que tienen más años de casadas.

Del total de mujeres que sí quieren tener más hijos, el 17.33% si acepta que se eviten en algunos casos en contraste con un 9.33% de mujeres que en ningún caso lo acepta. De las mujeres que no quieren más hijos el 2.61% acepta que en algunos casos se eviten los hijos, un 1.66% en ningún caso lo acepta. Las razones por la cuales aceptan que en algunas ocasiones se eviten los hijos son económicas en primer lugar y de salud en segundo lugar.

La aceptabilidad del esposo al control de la fecundidad; investigada a través del interrogatorio hecho a la mujer nos demuestra que un 58.20% de las entrevistadas respondieron que su esposo está de acuerdo en que se controle la fecundidad por procedimientos anticonceptivos de uso femenino; 14.40% no responden a este punto y 2.4% no sabe.

Cuando el uso de anticonceptivos es por parte de SU mujer el porcentaje de esposos que está de acuerdo baja un 8% y el porcentaje que

"no sabe" si su esposo acepta sube del 2.4% al 26.8%.

Se investigó también la actitud hacia dar o no información sobre el control de la fecundidad, notándose una gran aceptación a que se dé este tipo de información a la mujer. Esta actitud favorable se presentó con mayor intensidad entre las mujeres que tienen de 16 a 27 años de casada, siendo las más resistentes aquellas que tienen 28 años o más de casadas. Se vió también que el porcentaje de mujeres que sí quieren tener más hijos y que sí les parece bien que se les dé información sobre como evitarlos, fué menor que el porcentaje de mujeres que no quieren más hijos y que sí les parece bien que se les dé información sobre como evitarlos.

En lo referente a las fuentes de información deseadas para obtener conocimiento de este tema se encontraron 5 principalmente. Piden información del médico, parteras, libros, periódicos y de las maternidades. Los porcentajes más altos fueron para médicas y parteras. Se vió que la iglesia tiene porcentajes muy bajos como fuente de información deseada.

Comparando estos datos sobre la fuente de información deseada, con la fuente de información real de la cual han obtenido los conocimientos que tienen sobre el tema se ve que las curanderas son las que han proporcionado más información al grupo estudiado. La madre y la curandera son las personas que han informado sobre mayor número de anticonceptivos. Los libros, el esposo y el médico son los que porcentualmente han dado menos información. Los parientes, los hermanos y los vecinos tienen importancia intermedia.

Al estudiar el primer método anticonceptivo del que se tuvo conocimiento se aplicaron las preguntas sólo al 70.80% de los casos ya que como se vió el desconocimiento es alto. En este punto se obtuvo que la píldora anticonceptiva es la más conocida y la más usada, ya que el 13,60% señalan que fué el primer anticonceptivo que conocieron, encontrándose porcentajes en los otros métodos del 8.8% en el lavado como primer método conocido y del 2% en esterilización, diafragma, jalea, ritmo y preservativo.

Para complementar lo anterior se estudió también el método del que se fué informado últimamente, observándose en esto que la pastilla en un 24% es el último método anticonceptivo del que han oído hablar, los demás métodos tienen porcentajes muy bajos como método conocido recientemente.

En el punto que trata sobre cuál fué la vía de conocimiento del anticonceptivo que usan actualmente se encontró que fueron los vecinos los que en mayor porcentaje han influido, en segundo lugar se encuentran los médicos y parteras; las demás fuentes observaron porcentajes demasiado bajos.

Analizando ahora el conocimiento que se tiene sobre 10 diferentes métodos anticonceptivos en esta zona, se ve que la píldora anticonceptiva es conocida por el 33.20% del total, el lavado vaginal es conocido por el 14.60%, un 9.20% conoce la esterilización, el diafragma es conocido por el 8.4%, igual porcentaje, 8.4%, tienen conocimiento del coito interrumpido, el 7.8% conoce la jalea, otro 7.8% el ritmo, el mismo porcentaje, 7.8%, para el preservativo o condón, sólo un 6.4% conocen los dispositivos intrauterinos y otros métodos han sido conocidos por el 14%.

Como considero de gran importancia el conocimiento del uso real de estos 10 métodos anticonceptivos en esa zona, expondré tal cual los resultados del Dr. Mateos en lo referente a este aspecto analizando los grupos por estado civil, por grupos de años de casada y por grupos de acuerdo al deseo de tener más hijos.

Análisis por estado civil:

A).- Solteras

Ninguna ha usado ni usa; Diafragma (es de difícil aplicación y exige técnica); dispositivo intrauterino (no se aconseja en nulíparas); preservativo; jalea; coito interrumpido; esterilización u otros. Han usado, un caso pastillas y un caso lavado. Usan actualmente 2 casos píldoras anticonceptivas (10%).

B).- Casadas por la iglesia

Ninguna ha usado diafragma. Dispositivos intrauterinos, jaleas ni esterilización. El 5.4% ha usado píldoras anticonceptivas. Usan actualmente preservativos, píldoras anticonceptivas, lavado vaginal, ritmo y coito interrumpido.

C).- Casadas por lo civil

Ninguna ha usado jalea ni esterilización.

Han usado alguna vez: diafragma, preservativo, dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas, lavado, ritmo y coito interrumpido.

D).- Casadas por lo civil y por la iglesia

Aunque con porcentajes bajos han usado alguna vez los 10 métodos anticonceptivos.

E).- En unión libre

Sólo han usado alguna vez pastillas anticonceptivas o esterilización quirúrgica. Nunca han usado los otros métodos.

F).- Divorciadas

Ningún método. Sólo en 2 casos, que fueron los que se estudiaron.

G).- Viudas

Ningún método.

H).- Separadas

Sólo píldoras anticonceptivas.

Análisis por años de casadas:

Fué demostrado un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos en los grupos de 12 a 18 años de casadas, sobre todo de 12 a 15. Este grupo vuelve a aparecer como el que más uso tiene, dentro del poco uso que integralmente existe. Han usado alguna vez los 9 anticonceptivos más conocidos: (12-15) y 5 de 10 (16-19).

El grupo de 0 a 7 años ocupa el segundo lugar en conocimiento y también en uso.

La píldora anticonceptiva arroja las cifras más elevadas también en los grupos 12-15 y 16-19, seguidas por la de 4 a 7. El grupo de 0-3, obviamente usa pocos anticonceptivos aunque tiene un índice más alto de conocimiento. El grupo de 20 años o más da porcentajes elevados, pero

está constituido por 4 mujeres solamente. 50% lo han usado alguna vez.

Llama la atención que el grupo 8-11 haya manifestado un conocimiento bajo y el uso comparativamente con otros grupos, no sea tan bajo aunque sólo se encuentra el uso de 3 anticonceptivos, al igual que en el grupo de 20 a 23.

Análisis de acuerdo con el deseo de tener más hijos:

El porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos es bajo. Sin embargo, puede observarse que un 6.66% de mujeres que desean hijos han usado píldora anticonceptiva en el pasado, y 1.33% desea más hijos y toma píldoras anticonceptivas. Es el único método usado por las mujeres que desean más hijos actualmente.

4.27% usa píldora anticonceptiva para lograr su deseo de no tener más hijos.

Como mencioné al principio de esta exposición todos los datos aquí expresados fueron obtenidos de la publicación que de la investigación del Dr. Mateos C. Manuel, Bueno L. Rosalba y Chávez L. Fernando, hizo la editorial Centro Estudios Reproducción A.C., CERAC., en México, D.F. en 1968 bajo el título de "Actitud y Anticoncepción".

Toda la información que nos da a conocer esta investigación es sumamente importante, pero probablemente lo que tiene más trascendencia es el hecho de que la realidad actual que prevalece en el Distrito Federal es de un alto índice de fecundidad aunado a un alto índice de hijos no deseados; lo cual trae consigo una verdadera tragedia para la existencia de esos niños, ya que de sobra se conocen las consecuencias que puede tener tanto para la familia como para el niño mismo el ser producto de un embarazo no deseado.

Es trascendental también el hecho de que la gran mayoría de las mujeres tengan deseos positivos hacia una regulación de la fecundidad y desconozcan al máximo los métodos existentes para ello y sea mayor todavía el porcentaje que no usa los pocos que conoce.

Otro punto sumamente importante, es que la mujer recibe la información sobre los métodos para regular la fecundidad, por parte de perso-

nas que no están capacitadas para ello, por lo cual sólo se les da a -
conocer métodos que son ineficaces y que no les serán de mucha ayuda. -
Es dramático saber que sólo el 4.27% de las mujeres que ya no desean -
más hijos usan un anticonceptivo seguro.

Ante estos hechos reales y hasta cierto punto alarmantes es nece -
sario tomar medidas con el propósito de evitar la incidencia de tantos -
problemas que surgen ante un desmesurado número de hijos no deseados, -
los cuales podrían ser atacados promoviendo una adecuada planeación fa -
miliar.

C U A D R O I

COMPARACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO DE 461 MUJERES A LAS QUE SE LES INSERTO DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y LOS ENCONTRADOS EN LA INVESTIGACION DEL DR. MA - NUEL MATEOS CANDANO.

P R O M E D I O

CARACTERISTICAS A COMPARAR	MUJERES A LAS QUE SE LES IN- SERTO DISP. INTRAUTERINO	MUJERES DE ESTA INVESTIGACION
Años de casada	10.7	10.8
Embarazos	6.2	6.2
Partos	5.1	5.7
Nacidos vivos	5.1	5.1
Nacidos muertos	0.5	0.5
Número de hijos	4.8	4.5

Fuente: Mateos Cándano Manuel, op. cit., p. 35

5.- Control de la Fecundidad en América Latina

Es por todos conocido el nivel socio-cultural y económico que prevalece en la mayoría de los países latino americanos; nivel que obstaculiza la regulación de la fecundidad a menos que se establezcan verdaderos programas de regulación, ya que se ha visto que aunque existan -- clínicas de planificación familiar como en el caso de Puerto Rico, -- éstas tienen poco éxito debido al ambiente cultural que no deja desarrollar las actitudes favorables hacia la limitación familiar, actitudes -- que existen sobre todo en las mujeres, pero que no llegan a aflorar y -- ponerse en práctica por las mismas expectativas culturales.

En los países donde prevalecen condiciones semejantes a las que se encuentran en Puerto Rico, los programas de regulación tendrían la función de precipitar algunas conductas que ya se encuentran en estado latente en los individuos, pero que sin estos programas tendrían una aparición muy lenta y por demás insegura.

Existen otros lugares en latino América en donde estos programas -- tendrían una eficacia nula, como lo demuestran los resultados de la investigación realizada en 1959 por Mayone Stycoo (costeada por el Consejo de Población, el Conservation Foundation y el Cornell Social Science Research Center) en Haití.

Se investigó la actitud hacia la dimensión de la familia en una aldea habitada por unas 200 familias a 70 millas de la capital, por medio de una serie de presentaciones combinadas de fotografías de cuatro familias haitianas. Las familias tenían características diferenciales en -- cuanto a posición económica y número de hijos, así; se crearon cuatro -- fotografías las cuales eran: 1.- La familia pequeña de posición acomodada; 2.- La familia grande de posición acomodada; 3.- La familia pobre pequeña; y 4.- La familia pobre numerosa.

Al presentar las fotografías en la combinación 1-2 y 3-4 y pedir -- a los entrevistados que mencionaran diferencias entre las familias, la -- reacción inicial más frecuente era una mezcla de complacencia y confu --

sión, debido a lo poco acostumbrados que estaban a ver fotografías. — Las respuestas a las preguntas de sondeo de las personas que dieron alguna diferencia (que no fueron el total de entrevistados) se pueden clasificar en 3 categorías: diferencias en dimensión de las familias, mencionadas por la minoría; diferencias en posición económica o social — mencionadas por las tres cuartas partes de los entrevistados; y diferencias de otro carácter.

Posteriormente a ésto, se pidió a los sujetos que eligieran si — preferían ser el hombre o la mujer de una familia o de otra; presentando las fotografías en la combinación 1-2, 3-4, 2-3, y 1-4.

Cerca de un cuarto de los entrevistados no lograron hacer alguna — selección. De los 50 entrevistados que efectuaron alguna elección sólo el 4% eligió la familia pequeña en todos los casos, 12% en tres de cuatro casos, 26% en dos, 34% en sólo un caso, y 24% en ninguno.

De aquellos que dieron razones en favor de sus elecciones, los — que citaron factores económicos varían de un 36 a un 44%, aquellos que citaron el número de hijos, varían de sólo 9 a un 31%. De aquellos que prefirieron a las familias pobres, más de un tercio lo hicieron precisamente porque eran pobres.

La familia más pobre era preferida ya que los pobres son vistos como hijos de Dios. Igualmente la familia numerosa era a veces específicamente elegida debido al hecho de que gran número de hijos eran vistos como un don de Dios.

Se formuló a los entrevistados cuatro preguntas abiertas:

- 1.- ¿Porqué piensa usted que sucedió que algunos tuvieron pocos — hijos y algunos tuvieron muchos?
- 2.- ¿Porqué estaba mejor en posición una familia que otra?
- 3.- ¿Podrían haber hecho algo para evitar tener muchos hijos?
- 4.- ¿Cuál piensa usted es el mejor número de hijos que puede tener una persona en su situación?

En la respuesta a la última pregunta, siete de cada diez dicen que ello es un asunto enteramente en manos de Dios. Se infiere que diez hi-

jos es percibido como una familia extensa, y que tres o menos es visto como una familia pequeña; pero que uno no debe preferir alguna de ellas debiendo estar agradecido cualquiera que sea la elección de Dios. Las personas que se salen de este estereotipo prefieren familias pequeñas - pero son muy pocas.

La concepción es vista como algo fuera del hombre y en manos de Dios. Cuando se les interrogó sobre la pregunta primera, sólo el 19% usó respuestas distintas de la "voluntad de Dios", este 19% dió razones de diferencias en fecundidad, edad del matrimonio, etc..

En la pregunta tres en la cual se señalaban las posibilidades de la intervención humana en el control de la natalidad, el 14% no sabía y el 65% dijo que no. La mayoría de los que contestaron negativamente, puso el asunto en manos de Dios sin mostrar interés en la materia.

En la respuesta a la pregunta dos, de las 85 personas que podían responder, 40 atribuyeron la diferencia sólo a Dios y 24 lo atribuyeron a la suerte o el destino.

Como puede fácilmente observarse en lugares como éste donde existe una entera sumisión a la voluntad de Dios y a las cosas sobrehumanas, poco puede hacerse para llegar a una planeación familiar aun con los programas de regulación, ya que éstos estarían encaminados al fracaso al estar trabajando en el vacío. Sólo educando a la gente y desarrollando el nivel socio-económico, podría obtenerse algún resultado en estos lugares.

Aquí puede enfatizarse el hecho de que los programas de regulación de la fecundidad no ayudarían de mucho sin la presencia de un determinado nivel de educación, urbanización y desarrollo económico y viceversa; el desarrollo económico, urbanización y educación no decrecerían aceleradamente la fecundidad sin la ayuda de programas de regulación.

Aunque las tasas de natalidad más bajas se encuentran en las naciones latino americanas con más alto nivel educacional, se sabe que la mayoría de los países tienen niveles bajos de educación. Se ha visto -

que las diferencias en la natalidad se aceleran con la educación, mostrando declinaciones mayores sólo después de que se terminó la escuela primaria. Por estas observaciones se puede concluir que por los niveles educacionales tan bajos que existen en latinoamérica, hay pocas esperanzas de que la natalidad sufra un decremento como efecto de la educación a menos de que se haga uso de otras medidas colaterales tales como los programas de regulación.

La urbanización y el desarrollo económico tampoco decrecientan la fecundidad por sí solos, ya que como anteriormente mencioné se alterarían con ello otros factores que sirven de regulación intracultural de la natalidad.

Analizando medidas más específicas que los países ponen en práctica automáticamente ante un desmesurado crecimiento de su población, -- como sería la migración, controles postconceptivos y anticonceptivos en América Latina vemos lo siguiente:

Migración

En la actualidad esta salida al aumento de población en América Latina se ve obstaculizada porque sólo hay una posibilidad limitada de migración internacional, por lo cual se está llevando a cabo únicamente del medio rural a las ciudades, que ya se encuentran en un desarrollo excesivo y son las que menos necesitan de este movimiento. Como consecuencia de esto se ha visto aumentado el nivel de criminalidad y de otros fenómenos negativos en ellas. Además de que la fecundidad en la ciudad no decrece y que a pesar de la migración en el medio rural, siempre existen altas tasas de natalidad.

Controles postconceptivos

Estos son el infanticidio y el aborto. El primero ha disminuido su frecuencia; sin embargo, el aborto en América Latina no sólo se muestra en grado elevado sino que hay evidencia de que la proporción está aumentando.

Anticoncepción

La mayoría de las mujeres consideran una desventaja la familia numerosa

y presentan un deseo por regular la natalidad, pero tienen poco conocimiento de las técnicas anticonceptivas.

Se podrían obtener resultados óptimos en la regulación de la fecundidad si se pudiera contar al mismo tiempo con los factores antes mencionados, es decir; educación, urbanización, desarrollo socio-económico y programas de regulación.

En la actualidad se le está dando mayor importancia al control de la fecundidad y está dejando de ser un tabú, lo cual tiene como causas el que se disponga de un mayor y más exacto conocimiento del crecimiento de la población en América por las cifras dadas en los últimos censos; por la preocupación médica ante las tasas de aborto, ya que además de que esta práctica está aumentando, las hospitalizaciones causadas por el aborto están continuamente abrumando los pocos recursos de los hospitales latinoamericanos.

Otra causa es que la mayoría de las fundaciones, universidades, organizaciones privadas y públicas norteamericanas interesadas en los problemas de población, comenzaron a operar en América Latina como resultado de un aumento de los recursos dedicados en todas partes a esta clase de problemas. Además de la ya mencionada creciente preocupación de todos los gobiernos por este tema.

CAPITULO I I

DEFINICION Y CLASIFICACION DEL ABORTO

Para poder estudiar o tratar cualquier tema, es requisito indispensable si queremos hacerlo todo lo científicamente que podamos, el que éste se encuentre perfectamente delimitado, para que no haya lugar a duda de lo que se refiere, ni posibilidad de confundirlo con otros parrecidos, y así tengamos la plena confianza de que al hablar de ese tema en particular, todos nos referimos a lo mismo.

Este capítulo tiene precisamente esa finalidad, la de precisar hasta donde sea posible el campo que voy a tratar en esta tesis. El mejor medio que existe para lograrlo, es hacer uso de las diferentes definiciones y clasificaciones ya existentes, procediendo después a delimitar en forma más específica el área de interés, a través de la elaboración de una definición que la comprenda.

Entre la gran variedad de definiciones que se han dado sobre el aborto se encuentran las siguientes:

La Organización Mundial de la Salud lo define como la terminación de un embarazo antes de que el feto sea viable.

David R. Reuben lo hace de una manera más general, pues nos dice simplemente que es la terminación de un embarazo. (1)

La definición obstétrica lo presenta como la expulsión del ser en gestación cuando éste no es viable, (es decir antes del sexto mes; después de esta fecha recibe el nombre de parto prematuro).

Para la medicina legal, es la expulsión prematura, violenta y provocada del producto de la concepción, independientemente del resultado mortal de la maniobra para el feto que se expelle.

En la definición Psico-legal se toma como la expulsión del feto, en un periodo de uterogestación tan temprano que no ha adquirido el po-

(1) David R. Reuben, M.D., "Everything you always wanted to know about-sex", Pan Books LTD, London, 1971. p. 269

der de sostener una vida independiente, (definición legal) la destrucción ilícita del feto humano, o darle a luz prematuramente antes del tiempo normal de nacimiento. (2)

En la nueva Acta sobre el aborto de la Gran Bretaña, este acto significa la terminación deliberada de un embarazo antes de que el feto en crecimiento sea capaz de una vida independiente. (3)

El Código Penal Mexicano en su artículo 329 define el aborto como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Estas definiciones presentan una diferencia básica por la cual se les puede clasificar dentro de dos grupos:

En un grupo el aborto es simplemente la terminación de un embarazo por la expulsión prematura del producto, sin importar el resultado que éste tenga para la vida del feto. Dentro de esta categoría se pueden incluir la definición que da David R. Reuben, y la que se tiene para la medicina legal.

El otro grupo considera que el aborto es la expulsión del producto tomando como requisito que el feto todavía no sea viable. En esta categoría cae la definición que nos da la Organización Mundial de la Salud, la obstétrica, la Psico-legal, la expresada en la nueva Acta sobre el aborto en la Gran Bretaña y la que nos ofrece el Código Penal Mexicano.

Sin embargo, todas estas definiciones se refieren exclusivamente al acto de abortar y lo tratan de forma general, ya que cada una engloba a todas las posibles variedades de aborto de las que voy a tratar en seguida.

Un aborto puede ser producido por diferentes causas, bajo diferentes intereses y también en diversas circunstancias legales. Cada una de

(2) Frank S. Caprio, M.D. y Donald R. Brenner, LL. B., "Deviations of Sexual Behavior", Paperback Library, New York, 1969. p. 321

(3) Dr. Peter Tarnesby, "Abortion", Sphere Books Limited, London, 1969. p. 13

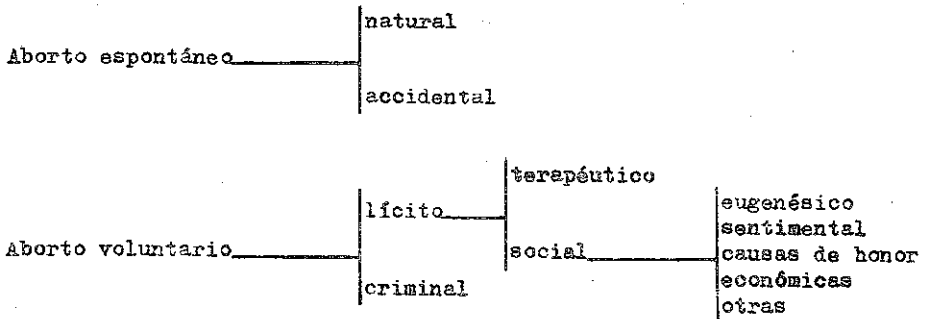
estas características al estar presentes en el acto de abortar es lo que hace diferente a uno de otro.

Así tenemos que en cada país existen determinadas formas de aborto que son consideradas dentro del concepto criminal, dependiendo ello de que los respectivos códigos penales contemplen o no la punición del hecho.

En lo que a esto respecta, la legislación mexicana en los artículos 330 y 332 reglamenta las siguientes clases de abortos punibles:

- 1.- Aborto consentido: Sin una causa o móvil de honor
- 2.- Aborto consentido: "Honoris causa" por móvil de honor
- 3.- Aborto sufrido: Relacionado con el hecho de ser realizado por terceros sin el consentimiento de la madre
- 4.- Aborto procurado: Por la propia madre llamado también autoaborto, aborto propio o provocado sin consecuencia de una causa de honor
- 5.- Aborto procurado: Por la propia madre en el que existe un móvil de honor

Existe también la siguiente clasificación:



Septién lo clasifica de la manera que sigue:

Aborto espontáneo: Es aquel que se produce por sí mismo, fuera de toda acción local o general voluntaria. Este se subdivide en:

Aborto accidental: El que ocasionalmente sucede-

una sola vez; y

Aborto habitual: el que se lleva a efecto -
tres o más veces consecuti-
vas

Aborto terapéutico: Es el que se lleva a cabo con objeto de obte -
ner un beneficio para la madre

Aborto criminal: Es aquel en el que con pleno conocimiento de cau -
sa se realizan toda clase de maniobras que tienen
como finalidad expulsar el producto de la concep -
ción

Aborto de principio: Es el que tiene lugar entre las diez o doce -
primeras semanas de la concepción

Aborto tardío: El que tiene lugar entre la 20 a 22 semanas de la -
concepción

Aborto inaparente: Es aquel en donde su evolución no ha sido apre -
ciada

Aborto franco: Es aquel en donde su existencia no tiene ninguna -
duda

David R. Reuben lo clasifica en "aborto accidental y aborto indu -
cido. El aborto accidental es el resultado de defectos físicos de la ---
madre o del niño, a veces de ambos. Son llamados abortos espontáneos -
para distinguirlos de aquellos que son no accidentales a los cuales se -
les llama abortos criminales, aunque sería mejor llamarlos deliberados.

Existen los abortos terapéuticos nos dice, son los que se llevan a
cabo en un hospital por un doctor. El aborto terapéutico es la termina -
ción mecánica deliberada de un embarazo, hecho por una buena razón, (ya
sea para la salud del niño o de la madre)." (4)

El Dr. Julio Armando Lavergne nos presenta la siguiente: (5)

(4) Véase: David R. Reuben, M.D., op. cit., p. 269, 270

(5) Dr. Julio A. Lavergne, "El Aborto Ilegal como Problema de Salud en -
Panamá", SCAP No 26, p. 1

Aborto involuntario: es decir espontáneo

Aborto voluntario o provocado que puede ser:

Terapéutico: cuando se hace invocando indicaciones médicas con el fin de preservar la salud o la vida de la madre.

Legal: cuando se aducen razones eugenésicas, económicas o sociales y es permitido por la ley.

Ilegal: cuando no se aceptan las razones anteriores y lo prohíbe la ley.

Conociendo que existen diversas variedades de aborto, y que cada uno presenta características especiales que lo diferencian de los demás se delimitará nuestro campo de atención al hacer un análisis de estas características representativas de la variedad especial que nos interesa, para pasar de un concepto general en donde cabría cualquier tipo de aborto, a un concepto específico que represente nuestra única área de interés, "el aborto inducido como medio de controlar la natalidad".

La provocación del aborto como forma de regular la natalidad, sirve a intereses y deseos de la familia y/o de la madre, siendo ellos los que deciden la conveniencia de su realización, es decir; presenta como primera característica la de ser voluntario.

Aunque en ocasiones cuenta con prescripción médica por razones que no son básicamente de salud (por ejem. la muerte anterior de un niño), generalmente se realiza sin este tipo de recomendación, no interviniendo el médico en la decisión. Esta diferenciación es muy importante y debe de quedar perfectamente aclarada para evitar cualquier tipo de confusión con el aborto terapéutico. Este último se lleva a cabo para proteger la salud o la vida de la madre o del niño que va a nacer, no así el que se induce con la única finalidad de una planeación familiar cuyas motivaciones son básicamente sociales, económicas y culturales; no de salud.

Para que el aborto sea efectivamente un regulador de la natalidad, la expulsión del producto debe ser antes de que éste sea viable, es decir-

que no sobreviva. Si el feto sobrevive a los manejos realizados para su expulsión, y es hasta después del nacimiento que se le destruye, recibe el nombre de infanticidio u homicidio, no de aborto.

Para especificar todavía más el tema se puede hacer notar la gran influencia que tiene la legislación de cualquier país sobre la percepción que se tenga del aborto inducido dentro de sus fronteras; por ello en México donde todavía se considera a este acto como algo punible por la ley, otra de las características actuales que aquí presenta esta -- práctica es la de ser ilegal.

Con todo esto se puede definir el campo de interés de esta tesis, -- "el aborto provocado con el fin de regular la natalidad" como la expulsión del producto de la concepción antes de que este sea viable, por -- medio de cualquier manipulación, la cual es realizada precisamente con esta finalidad y cuyo desempeño no ha sido recomendada médicamente por razones de salud.

Resumiendo tenemos que las características de este tipo de aborto -- son: que haya expulsión del producto y que éste no sobreviva, que sea -- realizado voluntariamente y con pleno conocimiento de lo que va a acontecer (la muerte del feto) independientemente de la maniobra utilizada -- y de la persona que lo lleva a cabo, que no haya sido encomendado por -- un médico por razones de salud (ya que entonces pasaría a ser aborto -- terapéutico), y finalmente; que en nuestra sociedad se le considera -- como un acto ilegal.

CAPITULO III

ACTITUD ANTE EL ABORTO PROVOCADO A TRAVES DE
LA HISTORIA

La actitud hacia el aborto provocado ha sufrido una serie de transformaciones a través del tiempo, dependiendo el grado de aceptación o rechazo que se le tenga, del momento histórico y de la sociedad particular de que se trate. Así tenemos que ha cambiado, desde una reprobación total en la cual se imponían diferentes penas a la mujer que abortaba, hasta la legalización de este acto en algunos países.

Siguiendo la evolución de dichas actitudes, encontramos que aunque Frazer, Malinowsky y Levy-Strauss no mencionan el aborto en sus investigaciones antropológicas, sabemos que en los pueblos primitivos ocurría por razones ecológicas, aceptándose totalmente este acto y dejándose la decisión de llevar o no a cabo la finalización de un embarazo, al derecho absoluto que ejercían los padres sobre sus hijos. La causa motivante del aborto era básicamente el hambre, ya que las condiciones tan precarias en que vivían no les dejaba otra alternativa, pues siempre debían de guardar un equilibrio entre la natalidad y la cantidad de alimentos con que contaban.

En la antigüedad encontramos que en la India se favoreció y aceptó el aborto, por el Código de Manú sabemos que cuando una mujer de casta elevada cometía una falta con un hombre de casta muy baja, debía darse muerte al hijo, lo cual se llevaba a cabo provocando el aborto u obligando a la madre a suicidarse; este aborto obligatorio tiene su causa en el propósito de mantener la pureza de la sangre de las castas elevadas.

Existen pocos datos escritos sobre el aborto en Egipto, pero podemos deducir que aunque en algunas ocasiones se presentaba, prevalecía una actitud negativa hacia él, ya que tenían un respeto absoluto por la vida del que iba a nacer, al grado de que una mujer sentenciada a la

pena de muerte si se encontraba preñada, no era ejecutada hasta después del parto.

[Al igual que los egipcios, los persas y los medos castigaban y reprobaban el aborto. La madre no podía en ningún caso desprenderse del producto y el amante debía ampararla hasta el nacimiento del niño. En caso de que alguna mujer preñada abortara se castigaba duramente a ella al padre y a la persona que provocaba el aborto.]

Entre los griegos se aceptaba el aborto en determinadas circunstancias.

Sócrates estaba de acuerdo con este acto, pensando que se dejara a la voluntad de la madre la decisión de abortar.

Platón estaba en completa concordancia con Sócrates, en la "República" aconseja el aborto y aun el infanticidio en caso de uniones incestuosas.

Aristóteles aceptaba el aborto sólo si la mujer tenía un cierto número de hijos y el nuevo ser venía a constituir una carga que agravara la situación familiar. En su "Política" hace referencia al número de ciudadanos para el Estado, señalando que no debía vivir ningún niño deforme por ley y que se debía atender al límite de ciudadanos que se quieren en el Estado... "cuando las parejas tengan en exceso, sea provocado el aborto antes de que el sentido y la vida hayan empezado, lo que pueda o no hacerse legalmente en estos casos, depende del problema de la vida y la sensación" (1).

Aristóteles pensaba que la vida comenzaba con el primer movimiento del feto, el cual se llevaba a cabo en el lado derecho de la matriz y alrededor del cuarentavo día en el caso de los niños, y alrededor del noventavo día en el caso de las niñas. Esta teoría tuvo gran influencia sobre los postulados de la Iglesia al respecto del aborto.

Hipócrates pensaba lo contrario, juzgando como criminal el dar algún medicamento a una mujer preñada para hacerla abortar, no creyendo -

(1) Aristóteles, "Política" VII 1335b 24-26

que se faltaba a la moral si se producía el aborto al principio del — estado de preñez y no usando sustancias abortivas.

En Roma el feto era considerado "portio viscerum matris" y en consecuencia era derecho de la mujer el abortar o no. Aunque hubo autores — que consideraban el aborto como un delito de la mujer contra la potes — tad del padre, no se le prohibió hasta el régimen de Severo.

"Cicerón y Galeno condenaban indiscriminadamente el aborto." (2) — Cicerón en la oración Pro-Cluencio dice de una mujer que abortó que ani — quiló la esperanza del padre, el recuerdo del nombre, el apoyo de los — familiares, el heredero de la familia y el ciudadano que estaba destina — do al Estado.

En Roma lo que se perseguía eran los "pocula abortionis" y se cas — tigaba con deportación, o ir a las minas, o confiscación. El aborto co — metido por la mujer en contra de la voluntad de su marido era castigado con el destierro temporal.

Durante la Edad Media en Francia se tuvo una actitud sumamente ne — gativa, castigándose severamente el hecho de abortar con la pena de — muerte. Posteriormente hubo un movimiento humanista representado por el Juez de Peronne, Monsieur Spiral, que fundamentó no sólo la disminución de la pena sino la impunidad del aborto en interés de la familia. Forest robusteció este fundamento y exigió el derecho de que la mujer pueda — disponer de su propio cuerpo, argumentaciones que dieron lugar a que — médicos, sociólogos, juristas, se ocuparan ampliamente del asunto. (3)

La Constitutio Bamberguensis (1507), Constitutio Criminalis de — Carlos V (1532), y los estatutos de Milán y Génova (1556) castigaban el aborto con la muerte si el feto era animado. En los estatutos de Milán — y Génova si el feto era inanimado se castigaba el aborto yendo a las — galeras.

- (2) Dr. Peter Tarnesby, "Abortion Explained", Ed. Sphere Books Limited, Gran Bretaña, 1969. p. 83
- (3) Véase: Salvador Martínez Murillo, "Medicina Legal", Ed. Librería de Medicina, México, D.F., 1970. p. 232

Probablemente de los escritos legales más importantes y que nos enseñan con más claridad la situación que prevalecía hacia el aborto son la Ley de las 7 Partidas y la Ley del Fuero Juzgo.

En la Ley de las 7 Partidas, Partida VII, Título VIII, Ley 8a. aparece la siguiente declaración:

"Muger preñada que benieve gervas a sabiendas, o otra cosa qual quier con que schasse de sí la criatura o se finiesse con puños en el vientre, o con otra cosa, con intención de perder la criatura o se perdiesse porende dezimos que si era ya biva en el vientre entonce quando ella eso fiziere que deve morir por ello. Fueras ende, si gelo fiziesse fazer por fuerza, assi como fazen los judios a sus moras; ca entonce, el que lo hizo fazer deve aver la pena. E si por aventura non fuesse aun biva, entonce non le deven dar muerte por ello, mas deve ser desterrada en alguna isla por cinco años. Essa misma pena, dezimos, que deve aver el ome que fiere a su muger a sabiendas seyendo ella preñada de manera que se perdiesse lo que tenía en el vientre, por la ferida. Mas si otro ome estraño lo fiziesse deve aver pena de omicida, si era biva la criatura, quando murio por culpa del, e si non era aun biva, deve ser desterrado en alguna isla por cinco años".

Así también en la Ley del Fuero Juzgo, Libro VI, Título III, aparece:

- Ley Ia. Si algun ome diere yerbas a la muger, porque la faga abortar, o quel mate el fijo, el que lo faze deve prender muerte.
- Ley IVa. El ome libre que faze abortar la sierva aiena, peche XX sueldos al sennor de la sierva.
- Ley Va. Si el siervo faze la muger libre abortar, reciba CC azotes e sea dado por siervo a aquella muger.
- Ley VIa. Si el siervo que faze abortar a la sierva aiena el sennor del siervo peche X sueldos al sennor de la sierva y el siervo recibe demás CC azotes.
- Ley VIIa. Toda muger libre o sierva que matara a su fijo, una --

vez nacido o antes que sea nado, prender yerbas por — abortar, o en alguna otra manera lo ahogare, el juez de la tierra luego que lo supiere condenela por muerte.

En la época contemporánea el aborto continúa usándose con gran frecuencia, existiendo heterogeneidad entre las actitudes que las Naciones del mundo tienen hacia él.

Suiza está de acuerdo con el aborto y lo favorece cuando éste es — ejecutado bajo razones médicas, humanitarias y eugenésicas.

Noruega tiene el mismo criterio y la misma actitud que Suiza.

Dinamarca permite el aborto si: 1- la interrupción del embarazo es necesaria por razones de peligro de salud y de la vida de la mujer, 2- cuando el embarazo es producto de estupro, violación o incesto, 3- cuando existe peligro de que el niño sufra enfermedades hereditarias. También toma en cuenta razones psiquiátricas y sociales.

Finlandia acepta el aborto cuando existan razones médicas, humanitarias y eugenésicas.

En América Latina existen algunos países que lo han legalizado — bajo determinadas circunstancias como Argentina, pero existen otros — como Puerto Rico que lo consideran como un acto ilegal, mostrando una — actitud fuertemente negativa cuando se presenta.

Japón hace ya varios años que mostró una actitud favorable al — aborto llegando a legalizarlo.

En Inglaterra se ha legalizado el aborto en determinadas situaciones.

Para tener una visión más completa del tema que tratamos, se expondrá a continuación los cambios sufridos en los últimos años.

1955-57: Rusia, Bulgaria, Polonia, Hungría, Rumanía, Yugoslavia y Checoslovaquia demuestran su aceptación hacia el aborto-legalizándolo.

1961-62: Los desastres de la thalidomida que produjo bebés deformes, cambia la opinión pública y se incrementa nuevamente el aborto.

1967: Colorado es el primer Estado de los Estados Unidos de Norteamérica que legaliza el aborto hospitalario en ciertas circunstancias al igual que Suiza. Le sigue posteriormente Carolina del Norte y California. (4) Actualmente cada Estado tiene su propio reglamento sobre el asunto, habiendo algunos que son rígidos y otros flexibles como en Nueva York en donde se permite el aborto en cualquier situación.

1970: La Asociación de Medicina Psicoanalítica edita un artículo en el que expone su posición sobre el aborto. Enfatiza el hecho de que el nivel de salud mental del adulto, depende en un grado crucial de la calidad emocional del cuidado materno. El ser forzado a tener un bebé no deseado es una situación productora de condiciones insanas en la niñez, lo cual incrementa el peligro de un desarrollo posterior de adultos depresivos, neuróticos, criminales o psicóticos. Por estas razones se declaran en favor del aborto diciendo que debería ser eliminado de cualquier pena en la ley criminal, cuando es ejecutado por un médico. (5)

Hasta aquí se ha enfocado el tema desde el punto de vista legal, tomando en cuenta la evolución sufrida desde los pueblos primitivos hasta nuestros días, en donde puede verse fácilmente como han cambiado las actitudes a través del tiempo en las diversas Naciones del mundo.

Debido a la gran influencia que los preceptos de la Iglesia tienen sobre las normas de conducta de las personas católicas (la mayor parte en México), es muy importante tratar por separado las distintas posiciones que ha tomado la Iglesia ante el aborto inducido, pasando posteriormente y para finalizar el capítulo a la evolución que han sufrido en México las actitudes ante el aborto provocado.

(4) Véase: Dr. Peter Tarnesby, "Abortion Explained", Ed. Sphere Books - Library, Gran Bretaña, 1969. p. 86

(5) Véase: Position Statement on Abortion for the Association for Psychoanalytic Medicine, Revised January 24, 1970.

La actitud cristiana hacia el aborto se empezó a desarrollar en -
 contraste con el poco valor que le daban a la vida del feto y del infan-
 te en el mundo pagano.

Los cristianos mostraban un respeto absoluto por la vida del que -
 iba a nacer. Este respeto y protección por la vida, tiene su fundamento
 y base en la extensión que hicieron del texto de la Ley de Moisés en la
 parte del Exodo XXIII.7: "insontem et justum non occides" (no mates al-
 justo e inocente) a la protección del niño en el útero. Esta postura ---
 creó discusión acerca del momento en el cual se debiera de empezar a ---
 dar protección al feto durante su desarrollo. Antes del tiempo de San -
 Agustín los teólogos cristianos y los responsables de la disciplina pas-
 toral aceptaban la teoría de la "animación". Los escritores escolásti-
 cos atribuyen esta teoría a Aristóteles. De acuerdo a esta tradición, -
 el alma del cigoto en principio es solamente vegetativa, después de va-
 rios días es transformada en alma animal y más tarde en alma racional.-
 Esto ocurre alrededor del treintavo o cuarentavo día en el caso de los-
 varones, y alrededor del sesentavo u ochentavo día para el caso de las-
 hembras. Con esto se sostenía que era pecado inducirse el aborto y ---
 quien lo hiciera después del ochentavo día recibía penas canónicas. ---
 Pero con esta posición se tuvieron problemas al poner castigos en el --
 caso de que el feto fuera mujer. Debido a esto se identificó posterior-
 mente la animación con la experiencia totalmente subjetiva de la madre-
 del primer movimiento del feto. (6)

San Cipriano y Tertuliano postulaban que la muerte del feto es --
 homicidio, por lo cual condenan explícitamente el aborto. Constantino -
 y Justiniano no lo castigaban pero sí consideraban que era causa de --
 separación matrimonial.

Tomás de Aquino seguía la tradición de la animación del feto des-
 crita anteriormente. En general en la tradición canónica occidental, --

(6) Véase: "Abortion. An Ethical Discussion", Ed. por The Church Assem-
 bly Board for Social Responsibility, por la Church Information --
 Office, Church House, Westminster, SW1, 1965. p. 17

excepto entre los años 1588 (bajo Sixto V) y 1591 (bajo Gregorio XIV) - persistió la distinción entre feto animado y feto inanimado hasta finales del siglo XIX; aunque en cierto aspecto esta tesis sigue actuando-- aun en nuestros días.

Cuando se llevaban a cabo los abortos en los siglos X y XII, se -- castigaba con excomunión, aunque diferían en que durante éste último se castigaba sólo si se llevaba a cabo después del ochentavo día.

Posteriormente en el siglo XIX el Papa Pío IX decreta que la anima ción del feto comienza con la concepción con lo cual regresa a la posición de la Iglesia de antes del siglo XII.

Ya en el siglo XX en 1930, el Papa Pío XI en su Casti Connubii sigue reprobando con fuerza el aborto provocado y aún el terapéutico, ya- que aunque "nos mueve a compasión el estado de la madre a quien amenaza por razón del oficio natural, el peligro de perder la salud y aún la - vida; pero ¿que causa podría excusar jamás de alguna manera la muerte - directamente procurada del inocente? (7). De tal manera que por ningún- motivo es aceptable el terminar con un embarazo por medio del aborto y- mucho menos el que la autoridad lo legalice pues "no es lícito que los- que gobiernan los pueblos y promulgan las leyes echen en olvido que es- obligación de la autoridad pública defender la vida de los inocentes -- con leyes y penas adecuadas y esto más cuando menos pueden defenderse - aquellos cuya vida se ve atacada y está en peligro, entre los cuales, - sin duda alguna, tienen el primer lugar los niños todavía encerrados en el seno materno. Y si los gobernantes no sólo no defienden a esos niños sino que con sus leyes y ordenanzas dejan obrar y, por lo mismo, lo en- tregan en manos de médicos o de otras personas para que los maten, re- cuerden que Dios es juez y vengador de la sangre inocente que clama de- la tierra al cielo". (8)

(7) Papa Pío XI, "Casti Connubii", Ediciones Paulinas, S.A., México, - 1967. p. 32

(8) Gen. IV 10, citado por el Pontífice Pío XI, op. cit., p. 34

Posteriormente en 1968 el Papa Paulo VI decreta la Encíclica "Humanae Vitae" condenando en forma absoluta el aborto. También prohíbe todos los métodos de control artificial de la natalidad incluyendo las píldoras anticonceptivas.

Con todos estos postulados decretados de forma tan absoluta, la Iglesia sufrió una división de ideas, ya que no existe completa concordancia entre sus miembros sobre sus fundamentos por ejemplo; que no se deba llevar a cabo un aborto cuando pelagra la salud de la madre. Existen en los hospitales de los Estados Unidos gran cantidad de médicos cristianos que continuamente están realizando abortos en determinadas circunstancias, sin que por esto sus conciencias se sientan culpables.

En México la actitud que se ha tenido hacia el aborto inducido se ha ido modificando, pero sin embargo; no ha llegado a convertirse en positiva como ha sucedido con otros países.

En la época precolombina las tribus indias tenían una alta estima por el poder fecundante de la naturaleza, deificándolo en los órganos de la procreación humana. No obstante a esto, entre los nahuas había mujeres que daban yerbas para abortar, lo cual era castigado con pena de muerte. En esta misma tribu existían otros hechiceros que se llamaban Teltatlaxilique que daban hechizos (bebedizos) a las mujeres que se prestaban a hurtas, para que hecharan la criatura, ya que tenían la creencia de que si nacían parecerían alacranes.

Entre los tlaxcaltecas el aborto criminal se lo provocaban tomando un cocimiento de los frutos del colorín aunque aseguran que esa pócima es venenosa. Con el mismo objeto y las mismas supersticiones se usaba el temascal. (9)

En la época colonial los tarascos tenían una actitud negativa al aborto y casi nunca lo llevaban a cabo, no así el infanticidio el cual utilizaban con frecuencia, principalmente en aquellos pueblos en donde había mayor contacto con los mestizos y los criollos. (10)

(9) Dr. Nicolás León, "La Obstetricia en México", México, 1910. p. 64

Entre las mujeres opatas de Sonora, el aborto se practicaba por dos causas: 1) rápido crecimiento de la familia y pocos recursos para atenderla, y; 2) cuando una mujer célibe se embarazaba. Las viejas o parteras suministraban ciertas raíces para ello y algunas yerbas entre las que se encuentra la "artemisia oceánica". Se ayudaba esto con masa je en el vientre, sacudimientos fuertes y otros tratamientos. (11)

Actualmente entre los tzotziles tribu del grupo mayanese de Chiapas "las mujeres que no tienen marido se provocan el aborto; actúa de igual modo, la joven que, sin saberlo sus padres, ha tenido relaciones premaritales con un cuñado o un miembro del mismo linaje. Las casadas jamás recurren a tal terapéutica. Uno de los procedimientos a que las mujeres recurren es apretarse el abdomen contra la piedra de moler o metate; otro consiste en beber ciertas pócimas cuya preparación han aprendido de las ladinas. Cuando los padres de una muchacha piensan que su embarazo es el resultado de la brujería maligna, mandan a llamar al curandero o a la curandera, y esta persona prepara el consabido remedio contra el hechizo. Esta medida y los rezos producen usualmente el aborto." (12)

La aceptación que las tribus de México han tenido y tienen sobre el aborto inducido son diversas, variando en cada grupo étnico tanto la actitud, las razones por las cuales se lleva a cabo cuando se presenta y los medios por los cuales se lo provocan.

Actualmente México es de los países en que el aborto inducido es considerado como un acto ilegal, ya que está sancionado por el Código Penal en el Distrito y Territorios Federales. A pesar de ello su fre---

(10) Véase: Dr. Nicolás León, op. cit., p. 72, 73

(11) *Ibidem*, p. 90

(12) Guiteras Holmes, "Los Peligros del Alma. Visión del Mundo de un Tzotzil", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1965. p. 98

cuencia de presentación es elevada, y no menos alta la cantidad de negocios que se realizan con operaciones ilícitas en donde la característica más prominente es falta de higiene y atención adecuada.

CAPITULO IV

CAUSAS MOTIVANTES DEL ABORTO INDUCIDO

Se ha escrito mucho sobre las posibles razones que impulsan a una mujer a terminar su embarazo en un aborto. Dentro de estos motivos, algunos de ellos son considerados como legales, y son usados como argumentos para favorecerlo.

En el caso del aborto terapéutico estos motivos se han encaminado básicamente hacia dos direcciones; en una se favorece y se protege a la madre, y en la otra se busca proteger únicamente el futuro bienestar del niño. Así encontramos que se realiza un aborto con aceptación y hasta con protección legal si:

- 1.- La continuación del embarazo pone en peligro la vida de la madre.
- 2.- La continuación del embarazo pone en peligro la salud física o mental de la madre.
- 3.- La continuación del embarazo puede resultar peligrosa para la vida o para la salud mental o física de cualquier niño de la familia.
- 4.- Existe el peligro de que el niño al nacer sufra de anomalías mentales o físicas.

Debido a lo complejo y hasta cierto punto difícil que resulta predecir una enfermedad mental, que podría ser evitada por medio del aborto inducido, se han estipulado criterios para que los psiquiatras puedan dictaminar la realización de este acto.

Los criterios tradicionales utilizados por los psiquiatras en Estados Unidos de Norteamérica al encontrarse en la situación de una posibilidad de aborto son: Llevarlo a cabo

- 1.- Cuando embarazos previos han precipitado repetidamente reacciones psicóticas post-partum.

- 2.- Cuando la madre ha sido previamente lobotomizada.
 - 3.- Cuando la madre se encuentra en un claro proceso esquizofrénico, o está en un episodio agudo de esquizofrenia.
 - 4.- Cuando la madre ha tenido un severo y recurrente desorden afectivo.
 - 5.- Cuando existen profundas tendencias suicidas u homicidas. (1)
- Existe otro grupo de criterios que son más ambiguos pero más frecuentemente utilizados por los psiquiatras para detectar mujeres que requieren del aborto:

- 1.- La presencia de una ideación moderada de suicidio.
- 2.- Síntomas de una neurosis leve o de problemas caracterológicos.
- 3.- Situaciones en donde la madre ha evidenciado inmadurez emocional o intelectual.
- 4.- Situaciones en donde existen factores socioeconómicos que crean serios problemas psicológicos para la mujer. (2)

Aunque en realidad el tema que nos atañe es el del aborto inducido en forma clandestina, mencioné superficial y brevemente los motivos relevantes del aborto terapéutico, para que se tenga una visión integrada y más completa de este tema; además de que considero que en muchas ocasiones las causas que producen un aborto clandestino, son semejantes a las que motivan los abortos terapéuticos.

Se ha especulado mucho sobre los diferentes móviles del aborto clandestino, teniendo cada autor una determinada posición al respecto, habiendo así quienes opinan (como es el caso de Henry G. Leach y de

- (1) "Indications for Termination of Pregnancy", British Medical Journal Vol. I, 1968. p. 171. Citado por The Committee on Psychiatry and Law, "The Right to Abortion: A Psychiatric View", Vol. VII, No. 75, Ed. Group for the Advancement of Psychiatry, New York, 1969. p. 214
- (2) Tredgold R. F., "Psychiatric Indications for Termination of Pregnancy", Lancet, Vol. 2, 1964. p. 1251-1254. Citado por The Committee on Psychiatry and Law, op. cit., p. 215

Augusto Tureme), que la causa preponderante es básicamente el factor económico, debido a que existe una mayor frecuencia de aparición del aborto en las clases desheredadas; y otros (como el Dr. Alvaro Montejo) que opinan que no se debe a este factor ya que lo encontramos en cualquier clase social.

El episcopado francés en su comisión para la familia, hace una diferenciación en el aborto clandestino entre motivaciones, (o sea las razones invocadas para su realización) y las causas de orden general, (es decir las actitudes profundas ante la vida, la muerte, la responsabilidad moral, etc. que definen su mentalidad). (3)

Dentro de las motivaciones enumeran las siguientes:

Motivo económico: Los recursos insuficientes o juzgados como tales también la escasez de vivienda.

Motivo psicológico o familiar: El número de hijos traídos ya al mundo. El abandono del marido o un desacuerdo conyugal. En la madre soltera puede ser el miedo a cargarse con un hijo o a afrontar el que dirán y en las chicas más jóvenes el miedo a sus padres.

Motivo médico: Fatiga notable o salud deficiente (además de los casos relevantes del aborto terapéutico), o también la poca salud o la muerte de un niño anterior.

Dentro de las causas de orden general mencionan el hecho de que la muerte se va convirtiendo en un fenómeno cada vez más abstracto, por lo cual se tolera actualmente más que en el pasado; y más fácilmente aun, cuando se refiere al embrión y al feto. Otra causa sería el deseo de liberación de todo esfuerzo moral y la aparición de una mentalidad anti-conceptiva que al fallar en el método se compensa con el aborto.

Dentro del aspecto criminológico, se tienen como los factores que-

(3) Revista Señal, No. 853, México, D.F., 1971. páginas centrales.

intervienen en este delito los siguientes:

I.- Factores Predisponentes:

- a.- Ignorancia
- b.- Pobreza: exceso de hijos y bajos ingresos económicos
- c.- Relaciones sexuales: entre solteras o fuera del matrimonio
- d.- Enfermedad: padecimientos nerviosos hereditarios
- e.- Laborales: mujeres que trabajan, más clásicamente la prostituta que evita el embarazo porque no le permite trabajar
- f.- Comodidad o egoísmo: en la mujer que piensa en el embarazo como una esclavitud, que le corta la libertad para desarrollar una vida socialmente activa.

Hasta aquí he expuesto una serie de motivos que diversos autores consideran importantes para que se lleve a cabo un aborto, variando la preponderancia de alguna causa sobre las demás según el caso particular de que se trate.

Pasaré ahora del terreno especulativo al de la investigación científica, y expondré con detalle el análisis que CELADE hizo del estudio realizado por Mariano Requena B. en la ciudad de Santiago de Chile, sobre las posibles condiciones que hacen que un embarazo termine en un aborto inducido. (4)

Para facilitar este análisis se han clasificado a las mujeres fecundas dentro de tres grupos:

- a.- Aquellas que no practican el control de la natalidad
- b.- Mujeres que utilizan el aborto inducido como método para limitar la natalidad
- c.- Mujeres que utilizan anticonceptivos. (En este grupo el recurrir al aborto inducido tiene un significado diferente, ya que se utiliza sólo para reparar la falla de los anticonceptivos).

Se observa que existe una relación entre cada uno de estos tres -

(4) Mariano Requena B., "Condiciones Determinantes del Aborto Inducido" CELADE, Serie A, No. 61, Marzo, 1968.

grupos y el nivel socioeconómico y cultural de la comunidad.

En el primer grupo "mujeres que no practican ningún método para controlar la fecundidad", el número de hijos es mayor que en cualquiera de los otros dos grupos. Ocupan la parte más baja de la escala del nivel socioeconómico. La escolaridad no pasa del tercer año de primaria, la actividad laboral del cónyuge está a nivel de obrero no calificado, su experiencia de vida en la gran ciudad es siempre menor de diez años y provienen principalmente de pueblos pequeños o de regiones rurales. Desean tener todos los hijos que vengan y los cónyuges se oponen categóricamente al uso de anticonceptivos.

El segundo grupo, que utiliza únicamente el aborto inducido como método de controlar la natalidad, tiene un nivel socioeconómico, cultural intermedio. Han cursado la primaria, es decir no pertenecen al grupo que sólo sabe leer y escribir, sino que tienen capacidad para comunicarse bien por la palabra escrita. Sus ingresos económicos lo sitúan en la parte superior del nivel inferior, al contrario que el grupo anterior que está en la parte baja del nivel inferior. Tienen un tiempo de contacto con la gran ciudad de más de diez años y frecuentemente es toda la vida. El uso de anticonceptivos es ligeramente superior que en los niveles más bajos, pero sumamente inferior a los grupos superiores. Revelan tener más hijos de los que hubieran deseado.

Por otro lado, se observó que una mujer que se ha inducido un aborto en su vida, tiene un riesgo de inducirse un segundo en el orden del 45.5% y un tercero en el 49.5%. Cuando se ha inducido cinco abortos, prácticamente va a inducirse el siguiente en el 90% de los casos.

El tercer y último grupo es el que utiliza los anticonceptivos. Ocupan el nivel laboral más alto, la escolaridad por lo general supera el tercer año de la instrucción secundaria y tienen larga experiencia de vida en la gran ciudad. La opinión sobre los hijos que tienen, coincide con la de los que deseaban tener, y el esposo está de acuerdo en que utilicen anticonceptivos. En cuanto al aborto inducido, en este grupo se encuentra una incidencia menor que el grupo mencionado anterior

mente y por lo general también más baja que el primer grupo; cuando — llega a presentarse tiene un significado diferente, ya que se hace como forma de corregir la falla de los anticonceptivos, pero no es el método de control de la natalidad que usan con más frecuencia.

Con esta descripción se puede plantear el hecho de que existe una relación entre la proporción en que se distribuyen estos grupos, y el nivel de desarrollo que la sociedad tenga. También se plantea que la — presencia en mayor o menor proporción de cada grupo en una sociedad, de terminará en parte el nivel de fecundidad que esa sociedad presente. En lugares en donde la población está constituida por personas de muy bajo nivel, habrá un predominio de mujeres que no usan anticonceptivos, ni — cualquier otro método para controlar la natalidad, con el consiguiente — alto nivel de fecundidad. A medida que el nivel de instrucción y el nivel económico se elevan, se producirá un aumento del grupo intermedio — que hará uso del aborto inducido para regular su natalidad, haciendo — disminuir con esto el índice de fecundidad, y al llegar a un mejor desarrollo socioeconómico se hará uso de los anticonceptivos, y el índice — de fecundidad será más bajo todavía.

Con todo esto, se pueden establecer las condiciones que hacen aumentar las probabilidades de aparición del grupo que utiliza el aborto — inducido, y a la vez; de que este grupo ya presente crezca:

- a.- Aumento del nivel cultural sobre el "analfabetismo cultural"
- b.- Aumento del nivel económico
- c.- Carencia de una acción pública intensa y programada de planificación de la familia
- d.- Ilegalidad del aborto

Analizando ahora las características del aborto como método de control de la natalidad se comprende el porqué es el método preferido por los grupos sociales que empiezan a abandonar la clase baja:

- a.- Es técnicamente simple
- b.- No requiere de la cooperación entre hombre y mujer. La mujer — lo puede realizar aun sin el consentimiento o conocimiento del

marido

- c.- Es completamente efectivo
- d.- No se actúa para prevenir una "posibilidad de embarazo", sino que se hace en forma segura porque ya el embarazo existe
- e.- Es la única posibilidad de evitar un embarazo que, aun cuando pudo haber sido deseado en el momento de la concepción, por varios motivos puede posteriormente no desearse

Tomando en consideración la información que este análisis nos plantea, podemos elaborar la hipótesis de que las causas del aborto inducido como método de control de la natalidad son básicamente socioeconómicas y culturales. Al abandonar la clase baja en donde no se tiene ni -- siquiera la idea de una planificación familiar, y establecerse en el -- grupo intermedio en donde el deseo de progreso, comodidad, bienestar y básicamente seguridad y estabilidad, hacen que los esposos piensen en -- una planificación familiar. Este nuevo deseo de controlar la fecundidad y el gran desconocimiento que se tiene en este grupo social de los métodos existentes para ello (de lo cual ya se trató en el capítulo prime -- ro), es lo que hace que un embarazo no deseado termine en un aborto inducido; uniendo además a estas circunstancias las ventajas que el aborto tiene en sí como método para controlar la natalidad.

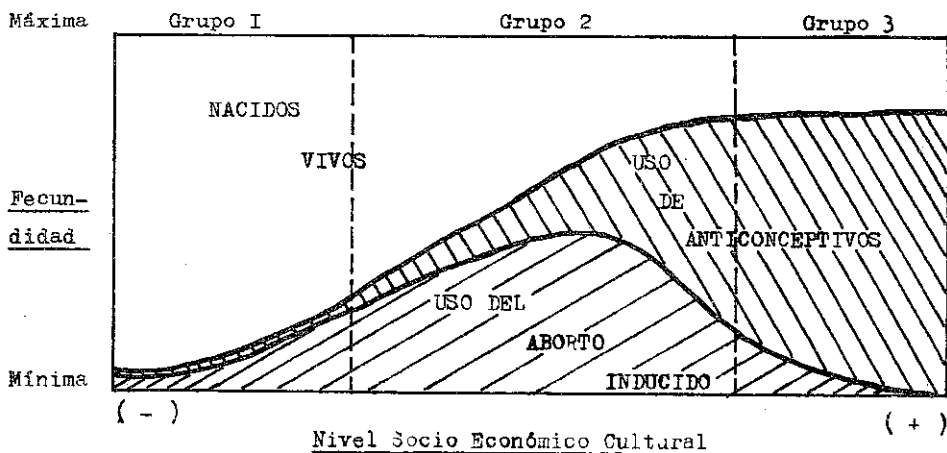
Como mencioné anteriormente este estudio fué realizado en Santiago de Chile, lo cual hace que sus conclusiones no sean totalmente válidas-- al aplicarlas a nuestro país por sus diferentes condiciones socioeconómicas y culturales, pero debido a la poca información científica que al respecto existe en México, estos datos nos podrán servir como indicio,-- tomándolos con las reservas necesarias.

En la siguiente gráfica se simplifica la relación que existe entre el nivel socioeconómico, cultural y la fecundidad. Para los diferentes niveles se presenta una variación de la prevalencia del uso del aborto inducido y de anticonceptivos, lo que a su vez determina los nacidos vivos. (5)

Grupo I.- Predominio de embarazos que terminan en nacido vivo, — aborto inducido escaso, pero se comienza a aumentar ; y uso de anticonceptivos sólo ocasional.

Grupo 2.- Disminuye la proporción de embarazos que llegan a nacidos vivos, aumentan al máximo los embarazos que son interrumpidos por aborto y se comienzan a usar los anticonceptivos.

Grupo 3.- La cantidad de embarazos que llegan a su término alcanza los límites más bajos, aumenta el uso de anticonceptivos a niveles de predominio y se produce un descenso importante en el empleo del aborto inducido.



(5) "Condiciones Determinantes del Aborto Inducido", op. cit., p. 13

C A P I T U L O V

EL ABORTO INDUCIDO EN AMERICA LATINA

A pesar de que el aborto es un problema presente en la actualidad en los países de la América Latina, muy pocas investigaciones se han -- realizado con el fin de conocer a fondo esta práctica.

Se puede deducir la gran importancia y gravedad del aborto inducido, como problema social en los países latino americanos, refiriéndose al análisis de las causas por las cuales se presenta.

Se estableció que básicamente el aborto inducido aparece como un -- acto cuyas motivaciones son sociales, económicas y culturales; por lo -- tanto, el nivel de desarrollo por el que atraviesan actualmente estos -- países favorece su aparición. Sin olvidar que las condiciones presentes en que se encuentran los países de la América Latina son hasta cierto -- punto un factor determinante del aborto inducido, la verdadera gravedad del problema no radica únicamente en esta característica. Tomando en -- cuenta que en la mayoría de ellos este acto se percibe como algo ilegal gran cantidad de mujeres que terminan un embarazo no deseado en un abor -- to inducido, lo llevan a cabo en condiciones adversas y con métodos pre -- carios, por lo cual el aborto inducido viene a ser en América Latina un problema de prioridad médica.

Hasta ahora se ha tenido como medio para conocer la magnitud del -- problema, el número de muertes que produce. Este criterio aunque es el -- más drástico carece de una confiabilidad absoluta, ya que no todas las -- muertes que se deben a esta práctica son reportadas como tales. Aunque -- se han dejado a un lado, son importantes también las consecuencias no -- mortales, como serían en el caso de las mujeres que abortan y que lle -- gan a algún hospital, el uso de los recursos de esta institución en la -- atención a estas mujeres. También "el impacto psíquico sobre la mujer, -- el abandono temporal de los hijos y de la familia, los gastos persona -- les que importa, etc. pueden ser significativos, dependiendo de las --

características sociales, económicas y culturales del medio en que se produce. Diferente ha de ser la gravedad de un aborto inducido practicado en Japón, donde la sociedad lo ha aceptado oficialmente por una ley que en Chile donde es perseguido como delito criminal. Tampoco puede ser igual la repercusión en una familia de escasos recursos, que en otra, donde la ausencia de la madre es reemplazada por otros. Las características sanitarias, económicas y culturales del medio donde se produce el aborto, son los que determinan su gravedad e importancia" (1). Por lo cual tomando en consideración estas características en los países latino americanos, el aborto inducido se nos presenta como un problema social que requiere de atención.

Al hacer una rápida revisión de las investigaciones hechas en estos países, vemos que con excepción de Chile y Perú en donde se llevaron a cabo estudios en muestras al azar de la población, no existe en el resto de los países latino americanos información no seleccionada sobre la incidencia del aborto inducido.

Las estimaciones existentes han sido hechas a base de evaluaciones de datos hospitalarios, por lo cual la información que de ahí se obtiene no es todo lo confiable que se quisiera. Los países que han seguido este método son básicamente Honduras, Guatemala, Venezuela y Panamá.

Existe información de datos no hospitalarios en algunos países como México, Uruguay y Argentina, pero de todas maneras no puede tenerse confianza absoluta en ellos debido a que no fueron muestreados en la población, sino que se obtuvieron de sectores muy específicos, como por ejemplo en Argentina, en donde la encuesta se realizó en mujeres que acudieron al Centro de Sexología.

Debido a que es lo único que existe sobre el asunto, tomando en cuenta las limitaciones y reservas mencionadas, se hará un breve resumen de la magnitud del aborto inducido en los países latino americanos ahondan

(1) Mariano Requena, "El Aborto Inducido como Problema de Salud Pública", CELADE, p. 1

do más, posteriormente en dos investigaciones, una que fué muestreada - al azar (en Chile) que nos da información más o menos confiable, y la - otra que fué llevada a cabo en un hospital (en Panamá). Se tratará tam- bién por separado el caso de México en el capítulo destinado para ello.

Analizando primero a los países con estudios hospitalarios se - observa que el porcentaje de abortos, en relación con los embarazos - dados de alta en los hospitales, es mayor, a medida que las tasas cru- ciales de natalidad y reproducción bajan. (Cuadro I)

Al analizar los datos de estudios no hospitalarios puede ser vis- to que también existe una tendencia a disminuir el porcentaje de abor- tos inducidos a medida que bajan las tasas de natalidad y bruta de - reproducción. (Cuadro II)

Con todo esto se puede plantear que en la mayoría, sino en todos - los países, el aborto existe y ocupa una parte importante de los ingre- sos en los hospitales y que las mujeres revelan y reconocen usarlo como método de control de natalidad. Además se deduce una relación inversa - entre las medidas de fecundidad empleadas y la incidencia del aborto in- ducido.

Analizando ahora más detenidamente y con más detalle la investiga- ción realizada en Santiago de Chile se pueden obtener los siguientes -- datos:

Se investigó una muestra al azar no estratificada de la población- femenina en edad fértil del C.M.D.I. (Centro Médico de Demostración In- tegral) (2)

La muestra quedó integrada por 581 mujeres de las cuales sólo una- rehusó ser entrevistada. Las edades de las entrevistadas se distribuye- ron de la siguiente manera:

(2) Mariano Requena, "Correlación Social y Económica del Aborto Induci- do en Santiago de Chile", CELADE, Serie A, No. 62, Mayo 1967.

Edad	Número	Porcentaje
15 - 19	39	6.7
20 - 24	148	25.5
25 - 29	165	28.5
30 - 34	140	24.1
35 - más	84	14.5
Desconocida	4	0.7

De ellas el 84.3% estaban casadas, 5.0% eran solteras y el resto (10.7%) tenían uniones concensuales. En cuanto a sus niveles culturales dependientes del nivel de instrucción se tuvieron, 2.1% analfabetas, 61.6% de sexto de primaria, 21.0% de primero a tercero de secundaria, 11.9% de más de secundaria y el 3.4% de instrucción desconocida.

De las 580 mujeres entrevistadas se obtuvo un total de 2 617 embarazos. De éstos, 903 terminaron en aborto, de los cuales 295 fueron abortos espontáneos y 608 inducidos.

Al investigar la posible influencia que tiene la edad en la incidencia del aborto inducido, se encontró que ésta va aumentando con la edad hasta llegar a los 25 - 29 años y después disminuye. A pesar de que el aborto inducido después de los 29 años decrece en frecuencia, el número de nacimientos no se ve aumentado. Esto puede ser debido a que los abortos espontáneos aumentan con la edad, por lo cual ya no se recurre al aborto inducido como método para controlar la natalidad, o bien; a que los abortos inducidos sean declarados como abortos espontáneos, en cuyo caso, la curva de abortos inducidos en realidad aumentaría sin decrecer.

Al analizar la edad del esposo se encontró que existe más riesgo de que la mujer se induzca un aborto cuando el hombre tiene de 30 a 34 años, mientras que en la mujer es de 25 a 29 años como mencioné anteriormente.

Se estudió también la probabilidad de inducirse un aborto como consecuencia de la diferencia de edades entre los cónyuges y se observó que existe menos riesgo en los casos extremos, es decir; cuando el hom-

bre es más joven y cuando tiene 10 o más años que la mujer; siendo relativamente mayor cuando el hombre es 1 o 4 años mayor que la mujer.

Se observó que el riesgo de inducirse un aborto disminuye a medida que la mujer se casa más tarde. Esto puede ser debido a que le quedan menos años para tener hijos, por lo cual no es tan necesario el controlar la natalidad.

Contrariamente a lo esperado se observó que existe un riesgo similar a inducirse un aborto entre las mujeres que están casadas, con uniones concensuales, separadas y en las madres solteras. Es decir, el estado civil no parece influir en la aparición de un aborto inducido.

Posiblemente debido a que la muestra fué tomada de niveles culturales bajos, no se observó un decremento de la aparición del aborto al aumentar el nivel educativo, el cual como ya dijimos no era elevado, pues hubo muy pocas mujeres con estudios universitarios.

Independientemente de la labor que desempeñe, la mujer que trabaja fuera del hogar corre un riesgo mayor de provocarse un aborto que el ama de casa, lo que indicaría que se recurre al aborto en proporción a la magnitud del problema que presenta el cuidado de los hijos. Sin embargo, en el primer grupo (profesionales, técnicas y oficinistas), se encontró un porcentaje similar de aborto inducido que el que se encontró entre las amas de casa; la razón de esto podría ser que la mujer que gana más dinero tiene mayor probabilidad de emplear contraceptivos.

Se observó una alta incidencia de aborto inducido entre las mujeres cuyos esposos o convivientes estaban sin empleo.

A pesar que se esperaba que la religión afectara la incidencia del aborto inducido de manera negativa, (es decir que aumentara su aparición), los datos obtenidos demostraron que la mujer católica tiene un riesgo igual que la mujer sin religión y mayor que el de las mujeres protestantes de llevarlo a cabo. Curiosamente, el riesgo de inducirse abortos aumenta en la mujer católica a medida que su fervor religioso es mayor, medido en base a la frecuencia con que asiste al servicio religioso. (Cuadro III)

Se demostró como se suponía que mientras más tiempo ha habitado - la mujer en una gran ciudad, mayor es la probabilidad de que recurra al aborto inducido para terminar con un embarazo no deseado.

Al estudiar el nivel económico de cada familia se observó que el - riesgo de inducirse un aborto es menor en el nivel económico más bajo, - y superior en el grupo de nivel más alto. Esto puede ser consecuencia - de varias razones, las cuales ya se expusieron en el capítulo referente a las causas motivantes del aborto inducido.

A medida que el número de embarazos previos crece, el número de - abortos inducidos aumenta y el de nacimientos disminuye. Por otro lado, se observó que el riesgo de inducirse un aborto aumenta desde ningún - hijo anterior hasta un máximo de 4 o 5 hijos nacidos vivos anteriores. - y luego disminuye.

Al relacionar la aparición del aborto inducido, con la frecuencia - de abortos espontáneos, se observó que a medida que el número de abortos espontáneos aumenta el de inducidos disminuye.

El resultado más evidente de este estudio fué el conocimiento de - la relación entre la probable ejecución de un aborto inducido, con el - número de abortos inducidos previos. A medida que la mujer tiene más - abortos inducidos previos, la probabilidad de que su próximo embarazo - termine en otro aborto inducido aumenta considerablemente. (Cuadro IV)

En la relación de la frecuencia del aborto inducido con el uso de - métodos anticonceptivos, se pudo observar una alta incidencia del abort - to en las mujeres que habían usado algo para controlar la natalidad. - Esto puede deberse a la ineficacia de los métodos utilizados.

Estos fueron los resultados más evidentes obtenidos de la investi - gación realizada en Santiago de Chile.

Por otro lado, en Panamá se han llevado a cabo también investiga - ciones sobre este tema, siendo la más importante de ellas la realizada - en el Hospital de Santo Tomás. (3)

Se entrevistaron 385 mujeres seleccionadas al azar de aquellas que se asistieron en el Hospital a causa de aborto incompleto, durante los-

meses de Junio a Diciembre de 1964.

Los resultados que se pudieron obtener de esta investigación son los siguientes:

El nivel de educación de las mujeres estudiadas es superior al promedio de Panamá. El 57% aprobaron algún grado de educación primaria y el 38% algún grado de secundaria.

El 60% de las mujeres no trabaja. Cada mujer ha tenido un promedio de cuatro embarazos hasta el grupo de edad 20 - 29 años, y se eleva a siete embarazos en las del grupo de 30 - 39 años.

De acuerdo a los resultados obtenidos se presupone que cada diez mujeres han dado lugar a la ocurrencia de quince abortos. La gran mayoría calificó el aborto tenido como espontáneo, sólo el 6% aceptó haberse inducido un aborto. Sin embargo, el 6% de casos no especificados y el 26% que presentaron signos de infección manifiesta por fiebres, hace sospechar que la provocación del aborto en este grupo de mujeres es superior a lo declarado.

El 72% de las mujeres declararon tener hijos de un solo padre. Se observó al analizar la religión que profesan, que la mayoría (95%) es católica.

El 78.8% de todas las mujeres manifestaron deseo de evitar los hijos, de las cuales en el 47% de los casos era en forma temporal y el 53% de manera permanente. A pesar del alto deseo de controlar la natalidad el 74.8% de las mujeres declararon no conocer ningún método para llevarlo a cabo. El 42.1% de las que declararon conocer algún método, no lo usan. Solamente 14.3% del grupo total usan anticonceptivos. 70% de las que no conocen ningún método declararon que si les interesaba recibir instrucción sobre cómo controlar los nacimientos.

En este aspecto se observó que a mayor educación corresponde un

- (3) Dr. Julio Armando Lavergne y Vilma Médica, "Estudio Preliminar Del Aborto y Planificación de la Familia, en el Hospital Santo Tomás de Panamá", Reproducción de la Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Guatemala, C.A., 1967

ligero mayor conocimiento de métodos anticonceptivos. En las mujeres con educación secundaria el 67% declaró no conocer métodos para evitar hijos, mientras que en el nivel primario esta proporción ascendió al 78%. El número de embarazos al contrario parece no influir en el conocimiento de anticonceptivos; pues, tanto en las mujeres con menos de 5 embarazos como en las que han tenido 5 y más, el 75% declaró que no conocían métodos anticonceptivos.

En cuanto al interés que muestran las mujeres para que se les instruya y se les oriente sobre el control de los nacimientos, se observó que independientemente del nivel de educación se muestra este interés ya que proporciones semejantes de mujeres con niveles de educación diferentes, manifestaron dicho interés. Al igual que en el conocimiento de métodos anticonceptivos; el número de embarazos no influye en el interés por adquirir conocimiento.

Las 385 mujeres estudiadas tuvieron 1 683 embarazos, de los cuales sólo nacieron vivos 1 098 niños, lo que indica que 585 murieron en el vientre o sea, que pudieron ser abortos.

El porcentaje de abortos provocados aumenta con el nivel de educación. 26% en mujeres con educación primaria y 42% en aquellas con secundaria nos hablan de ello.

El porcentaje de abortos provocados es mayor en las mujeres que tienen hijos de más de un padre (47% entre éstas y sólo 29% entre las que tienen hijos de un solo padre). Es interesante observar que por otro lado las mujeres con hijos de un solo padre tienen menos embarazos que aquellas con hijos de más de un padre.

Además de los estudios hospitalarios ya mencionados se ha hecho uso de métodos indirectos para estimar la gravedad de este problema en Centroamérica observando lo siguiente: (4)

Tomando como premisa para esta estimación que la natalidad máxima-

(4) Véase: Mariano Requena, "El Aborto Inducido como Problema de Salud Pública", CELADE

de una población que no recurre a medidas de control de la natalidad es de aproximadamente 50 nacidos vivos por cada mil habitantes; al examinar las siguientes tasas de natalidad que las Naciones Unidas estiman para los países centroamericanos se pueden sacar algunas conclusiones:

País	Año	(+) Tasa de Natalidad
Guatemala	1960	49.5
Honduras	1951 - 56	54.0
El Salvador	1961	49.6
Nicaragua	1940 - 45	49.0
Costa Rica	1960	50.2
Panamá	1960	41.0

(+) Tasa de Natalidad = nacimientos por mil habitantes

A excepción de Panamá, el resto de los países de América Central poseen una natalidad que coincide con la supuesta para una población que no recurre a medidas de control. Aun cuando nadie puede negar que se inducen abortos y que se usan anticonceptivos, se podría pensar que por la baja frecuencia estas prácticas no alcanzan a tener significación en el nivel de la fecundidad.

Esto puede ser debido al nivel de desarrollo de dichos países, pero; este nivel se elevará y como ya sabemos la influencia que esto tiene en la decisión de controlar la natalidad, podemos predecir que en un futuro no muy lejano los habitantes de los países de América Central planearán y controlarán la natalidad. Podemos predecir también por la información dada en capítulos anteriores, que cuando este momento llegue el método que se utilizará será precisamente el aborto inducido, lo cual acarreará consigo las funestas consecuencias de su aparición no planeada como problema social.

Ante este hecho que en realidad no es exclusivo de los países centroamericanos, sino de muchos de los países de Latinoamérica que comparten el mismo nivel social, económico y cultural, se pueden llevar a --

cabo medidas de prevención para atacar este problema; tomando en cuenta como base la experiencia que se pueda obtener de países que ya se encuentran ante este hecho, como sería el caso de Chile, Uruguay, Argentina, etc. que han disminuido su índice de fecundidad a través del aborto inducido.

Pero el que nos hagamos concientes de la situación no implica que quede resuelta, sino que se debe de atacar en forma activa y controlada para obtener los resultados que deseamos. Desgraciadamente parece que los países de América Latina se encuentran en un periodo de invernación ante este hecho, ya que fuera de prohibirlo legalmente (lo cual en lugar de resolver agrava y perjudica la situación), no han tomado ninguna clase de medidas para solucionar las consecuencias de la incidencia del aborto inducido y prueba de ello son las pocas investigaciones que existen al respecto, lo cual nos habla del desinterés y apatía que prevalece en sus ambientes.

C U A D R O I

TASAS DE NATALIDAD Y BRUJA DE REPRODUCCION
 TOTAL DE EMBARAZOS Y NUMERO Y PORCENTAJE DE ABORTOS INDUCIDOS
 EN ESTUDIOS HOSPITALARIOS

País	Tasa de natalidad	Tasa bruta de reproducción	Total embarazos	Total abortos	Porcentaje de abortos del total de embarazos
HONDURAS	54.0	3.6	16 896	2 786(a)	16.5
GUATEMALA	49.5	3.4	34 284	4 937	14.4-17.2(b)
VENEZUELA	45.1	3.1	35 943	8 888	24.7
PANAMA	41.0	2.7	1 683	585	34.8

(a) No se hace distinción entre aborto espontáneo e inducido

(b) Corresponden a las cifras aparecidas en dos trabajos sobre aborto - inducido en Guatemala. El segundo sólo da porcentajes

Fuente: Mariano Requena, "Condiciones Determinantes del Aborto Inducido" CELADE, Serie A, No 61, Marzo, 1968, Cuadro 3, p. 17

C U A D R O I I

TASA DE NATALIDAD, TOTAL DE EMBARAZOS, NUMERO Y PRO-
PORCION DE ABORTOS INDUCIDOS EN PAISES CON ESTUDIOS NO HOSPITALARIOS

País	Tasa de natalidad (a)	Tasa bruta de reproducción	Total emba- razos	Abortos inducidos	
				número	porcentaje
MEXICO	46.0	3.1	6 118	797	13.0
PERU	46.0	3.1	1 662	84	5.0
CHILE					
Araujo-Monreal	35.5	2.2	4 577	762	16.6
Requena			2 617	608	23.2
URUGUAY (b)	22.1	1.3	200 000	150 000	75.0
ARGENTINA	22.3	1.4	1 522	741	48.7

Fuentes: (a) Datos del Boletín de Población de las Naciones Unidas, No. 7, 1963. cuadro 5.1

(b) Cifras estimadas en base a datos forenses y policiales de consumo de anestésicos y de información de pacientes en -- maternidades públicas y privadas

Fuente: Mariano Requena, "Condiciones Determinantes del Aborto Inducido" (FLADE, Serie A, No 61, Marzo 1968, Cuadro 2, p. 16)

C U A D R O I I I

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 2 404 EMBARAZOS SEGUN SU TERMINO Y
LA FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL SERVICIO RELIGIOSO CATOLICO

<u>Asistencia</u>	Núme- ro	Porcen- taje	Nacidos vivos	Mortina- tos	Abortos espontáneos	Abortos inducidos
Más de una vez a la semana	69	2.9	33.3	0.0	5.8	60.9
Una vez a la semana	311	12.9	55.0	1.9	12.5	30.6
Una o dos ve- ces a la semana	511	21.3	69.5	0.9	10.6	19.0
Varias veces al año	1 167	48.5	64.7	1.2	11.6	22.5
Nunca	346	14.4	68.2	2.4	10.7	19.7
Total	2 404	100.0	64.1	1.2	11.2	23.5

Fuente: Mariano Nequena, "Correlación Social y Económica del Aborto --
Inducido en Santiago de Chile", CELADE, Serie A, No 62, Mayo -
1967, Cuadro 13, p. 16

C U A D R O I V

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 2 617 EMBARAZOS SEGUN SU TERMINO
Y EL NUMERO DE ABORTOS INDUCIDOS ANTERIORES

Número de abortos inducidos anteriores	Número	Porcentaje	Nacidos vivos	Mortina- tos	Abortos espontáneos	Abortos inducidos
0	1 817	69.4	74.6	1.4	12.4	11.5
1	336	12.8	49.7	0.9	10.4	39.0
2	183	7.0	45.4	0.5	12.6	45.5
3	93	3.6	46.2	0.0	43.3	49.5
4	43	1.6	39.5	4.6	0.0	55.8
5	26	1.0	23.1	0.0	7.7	69.2
6 o más	119	2.5	9.2	0.0	4.2	86.6
Total	2 617	100.0	43.3	1.2	11.3	23.1

Fuente: Mariano Requena, "Correlación Social y Económica del Aborto -- Inducido en Santiago de Chile", CELADE, Serie A, No 62, Mayo - 1967, Cuadro 21, p. 22

CAPITULO VI

LEGISLACION SOBRE EL ABORTO EN EL
DISTRITO FEDERAL

"Las leyes son normas legalmente establecidas" (1) que tienen como finalidad regular la conducta de los individuos que viven dentro de una sociedad, a través de diversas penas impuestas a las personas que faltan a los preceptos dictados por ellas.

A pesar de la gran influencia que tienen sobre la manifestación del comportamiento de las personas, "pueden oponerse a los hábitos, que emergen gradualmente en el curso de la vida social" (2). O sea, aunque exista alguna ley restrictiva sobre algún hecho, la evolución social hace que este hecho aparezca aún en contra de esa ley, por lo cual se hace necesario el modificarla para que esté de acuerdo con las necesidades y demandas de la sociedad y para que ésta misma se vea beneficiada.

En ocasiones no sucede eso, sino que la ley permanece estática aun ante la evolución de la sociedad, lo cual obliga a las personas a proceder al margen de ella, agravándose así la situación, en lugar de que esa ley prestara alguna ayuda para solucionarla.

El aborto inducido es un ejemplo de este último caso y es por ello que consideré importante el asignarle un capítulo a la revisión de la situación legal que prevalece en nuestra sociedad al respecto.

Utilizaré para este fin, la revisión que hace Raul Carrancá y Trujillo y; Raul Carrancá y Rivas sobre el Código Penal en su libro "Código Penal Anotado". (3)

- (1) Véase: Ely Cainoy, "Introducción a la Sociología", Ed. PAIDOS, Buenos Aires, 1965. p. 41
- (2) Ely Cainoy, op. cit., p. 41
- (3) Véase: Raul Carrancá y Trujillo; y Raul Carrancá y Rivas, "Código Penal Anotado", Ed. Porrúa, S.A., México, D.F., 1971. p. 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785

El Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal expedido por el Presidente Pascual Ortiz Rubio el 13 de Agosto de 1931, y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Agosto de 1931, el cual ha sufrido una serie de reformas siendo la última de ellas el 27 de Julio de 1970, nos dice respecta al aborto en su Libro Segundo, Título Decimonoveno bajo el Título de Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal lo siguiente:

ABORTO

Artículo 329.- (Tipo del delito de aborto).- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 330.- (Penalidad diversificada para el delito de aborto)- Al que hiciere abortar (1) 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 consentimiento de ella (2). Cuando faltare su consentimiento, la prisión será de tres a seis años (3), y si mediare violencia física o moral (4) se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

(1).- sujeto activo.- es incalificado, puede serlo cualquier persona. El artículo 331 del Código Penal establece los casos de sujetos activos calificados.

Hacer abortar es tanto como causar el aborto. Dece, por tanto, existir relación de causa a efecto entre el hecho perpetrado por el agente y el aborto. No constituye delito de aborto la expulsión provocada del producto de la concepción, si no es seguida de su muerte mediata o inmediata, como consecuencia; y si se requieren actos posteriores que causaren su muerte, no se configurará el delito de aborto sino el de infanticidio o el de homicidio, según los casos. Los medios empleados para causar el aborto deben ser materiales: externos o internos, dinámicos o mecánicos, siempre que sean idóneos.

(2).- La pena señalada en esta parte del artículo comentado requiere: a.- un sujeto activo no calificado; y b.- el consentimiento de la mujer embarazada; para hacerse abortar. Es caso de aborto consentido.

(3).- La pena señalada en esta parte del artículo comentado requiere la falta de consentimiento de la mujer embarazada; por ejem. que conste su oposición o que conste que el consentimiento fué otorgado mediante engaño invencible. Es caso de aborto sufrido.

(4).- La pena señalada en esta parte del artículo comentado requiere, sobre el presupuesto de la falta de consentimiento, el empleo por parte del agente de violencia física o fuerza moral sobre la mujer embarazada para hacerla abortar. No sólo sin el consentimiento sino contra la oposición de la mujer embarazada, se verifica el aborto y para ello se implican o la vis absoluta o la vis compulsiva. Es caso de aborto sufrido.

El empleo que ha de ser en cantidad suficiente, de hipnóticos o de narcóticos, configura la violencia física porque produce la imposible manifestación de la voluntad y la incapacidad del pasivo para dar o negar su consentimiento para la verificación de las maniobras abortivas.

Artículo 331.- (Penalidad agravada en atención al agente).- Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón, o partera (5); además de las sanciones que le corresponden conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión (6).

(5).- Lo mismo tratándose de aborto consentido que de aborto sufrido, el sujeto activo en el caso de aplicación del artículo, es calificado; sólo puede serlo un médico en sus diversas ramas profesionales o una partera. La ley reglamentaria de los artículos 4 y 5 Constitucionales de Diciembre 30, 1944, no reconoce la profesión de "cirujano" sino sólo la de "médico en sus diversas ramas profesionales", y la de partera. Tampoco existe legalmente conocida la profesión de comadrón (art. 2 de la citada ley).

Ahora bien, la cirugía es una especialidad de la profesión médica; por tanto, cabe dentro de la denominación legal de "médico en sus diversas ramas profesionales".

"Comadrón" es el médico que asiste a la mujer parturienta, por lo que también está comprendido en aquella denominación legal. Pero cuando

se trata de un "comadrón práctico", o sea sin un título profesional, no le es aplicable la calificativa a que se contrae el artículo comentado.

(6).- Además si se causaran lesiones u homicidio, será aplicado el artículo 58 del Código Penal.

Artículo 332.- (Aborto honoris causa. Penalidad).- Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto (7) o consienta en que otro la haga abortar (8), si concurren estas tres circunstancias:

I.- Que no tenga mala fama (9)

II.- Que haya logrado ocultar su embarazo (10)

III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima (11)

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas se le aplicarán de uno a cinco años de prisión. (12)

(7).- Con voluntad y conciencia, no imprudencialmente o por culpa. Pudiera entenderse que una de las formas de "procurar voluntariamente" el aborto consiste en consentir en hacerse abortar, pues la mujer que consiente no hace sino procurar voluntariamente el aborto. Pero el artículo comentado se refiere en esta parte de su texto al aborto procurado por la madre, por sí misma, como sujeto activo del delito.

Lo que la ley expresa con la locución anfibiológica examinada es que la mujer por sí misma realice en su cuerpo las maniobras o se administre los medios que causan el aborto; y que ella lo perpetre con voluntad y conciencia de abortar.

(8).- En esta diversa hipótesis la ley se refiere a que la mujer embarazada dé su consentimiento para que un tercero realice en ella las maniobras o le administre los medios adecuados, para hacerla abortar. Otro caso de aborto consentido. El delito es doloso y plurisubjetivo.

(9).- Mala fama: Se refiere la ley a la fama pública en lo referente a la conducta sexual del activo, no a otras especies, como por ejemplo la referente a la educación, virtudes domésticas, etc..

(10).- El móvil de ocultar la deshonra es el fundamento de la fracción examinada. Se trata, por tanto, de aborto honoris causa.

(11).- Por hijo que no sea legítimo debe entenderse el nacido de una madre, sujeto activo del delito, que no esté unida en matrimonio legal.

(12).- La atenuación de la pena obedece a que, de reunirse las condiciones descritas en las fracciones I a III del artículo comentado, se configura el aborto honoris causa.

Artículo 333.- (Impunidad del aborto imprudencial).- No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada (13), o cuando el embarazo sea resultado de una violación (14).

(13).- Únicamente por culpa de la mujer embarazada, es decir, con ausencia de conciencia y voluntad de causar el resultado, o sea ausencia de dolo.

Pudiera darse la imprudencia de tercero conjuntamente con la de la mujer embarazada. No por ello será punible el aborto, pues la excusa absoluta está configurada en la ley en consideración a la maternidad involuntariamente frustrada.

(14).- La excusa absoluta se funda en el derecho de la mujer a la voluntaria y no forzada maternidad. La impunidad ampara a los participantes.

Artículo 334.- (Aborto en estado de necesidad).- No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte (15), a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que éste fuere posible y no sea peligrosa la demora (16).

(15).- Aborto en estado de necesidad o aborto terapéutico. El artículo comentado configura un correcto ejemplo del derecho de necesidad por el que se excluye la antijuridicidad de la conducta.

(16).- De que sea posible la demora porque no acarree peligro de muerte a la mujer embarazada, juzga quien técnicamente está capacitado para hacerlo con responsabilidad profesional y apego a su ética: el médico comadrón. Y juzga "oyendo el dictamen de otro médico" si ello fuere prudente. Pero si a su juicio la demora acarrearía peligro de muerte-

corresponde a él solo el decidir que procede provocar el aborto, lo que implicaría que el aborto sería lícito.

Esto no es lo mismo que provocarlo efectivamente; pues para ello - cabe que se opongan los familiares, por ejemplo. Pero si médico y familiares estuvieren de acuerdo, el aborto que se provocare carecerá de - antijuricidad; y si por no estar de acuerdo los familiares que el aborto sea provocado y se produjese por ello la muerte de la madre, se configurará la culpa con representación, si no fuere causa de dolo, en - cuanto a dichos familiares.

Esta legislación sobre el aborto es muy semejante a la que existe en los Estados, pues sus Códigos Penales descansan básicamente en éste, expedido por el Presidente Pascual Ortiz Rubio.

Como puede observarse el aborto utilizado como un medio de controlar la natalidad, es sancionado por la ley ya que sólo son impunes, el aborto imprudencial, el aborto terapéutico para salvar la vida de la madre, y cuando el embarazo es el resultado de una violación. En éste último se da como excusa absolutoria el derecho de la mujer a la voluntaria y no forzada maternidad, sin embargo este derecho no es mantenido - en otras circunstancias, ya que se obliga a la mujer a continuar con un embarazo no deseado porque de lo contrario se le aplican las sanciones - a que de lugar.

Por todo el ambiente restrictivo creado alrededor del aborto inducido a través de las sanciones aplicadas por la ley, la mujer que se enfrenta a un embarazo no deseado sólo tiene dos caminos a seguir, o bien continúa con su embarazo dando a luz a un hijo que no se desea, acarreando con ello todas las consecuencias funestas tanto para el niño como para la madre y la familia; o bien se hace abortar de manera clandestina para evitar los castigos que la ley le impone, no siendo esto sin embargo lo óptimo que pudiera ocurrir, ya que al verse obligados a actuar fuera de la ley, tanto las personas que realizan el aborto, como la mujer que se lo va a provocar, lo llevan a cabo en las peores condiciones de higiene, con métodos inadecuados y por personas no capacita -

das, lo que trae consigo también consecuencias indeseadas como serían - las infecciones, desgarramientos, y hasta la muerte.

Es por ésto que la situación legal sobre el aborto que funciona - actualmente en nuestra sociedad, es un caso típico de la ley que permanece estática ante la evolución de la sociedad, (ya que como mencioné - en otro capítulo, se sabe por observaciones realizadas que el aborto - inducido aparece cuando el grupo social que se encuentra en niveles bajos, evoluciona hacia niveles más altos, al nacer con ello un deseo de planear la familia y existir un desconocimiento de los métodos existentes para ello), propiciando con ésto tanto la aparición del aborto inducido de manera clandestina, como las consecuencias que esta aparición - implica, convirtiéndolo en un problema social al cual no se le ha dado todavía la importancia que merece.

C A P I T U L O V I I

DIMENSION SOCIAL DEL ABORTO EN MEXICO

Es sorprendente la cantidad de obstáculos con los que uno se enfrenta al tratar de localizar algún registro sobre la extensión del aborto inducido en nuestro país. No existe ninguna información al respecto que pueda ser confiable, ya que las pocas investigaciones que se han llevado a cabo han sido dentro de muestras muy específicas, la mayoría en hospitales, lo que nos da información útil sobre esta práctica, pero de ninguna manera estos datos son generalizables.

Las causas de este desconocimiento de la incidencia real del aborto inducido pueden ser muchas, pero considero dentro de las más importantes al hecho de que esta práctica se encuentra sancionada por la ley lo cual hace que tanto las mujeres que se provocan abortos, como las personas dedicadas a realizarlos actúen de manera encubierta. El considerar al aborto como un delito, influye también para que las mujeres al ser interrogadas sobre el tema den información falseada, o bien se nieguen a proporcionar cualquier dato. Es por esto que no se conoce a fondo ni la extensión de esta práctica en México, ni las características de su presentación.

Ante este desconocimiento no me queda más remedio que hechar mano de las pocas investigaciones que se han realizado para poder dar una leve idea del aborto inducido en nuestro país. Digo leve precisamente por que estas investigaciones han sido específicas y pequeñas, y su información nos dará sólo una imagen superficial de este problema.

En 1960, el Dr. Joaquín Toledo Noel realizó un estudio en 100 mujeres ingresadas al Hospital Juárez con diagnóstico de aborto completo e incompleto. Las conclusiones más importantes de su estudio son las siguientes: (1)

De las 100 pacientes estudiadas el 31% confesaron haberse provocado el aborto, 39% fueron sugestivas de aborto provocado y 30% no se pro

vocaron el aborto.

En el grupo social estudiado, la mayoría de los abortos ocurren entre los 20 - 30 años de edad. El aborto provocado es más frecuente entre las mujeres que carecen de una condición civil estable, tal como divorciadas y solteras.

La religión no es factor que determine una mayor o menor frecuencia del aborto provocado. Este es un dato interesante ya que por lo general se piensa que la religión sirve como un freno para esta práctica. Tanto esta investigación como la realizada por Mariano Requena en Santiago de Chile y la llevada a cabo en el Hospital Santo Tomás de Panamá, nos demuestran con sus resultados similares que no es así.

	Confesas	Sugestivas	No Provocado	Total
Católicas	29	38	29	96
Otras	2	1	1	4
Total:	31	39	30	100

En las clases sociales proletarias es manifiesta la penuria económica, sus salarios no siempre corresponden al salario mínimo oficialmente reconocido.

La escolaridad no es factor de primordial y directa importancia en la génesis del aborto provocado. Esta práctica aumenta su frecuencia al aumentar el número de hijos.

El 65.62% de todas las pacientes investigadas no deseaba tener más hijos pero fué casi nula la práctica de medidas anticonceptivas. En la mayor parte de las mujeres se trataba de un aborto por primera vez. El procedimiento más empleado fué el de introducir una sonda dentro de la cavidad uterina. Casi siempre se efectuó en las condiciones más lamentables.

El 77.42% de los abortos provocados fueron seguidos de secuelas más o menos graves, las cuales se presentaron en apenas el 1.33% de las

(1) Véase: Tesis del Dr. Joaquín Toledo Noel, "Causas Socio-Económicas del Aborto Criminal", Facultad de Medicina, UNAM, México, DF. 1961

de aborto no provocado.

El 80.02% de los casos fueron practicados por personas no capacitadas técnicamente.

El 68% de las pacientes que confesaron hacerse abortar mencionaron como móvil la causa socio-económica.

Estos fueron los resultados obtenidos en este estudio, pasará a las otras investigaciones para comentar al final aunadamente las conclusiones de ellas, ya que creo que así se puede formar un mejor criterio al compararlas mutuamente.

El Dr. Raul Jiménez Navarro en su tesis menciona un estudio realizado en 1964 sobre el problema del aborto inducido en el Distrito Federal, obteniéndose los siguientes datos: (2)

En el Distrito Federal reside el 16.75% de la población de la República Mexicana sobre una superficie correspondiente al 0.08% de la superficie del país.

El 4.17% de la población viven en unión libre, el 0.62% se encuentra divorciada y el 28.07% es casada. El 96.03% profesa religión católica.

Las familias están formadas por un promedio de 5.4 miembros. La cuarta parte de la población habita en construcciones fabricadas predominantemente de adobe o madera y cerca de la mitad vive en condiciones de insalubridad.

Más del 50% vive en casas de uno y dos cuartos, compartiendo la misma pieza 4.9 y 2.7 personas respectivamente. Se encuentran mal vestidas y mal alimentadas.

Un poco menos de la cuarta parte no sabe leer ni escribir y únicamente el 2.83% cursa estudios superiores.

Existe gran desproporción entre el aumento del costo de la vida, especialmente en vestido y servicios domésticos y el salario mínimo.

Ultimamente ha existido un aumento en el número de nacimientos y -

(2) Véase: Tesis del Dr. Raul Jiménez Navarro, "El Aborto Criminal. Aspecto Médico, Legal y Social". Facultad de Medicina, UNAM, México, 1965.

disminución en la mortalidad infantil. El índice de natalidad de México se encuentra elevado.

Se ha dejado sentir una disminución en el número de matrimonios y un ligero aumento en el de divorcios.

La delincuencia en general ha bajado, pero se observa un aumento en el número de delitos sexuales.

Se ha presentado una alta marcada en el número de nacidos-muertos-presentados en el Registro Civil.

El número de abortos de que tomó conocimiento el Ministerio Público, corresponden entre el 0.24% y el 0.35% de los que se presumen se realizan en el Distrito Federal.

Con respecto al aborto se observó lo siguiente:

No tiene relación con la religión de la mujer. Se registra con mayor frecuencia en las casadas. La edad de las mujeres que se hacen abortar es mayor de 21 y menor de 40 años. Sin embargo, se ha manifestado un aumento en los abortos presentados por mujeres menores de 20 años.

La principal causa alegada es la pobreza, seguida por la numerosa familia y la soltería o el honor.

El mayor número de abortos se presenta durante el primer trimestre de vida intrauterina. Predomina en personas de nula o escasa cultura y bajo nivel económico, aunque existe también en clases privilegiadas.

La mayoría de los abortos se realizan en condiciones higiénicas precarias y por personas no preparadas, siendo la mayoría autcaberto.

Las delegaciones que presentan mayor incidencia en relación con el número de habitantes de la misma son:

- 1o.- La segunda delegación (Santo Tomás)
- 2o.- La sexta delegación (Revollagigedo)
- 3o.- La quinta delegación (Guerrero)
- 4o.- La octava delegación (Narvarte)
- 5o.- La de Magdalena Contreras, y
- 6o.- La de Ixtacalco

Por otro lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social investigó -

en 1967 este problema con el fin de implantar campañas preventivas. Fueron llevados a cabo dos programas; uno era con el fin de conocer con más detalle la frecuencia y distribución del problema, y el otro con el fin de prevenirlo en las personas con más alto riesgo. (3)

En el primer programa mencionado, se estudió una muestra representativa de la población femenina adulta del IMSS en el Distrito Federal, la cual fué obtenida tomando por el método aleatorio sistemático 2 000 números de cédula y de cada núcleo familiar, con esos números se entrevistó a una persona del sexo femenino, comprendida entre los 16 y 49 años de edad; cuando habian dos o más de estas personas en el mismo núcleo familiar, se sorteaba por el método aleatorio simple la que entraría en la investigación.

Se lograron entrevistar 1 763 mujeres. De éstas 1 382 (78.8%) declararon haber tenido vida sexual activa; y de éstas 1 343 (76.7%), o sea las tres cuartas partes, dijeron haberse embarazado cuando menos una vez. Las 1 343 mujeres declararon 6 385 embarazos, lo que representa un promedio de 4.8 embarazos por mujer.

De las mismas 1 343 mujeres, 468 o sea una de cada tres (34.9%) indicaron haber tenido abortos alguna vez, los cuales en el 4.5% de los casos fueron abortos inducidos y en el 32.6% espontáneos.

Estudiando los abortos de acuerdo al número de embarazos, se observó que excluyendo los embarazos que evolucionaban durante la encuesta (164 embarazos), fueron 6 221 embarazos los señalados por las mujeres estudiadas, de éstos, 798 terminaron en aborto (12.8%) o sea uno de cada ocho embarazos, de los cuales 706 según declararon fueron espontáneos (11.4%) y 102 los inducidos (1.7%). (Cuadro I)

Se debe señalar que 31 mujeres declararon tanto abortos inducidos como espontáneos, y en muchas de ellas, fué evidente que manifestaron como espontáneos algunos de los inducidos, así por ejemplo, una persona

(3) IMSS, "Programas de Investigación Epidemiológica y Prevención del Aborto Inducido del Instituto Mexicano del Seguro Social", México, D.F., 1967.

informó que su quinto embarazo terminó en aborto inducido, en tanto que el sexto, séptimo y octavo fueron abortos espontáneos. El hecho de que todos estos datos fueran recogidos por declaración, permite suponer que la frecuencia del aborto inducido es algo mayor de la que se presentó en este estudio.

Las 61 mujeres con aborto inducido manifestaron 497 embarazos, o sea un promedio de 8.2 embarazos por mujer, en cambio entre las 844 que no tuvieron aborto hubo 3 764 embarazos, esto es un promedio de 4.5 embarazos por mujer. Llama la atención el hecho de que entre el grupo de mujeres con aborto espontáneo, el promedio de embarazos sea mayor que el de las mujeres que no tuvo abortos.

En lo referente a la edad de las mujeres entrevistadas, la mitad estuvo entre los 25 y los 34 años, lo que era de esperarse dado que es la época de mayor fertilidad. El promedio de edad en que se produjo el aborto en todo este grupo fué de 30 años.

Al comparar algunas características de las mujeres que no se provocaron el aborto con aquellas que declararon aborto inducido se observó:

En el grupo que se indujo aborto, las relaciones sexuales se iniciaron más tempranamente que entre las que no abortaron. (Cuadro II)

Por lo que se refiere a estado civil, la proporción de mujeres casadas entre las que no abortaron (81.1%) es mayor que entre las que se provocaron aborto (65.6%). En este último grupo hay una mayor proporción en unión libre (11.5%) y de separadas (13.0%) que entre las que no se indujeron aborto, (4.4% y 4.2% respectivamente).

En cuanto a la escolaridad, tanto las mujeres que abortaron como las que no abortaron tienen un nivel educacional bajo. Entre el grupo de mujeres con aborto inducido, la proporción de las que iniciaron la instrucción primaria, pero no la completaron, es mayor que en el grupo que no se indujo aborto.

El 74.9% de las mujeres que no han abortado es de personas dedicadas al hogar y el 25.1% restante es de mujeres que realizan actividades remuneradas. Entre las que se indujeron aborto, estas proporciones son-

de 60.8% de amas de casa y de 39.2% de mujeres que hacen trabajo remunerado. Como se ve, hay una mayor proporción de mujeres que trabajan fuera de su hogar entre las que se inducen aborto. (Cuadro III)

El ingreso diario por persona es igualmente bajo entre el grupo de mujeres que se han inducido aborto o no.

No se observó tampoco diferencia significativa entre ambos grupos en lo que toca a religión. La gran mayoría de ellas, poco más del 96% - dijeron ser católicas. (Cuadro IV)

El 40.9% de las mujeres sin aborto y el 59.0% de las que se indujeron abortos, dijeron conocer medidas anticonceptivas. Entre las mujeres que se indujeron aborto existe una proporción mayor de las que utilizan dichos métodos que entre el grupo que no se indujo abortos. (Cuadro V)

Es notable el hecho de que el 12.9%, es decir una de cada ocho mujeres que declararon no haberse inducido abortos, opinaron que debiera permitirse este procedimiento, mientras que entre las que se han provocado aborto sólo el 24.6% aprueban el método. (Cuadro VI)

Los datos aquí descritos se expusieron con reservas ya que la población no está habituada a este tipo de investigaciones y sobre todo cuando se refiere al problema del aborto.

En cuanto a la información dada por el segundo programa, o sea el de la prevención del aborto entre las personas que tienen mayor riesgo de inducirse se obtuvo lo siguiente:

Se incluyeron 1 546 mujeres que tienen tres o más hijos y dos o más abortos como requisito para ser tomadas en cuenta.

La escolaridad de estas mujeres es baja, el 11.7% carece de escolaridad y el 63.1% ha cursado uno o dos años de primaria. En total el 74.8% de las mujeres no ha completado la instrucción primaria. En cuanto a la ocupación el 72% se dedica al hogar. El porcentaje restante se dedica a labores mal retribuidas. (Cuadro VII)

La ocupación del esposo en el 28% de los casos fueron obreros no calificados, el 19% obreros calificados, 19% empleados, 13.6% choferes y porcentajes progresivamente menores comerciantes, mozos, profesiona-

les, albañiles, etc., siete de los esposos o compañeros no trabajan.

Los ingresos mensuales por familia, que fueron declarados por las mujeres, el 45.8% manifestó percibir menos de \$1 500 mensuales. El 75.2% tiene ingresos menores de \$2 000.

El 89.3% de las parejas están casadas por lo civil y / o por la Iglesia. El 8.1% mantienen unión libre y el 1.9% son solteras.

El 97.8% declararon ser católicas. De éstas el 96.6% acude a los servicios religiosos, el 36.3% de ellas lo hace semanalmente o con más frecuencia. El 40.3% de las mujeres comulgan, la gran mayoría una o dos veces al año.

La mayoría de estas mujeres se encuentra entre los seis y diez embarazos, con un promedio en el grupo de 8.5 embarazos por cada caso. Las 1 546 mujeres declararon en total 13 142 embarazos.

En total el número de abortos inducidos fué de 3 418, es decir 2.2 por mujer. Además se catalogaron como tales, sin llegar a ser declarados por los propios casos, otros 757 más, lo que da junto con los anteriores un promedio de 2.7 por mujer.

Estas mujeres declararon 13 142 embarazos, de los cuales 4 175 o sea el 13.7% casi la tercera parte de ellos fueron interrumpidos voluntariamente.

En el 94.5% se pudo obtener la razón por la que fueron inducidos los abortos. Ingresos reducidos y excesivo número de hijos fueron declaradas en el 70.4%. Mal estado de salud, según la opinión de la propia entrevistada, en el 8.3%. Porcentajes menores por problemas con el esposo o compañero, separación, relaciones extramaritales o premaritales, etc.

La persona que aplicó o recomendó el abortivo se declaró en el 78.1%. La automaniobra se declaró en el 40.0% de los casos, empíricos en el 33.5%, enfermera en el 13.8% y médico en el 10.3%.

Esta información arrojada por el estudio del programa para prevenir el aborto debe de tomarse con mayor reserva, ya que como se mencionó el grupo del que fueron obtenidos estos datos estuvo formado por mu-

jerés a las que se aplicó el programa de prevención, para lo cual fué requisito el tener tres o más hijos y dos o más abortos, lo que hace a este grupo bastante específico y considerado como el que tiene mayor riesgo de provocarse un aborto.

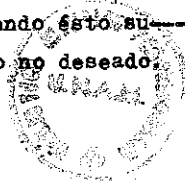
Por estas pequeñas y muy pocas investigaciones, se reafirma el hecho de que la práctica del aborto en México es frecuente y que se conoce poco al respecto. Por ellas podemos darnos cuenta de que algunas de las suposiciones que se hacen alrededor de esta acto no concuerdan con la realidad, como sería por ejemplo el hecho de que contrariamente a lo esperado se observó que la religión no influye en nada para su realización.

Por otro lado, estos estudios mostraron consistencia en lo referente a la edad de la mujer al inducirse el aborto, observándose que es más frecuente esta práctica alrededor de los 30 años. (Gráfica I)

Existieron también datos que al hacer la comparación entre los estudios dieron resultados contradictorios, como sería la frecuencia del aborto dependiente del estado civil, ya que en el realizado por el IMSS y en el realizado por el Dr. Joaquín Toledo N. coinciden en que hay una mayor incidencia en las mujeres con uniones inestables, mientras que en el estudio mencionado por el Dr. Raul Jiménez N. estipula que es mayor entre las mujeres casadas.

Coinciden en sus observaciones de que aunque la cultura no es un factor de gran influencia sobre la provocación de un aborto, éste es más frecuente en el grupo de bajo nivel de escolaridad. Aunque en este punto pudo haber influido el hecho de que los grupos en general, en que se hicieron los estudios son de baja escolaridad y nivel socioeconómico raquítico. (Gráfica II)

Coincidieron también en que el aborto es llevado a cabo por personas no preparadas técnicamente y en condiciones insalubres y precarias. Se observó a la vez el poco conocimiento que se tiene de los métodos anticonceptivos y el infimo uso que se hace de ellos, siendo éste sustituido por el aborto inducido cuando existe un embarazo no deseado.



Al analizar la frecuencia con que se presenta este acto en nuestro país, se hace todavía más manifiesta la ausencia de datos y registros - que nos den a conocer su extensión.

En la ciudad de México, el IMSS informó que en su clínica No. 1, - de 1961 a 1967 hubo 26 783 abortos. Para la población total se calcula que entre el 50% y el 70% de los abortos son provocados. En otro trabajo, se estima en 30.7% la proporción de abortos inducidos. (4)

Una manera indirecta de conocer aproximadamente la cantidad de - abortos provocados que se producen anualmente en nuestro país, es a tra-
vés del cálculo hecho a partir del número de madres que se tienen regis-
tradas en la Dirección General de Estadística, el total de hijos naci-
dos vivos, el total de embarazos, y la cantidad de abortos espontáneos.

Número de madres: 2 074 729. Esta cantidad se obtuvo del Anuario - Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, en la Dirección General de Estadística. (5) Es el registro del total de madres en nuestro país del año 1969, último año que aparece en el Anuario.

Total de hijos nacidos vivos: 6 763 616. Esta cantidad se obtuvo - multiplicando el número promedio de hijos nacidos vivos que tienen las-
mujeres en nuestro país - 3.26 -, (6) por el número de madres.

Total de embarazos: 9 336 280. Multiplicando el número total de ma-
dres por el índice promedio de fecundidad de la mujer mexicana - 4.5 -;
encontrado en la investigación del Dr. Manuel Mateos Cándano y que -
coincide con el hallado por el Instituto de Investigaciones Sociales de
la UNAM, se obtiene el promedio de los embarazos tenidos por todas las-
madres.

(4) Véase: Centro de Estudios Económicos y Demográficos, "Dinámica de -
la Población de México", Editado por el Colegio de México, México,-
D.F., 1970. p. 71, 72.

(5) Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1968 - 1969, -
Imp. por Talleres Gráficos de la Nación, México, D.F., 1971. p. 66

(6) Centro de Estudios Económicos y Demográficos, op. cit, p. 68

Cantidad de abortos espontáneos: 338 180. El 5% de los hijos nacidos vivos son abortos espontáneos

Al sumar el número de hijos nacidos vivos con el número de abortos espontáneos, y después restar ese resultado a la cantidad total de embarazos que debieron tener el grupo de madres, se obtiene una cantidad — que nos da una visión aproximada del número de abortos que se provocaron.

+ 6 763 616 (nacidos vivos)	= 9 336 280 (embarazos)
<u>338 180 (abortos espontáneos)</u>	<u>7 101 796 (SUMA)</u>
7 101 796 (SUMA)	2 234 484 (<u>Abortos Inducidos</u>)

Así tenemos que en nuestro país, ante 6 763 616 hijos nacidos vivos se presentan, aproximadamente, 2 234 484 abortos inducidos anualmente.

Esta cifra no es muy confiable, y el número de abortos puede variar en un rango elevado a la cantidad estipulada, pero es útil al dar una visión aproximativa a la estimación de la incidencia del aborto inducido.

Como puede notarse la frecuencia de aparición del aborto provocado en la República es alta, lo que nos demuestra que esta práctica juega un papel muy importante como medio de controlar la natalidad, dejando sentir su influencia en varios niveles.

Las repercusiones que esta incidencia traen a nuestro país pueden clasificarse dentro de tres categorías:

- a.- Personales
- b.- Familiares
- c.- Sociales

Dentro de las personales se pueden incluir las infecciones, desgarramientos y efectos psicológicos, (los que trataré más detalladamente en el capítulo referente a los aspectos psicológicos del aborto), sufridos por la mujer que se hace abortar, además del efecto más drástico —

de un aborto mal ejecutado como es la muerte. Todas estas consecuencias se deben a que el aborto al ser practicado clandestinamente se lleva a cabo en las peores circunstancias.

Dentro de las repercusiones familiares se encuentra el abandono temporal de los hijos, el menoscabo de la economía familiar ya que su realización amerita gastos personales; además de que si la mujer ayuda económicamente al hogar, se ve obligada a no asistir al centro de trabajo a donde acude, lo que aumenta ese menoscabo, etc..

En cuanto a las repercusiones que se podrían llamar sociales, se encuentran las consecuencias que el país y su desarrollo sufren al verse lesionada la economía por los gastos que ocasiona la atención médica a las mujeres que padecen alguna complicación del aborto mal realizado, la falta de producción de la mujer que queda pendiente al estar internada, las erogaciones que el Poder Judicial aunadas a la pérdida de tiempo, tiene que sufrir al enfrentarse ante un problema que todos los días tiene que atender, el cual va creciendo rápidamente y al que todavía no se le ha puesto el interés necesario para encontrarle una solución adecuada.

C U A D R O I

RELACION ENTRE ABORTOS Y EMBARAZOS

EMBARAZOS/ABORTOS	NUMERO	PROPORCION
EMBARAZOS	6 221(+)	100.0%
ABORTOS DECLARADOS	798	12.8%
ABORTOS ESPONTANEOS	706	11.4%
ABORTOS INDUCIDOS	102	1.7%

(+) Se excluyen los embarazos actuales

Fuente: IMSS, "Programas de Investigación Epidemiológica y Prevención - del Aborto Inducido del Instituto Mexicano del Seguro Social", - México, D F, 1967, Cuadro 3

C U A D R O I I

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

EDAD EN AÑOS	GRUPO A		GRUPO B	
	Mujeres sin aborto inducido Número	Proporción	Mujeres con aborto inducido Número	Proporción
Menos de 15	87	6.8	6	9.9
	<u>662</u>	<u>51.6%</u>	<u>38</u>	<u>62.4%</u>
De 15 a 19	575	44.8	32	52.5
De 20 a 24	396	30.9%	16	26.2%
De 25 a 29	147	11.5%	6	9.8%
De 30 a 34	39	3.0%	1	1.6%
De 35 y más	20	1.6%	0	0.0%
No respondieron	18	1.4%	0	0.0%
TOTAL	1 282	100.0%	61	100.0%

Fuente: IMSS, op. cit., Cuadro 7

C U A D R O I I I

O C U P A C I O N

OCUPACION	GRUPO A		GRUPO B	
	Mujeres sin aborto inducido Número	Proporción	Mujeres con aborto inducido Número	Proporción
Amas de casa	960	74.9%	37	60.8%
Con trabajo remunerado	322	25.1%	24	39.2%
TOTAL	1 282	100.0%	61	100.0%

Fuente: IMSS, op. cit., Cuadro 10

C U A D R O I V

R E L I G I O N

RELIGION	GRUPO A		GRUPO B	
	Mujeres sin aborto inducido Número	Proporción	Mujeres con aborto inducido Número	Proporción
Católica	1 242	96.9%	59	96.7%
Protestante	21	1.6%	0	0.0%
Israelita	1	0.1%	0	0.0%
Otras	10	0.8%	0	0.0%
Sin religión	8	0.6%	2	3.3%
TOTAL	1 282	100.0%	61	100.0%

Fuente: IMSS, op. cit., Cuadro 12

C U A D R O V

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

METODOS (+)	GRUPO A		GRUPO B	
	Mujeres sin aborto inducido Número	Proporción	Mujeres con aborto inducido Número	Proporción
Los conocen	549	40.9%	36	59.0%
Los usan	344	25.6%	31	52.5%

(+) Exceptuando el aborto

Fuente: IMSS, op. cit., Cuadro 13

C U A D R O V I

OPINION SOBRE LA CONVENIENCIA DE AUTORIZAR EL ABORTO INDUCIDO

OPINION	GRUPO A		GRUPO B	
	Mujeres sin aborto inducido Número	Proporción	Mujeres con aborto inducido Número	Proporción
Abortar en cualquier circunstancia	21	1.6%	2	3.3%
Abortar en circunstancias especiales	145	11.3%	13	21.3%
No abortar	826	64.5%	44	72.1%
No saben	287	22.4%	2	3.3%
No respondieron	3	0.2%	0	0.0%
TOTAL	1 282	100.0%	61	100.0%

Fuente: IMSS, op. cit., Cuadro 14

C U A D R O V I I

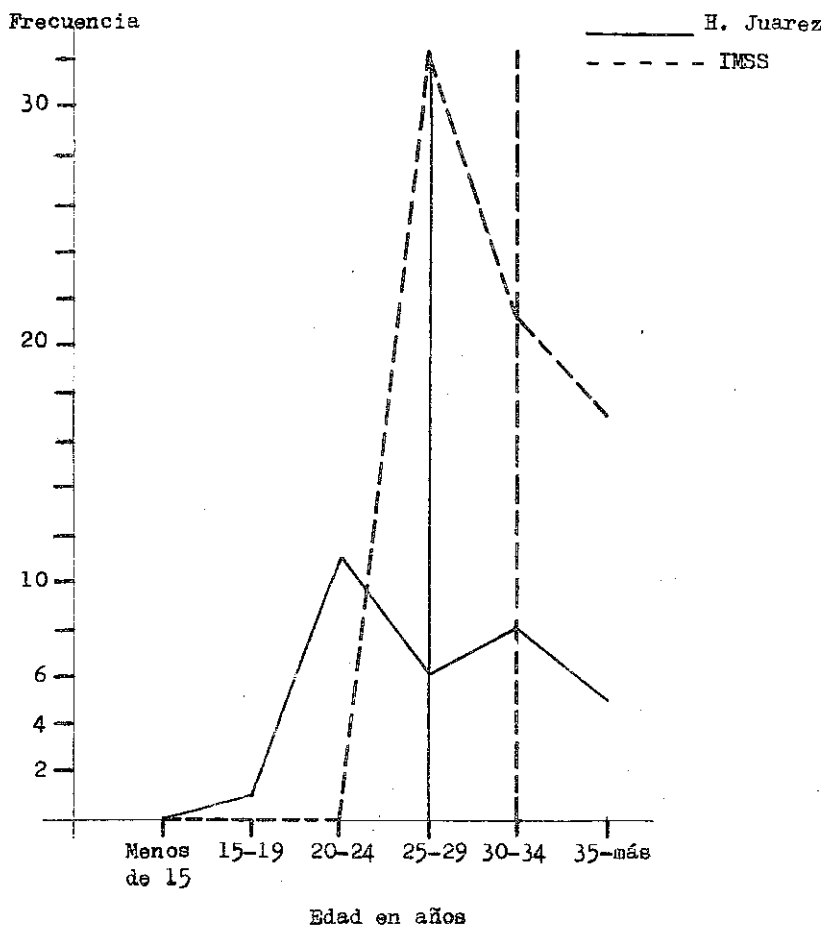
OCUPACION DE LOS CASOS

OCUPACION	Número	Proporción
Labores de hogar	1 113	72.0%
Labores domésticas fuera del hogar	106	6.8%
Obrera	118	7.6%
Costurera	41	2.6%
Comerciante	34	2.2%
Obrera Calificada	43	2.8%
Oficinista	68	4.4%
Auxiliar de enfermería	9	0.6%
Enfermera	7	0.5%
Maestra	3	0.2%
Otros	4	0.3%
TOTAL	1 546	100.0%

Fuente: IMSS, op. cit., Cuadro 2 (Programa de Prevención)

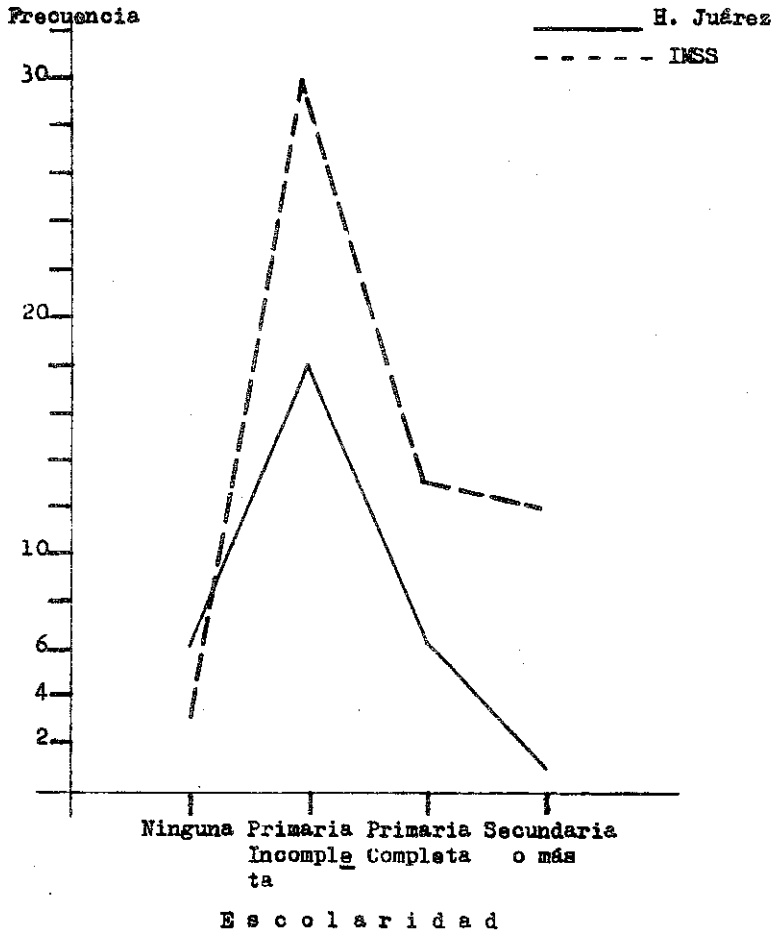
GRAFICA I

EDAD DE LAS MUJERES AL INDUCIRSE EL ABORTO
RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES EFECTUADAS
EN EL H. JUAREZ Y EN EL IMSS



GRAFICA I I

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE SE INDUJERON ABORTO.
RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES EFECTUADAS
EN EL H. JUÁREZ Y EN EL IMSS



CAPITULO VIII

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS SOBRE
EL ABORTO INDUCIDO

Aunque el estudio psicológico del aborto inducido es por demás importante, no se le ha tomado mucho en cuenta, refiriéndose la mayoría de los autores sólo a sus implicaciones sociales, médicas y legales. - En este capítulo trataré de llenar ese vacío y mencionaré los aspectos psicológicos importantes sobre este acto.

El niño al nacer no puede llevar una existencia independiente y valerse por sí mismo, por lo cual depende siempre de otras personas para sobrevivir. Este período de dependencia es en los humanos mucho más largo que en cualquier otro mamífero. Durante todo este tiempo el niño no está cumpliendo únicamente las funciones de parásito, sino por el contrario está capacitándose para la vida adulta.

La infancia representa un período de la vida extremadamente rico e importante en sí mismo, en el cual se comprenden y se asimilan las complejas estructuras a las que el individuo deberá adaptarse. Para que esto sea posible, no es suficiente con la intervención de la maduración del organismo, sino que necesita de la presencia de otros factores tales como un ambiente adecuado en donde al niño se le presenten los estímulos necesarios para su desarrollo, la adquisición de los hábitos y costumbres de la sociedad por medio de los padres; la seguridad en los padres, sobre todo en la madre; etc..

La ausencia de cualquiera de estos factores trae consigo consecuencias nocivas para el desarrollo normal del niño. Existen experimentos que lo demuestran como los que a continuación se describen.

"Se criaron perros en cuartos reducidos, de forma que no tuvieron la oportunidad de explorar el ambiente. Tales perros gozaban de perfecta salud, pero en ciertos aspectos parecían tontos (Melzack y Scott, - 1957). Eran insensibles al dolor. No respondían a un alfilerazo o al -

hecho de que se les pisara el rabo. Buscaban una cerilla encendida metiendo la nariz en la llama; ésto podía repetirse varias veces sin que se presentara ningún tipo de la reacción de evasión esperada en un perro normal. Cualquiera que pueda haber sido la experiencia de la sensación, el estímulo de dolor no evocaba las respuestas de compulsión que se hallan en los perros normales. En un chimpancé criado con los brazos y las piernas embutidas en cilindros que le impedían la exploración normal con las manos se hallaron resultados similares (Wiessen, Chow y Semmes, 1951)". (1)

En otro experimento "se sometió a un grupo de ratas jóvenes a descargas eléctricas suaves, esperando producir algunas anomalías en su conducta posterior. Como control tenía otros dos grupos de ratas jóvenes, uno tratado como las ratas que recibían la descarga, pero sin recibir la descarga, al otro simplemente se le dejó en el nido y no se le trató en absoluto. El resultado fué inesperado: las ratas que recibían las descargas cuando crecieron no se distinguían de las tratadas pero que no recibían la descarga; fueron las ratas no tratadas las que presentaron anomalías; Eran particularmente tímidas cuando se les colocó en un nuevo ambiente, quedándose encogidas en un rincón en lugar de explorar la jaula abierta, como hacen las ratas normales. Otras señales evidentes demostraron que las ratas tratadas se desarrollaban más de prisa en muchos aspectos, ya que abrían los ojos más pronto y aumentaban de peso con mayor rapidez. Más adelante, sometidas a tensión, se vio que los animales tratados tenían una respuesta más rápida de las suprarrenales que las no tratadas (Levine, 1958)". (2)

Otro experimento más es el realizado por "Harlow (1959) y Harlow y Zimmerman (1959) con macacos pequeños, en que se utilizaron madres substitutas. Una se hizo con un pedazo de madera (en que se pintaron cabeza

(1) E. R. Hilgard, "Introducción a la Psicología" Tomo I, Ediciones Morata, Madrid, 1966. p. 111

(2) E. R. Hilgard, op. cit., p. 111, 112

y cara) cubierta de hule espuma, a su vez cubierto de felpa. Otra se hizo de forma parecida, pero en alambre y sin superficies suaves. En algunos casos, se calentaba ambas "madres" por medio de un foco, y se disponían de tal modo, que la cría pudiera pasar con ellas el tiempo que deseara; la mayoría del tiempo, las crías estaban con la madre de tela, - incluso aquellas que recibían su alimentación de la madre de alambre. - Harlow indica que la conducta general manifestada por las crías hacia la madre de tela es muy parecida a la que las crías muestran ante madres reales, y ha presentado pruebas de que los monitos obtienen seguridad emocional de la madre de tela. También la cría que tuvo contacto con una madre de tela resultó más aventurera y exploradora que la puesta en contacto con la madre de alambre. Varias pruebas más sugieren que el monito desarrolla un íntimo nexo afectivo con la madre de tela, y que este nexo dura por considerables períodos de tiempo, incluso si se aisla al mono de la madre de tela". (3)

He mencionado estos experimentos, porque los considero representativos y característicos de las consecuencias que puede sufrir un infante, cuando no se desarrolla en un ambiente adecuado.

La falta del cuidado y del cariño materno hacen que el infante se desarrolle con ciertas deficiencias, tanto intelectuales, como emocionales, y hasta físicas.

Un niño al que no se le da el trato adecuado, puede aparentemente sufrir de debilidad intelectual, puesto que al no tener estimulación ambiental no aparecen las conductas apropiadas para esos estímulos, ni tampoco hay posibilidad de que aparezcan conductas más complejas que tienen como base el aprendizaje del comportamiento que le antecede en el desarrollo. Esto puede ser observado en los experimentos de Malsack y Scott; Niessen, Chow y Semmes; y el de Levine, antes expuestos.

Además de la debilidad intelectual aparente, otras de las maneras-

(3) C. N. Cofer, M. H. Appley, "Psicología de la Motivación", Ed. Trillas, Freedición, México, 1970. p. 204, 205

en que se manifiesta el descuido de la madre para el niño, es en que éste no se desarrolla físicamente en comparación con los niños que sí cuentan con la atención necesaria, pues aunque son alimentados no ganan peso ni estatura.

Son bien conocidos los postulados que establecen el hecho de que las experiencias desafortunadas tempranas, afectan no tan sólo el desarrollo normal del niño, sino también en ocasiones la manera característica de comportarse en los adultos.

Como el experimento de Harlow y Zimmerman lo demuestra, existe en el chimpancé una necesidad de contacto y de textura, la cual si no se cumple crea posteriormente desviaciones de la conducta de los macacos. Los humanos no escapan de sufrir también las repercusiones de un ambiente insalubre desde el punto de vista emocional, cuando éste es el que rodea al niño en sus primeros años de vida. Estas condiciones emocionales deficientes durante la infancia, aumentan el peligro de que posteriormente el niño desarrolle una neurosis o psicosis en su etapa adulta, o bien; que se convierta en un criminal o delincuente juvenil.

Cuando una mujer se encuentra de pronto embarazada sin esperarlo ni desearlo, y se le obliga a dar a luz al producto de ese embarazo, lo más probable es que ese niño se desarrolle en un ambiente adverso, lo cual le traería cualquiera de las consecuencias señaladas anteriormente.

Un estudio significativo que describe lo dicho antes fué realizado en Suiza con 120 niños que nacieron después de que se había rechazado la oportunidad de realizar un aborto terapéutico. Los niños nacieron durante los años 1939 - 1941, y se les siguió hasta la edad de 21 años, para valorarlos en términos de salud mental, ajuste social y nivel educativo. Se compararon con un grupo control compuesto de niños que nacieron en fechas muy próximas a los otros niños, en el mismo hospital, o en el mismo distrito, ignorando para su selección el grado de madurez de la madre.

Los resultados indicaron que los niños no deseados tuvieron limita

ciones en muchos aspectos mostrando grandes desventajas ante los niños del otro grupo. La mayoría de las diferencias entre ellos fueron estadísticamente significativas. (4)

La única forma en que se pueden evitar las consecuencias de un ambiente insalubre en el desarrollo del niño, es dando libertad a la madre para que ella misma decida el destino de su embarazo, de tal manera que se evite el nacimiento de niños no deseados, que son los que sufren esas consecuencias. Para que esto sea posible es indispensable la aparición del aborto inducido, ya que no existe otro método que libre a la mujer de un hijo no deseado cuando el embarazo ya se ha iniciado. (— Existe el infanticidio, pero éste en la actualidad no se presenta y no es considerado como un método de controlar la natalidad, por causas tan lógicas que no serán tratadas aquí)

Por otro lado, el hecho de provocarse un aborto, tiene también consecuencias psicológicas en la mujer que se lo induce, siendo las más frecuentes los sentimientos de culpa y la depresión, que sobrevienen después de realizado el aborto.

"C. van Emde Boas señala que en la práctica psiquiátrica se encuentran casos de intenso sentimiento de culpabilidad después del aborto provocado. Esta es en especial la situación que aparece cuando el aborto ha involucrado una esterilidad definitiva, y sobre todo si ello ocurre antes del matrimonio. Sin embargo, éste es pasajero". (5)

"Según el informe Kinsey, el 9 por ciento de las mujeres que abortaron voluntariamente declararon haber experimentado remordimientos por la intervención". (6)

- (4) Forssman, H., and Thuwe, I., "One Hundred and Twenty Children Born-After Application for Therapeutic Abortion Refused", Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 42, 1966, p. 77, 78. Citado por: Group for the Advancement of Psychiatry, "The Right to Abortion: A Psychiatric View", Vol. VII, No. 75, 1969
- (5) Jean Dalsace, M. Douplén, Rollier, "Por y Contra. El Aborto", Ed. Granica, Argentina, 1971. p. 86

El sentimiento de culpabilidad depende en gran medida de la sociedad en la cual vive la mujer de que se trata. El riesgo de aparición de problemas psicológicos aumenta cuando la intervención se practica de manera ilícita.

Estas repercusiones en la mujer que aborta, como puede observarse, no son tan drásticas como las sufridas por un niño no deseado, y su duración es mucho menor en la mujer, ya que sólo se ve afectada un período corto de su vida, al contrario del niño, en el que este período se prolonga durante toda su vida.

Hasta aquí se han establecido las diferentes repercusiones psicológicas que puede sufrir la madre al provocarse un aborto, y la que puede padecer un niño que nace en una familia en donde no se le desea. Con esto podemos sacar una conclusión sobre qué es lo mejor, si aceptar y legalizar el aborto, u obligar a la mujer a tener un hijo indeseado.

Como se observó, las repercusiones en la madre al inducirse un aborto no son graves ni duraderas, mientras que las del niño sí lo son; y es por ésto que en cuanto al grado de importancia nos debe de preocupar más el futuro bienestar del niño, ya que él es quien padece con mayor intensidad las consecuencias anteriormente explicadas.

Por lo tanto, "la legislación no debe exigir que el fruto de la concepción sea llevado necesariamente a término, sin prestar ninguna atención al futuro de la criatura por nacer. Tan esencial como su derecho a vivir es su derecho al bienestar en tanto que es persona humana".

(7)

Es por toda esta serie de razones que la mujer, repito, debería de tener absoluta libertad en decidir si desea ser madre y no dejar este asunto a terceras personas (por ejemplo, a los juristas) que no se encuentran en la situación específica de cada mujer, y que por lo tanto

(6) Jean Dalsace, op. cit., p. 86

(7) Ibidem, p. 81

no podrán decidir mejor que ellas mismas. Es por ello también que el aborto debería de ser un acto legal, no tan sólo consentido en su ejecución en determinadas circunstancias, que fueron comentadas en capítulos anteriores; sino que toda mujer debe de tener la posibilidad de procurarse un aborto legal con tan sólo desearlo.

Con la legalización del aborto por otro lado, la mujer dejaría de padecer el sentimiento de culpabilidad al procurárselo, pues como ya se señaló, éste aparece y se agrava sobre todo cuando se lleva a cabo ilícitamente.

Es por estos motivos que el aborto inducido debe dejar de ser una práctica inaceptada, y convertirse en un acto fácil de realizar, dejando sólo a la madre la decisión de llevarlo a cabo, no poniendo ningún obstáculo para ello.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

Considero como lo he dicho en otros capítulos e insisto en ello; - que para poder terminar o bien prevenir un problema, es necesario el tener un conocimiento profundo y detallado del mismo. Esto hace que el -- primer paso a seguir para atacar las consecuencias del aborto provocado en las condiciones actuales, sea el de realizar investigaciones científicas bien planeadas que nos lleven a conocer la dimensión y situación-- real de su práctica, ya que los pocos estudios que se han llevado a -- cabo en nuestra sociedad no son suficientes.

Esto nos plantea un problema puesto que para efectuar esas investi-- gaciones, se hace indispensable el apoyo de alguna Institución que aporte los recursos necesarios para su realización. Este es el obstáculo -- máximo por resolver, ya que al contar con ella se demuestra que existe-- interés y posibilidades para enfrentarse al problema, dejando sólo por-- solucionar la organización adecuada de los métodos y técnicas a seguir-- dependiendo de la información que arrojaran las investigaciones.

Esta es una situación ideal ya que en la actualidad no se conoce -- alguna Institución que esté encargada de resolver el problema del abor-- to inducido en nuestro país. En el IMSS se llevan a cabo programas pre-- ventivos pero éstos están encaminados a un grupo muy específico de gen-- tes, pues se utiliza sólo para las personas que son consideradas con -- mayor riesgo de inducirse un aborto, siendo seleccionadas como tales, -- las mujeres que tienen tres o más hijos y dos o más abortos. El progra-- ma consiste en que a estas mujeres si no desean más hijos se les manda-- con el médico del Servicio de Medicina Preventiva de su clínica para -- que les de y controle un tratamiento anticonceptivo oral (1). Como pue-- de fácilmente observarse, este programa aunque efectivo sólo comprende-- una minoría de su población.

Sin embargo, pueden emplearse otras técnicas para enfrentarse al -

problema del aborto inducido de manera efectiva sin ser indispensable - el uso de las investigaciones; que como señalé sería lo ideal.

Para ello es necesario la modificación de la situación legal que - prevalece sobre el aborto inducido en nuestro país, que como se vió le- jos de favorecer, entorpece cualquier acción que pueda tomarse.

Deberán de desaparecer las sanciones a las mujeres que por algún - motivo se hacen abortar, dejándolas en completa libertad de decidir el- destino de su embarazo sin ningún tipo de coacción, pues se conocen ya- las consecuencias que lleva consigo el obligar a una madre a dar a luz- un hijo no deseado.

Tendrán que desaparecer también las penas impuestas a los agentes- que ejecutan el aborto cuando éstos están capacitados para ello, para - promover la mejora de las condiciones en que se realiza.

Con la legalización del aborto en nuestro país podría ocurrir lo - mismo que sucedió en países como Japón y la URSS cuando implantaron pro- gramas nacionales de aborto, que "solamente legalizaron y aceleraron - las prácticas que ya estaban muy difundidas. Realmente, en ambos casos, la principal justificación para la iniciación del programa fué la supre- sión de los abortos clandestinos". (2) Con ésto se lograría que los - abortos que en la actualidad se realizan clandestinamente y por lo tan- to en las peores condiciones, se efectúen en lugares adecuados, lo que- aliviará las consecuencias hasta ahora negativas de esta práctica.

Junto con la legalización del aborto se deberán implantar campañas informativas para conseguir los mejores resultados posibles, no sólo - disminuyendo las repercusiones de los abortos mal realizados, sino tam- bién para prevenir su aparición.

(1) Véase: IMSS, "Programas de Investigación Epidemiológica y Preven- ción del Aborto Inducido del Instituto Mexicano del Seguro Social", México, D.F., 1967. p. 8, 9, 10

(2) J. Mayone Stycos, "Fecundidad en la América Latina", Ed. Pax-México Librería Carlos Cesarman, S.A., México, D.F., 1970. p. 298

Se vió a través del desarrollo de esta tesis, que el aborto inducido se realiza cuando existe un embarazo no deseado y un desconocimiento de otras medidas para controlar la fecundidad. Fué palpable en todas — las investigaciones realizadas en México que aquí se comentan, la prevalencia entre la mujer mexicana de un deseo de planear su familia, un — gran desconocimiento de los métodos existentes para ello, un menor uso de los que conocen y un gran interés por recibir instrucción al respecto. Toda esta información es muy importante ya que nos señala uno de — los posibles caminos para prevenir el aborto inducido.

Si la mujer tuviera a su alcance los métodos con los cuales controlar su fecundidad, ya no tendría porque utilizar el aborto inducido, — puesto que no habría embarazos indeseados. Para ésto se hace necesario — el organizar campañas formales de educación que adoctrinen a la persona que lo solicite, a través de gentes habilitadas para ello, dándole — información sobre los procedimientos anticonceptivos más efectivos; — para que no sólo se despierte el deseo de planear la familia, sino que se respalde ésto con medidas eficaces.

Las campañas además de su meta informativa y educativa sobre los — métodos anticonceptivos, tendrían también la finalidad de despertar una paternidad conciente y responsable en las familias.

Si se ha visto que las mujeres que se inducen un aborto tienen mayor probabilidad de volver a hacerlo, las campañas de educación podrían empezar instruyendo a este grupo, algunas de las cuales vienen siendo — precisamente aquellas que llegan a los hospitales por las consecuencias sufridas de un aborto mal atendido. Es decir, se podría empezar a trabajar en los mismos hospitales, además de que se construyan centros especializados para este tipo de finalidad.

Otro lugar en donde se podrían poner en marcha las campañas informativas sin mucho costo, es precisamente en los centros de trabajo a — los que acuden las mujeres, ya que éstas forman parte del núcleo considerado como con mayor deseo de planear la familia y que más riesgo tienen de inducirse abortos al encontrarse embarazadas sin desearlo.

En todo tipo de programas y campañas, un factor decisivo para su éxito sería el del apoyo que diera la comunidad. Aunque en este punto es difícil dar alguna conclusión (la que sí podría ser elaborada si se llevaran a cabo más investigaciones), se ha observado un aumento en el interés por cambiar el aborto inducido por algún otro método efectivo, lo que podría ser reforzado remarcando las desventajas del aborto contra las ventajas de los métodos anticonceptivos.

Con este tipo de campañas y con la legalización del aborto inducido, se lograrían básicamente dos aspectos:

- a.- Una efectiva planeación de la natalidad que beneficiaría a toda la familia.
- b.- La realización del aborto inducido en condiciones adecuadas, en caso de que fallara el método anticonceptivo o cuando por determinadas circunstancias se decidiera el no continuar con un embarazo ya iniciado.

Además de las campañas de información sobre los métodos anticonceptivos, se deben colocar estos métodos al alcance económico de todas las clases sociales, ya que el conocimiento sin el uso de ellos no tendría ningún objetivo.

Resumiendo: considero que las medidas inmediatas a tomar para terminar con la incidencia del aborto inducido clandestinamente y sus consecuencias serían básicamente:

- I.- Modificación de la situación legal que prevalece en nuestro país
- II.- La organización de campañas bien organizadas de información y educación a la mujer sobre los hallazgos anticonceptivos. Esto podría inicialmente actuar en:
 - a.- Maternidades
 - b.- Hospitales
 - c.- Clínicas
 - d.- Sanatorios Particulares
 - e.- Centros de Planeación Familiar
 - f.- Centros de Trabajo
- III.- El precio de los anticonceptivos al alcance económico de todas las clases sociales.

Con toda esta serie de recomendaciones no estoy tratando de imponer la implantación del control de la fecundidad, ese sería otro tema de tesis; simplemente considero que con esto se ayuda a las familias que no desean más hijos, a lograr sus propósitos utilizando métodos más benignos en todos sentidos que el comunmente usado del aborto inducido y en caso de que éste aparezca se realice con atención adecuada y con los mejores medios disponibles.

Es muy probable que aún conociendo los procedimientos anticonceptivos, la mujer no haga uso de ellos y siga recurriendo al aborto, debido más que nada a su irresponsabilidad sexual, pues prefieren enfrentarse al problema de un embarazo indeseado ya cuando éste se ha iniciado, que utilizar las técnicas anticonceptivas para prevenirlos. No obstante; esta postura puede ser modificada a través de los programas educativos creando en ellas una verdadera responsabilidad, tanto en el área sexual como en el aspecto de la maternidad.

CAPITULO X

SUMARIO

El aborto inducido es utilizado generalmente como un método post-conceptivo de controlar la natalidad.

El control de la natalidad por medios voluntarios se encuentra fomentado y dividido básicamente en dos aspectos:

- 1.- El control de población: es la limitación de la natalidad para disminuir la tasa de crecimiento de una nación o de alguna otra colectividad amplia.
- 2.- La planificación familiar: es el control de la natalidad al servicio de la salud o del bienestar de la familia. (1)

El control de población está encaminado a solucionar los múltiples problemas que se le presentan a una nación, cuando posee un alto índice de natalidad, aunado a un bajo índice de mortalidad, y un retraso en su desarrollo económico. Esta posición es frecuentemente atacada y rechazada, ya que se toma básicamente como una arma utilizada por determinados grupos, para mutilar, o al menos controlar, a grupos menos poderosos.

La planificación familiar tiene más aceptación, puesto que su objetivo principal es el beneficio de la familia, evitando los problemas y conflictos que se encuentran relacionados con el advenimiento de un hijo indeseado. De esta manera se protege también el bienestar del niño que va a nacer, al darle a luz cuando se le desea y cuando la situación familiar es adecuada para ello.

El control de la natalidad se lleva a cabo utilizando los métodos existentes para ello. Dentro de estos métodos, nueve son los más conoci

(1) Véase: J. Mayone Stycos, "Fecundidad en la América Latina", Ed. Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A., México, 1970. p. 54

dos y utilizados:

- 1.- Método del ritmo
- 2.- Diafragma
- 3.- Condón
- 4.- Coitus interruptus
- 5.- Ducha
- 6.- Dispositivos intrauterinos
- 7.- Esterilización
- 8.- Anticonceptivos orales
- 9.- Aborto

Algunos de ellos son más efectivos que los demás, mostrando cada uno sus propias ventajas y desventajas.

La actitud de las personas hacia el control de la natalidad es heterogénea, existiendo quienes lo aceptan totalmente y quienes lo rechazan de la misma manera.

La actitud que prevalece al respecto en el Distrito Federal se pudo observar en la investigación realizada por el Dr. Manuel Mateos Cándano, Rosalba L. Bueno y Luis F. Chávez. (2)

Los resultados obtenidos de este estudio nos demuestran que:

- a.- la mayoría de las mujeres investigadas desean planificar su familia
- b.- existe un gran desconocimiento de los métodos disponibles para controlar la natalidad
- c.- sólo una minoría de las mujeres emplea algún procedimiento de los que conoce
- d.- por lo general los que se llegan a utilizar son de escasa efectividad
- e.- prevalece un gran interés por recibir instrucción al respecto.

Con todo esto se hace patente que entre estas mujeres existe una -

(2) Véase: Mateos Cándano Manuel, Bueno L. Rosalba y Chávez L. Fernando "Actitud y Anticoncepción", Ed. Centro Estudios Reproducción, A.C., CERAC, México, D.F., 1968.

actitud altamente positiva hacia el control de la natalidad, para conseguir una planificación de su familia.

Por lo que respecta a los países de América Latina, se observa en ellos un naciente interés en controlar la natalidad. Sin embargo, éste no podrá ser alcanzado si no se implantan programas efectivos para ello pues la urbanización, el desarrollo económico y la educación al contrario de lo que se pensaba, no lograrán por sí solos ningún beneficio, a menos que se presenten unidos con los programas de regulación.

Se ha observado, sin embargo; que muchos países mantienen más o menos estable su índice de natalidad debido a la presencia de la práctica del aborto inducido. Es así como el aborto provocado pasa a ser un método más que controla la natalidad..

Debido a las características tan especiales que demuestra la ejecución del aborto inducido resulta un tema de estudio muy interesante.

Un aborto puede ser producido por diferentes causas, bajo diferentes intereses y también en diversas circunstancias legales. Cada una de estas características al estar presentes en el acto de abortar, hacen que se diferencien unos de otros creando una verdadera clasificación de ellos. Por este motivo se hace necesaria una definición clara que delimite perfectamente al aborto como medio de controlar la natalidad de los demás tipos de abortos existentes, para evitar confusiones entre ellos.

El aborto provocado con el fin de regular la natalidad, es la expulsión del producto de la concepción antes de que éste sea viable, por medio de cualquier manipulación, la cual es realizada precisamente con esta finalidad y cuyo desempeño no ha sido recomendado médicamente por razones de salud.

El aborto inducido tiene asociado a él diferentes actitudes dependientes del momento histórico y de la sociedad en donde se presente. Así vemos que algunos pueblos de épocas pasadas lo reprobaban, como es el caso de los egipcios, persas, medos; mientras que otros lo aceptaban como los griegos y en ocasiones los romanos. Las personas demostraban -

su rechazo imponiendo diferentes penas a la mujer que se procuraba un aborto.

En la actualidad existen países que lo aceptan y lo han legalizado como la U.R.S.S., Japón, Suiza, Yugoslavia, Checoslovaquia, etc., -- mientras otros lo rechazan y lo consideran ilegal como en México, y la mayoría de los países latinoamericanos.

Por otro lado, la actitud que ha mostrado la Iglesia hacia el aborto inducido ha sido siempre la misma. Lo rechazan absolutamente, en lo único que ha tenido cambios y transformaciones es en el establecimiento del inicio de la animación del feto, pero en esencia ha existido siempre la reprobación del aborto entre sus ámbitos.

En el caso de México, la aceptación que las tribus han tenido y tienen sobre el aborto son diversas, variando en cada grupo étnico tanto la actitud, las razones por las cuales se lleva a cabo cuando se presenta, y los medios por los que se lo provocan.

Actualmente México es de los países en que el aborto inducido es considerado como un acto ilegal, ya que está sancionado por el Código Penal en el Distrito y Territorios Federales. A pesar de ello, su frecuencia de presentación es elevada, y no menos alta la cantidad de negocios que se realizan con operaciones ilícitas, en donde la característica más prominente es la falta de higiene y de atención adecuada.

El aborto provocado es una práctica frecuente y muy generalizada, debido a las ventajas que presenta como método de controlar la natalidad, ya que:

- 1.- Es técnicamente simple
- 2.- No requiere de la cooperación entre hombre y mujer
- 3.- Es completamente efectivo
- 4.- No se actúa para prevenir una "posibilidad de embarazo", sino que se hace en forma segura porque ya el embarazo existe.
- 5.- Es la única posibilidad de evitar un embarazo que, aun cuando pudo haber sido deseado en el momento de la concepción, por varios motivos puede posteriormente no desearse. (3)

Las causas por las que se realiza el aborto han sido señaladas por diferentes autores, teniendo ellos diversas posiciones al respecto. Algunos piensan que es un acto motivado por razones económicas; otros opinan lo contrario, pues demuestran su presentación en todas las clases sociales. La investigación realizada por Mariano Requena en la ciudad de Santiago de Chile (4), nos demuestra que se debe básicamente a causas sociales, económicas y culturales.

En la mayoría de los países de América Latina la incidencia del aborto inducido es elevada, aunque no se cuenta con un conocimiento exacto y profundo del problema, puesto que no se han realizado investigaciones para estudiarlo.

En México tampoco existe una estimación exacta de la magnitud de esta práctica, debido a la falta de investigaciones y principalmente a que en la actualidad se le considera punible por la ley.

Por los pocos estudios que se han realizado se sabe que es una práctica frecuente, siendo mayor su aparición en las mujeres de baja escolaridad. Se realiza en condiciones precarias en todos sentidos y por personas incapacitadas; la religión no tiene influencia en su presentación. Es notable el deseo de la mujer por regular la natalidad, el desconocimiento que se tiene de los métodos disponibles y el poco uso que se hace de los conocidos.

Un cálculo indirecto y no muy confiable, pero que ayuda para dar una idea del índice de incidencia del aborto inducido en nuestro país, se obtuvo a partir del número de madres registradas en la Dirección General de Estadística, el total de hijos nacidos vivos, el total de embarazos y la cantidad de abortos espontáneos. En este cálculo se obtuvo un total de 2 234 484 abortos provocados anualmente en la República Mexicana.

(3) Mariano Requena, "Condiciones Determinantes del Aborto Inducido", - CELADE, Serie A, No 61, Marzo, 1968.

(4) Mariano Requena, op. cit.

Esta incidencia trae a nuestro país repercusiones a diferentes niveles:

- a.- Personales
- b.- Familiares
- c.- Sociales

Dentro de las personales se encuentran las consecuencias psicológicas que sobrevienen a la ejecución del aborto. La mujer después de provocárselo sufre de sentimientos de culpa y depresión por un período de tiempo. Estos son más intensos cuando el ambiente es restrictivo en este acto.

Por otro lado, el obligar a la mujer a tener un hijo no deseado, hace que el ambiente en donde se tendrá que desarrollar el niño sea in sano, lo cual puede crear en él deficiencias debidas a la carencia de atención y cariño; deficiencias que lo limitan tanto en el aspecto intelectual, afectivo y hasta en el físico. Estas limitaciones perduran durante toda la vida y aumentan el peligro de que durante la etapa adulta se desarrolle o bien una neurosis o una psicosis.

Al comparar las repercusiones que sufre la mujer cuando aborta, y las que sufre el niño cuando nace en un ambiente en donde no se le desea, se hace aparente la conveniencia de dar a la mujer completa libertad para abortar cuando así lo quiera.

Para que ésto sea posible es indispensable el cambiar la situación legal que actualmente existe en nuestro país; eliminando las penas impuestas a las mujeres que abortan, como a las personas que lo realizan cuando están capacitadas para ello.

Por otro lado, se debe de implantar el funcionamiento de programas educativos sobre los métodos anticonceptivos existentes, para que con el tiempo se logre sustituir el aborto inducido por la utilización de estos procedimientos, aunque no sea de manera absoluta pues de antemano se sabe que el aborto nunca dejará de aparecer, debido a las ventajas que posee como método controlador de la natalidad.

B I B L I O G R A F I A

- _____ "A Guide to the Abortion Act 1967", Abortion Law Reform Association, Wheathampstead, 1969.
- _____ "Abortion an Ethical Discussion", The Church Assembly Board -- for Social Responsibility by The Church Information Office, Church House, Westminster, SWI, 1968.
- _____ Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1968-1969, Impreso en México por Talleres Gráficos de la Nación, México, 1971
- Caprio Frank S, M.D. y Brenner Donald R, LL. B., "Deviations of Sexual-Behavior", Paperback Library, New York, 1969.
- Carrancá y Trujillo Raul y Carrancá y Rivas Raul, "Código Penal Anotado", Ed. Porrúa, S.A., México, D.F., 1971.
- Casillas Vázquez Juan José, "Consideraciones Sobre el Control de la Natalidad y sus Técnicas", Tesis Profesional, Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F., 1963.
- _____ "Casti Connubi", Papa Pío XI, Ediciones Paulinas, S.A., 1967.
- _____ Centro de Estudios Económicos y Demográficos, "Dinámica de la Población de México", El Colegio de México, México, D.F., 1970.
- Chinoy Ely, "Introducción a la Sociología", Ed. Paidós, Buenos Aires, - 1965.
- Cofer C. N., Apply M. H., "Psicología de la Motivación", Ed. Trillas, - Preedición, México, 1970.
- Dalsace Jean, Dourlen Rollier, "Por y Contra. El Aborto", Ed. Granica, - Argentina, 1971.
- De la Fuente Muñiz, "Psicología Médica", Ed. Fondo de Cultura Económica México, 1964.
- Draper Elizabeth, "Birth Control in the Modern World", Penguin Books, - 1965.
- _____ Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina, Zonas-Rurales, La Etapa Piloto en México, Instituto de Investigaciones -

- Sociales, UNAM, Centro de Estudios Económicos y Demográficos, El -
Colegio de México, México, D.F., 1968.
- Ferris Paul, "The Nameless", Penguin Books, 1967.
- Frazier S. H., Carr C. Arthur, "Introducción a la Psicopatología", Ed.-
El Ateneo, Buenos Aires, 1969.
- Guiteras Holmes, "Los Peligros del Alma. Visión del Mundo de un Tzotzil"
Fondo de Cultura Económica, México, 1965.
- Havemann Ernest, "Control de la Natalidad", LIFE, 1967.
- Hilgard E. R., "Introducción a la Psicología", Tomo I, Ediciones MORATA
Madrid, 1966.
- IMSS, "Programas de Investigación Epidemiológica y Prevención-
del Aborto Inducido del Instituto Mexicano del Seguro Social", --
México, D.F., 1967.
- Jiménez Navarro Raul, "El Aborto Criminal. Aspecto Médico, Legal y So-
cial", Tesis Profesional, Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F.
1965.
- Kummer M, M. D., "Abortion: Legal and Illegal", UCLA, School of Medicine
1969.
- Lavergne Armando, "Panamá Frente al Crecimiento de su Población", ---
Guatemala, C.A., 1966
- Lavergne Armando, "Estudio Preliminar del Aborto y Planificación de la-
Familia en el Hospital Santo Tomás de Panamá", Reproducción de la-
Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetri-
cia y Ginecología, Guatemala, 1967.
- León Nicolás, "La Obstetricia en México", México, 1910.
- Martínez Murillo Salvador, "Medicina Legal", Librería de Medicina, ---
México, D.F., 1970.
- Mateos Cándano Manuel, Bueno L. Rosalba y Chávez L. Fernando, "Actitud-
y Anticoncepción", Ed. Centro Estudios Reproducción, A.C., CERAC,-
México, D.F., 1968.
- Mayone Stykos, "Fecundidad en la América Latina", Ed. Pax-México, Libre-
ría Carlos Césarman, S.A., México, D.F., 1970.

- oyes y Kolb, "Psiquiatría Clínica Moderna", Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1966.
- Position Statement on Abortion for the Association for Psychoanalytic Medicine", 1970
- Requena Mariano, "El Aborto Inducido como Problema de Salud Pública", CELADE
- Requena Mariano, "Correlación Social y Económica del Aborto Inducido en Santiago de Chile", CELADE, 1967.
- Requena Mariano, "Condiciones Determinantes del Aborto Inducido", CELADE, 1968.
- Reuben David R., "Everything you Always Wanted to Know about Sex", Pan-Books, LTD, London, 1971.
- Revista Señal, No. 853, México, D.F., 1971.
- Rock John, "Control de la Natalidad", Ed. Seix Barral, S.A., Barcelona, 1964.
- Spitz R., "The First Year of Life", International University Press, 1965.
- Harnesby Peter, "Abortion Explained", Sphere Books Limited, London, 1969.
- The Committee on Psychiatry and Law, "The Right to Abortion: A Psychiatric View", Group for the Advancement of Psychiatry, New York, 1969.
- leodo Noel Joaquín, "Causas Socio-económicas del Aborto Criminal", Tesis Profesional, Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F., 1961.