

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

TESIS DE GRADO

ALGUNOS ASPECTOS SOCIALES DEL
ABORTO

ALUMNAS:

ELSA ROBINSON A.

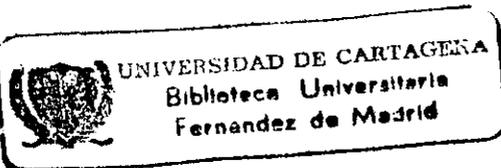
ENEYDA VERBEL B.

AYDA ZABALETA P.

CARTAGENA, JUNIO DE 1.975.

T364.151

Centro
Ej:1



2

SCIB
00019716

DECTOR: ALBERTO CARMONA ARANGO.

RECTOR

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

LICENCIADA: GRACIELA FONTALVO H.

DECANA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.

PRESIDENTE DE TESIS:

DOCTOR: ALBERTO CARMONA ARANGO

M.D.

ASESORES:

DOCTOR: ALBERTO ZABALETA LOMBANA.

M.D.

LICENCIADA: BLANCA FLOR DE ROVIRA.

T.S.

29869

" A NUESTROS PADRES "

"I N D I C E"

PROLOGO.

INTRODUCCION.

CAPITULO I

Pág.

1.1. El Aborto: Una práctica antigua, conflicto actual. ...	1.
1.2. Sociedad y aborto legalizado.	2.

CAPITULO II

2.1. Aborto Espontáneo. Generalidades.	7.
2.2. Causas del Aborto Espontáneo.	8.
2.3. Clínica del Aborto Espontáneo.	9.
2.4. Aborto Provocado o Inducido. Generalidades.	10.
2.5. Técnicas para efectuar el aborto.	11.

CAPITULO III

3.1. Aspectos Sociológicos del Aborto Provocado o Inducido.	13. /
3.2. Repercusión Psicológica del Aborto.	17. /
3.3. Labor del Trabajador Social frente al Aborto Provocado.	23.
3.4. Causas más frecuentes que motivan la práctica del Aborto Provocado.	23.
3.5. Función diferenciada del Trabajador Social en relación con las especialidades del Ser- vicio Médico.	24.

CAPITULO IV

4.1. Trabajo de Investigación.	29.
4.2. Material.	31.

CAPITULO V

5.1. Metodología.	33.
5.2. Cuadro No. 1. Procedencia.	35.
5.3. Cuadro No. 2. Años Cumplidos.	37.
5.4. Cuadro No. 3. Condiciones Raciales.	39.
5.5. Cuadro No. 4. Religión.	41.
5.6. Cuadros. Nos. 5 y 6. Estado Civil.	44.
5.7. Cuadro No. 7. Oficio Lucrativo.	47.
5.8. Cuadro No. 8. Oficio Lucrativo según número de	

Abortos. 50.

5.9. Cuadros Nos. 9,10,11. Fecundidad. Hijos nacidos vivos según grupos de edades. 54.

5.10. Cuadro No. 12. Años de nacimiento, grupos de edades, promedio de hijos. 57.

5. 11. Cuadro No. 13. Abortos según grupos de edaes.. 60.

5. 12. Cuadros No. 14, 15, 16. Abortos: Grupo de mujeres. 64.

5. 13. Cuadro No. 17. Aborto e hijos vivos. 67.

5. 14. Cuadro No. 18. Beseo de otros hijos. 70.

5. 15. Cuadros. Nos. 19 y 20. Aborto y Escolaridad. .. 73.

5. 16. Cuadros. Nos. 21 y 22. Escolaridad y Aborto. .. 77.

5.17. Gráfica No. 1. Curva de Abortos según Escolaridad. 500 Casos. 80.

5. 18. Cuadro No. 23. Semanas de Gestación. 83.

5. 19. Estadía Hospitalaria. 84.

5. 20. Mortalidad Materna. 85.

RECOMENDACIONES. 88.

CONCLUSIONES. 89.

BIBLIOGRAFIA.

EEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEE

" P R O L O G O "

Cumpliendo los requisitos exigidos por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena hemos escogido como material de investigación para realizar nuestra tesis de grado, un tema de especial interés "ALGUNOS ASPECTOS SOCIALES DEL ABORTO".

El aborto constituye en la actualidad uno de los tópicos más controvertidos. No desde el punto de vista médico, - campo en el cual se ha logrado avanzar notablemente pero si por la influencia de otros factores que estructuran su importancia. Las implicaciones morales, éticas, sociales que plantean tantas inquietudes sobre el significado de la vida misma y el derecho a ella (hacen que el aborto una "práctica antigua

y un conflicto siempre actual" sea motivo de reflexión y de trabajo.

El aborto provocado que representa en el país 76.1% - por cada un mil embarazos es una endemia que acosa principalmente a las familias de bajos recursos económicos. El analfabetismo, la miseria, los prejuicios sociales y la ignorancia de los tratamientos médicos anticonceptivos; imponen una solución violenta al embarazo no deseado o clandestino como sistema de rechazo a la maternidad, el aborto es una actividad ilícita que norman las leyes del código penal colombiano

Más siendo una actitud que compromete al núcleo familiar su diaria ocurrencia lo convierte de hecho en una enfermedad social.

Comprometida la sociedad es lógico que se interese en su diagnóstico y tratamiento además del médico, el psicólogo, la sociología el trabajador social. Particularmente importante resulta la labor de este último cuya técnica y habilidad profesional le permiten motivar la comunidad hacia un mejor cambio social.

El desbordamiento de las posibilidades económicas de la

familia por la fecundidad inconsciente de los cónyuges y la -
desvalorización de los conceptos morales fomentan el problema.

El desconocimiento de procedimientos eficaces para pre-
venir el embarazo, la promiscuidad, el machismo, las ideas fú-
clóricas alrededor del sexo y la familia son elementos socio-
atravicos que se integran en la cultura de la pobreza.

En un medio así abomado la invalidez económica y la in-
satisfacción social es camino abierto a la delincuencia y pros-
titución. Agreguese a lo anterior la dislocada fertilidad y -
la paternidad irresponsable en la génesis del aborto provoca-
do.

EEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEE

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

DATOS HISTORICOS:

Observamos que el aborto provocado va unido en la historia de los pueblos, a las ideas religiosas, morales y legales, dominantes en cada época. Donde el hijo es tenido como cosa perteneciente a sus padres, no puede ser considerado el aborto y el infanticidio como delito.

En la legislación de la India, esto no era delito. En el Antiguo Egipto, el padre era expuesto a la vergüenza pública; más no se imponía castigo al que cometía el aborto.

Las instituciones posteriores al derecho mosaico, tuvieron al aborto provocado como delito, castigado con la pena de muerte; y solo era permitido en caso de grave riesgo para la

madre. En Grecia, se esbozó la tendencia a la protección legal del feto. Las leyes de Lacedemonia lo consideraban un individuo, perteneciente por lo tanto al Estado y bajo su protección. Sin embargo, la legislación de toda Grecia tenía como delito el aborto provocado, después de hallarse animado el feto, pero no antes.

Los filósofos Griegos aconsejaban el aborto en muchos -- casos. Platón creía que éste debía de producirse cuando las mujeres concibiesen pasados los 40 años. Aristóteles, enfatizando en el equilibrio de la población, aconsejaba el aborto y el infanticidio.

Las legislaciones informadas en el espíritu germánico castigaban severamente el aborto voluntario. La Ley Romana estableció penas para la mujer que se prestaba al aborto, así como sus axiliadores.

La preocupación actual por el ritmo de crecimiento de la población mundial y la escasez de los recursos naturales, han - estimulado una gran variedad de estudios para conocer los fenómenos que afectan la salud y bienestar de la colectividad y muy particularmente en lo referente a la función de la reproducción humana.

De aqui que el estudio del aborto provocado, como acto consciente de rechazo a la maternidad, y que conlleva una ruptura de las normas biológicas, psicológicas y sociales, sea conveniente y necesario.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

"-C A P I T U L O I "

1.1.-"EL ABORTO: UNA PRACTICA ANTIGUA, CONFLICTO ACTUAL."

El comportamiento sexual, la anticoncepción, la estructura familiar, los problemas ambientales, etc, son todos motivos de polémicas encendidas en la actualidad. Pero probablemente ningún otro tipo de problemas despierta tantas cuestiones sobre la condición humana y la importancia de vida, como el aborto.

El aborto provocado no es nada nuevo. Se confunde con la historia de muchas culturas. Fue su práctica aceptada en algunas, otras fuertemente reprobada, pero en todas llevada en forma clandestina. En la actualidad, los factores políticos y culturales han informado en gran manera, la intensidad de la

discusión.

Con los métodos médicos modernos, el aborto ha perdido -
peligrosidad. Es una operación de gran seguridad. Sin embargo -
la decisión de someterse a ella plantea graves interrogantes -
religiosos, legales y éticos.

Por otra parte la evidencia legal y clínica comprueban -
diariamente los riesgos del aborto provocado clandestinamente.
Y es uno más de los argumentos en favor de su legalización, el
hecho de la seguridad del aborto médico; que puede sustituir a
la peligrosa práctica ilegal.

Con igual valor está la cuestión moral y religiosa del -
derecho a la vida del embrión o feto; ante los que pudiera ar -
guir una mujer para determinar cuando ha de tener un hijo.

1.2.- "SOCIEDAD Y ABORTO LEGALIZADO"

En todo el mundo ha habido grandes cambios sociales des -
pués de la segunda Guerra Mundial. Las cuestiones sexuales, se -
discuten más abiertamente. Se observa una mayor tolerancia en -
cuanto al comportamiento sexual. La mujer busca nuevas posicio -
nes dentro de la sociedad, como tal, hay una preocupación cre -
ciente por la carga económica y psicológica de la fecundidad no
deseada. El público se interesa cada vez más por los proble -

mas derivados del crecimiento de la población mundial. Todos éstos factores han hecho que las gentes y muchos Estados hayan reconsiderado su posición referente al aborto.

La practica legalizada que se lleva a cabo en muchos - paises engloba al 58% de la población mundial. Entre ellos comprendidas las naciones más grandes; Estados Unidos, China, Japón, India y la Unión de Repúblicas Socialistas Sovieticas, zonas desarrolladas, como en vias de desarrollo. De 3.800 millones de seres humanos, población estimada del globo, 2.200 millones tienen acceso al aborto.

En todos éstos paises la justificación judicial es la misma; el bienestar físico, mental y social de la mujer interesada.

En 1.973, la Corte Suprema de los Estados Unidos, anuló las leyes que prohibian el aborto en la mayoría de los 50 estados de la Unión, y se afirma que "el derecho a la vida privada es lo suficientemente amplio como para incluir la decisión de una mujer sobre si desea o no dar a término su embarazo." Dicha resolución establece además que:

a- Durante los tres meses primeros del embarazo, la decisión de hacerse un aborto, pertenece enteramente a la mujer y a su médico.

b- Durante los siguientes seis meses siguientes del embarazo, las leyes del Estado pueden reglamentarlo en relación con la salud materna.

c- Durante las últimas semanas del embarazo, cuando se considere que el feto tiene posibilidades de vida si nace, cualquier Estado puede reglamentar y aún prohibir el aborto excepto cuando se considere riesgo para la salud de la madre.

La ley de protección eugenésida del Japón revisada en 1.948 permitía los abortos a discreción del médico, cuando el embarazo pusiere en peligro la vida de la mujer, o desde el punto de vista económico o físico. Anteriormente, sólo se podía practicar abortos por razones eugenésicas. Para otros casos se debía contar con la aprobación de un Comité, previo el lleno de algunos requisitos. Una enmienda posterior en 1.952 eliminó toda ingerencia del Comité, siendo sólomente válido el consentimiento de los cónyuges y el concepto del médico.

La legislación Hindú, sobre el aborto en 1.971 expresa que en los casos específicos de violación, de fallas de los métodos anticonceptivos, "la ansiedad causada por éste embarazo no deseado", constituye una grave lesión a la salud mental de la mujer embarazada, y puede por lo tanto solicitar el aborto.

Se anularon las penas establecidas para las personas --

que causaran "una pérdida en mujer embarazada" ; y establece, por el contrario, que un practicante médico registrado, no puede ser considerado culpable del ilícito; si interrumpe algún embarazo de acuerdo con lo previsto en dichas leyes.

En la República Popular de China, el Ministerio de Salud, fijó en 1977 su política sobre aborto; "con el propósito de asegurar la salud de las madres por que algunas mujeres han dado a luz con demasiada frecuencia, con intervalos - muy cortos. En consecuencia, el aborto se ha convertido en práctica amplia; siendo los costos médicos e incapacidad laboral subsidiada por el Estado.

Se permite el aborto en aquellos casos en los cuales la continuación es médicamente desaconsejable; en los que los intervalos entre los partos han sido cortos, o cuando una mujer queda nuevamente embarazada dentro de los cuatro primeros meses siguientes al parto y tenga dificultades para la lactancia la solicitud debe estar firmada por ambos cónyuges, acompañada de certificación médica y aprobación de la entidad responsable a la cual pertenecen. El aborto debe llevarse a cabo en el primer mes y a más tardar entre los dos primeros meses.

En la Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas , la política sobre el aborto ha cambiado muchas veces. Antes -

del siglo XIX la ley rusa no permitía ninguna motivación para el aborto, ni siquiera por razones médicas. Sin embargo, legalizó el aborto en 1.920 para ser provocados por médicos en instituciones hospitalarias. Fue nuevamente prohibido en 1.936; excepto en casos de graves riesgos para la madre o cuando los padres sufrieran enfermedades como epilepsia, idiotía o parálisis.

Esta misma ley fue revisada en 1.954, cuando por decisión del Presidium de la Corte Suprema, fueron suprimidas las condenas para las mujeres que consentían en la interrupción del embarazo; garantizándose su práctica por personal calificado en instalaciones médicas.

De todas maneras, la controversia sobre el aborto siguió abierta; con especial interés en nuestros países de América India, mientras la falta de facilidades para evitar el embarazo indeseado, conduce a la práctica del aborto clandestino, con todas sus graves consecuencias.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

" CAPITULO II "

2.1.- " ABORTO ESPONTANEO: GENERALIDADES."

Pocas enfermedades de la mujer son tan complejas en su origen, y tan dinámicas en su evolución, como el aborto espontáneo. Puede suceder que una mujer tenga sólo un aborto, cualquiera fuere su causa se le considera un simple accidente. Pero, si éste aborto es seguido por otros, el problema es diferente. Estamos ante el aborto enfermedad, siendo necesario llevar a cabo una serie de estudios para verificar su posible causa; no siempre fáciles de descubrir.

Sin embargo, un dispositivo simple, toma en cuenta la edad de la gestación al momento de producirse el aborto; y los cataloga como "precoces", cuando ocurren dentro del primer tri-

mestre y "tardíos" a partir de entonces.

Los primeros son tenidos como de causa ovular, dependientes del huevo y de su proceso de fecundación. Los segundos son más bien debidos a una causa de orden materno.

2.2. "CAUSAS DEL ABORTO ESPONTANEO:"

La muerte y expulsión del huevo significael fracaso de la función germinativa. Son exigentes las condiciones necesarias para lograr un embarazo a término. Entre otras:

- a) Ovulos y espermatozoides normales.
- b) Adecuada fusión de los mismos y posterior división celular sin desviaciones.
- c) Medio ambiente adecuado para la nutrición y transporte por la trompa hasta el útero.
- d) Lecho endometrial preparado; lo que implica un determinado equilibrio hormonal, vascular, etc.
- e) Ausencia de factores externos capaces de dañar el proceso de desarrollo del producto de la concepción.

Tan complicado mecanismo permite entre ver las posibilidades de fallas en cualquiera de diferentes estadios y da idea de las dificultades de la investigación del aborto espontáneo. Súmese a los mismos, los factores psicológicos, maternos y pater

nos, los de salud y los generados por los medios de presiones sociales, económicos y de comunicación masivas actuales etc, y veremos complicarse a extremos el problema del aborto.

2.3- "CLINICA DEL ABORTO ESPONTANEO."

En la producción del aborto ocurren dos procesos correlativos: la muerte del huevo y su expulsión de la cavidad uterina. Ambos tienen, generalmente, curso de manera sincrónica. En ocasiones, sin embargo, puede variar el orden de ocurrencia.

En éste proceso, se reconoce clínicamente la:

- a) Amenaza de aborto.
- b) Aborto en curso y
- c) Aborto completo.

En este último caso, a veces, quedan retenidas porciones de placentas u otros tejidos ovulares, constituyéndose el cuadro del aborto incompleto, o todo el huevo desprendido, es sin embargo, retenido por más tiempo en el útero. Es el aborto diferido o retenido.

Ocasionalmente el aborto espontáneo puede infectarse al ser colonizado por microbios procedentes de la vagina o por el uso de lavados practicados en la casa.

2.4.- " ABORTO PROVOCADO O INDUCIDO: GENERALIDADES."

A diferencia del aborto espontáneo, podemos decir que el aborto provocado es la interrupción intencional y consciente de un embarazo que de otro modo llegaría hasta el término.

Las más variadas razones, pueden servir de fundamento para interferir el curso natural de un proceso tan trascendental; y el estudio de las mismas, constituyen un capítulo interesante de la ginecología social y médico legal.

Históricamente sus orígenes alcanzan hasta los albores de la humanidad; como una forma de regular la descendencia, cuando ella es un obstáculo riesgoso para la mujer y su familia. En el estudio de éste problema, hay facetas a considerar:

a) El aborto provocado como circunstancia médica, semillero de complicaciones y secuelas para la mujer.

b) El aborto como acontecer social y su impacto en la conformación y consistencia del núcleo familiar y de grupos sociales más amplios; y

c) El aborto provocado como problema moral y jurídico - teniendo en cuenta la eliminación de un ser potencial, con las implicaciones correspondientes.

Desde el punto de vista de salud pública, el aborto es un grave problema en varias ciudades de Colombia. Los registros

- 11 -

hospitalarios de Cali indican que hay dos abortos por cada cinco partos a término. En Bucaramanga, la relación es de un aborto por cada parto.

2.5.- "TECNICAS PARA EFECTUAR EL ABORTO".

El aborto puede ser inducido por múltiples procedimientos. Algunos propios de la técnica médica. Otros, debido a la imaginación popular o procederes mágicos. Los primeros son de uso corriente en la práctica del especialista; como es la dilatación del canal cervical seguido del raspado de la cavidad uterina. Es el más comunmente usado. Las inyecciones de soluciones dentro de la cavidad amniótica, el uso de productos farmacológicos que determinan contracciones de la matriz; y el más moderno y novedoso de la aspiración del contenido uterino.

Los métodos folclóricos, al alcance de abortadores, comprenden una gran variedad de agentes que van, desde infusiones de plantas-inocuo- hasta los extremadamente nocivos, como son el uso de sondas de caucho, lavados, perforación de membranas mediante instrumentos punzantes etc. Muy generalmente, éstos últimos conllevan infecciones graves, en veces mortales; cuando no las lesiones traumáticas de la matriz y de otras vísceras intestinales, la hemorragia, ya de por si suficientemente fatales.

- 12 -

Las motivaciones que más frecuentemente conducen al aborto, no son las de orden medico (aborto terapéutico, eugenésico), o de tipo "moral" (aborto por violación carnal); sino especialmente lo son de orden social. Se trata de aborto por embarazo no-deseado, por multiparidad, soltería, situación económica mala, paternidad irresponsable, clandestinismo etc.

Si tenemos en cuenta el escaso número de abortos por las dos primeras motivaciones, corresponde al aborto por razones sociales el mayor número de los que se practican.

Como apunte final, tenemos que concluir por desgracia, -9 que el aborto clandestino, es el recurso voluntario más comúnmente utilizado para la regulación de los nacimientos.

EEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEE

" C A P I T U L O III "

"
3.1.-- ASPECTOS SOCIOLOGICOS DEL ABORTO PROVOCADO O INDUCIDO:
RESEÑA HISTORICA."
"

El aborto provocado está tan generalizado en los diversos sectores de la sociedad que bien puede decirse que él constituye una verdadera endemia. La circunstancia de su alta frecuencia global y de su generalización en los diferentes grupos o estratos sociales nos inclina a pensar que sus causas han de ser muy importantes y profundas.

Para una comprensión cabal del problema del aborto como fenómeno médico social se hace indispensable la reseña, aunque sea somera, de la evolución de las actitudes de los grupos hu-

manos hacia él mismo a través de los últimos tiempos y en los diversos países. Podrá verse así como factores sociales de todo tipo van modelando actitudes generales de dichos grupos humanos y a través de estos, del individuo y, viceversa, como las reacciones del individuo y de la pareja los lleva a la toma de decisiones que terminan por modificar pautas culturales generales.

Todo comportamiento social tiene su origen en la estructura de una sociedad determinada. Una pauta de comportamiento es aceptada socialmente cuando se ajusta a roles adecuados a la sociedad a que están destinadas. Cuando cambian los modos de producción, la sociedad cambia sus estructuras y, por ende, los modos de comportamiento. En primer tiempo produce un desajuste entre los nuevos hechos sociales de los cuales resultan los nuevos modos de comportamientos, y el viejo sistema normativo. En la línea general de este proceso se desarrolla el cambio de las actitudes generales y colectivas hacia el sexo, la maternidad y, en el caso que nos ocupa el aborto.

En el transcurso de la historia la situación de la humanidad ha sido tan lábil, a merced de las pestes, el hambre y las guerras, que los guías y conductores, fueran líderes individuales o institucionales enfatizando la alta fertilidad como algo absolutamente necesario para asegurar la supervivencia de

la especie. La dignidad fue atribuida a las familias numerosas, la fertilidad endiosada como bien supremo y la falta de hijos enjuiciada como un factor negativo y signo de desprecio.

En ese clima social las mujeres estaban dedicadas totalmente a la tarea de engendrar. Tuvieron junto a la noble función de procrear solo funciones internas en las familias y una total dependencia. La mujer, ignorante y limitada a engendrar hijos, ocupó en la sociedad tradicional un lugar secundario.

Cuando la revolución industrial cambió las relaciones entre el trabajo y el capital, las superestructuras culturales comenzaron a modificarse unas tras otras dando lugar a nuevas pautas de comportamiento. Fundamentalmente cambiaron las condiciones de vida de la mujer; estas asumió funciones nuevas en la sociedad, accedió a las diversas fuentes de trabajo y estudio, se independizó económicamente. También a los hijos se le reconocieron derechos; en primer lugar el de recibir una educación e instrucción de acuerdo con la calidad exigida por el trabajo altamente tecnificado de nuestros días.

Actualmente todas las familias y cada uno de sus miembros son solicitados por la sociedad en el cumplimiento de o-

bligaciones, para lo cual es necesario una movilidad y una velocidad incompatible con el gobierno de una familia numerosa.

Es así como la sociedad moderna ha creado nuevos valores, para servir a los mismos es necesario que la familia pequeña sea así. Pareciera ser que cuando un grupo humano llega a cierto grado de civilización, automáticamente las familias sienten la necesidad de limitar el número de hijos. El control de la natalidad surge, entonces, como una necesidad social. La fuerza de esta necesidad hace que se impongan siempre.

Se trata de una necesidad que impera no solo en el seno de los matrimonios sino también en toda situación de pareja. Es indispensable reconocer la revolución sexual. Siempre hubo relaciones sexuales prematrimoniales, pero lo que da carácter al cambio de la moral sexual es la generalización de aquella y su admisibilidad social. De hecho, en la intimidad se acepta una vida sexual previa al matrimonio, es decir anterior a la constitución del hogar, instrumento necesario para la recepción y educación de los hijos. El cambio entraña, por consiguiente, la distinción entre vida sexual y procreación siendo legítimo ejercer la primera independientemente de la segunda.

Cuando las parejas no tienen asesoramiento en anticoncepción y la gran mayoría carece de tal conocimiento la necesi

dad de evitar el hijo termina en aborto. El aborto resulta, así, un final de proceso casi ineludible cuando se da como consecuencia del comportamiento sexual de la juventud. El aborto ha sido tradicionalmente el procedimiento más generalizado para realizar el control de la natalidad.

La mencionada superestructura cultural que obedecía a la vieja sociedad persiste aun en nuestro inconsciente individual y en el consciente colectivo, no obstante esta la estructura social en tran de cambio. De ahí el sentimiento de culpa que el aborto entraña aun en nuestros días, la indignación - que provoca y el desprestigio que genera. Cuando hablamos públicamente del aborto todos sentimos la necesidad de condenarlo, pero es necesario conocer las causas que lo generan y tratar de anularlas. Es decir, tratar de estudiar las bases para la profilaxis efectiva del aborto mediante las investigaciones profunda de sus motivaciones.

3.2.- "REPERCUSION PSICOLOGICA DEL ABORTO."

El aborto, como toda pérdida, es un duelo, pero un duelo agravado por que no se trata sólo de una pérdida de objeto sino también de importantes partes del Yo corporal y psicológico. Dijimos que el aborto es siempre una castración y un filicidio. Además el duelo del aborto es a menudo un duelo pato-

lógico, debido a que predominan defensas maniáticas, sobre todo la negación que evita enfrentarse con las profundas ansiedades persecutorias y depresivas que despierta. La negación no es un simple mecanismo de rechazo o de engaño, sino una escotomización de la percepción de la realidad psíquica y de la realidad externa, que impide reconocer la importancia de lo sucedido y discriminar la intensidad de las emociones suscitadas. Esto es una negación maniaca.

Sin embargo, la dificultad de un enfoque objetivo del aborto se revela una vez más, ya que en general los autores clásicos, que condenan el aborto inflexiblemente y que exigen represiones legales severas, afirman que las secuelas psicológicas de los abortos son muy importantes y graves, y sobre todo los que proceden de países en que la permisividad del aborto impone, niega la trascendencia de estas secuelas y afirman que los abortos en general no provocan perturbaciones psicológicas serias.

Es cierto que en muchos casos el embarazo es signo de perturbaciones neuróticas o caractereológicas y que en circunstancias determinadas el aborto es una conducta más sana y racional que la prosecución del embarazo. Pero un aborto deja siempre cicatrices retráctiles e inconsciente, que al replegarse -

distorcionan el equilibrio anímico y sustraen energías y capacidades, que solo se recuperan a través de una trabajosa elaboración consciente. En casi todos los estudios realizados sobre serie de mujeres con abortos, la evaluación distingue un estado de alta tensión emocional previamente y durante el aborto y reacciones de pena y culpa posteriores, que desaparecen generalmente en semanas o meses.

También se ha dicho e insistido que la presión cultural la clandestinidad, la sordidez habitual de los abortos ilegales, son la fuente de ansiedades intensas que provocan luego perturbaciones psicológicas, y en esto hay mucho de cierto. En general parece que los abortos de ese tipo traen apareados - más sentimientos de culpa que los abortos permitidos y oficiales. No hay que dudar que la respuesta emocional de la mujer dependiera en gran medida de su personalidad previa, de sus sentimientos conscientes o inconscientes del embarazo, hacia el hombre y hacia si misma, de los motivos conscientes o inconscientes que la llevaron al embarazo y al aborto, del tipo de vinculo que crea el médico o la partera, de las circunstancias concretas del aborto, y en general de todo el contexto familiar y social en que se inmersa.

En caso de trastornos psicológicos, no se trata de casualidades directas, lineales, no se trata de reglas universa

les que permitan asegurar que todo aborto provocará siempre - estos trastornos, o que siempre este tipo de trastornos se deben a abortos. Si aparecen síntomas post-aborto, estos tendrán como todo síntoma una historia particular basada en la serie complementaria de Freud (influencias recíprocas de lo congénito, la historia personal y el trauma que desencadena), - es decir que su contenido específico y su intensidad dependerán de la personalidad pre-aborto de la mujer y la pareja y - del significado específico que tuvo el embarazo y el aborto - para ellos.

De acuerdo con la práctica psicoanalítica, los trastornos más frecuentes que puedan observarse son:

Hipocondría,

Fobias,

Neurosis de fracasos,

Disminución de procesos sublimatorios; y

Deterioro del vínculo de pareja y fracaso en general de todas las relaciones objetales.

Las ansiedades hipocondríacas suelen despertarse o intensificarse por la importancia de las ansiedades persecutorias y confusionales provocadas por el aborto. Se ven a veces síntomas leves, temores de esterilidad definitiva, somatizaciones distintas, a veces esterilidad o frigidez, y en el hombre

preocupaciones por su potencia o fertilidad, eyaculación precoz, etc. Ya habitualmente en todo embarazo se despiertan ansiedades hipocondríacas en las mujeres, por la modificación del esquema corporal (temor de quedar deformadas, miedo de morir, miedo a los accidentes). Si el embarazo prosigue normalmente, por lo general, desaparecen, pero si son muy intensas pueden provocar un aborto, el que a su vez incrementa las ansiedades.

En cuanto a las fobias, pueden verse fobias francas o síntomas leves pero significativos que hay que saber buscar. En el aborto provocado las fobias aparecen relacionadas sobre todo con la angustia de castración genital. Las más frecuentes son las agarafobias y las claustrofobias, en que el factor más importante es la regresión del Yo y su identificación con el feto abortado.

La neurosis de fracaso se trata de personas jóvenes angustiadas, frustradas en todo lo que emprende, que sufren una sucesión de fracasos acompañados de desesperanza y desvaloración. La neurosis de fracasos posteriores a abortos se producen en parte por las mencionadas reacciones fobicas de huidas frente a los compromisos vitales, pero sobretodo es por identificación del Superyo o pareja parental felicidad, que no satisfecho al empujar al aborto en sí, continua precionando al Yo -

para abortar en todo lo que comprende. También influye en estos fracasos el otro aspecto mencionado: la disminución de la capacidad de sublimación, como consecuencia directa de la castración y la regresión consecuente.

La sublimación está en proporción directa con la capacidad depresiva de una de una persona, pues toda actividad creativa es repararnos y reparar, y el impulso a la preparación, junto con la tristeza, la culpa y la responsabilidad, forman el cuadro de la posición depresiva.

En cuanto a la relación de la pareja después del aborto empeoran. El aborto es a menudo índice de cierto deterioro en dicha relación, pero a partir de él, entre ellos se interpone una realidad muy persecutoria por la culpa que genera: la muerte del hijo. Es frecuente la disolución de la pareja después del aborto, sobre todo en las solteras; en todo caso se ven siempre los reproches y acusaciones mutuas, manifiestas o latentes, por proyección en el otro de la propia culpa, a veces desplazadas a detalles insignificantes que llevan así a una pelea efónica. Por otra parte la ruptura amorosa es otro elemento más de la neurosis del fracaso, que abarca también todas las relaciones objetales externas.

3.3. "LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE AL ABORTO PROVOCADO."

Dentro de las labores específicas del trabajador social en el campo del aborto provocado encontramos la educación y concientización que se brindan a las Comunidades, basadas en conocimientos sobre Planificación Familiar; enseñándoles el uso consciente de los métodos anticonceptivos existentes, sus ventajas y desventajas con el fin de evitar la morbilidad y mortalidad que ocasiona la aplicación de un aborto provocado por un hijo no deseado.

Estos programas educativos que se desarrollan pueden hacerse extensivos a las Comunidades incluyendo en estos una Educación Sexual completa. Podemos observar que existe una marcada incidencia de los Abortos Provocados en clases sociales de Status Bajo cuya escolaridad oscila entre 0 y 2 de Bachillerato y edades comprendidas entre los 20 y 25 años con un promedio de 2.5% de aborto por mujer.

3.4. "CAUSAS MAS FRECUENTES QUE MOTIVAN LA PRACTICA DEL ABORTO PROVOCADO."

Observamos como causas sociales más frecuente para el uso de la práctica del aborto provocado: El Madre Solterismo, la Unión Libre, el Status Social, Edad etc; también el aborto

- 24 -

provocado es originado por factores económicos como el escaso ingreso familiar, que no le permite el desarrollo y bienestar de la familia, y por último incluimos los factores culturales abarcando éste las tradiciones ancestrales y las creencias específicas de cada familia.

Frente a cualquier factor enunciado anteriormente, el Trabajador Social debe hacer un estudio completo para conocer las causas que originaron al Cliente a solucionar el problema de ésta manera; buscando conocer la posición y rol del cliente dentro de la familia, cuando se presenta el problema del madre solterismo; variando éste estudio cuando nos encontramos frente a casos diferentes, realizando luego el diagnóstico y tratamiento correspondiente a cada problema.

3.5.- "FUNCION DIFERENCIADA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN RELACION CON LAS ESPECIALIDADES DEL SERVICIO MEDICO."

En su complejo mecanismo de acción, existe indudablemente un centro que constituye la base, el fundamento de la forma de prestaciones y que es común a todos los campos donde se desarrolla la labor del Trabajador Social. Esa base ésta dada por el sentido filosófico, por la propia y específica metodología de trabajo, por las normas y por el criterio ético. Estos aspectos se mantienen invariable genérica, es decir, con pun -----

tos de mira que abarcan todo un sistema o en tantas otras que conforman su amplio campo de trabajo.

Dentro del Trabajo Social en el campo de la salud, ca-
bía distinguir algunos aspectos específicos y tonos caracte-
rísticos, importantes de consignar en la labor social cuando
debe armonizar con las especialidades médicas.

En el área de la salud, con respecto al servicio de Ma-
ternidad el Trabajador Social busca la organización y funcio-
namiento de centros de orientación familiar.

Este centro de Organización Familiar tiene como objeti-
vo el desarrollo de diferentes programas educativos focaliza-
dos en función de las necesidades más urgentes que se hallan -
podido descubrir en el medio local. Como funciones específicas
se realizarían:

- 1) Fichaje de todas las futuras madres que solicitan a-
tención en la maternidad.
- 2) Exploración de casos que requieran la orientación fa-
miliar.
- 3) Orientación hacia las agencias respectivas de acuer-
do con la naturaleza del problema básico; y
- 4) Supervisión y coordinación de las agencias dependien-
tes del centro de orientación familiar.

Del centro de orientación familiar deben depender, por lo menos estas tres agencias:

- a- Club de futuras madres,
- b- Club de madres; y
- c- Taller de labores.

CLUB DE FUTURAS MADRES: Debe desarrollar una tarea educativa relacionada con:

a- Educación sanitaria, que comprende los cuidados del embarazo y la preparación para el alumbramiento.

b- Educación Social, que conlleva la preparación psicológica para el parto; cuidados afectivos, morales y materiales para con el bebé; y la educación relacionada con el sico dinámismo de la familia.

CLUB DE MADRES: Debe agrupar a las púerperas, como también a las madres egresadas de la maternidad, para reforzar educación recibida en el período pre-parto y controlar la aplicación de las normas impartidas en dicho período.

Pese a que el tipo de educación promovida en los períodos de pre-parto y post-parto, son similares, conviene separar los grupos de futuras madres de los de las madres, por que tanto el factor psicológico como la adquisición de la experiencia que aporta el hecho del alumbramiento, confieren caracte-

rísticas diferenciadas que exigen una adecuación de los métodos educativos a emplear en ambas circunstancias.

"TALLER DE LABORES:" Se relaciona con el aprendizaje y confección de prendas de vestir, cama, tejidos, bordados etc, que además de brindar oportunidad de adquirir conocimientos - de gran utilidad, ofrecen facilidades a las personas de escasos recursos, en el sentido de surtirlos de los elementos indispensables para vestir al bebé.

Dentro del área de la salud el Trabajador Social hace un enfoque de su labor hacia el problema del Madre Solterismo haciendo énfasis en el problema de las madres solteras mayores y menores de edad.

Como método específico de trabajo el de caso individual para ayudar no sólo a la comprensión e interpretación de los - problemas individuales y a su orientación en la búsqueda de soluciones, si no también a su adaptación en los grupos.

El trabajador social debe además estudiar y poner en - práctica los métodos de coordinación más ágil y adecuado para obtener un mecanismo de ensamble rápido y positivo con los recursos asistenciales adecuados para la atención de estos problemas. Deben realizar coordinación con tribunales y patronatos

de menores hogares sustitutos, centros de educación y centros de salud.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

" C A P I T U L O I V "

4.1. " TRABAJO DE INVESTIGACION "

El presente trabajo se basa en una muestra de mujeres - en edad reproductiva entre los 15 y 47 años que recibieron atención médica por aborto en La Clínica de Maternidad Rafael - Calvo de esta ciudad.

El estudio comprende los meses de Febrero 15 a Julio 15 de 1974 y Diciembre del 74 a Febrero de 1975. En estos lapsos hubo un total de 4.080 partos, incluidas las cesareas; y 599 abortos. En conjunto 4.679 casos obstétricos.

		_30 _	
Partos	4.080	Casos	87.2%
Abortos	599	Casos	12.8%
<hr/>			
Total	4.679	Casos Obstétricos	

La Clínica de Maternidad es la sede del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Presta, pues una labor docente y asistencial especializada. Tiene 80 camas repartidas en distintos pabellones y atiende un promedio de 6.500 casos obstétricos anualmente. En 1974 atendió - 6.347 partos incluido las cesareas y 888 abortos.

Su clientela está constituida principalmente, por mujeres de bajos recursos económicos, venida de la zona urbana y rural circunvecina. La Clínica está localizada a corta distancia de la Avenida Pedro de Heredia, al sur oriente de la ciudad, en el barrio de Bruselas, sector de María Auxiliadora.

Con más de 15 años de servicio, es la única entidad asistencia social para la atención de la mujer embarazada. Su planta física es inadecuada para el volumen de la clientela. Los recursos económicos y humanos insuficientes. Por ello, la estadía hospitalaria es la mínima indispensable. Se cobra una módica suma por servicio con asesoría de la Trabajadora Social.

4.2.- "MATERIAL."

En las condiciones de medio suscitadamente reseñadas, adelantamos esta investigación que alcanzó a 500 pacientes tratadas por aborto provocado o espontáneo, que allí fueron en busca de servicio.

El formulario que sirvió de fundamento a la encuesta, está constituido por una serie de datos de fácil respuesta, llenados durante la hospitalización. Lo integran 3 aspectos principales:

- a- Característica de la paciente
- b- Algunos datos médicos
- c- Estadía hospitalaria.

Nos permitimos incluir el formato del mismo:

- 1) Nombre
- 2) Dirección

CARACTERISTICA DE LA PACIENTE:

- 3) Domicilio 1) Urbano 2) Rural
- 4) Edad (años cumplidos)
- 5) Empleo lucrativo: 1) No 2) Si
- 6) Raza: 1) Blanca 2) Negra 3) Mestiza 4) India
- 7) Religión: 0) Ninguna 1) Católica 2) Protestante 3) Otra

- 8) Educación: (años cursados)
- 10) Educación del esposo (años cursados)
- 11) Hijos nacidos vivos:
 - varones.
 - mujeres.
- 12) Deseo de más hijos. (cuántos)
- 13) Número total de abortos:

DATOS MEDICOS:

- 14) Semanas de gestación
- 15) Impresión clínica:
 - 1) Aborto incompleto
 - 2) Aborto séptico
 - 3) Otro
- 16) Días de hospitalización.

EEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEE

"CAPITULO V"

5.1.- "METODOLOGIA:"

En los cuadros siguientes comentamos las características generales de la muestra en estudio.

DOMICILIO: La procedencia de la paciente comprende una amplia sectorización que en lo urbano (85%-) cubre a todo Cartagena. Cincuenta barrios contribuyen con la clientela de la Maternidad.

Hay predominio de Rodriguez Torices y Olaya Herrera(15.6%). La zona rural responde a los municipios vecinos de Cartagena: Turbaco, Sta Rosa, Bayunca, Villanueva? Turbana, etc. y diversas zonas de Bolivar y otros Departamentos de la Costa.

CUADRO N° 1

<i>Procedencia</i>			
<i>C. gena : 50 sectores</i>	<i>66 corregimientos y municipios</i>	<i>75 casos</i>	<i>15%</i>
<i>Zona Urbana.</i>	<i>Zona Rural</i>		
<i>425 casos</i>			

" C U A D R O N o 1 "

5.2.- "PROCEDENCIA."

Estos porcentajes en cuanto a la procedencia de la clientela hospitalaria urbana y rural, son similares a los registrados por Veléz Ramirez para Manizales y regiones circunvecinas en su estudio sobre 1.229 abortos en el Hospital Universitario de Caldas, publicado en 1.970.

Cuadro N° 2

Aborto. Grupo de edades.
500 casos.

Grupo	10.14	15.19	20.24	25.29	30.34	35.39	40.44	45.47
N° casos	0	84	158	117	60	59	17	5
%	0	16.8	31.6	23.4	12	11.8	3.4	1

"C U A D R O No 2"

5.3.- "AÑOS CUMPLIDOS."

En cuanto a la edad de las mujeres abortadoras, se analiza el parámetro acondicionandolo en grupos de 5 años con los resultados que se observan en el cuadro número 2.

En su gran mayoría, el grupo esta constituido (71.8%) por mujeres jóvenes entre los 15 y 29 años. No hubo ninguna - paciente por debajo de los 15 años ni mayor de los 47 años - cumplidos.

CUADRO N° 3

Aborto. Características raciales.
500 casos.

Grupo —	Mestiza	Negra	Blanca
N° Casos	431	59	10
%	86.2	11.8	2

" C U A D R O N o 3 "

5.4.- "CONDICIONES RACIALES."

En relación con este acápite, el 86.2% de la muestra lo forma personal mestizo, según se aprecia en el cuadro No 3.

La anterior discriminación no tiene importancia en la producción del aborto; y solo traduce la composición étnica de la zona de influencia de la Clínica; con un mayor porcentaje de mestizos (86.2%).

CUADRO N° 4

Aborto. Aspectos Religiosos. - 500 casos		
Religión	N° de Casos	%
Catolica Apostolica R.	471	94.2
Protestante	19	3.8
Ninguna	10	2.

" C U A D R O N O 4 "

5.5.- RELIGION.

En el mismo sentido entendemos la afirmación de religio-
sidad hecha por las pacientes y tabuladas en el Cuadro No 4.

Aún cuando en mínimo porcentaje no deja de llamar la a-
tención la falta de creencia religiosa señalada por el 2% de -
las mujeres que abortaron. Por lo demás, el predominio de las
creyentes católicas Apostólicas Romanas. es incuestionable.

CUADRO Nº 5

Aborto estado civil -
500 casos.

	Casadas	Unión libre	Segundas uniones	Solteras
Número de Casos.	220	253	10	17
%	44	50.6	2	3.4

CUADRO N° 6

ABORTO - ESTADO CIVIL - 500 CASOS								
NUMERO DE ABORTOS	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL DE ABORTOS
CASADA	153	46	12	5	3	1		322
U. LIBRE	179	53	12	5	2	1	1	364
SEG. UNION	6	1	1	2				119
SOLTERAS	11	5	1					24
CASOS TOTALES	349	105	26	12	5	2	1	500

"CUADRO No 5 y 6"

5.6.- "ESTADO CIVIL."

Tenido como una característica importante la condición de casada o la forma como se integra al lazo conyugal, el estado civil de la pareja representa un indicador de su comportamiento social. Ello nos obliga a analizarlo para reconocer el papel que tal situación conlleva en relación con el aborto.

Consideramos:

a) Casada, la unión conyugal consagrada por el vínculo religioso o legal.

b) Unión Libre, la unión conyugal estable sin sujeción alguna religiosa o legal.

c) Segunda Unión, las viudas o casadas y separadas; - que hacen nuevamente vida marital.

d) Soltera, a las que no une ningún lazo marital estable.

Así considerados, se observa el predominio de las uniones libres 50.6% seguido por las parejas casadas según rito religioso 44% en el grupo de estudio.

La frecuencia del aborto se reparte prácticamente entre casadas (44.1%) y uniones libres (49.9%). Con ligero predominio de estas últimas.

Anotamos si, que los altos porcentaje en ambas condiciones, aún cuando puedan reflejar la composición por el estado civil de la comunidad, señalan igualmente la tendencia hacia el aborto, como solución al embarazo no deseado. Y establecemos el hecho, que el vínculo religioso no es, en modo alguno, una garantía contra la práctica del aborto.

CUADRO N° 7

Aborto	Oficio Lucrativo - 89 Casos Segun Grupo de edades						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-47
G. edades							
N° de Casos	14	30	24	4	11	5	1
%	15.7	33.7	26.7	4.5	12	5.6	1.8

"CUADRO No 7"5.7.- "OFICIO LUCRATIVO."

Consideramos como oficio lucrativo, cualquier labor más o menos permanente, dentro o fuera del hogar, que permite una ganancia económica.

La participación femenina en el trabajo o en oficios remunerados, que es bastante restringida, parece ser una condición limitante de nuevos embarazos y no favorable a la práctica de abortos.

En el grupo estudiado solamente 89 mujeres (17,4%) tenían algún trabajo. 411 mujeres (82.6%) no tenían oficio algu-

no. Su distribución por edades, es como sigue.

El cuadro anterior nos muestra un 15.7% de adolescentes menores de 20 años y 60.4% comprendido entre los 20 y 29 años.

CUADRO N° 8

ABORTO	OFICIO LUCRATIVO SEGUN N° DE ABORTOS - 89 CASOS		TOTAL ABORTOS	%
	MUJERES QUE TUVIERON C/U	ABORTO		
67		1 ABORTO	67 ABORTOS	52.7
14	"	" 2 "	28 "	22.
4	"	" 3 "	12 "	9.4
2	"	" 4 "	8 "	6.5
2	"	" 5-7 "	12 "	9.4
TOTAL 89	"	" EN TOTAL	127 "	100%

" C U A D R O N o 8 "5.8.- " OFICIO LUCRATIVO SEGUN NUMERO DE ABORTOS. "

Este grupo tuvo 127 abortos o sea 16.9% sobre el total de 729 casos.

El promedio del grupo fue de 1.4 por mujer. Relativamente alto.

CUADRO N° 9

HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN GRUPO DE EDADES —500 CASOS																
GRUPO DE EDADES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL DE CASOS
15 19	51	25	8													84
20 24	38	52	33	21	10	2	2									158
25 29	11	18	20	21	21	14	8		2	2						117
30 34	2	2	5	7	13	10	9	6	2	2	2					60
35 39		2	4	5	9	7	10	8	4	4	1	1	3		1	59
40 44	1		1	2	2	1			2	2	1	2	2	1		17
45 47									1		3				1	5
TOTAL	0	99	142	168	220	170	174	98	88	90	70	33	60	13	30	1.455

CUADRO N° 10

103 MUJERES TENIAN	O	HIJOS NACIDOS VIVOS	O
99	" "	1	" " " 99
71	" "	2	" " " 142
56	" "	3	" " " 168
55	" "	4	" " " 220
34	" "	5	" " " 170
29	" "	6	" " " 174
14	" "	7	" " " 98
11	" "	8	" " " 88
10	" "	9	" " " 90
7	" "	10	" " " 70
3	" "	11	" " " 33
5	" "	12	" " " 60
1	" "	13	" " " 13
2	" "	14	" " " 30
TOTAL			
500	" "	" "	" " " 1,455

CUADRO N° 11

ABORTO - NACIDOS VIVOS POR GRUPO DE EDADES			
GRUPO DE EDADES	N° DE CASOS	HIJOS VIVOS	%
15 a 19	33	41	2.8
20 a 24	120	243	16.9
25 a 29	106	357	24.6
30 a 34	58	285	19.5
35 a 39	59	352	24.1
40 a 44	16	124	8.5
45 a 47	5	53	3.6
TOTALES	397	1.455	100%

"C U A D R O S No 9 , 10 y 11"

5.9. "FECUNDIDAD. HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN GRUPO DE EDADES."

Para el conocimiento más completo del grupo, es necesario tener en cuenta una característica fundamental e importante la fecundidad. Demostramos en los cuadros anteriores aspectos relativos al número de hijos y abortos tenidos según grupo de edades, hasta el momento de la encuesta, y la relación entre uno y otro parámetro.

DEL presente cuadro se explica así: en el primer reglón horizontal, el número de hijos vivos de 0 a 15. En la primera columna vertical de la izquierda los grupos de edades en unidades de 5 años.

El total indica que:

El conjunto de 397 mujeres, eliminadas 103 que tuvieron 0 hijos nacidos vivos, tuvieron en total 1.455 hijos nacidos vivos. El reparto por grupos de edades es el siguiente:Cuadro No 11.

CUADRO N° 12

AÑOS DE NACIMIENTO	GRUPOS DE EDADES	PROMEDIO DE HIJOS
1.926 - 1.930	49 - 45	10.6
1.931 - 1.935	44 - 40	7.7
1.936 - 1.940	39 - 35	6
1.941 - 1.945	34 - 30	4.9
1.946 - 1.950	29 - 25	3.3
1.951 - 1.955	24 - 20	2
1.956 - 1.960	19 - 15	1.2

" C U A D R O No 12 "

5.10.- " AÑOS DE NACIMIENTO, GRPOS DE EDADES, PROMEDIO DE HIJOS."

Para una mayor claridad y entendimiento de los manifies -
tos indices de fecundidad del conjunto, lo reagrupamos de a -
cuerdo con los años de nacimiento. Veremos cómo, los diferen -
tes porcentajes pueden obedecer, en parte, a tendencias socia -
les; tenidas por naturales en su tiempo. Comenzaremos por los
años de nacimiento de los grupos de mayor edad, indicando el
promedio de hijos.

Este nuevo enfoque nos pone de presente cómo las fami -
lias numerosas (10.6 = 7.7 = 6 = hijos promedios) responden a
conceptos de medio siglo atrás, cuando miembros numerosos sig -
nificaba prestigio, aynda o amparo para los años por venir.

Después de la segunda guerra mundial nuevas circunstancias, nuevas ideas y conceptos (Planificación Familiar, anti-concepción, tamaño de la familia) la culturalización de la gran masa de población mediante más fáciles fuentes de información que no requieren siquiera que se sepa leer, las mayores estrecheces económicas, etc. Van a la larga imponiendo poco a poco la necesidad de planificar la familia a expensas de los hijos por nacer.

CUADRO N° 13

7 29 ABORTOS SEGUN GRUPO DE EDADES 500CASOS									
GRUPO DE EDADES	NUMERO DE ABORTOS							TOTAL DE CASOS	
	1	2	3	4	5	6	7		
15 a 19	71	12	1					84	
20 a 24	127	23	7	1				158	
25 a 29	80	27	6	3	1			117	
30 a 34	39	14	4	2	1			60	
35 a 39	27	24	5	2	1			59	
40 a 44	5	4	2	3	1	1	1	17	
45 a 49		1	1	1	1	1		5	
TOTAL	349	210	78	48	25	12	7	729 CASOS	

" C U A D R O No 13 "

5.11.- ABORTOS SEGUN GRUPO DE EDADES."

Para redondear este capítulo sobre fecundidad conyugal, veamos que pasa con los embarazos frustrados por aborto.

En conjunto, las 500 mujeres, abortaron 729 veces, 349 mujeres tuvieron un solo aborto; en tanto que las restantes - 151 tuvieron 380 abortos para un promedio de 2.5 aborto por - mujer; lo que señala la posibilidad del aborto provocado.

CUADRO N° 14

349 MUJERES TUVIERON C/U	1 ABORTO	349 ABORTOS
105 "	2 "	210 "
26 "	3 "	78 "
12 "	4 "	48 "
5 "	5 "	25 "
2 "	6 "	12 "
1 "	7 "	7 "
500 "		729 "
TOTAL		

CUADRO N° 15

GRUPO DE EDADES	NUMERO DE CASOS	TOTAL DE ABORTOS	PROMEDIO
15 19	84	98	1.2
20 24	158	198	1.2
25 29	117	169	1.4
30 34	60	92	1.5
35 39	59	103	1.7
40 44	17	49	2.9
45 49	5	20	4
TOTALES	500	729	

CUADRO N° 16

TOTAL DE CASOS OBSTETRICOS 2.184		
PARTOS	1.455	66.7 %
ABORTOS	729	33.3 %
TOTALES	2.184	100 %

" CUADROS No 14, 15 y 16"

5.12.-"ABORTOS: GRUPO DE MUJERES."

El cuadro No 14 nos agrupa a las mujeres según las veces que abortaron destacandose el hecho que los primeros 3 abortos corresponden al 65.9% del total.

En relación con las escalas de edades, los abortos se repartieron así: Cuadro No 15. El promedio de aborto es alto para todas las escalas de edades, aumentando sensiblemente con la mayor edad a partir de la tercera década de la vida.

En resumen, el total de 397 mujeres tuvieron 1.455 hijos nacidos vivos (Excluidas 103 mujeres que tuvieron 0 hijos

nacidos vivos); y todas 500 mujeres 729 abortos para 2.184 casos obstetricos.

El 33.3% de abortos en una comunidad (Un aborto por - cada 2 partos) es altamente indicativo de aborto provocado;- ya que excede ampliamente la frecuencia del espontáneo, considerado alrededor del 10%.

CUADRO N° 17

ABORTO E HIJOS VIVOS 500 CASOS									
HIJOS VIVOS	VECES QUE ABORTARON							TOTAL ABORTO	%
	1	2	3	4	5	6	7		
0	90	14	3	2				135	18.5
1	83	15	2					119	16.4
2	50	14	5	1				97	13.3
3	38	14	6	1	1	1		99	13.6
4	35	10	5	1				74	10.2
5	21	10		2				49	6.7
6	14	13		2				48	6.5
7	6	5	1	1			1	30	4.2
8	7	4	1		1			23	3.2
9	1	2	2	1	1			20	2.7
10	2	2	1	1	1	1		24	3.2
11	1	2						5	1.5
12	1				1			6	
TOTAL	349	105	26	12	5	2	1	729	

" C U A D R O No 17 "

5.13.- ABORTO E HIJOS VIVOS.

Otro de los factores que pueden conducir al aborto como solución al embarazo no deseado, es el número de hijos ya existentes en el hogar.

Es pues, de interes, conocer que relación puede existir en estas condiciones ,entre el número de hijos nacidos vivos - y el aborto.

Como puede verse en el cuadro anterior, el porcentaje - aborto es elevado desde el primer embarazo (18.5%) hasta el ± tercer hijo. El grupo femenino asi formado 329 casos (65.8%)

de la muestra de 500 mujeres. Ver cuadro 9 y 10 que factiblemente recurre al aborto para planificar el tamaño de la familia o dar solución al problema del embarazo indeseado, lo constituyen mujeres jóvenes, entre los 15 y 29 años (59.6%) y en alta proporción adolescentes (16.8%).

La incidencia elevada del aborto y las veces que este se repite, nos permite anotar como factor predisponente a su ocurrencia, el número de hijos vivos.

CUADRO N° 18

ABORTO DESEO DE MAS HIJOS 500 CASOS		
HIJOS MAS QUE SE DESEAN	NUMERO DE CASOS	%
0	238	47.6
1	83	16.6
2	94	18.8
3	50	10
4	15	3
5	5	1
6	15	3

" C U A D R O No 18 "5.14.-"DESEO DE OTROS HIJOS."

Siendo así que la posición de rechazo a la maternidad se convierte en un momento dado, en actitud agresiva contra un nuevo embarazo, investigamos el querer de la mujer acerca de otros hijos.

Anotamos cómo es de prioritario en el grupo el deseo de no tener más hijos (47,6%) lo que traduce una actitud favorable a la práctica del aborto. En conjunto, este grupo que no deseaba más hijos tuvo 418 abortos; correspondientes al 57.3% sobre 729 que fue el total del grupo de 500 abortadoras. Las anteriores cifras refuerzan los datos del Cuadro No 17. c

CUADRO N° 19

Mujeres 500 Casos		Hombres 207 Casos	
Mujeres		Hombres	
%	N° de Casos	Años de Escuela	N° de Casos
12.4	62	.0	32
14.2	71	1 a 2	14
19	95	3	18
36	180	4 a 5	72
10	50	6 a 7	30
5	25	8 a 9	17
24	12	10 a 11	14
1	5	12 mas	10
TOTAL 100%	500		207
			100%

CUADRO N° 20

ESCOLARIDAD	AÑOS	N° DE CASO	%
ANALFABETISMO	0	62	12.4
PRIMARIA	1 a 5	346	69.2
SECUNDARIA	1 a 6	87	17.4
PROFESION	ALGUNOS	5	1
TOTAL		500 CASOS	100 %

" C U A D R O No 19 y 20 "

5.15.- " ABORTO Y ESCOLARIDAD. "

Otro elemento importante en el diagnóstico del aborto como enfermedad social lo constituye el grado de escolaridad de la pareja conyugal. Inicialmente podemos decir, se ha señalado el analfabetismo como un factor de gran preponderancia en la práctica del aborto. El desconocimiento de la lectura y sus funestas consecuencias retrógrada a un grupo numeroso de la sociedad, marginado también de toda fuente cultural diferente al folclorismo y la tradición.

Por ello quisimos comprobar que tanto proporcionalmente encierra la relación entre los abortos y el analfabetismo y el

mayor o menor grado de escolaridad del grupo.

En la investigación de estos parámetros, se suman los diferentes años de estudios, teniendo en cuenta, el regimen de cinco años para la escuela primaria, 6 para la secundaria etc.

Se verifico la escolaridad a todas las mujeres y el correspondiente a 207 cónyuges cuando eran casados.

El grupo estudiado contra lo que pudiera creerse presenta un grado bajo de analfabestismo (12.4%) entre las mujeres y 15.4% entre los cónyuges. En general las mujeres tuvieron más escuela primaria 69.2% contra el 50.3% de sus maridos.

Esta condición se invierte para el bachillerato y algunos años de carreras intermedias. Los hombres responden a un 34.2% y las mujeres solo al 18.4%. En resumen, la estratificación educativa del grupo femenino se observa en el cuadro No 20.

CUADRO N° 21

ESCOLARIDAD Y ABORTO										
408 ANALFO - ALFABETAS - 607 ABORTOS										
AÑOS DE ESCUELA	NUMERO DE ABORTOS							N° TOTAL DE ABORTO	%	
	1	2	3	4	5	6	7			
0	35	15	7	2	1	2		111	18.3	
1 a 2	48	16	3	3				103	16.7	
3	61	19	8	1	2			137	22.6	
4 a 5	125	38	7	4	1		2	257	42.4	

CUADRO N° 22

ESCOLARIDAD Y ABORTO						
BACHILLERATO Y OTROS - 122 ABORTOS - 92 CASOS						
AÑOS DE BACHILLERATO	VECES QUE ABORTAN				NUMERO TOTAL DE ABORTOS	%
	1	2	3	4 mas		
1 a 2	40	12	2		70	57.3
3 a 4	24	5			34	27.8
5 6	12	1			14	11.5
OTROS	4				4	3.4

" C U A D R O No 21 y 22 "

5.16.-" ESCOLARIDAD Y ABORTO. "

En relación con el número de abortos, los cuadros 21 y 22 y la gráfica número 1 son muy elocuentes.

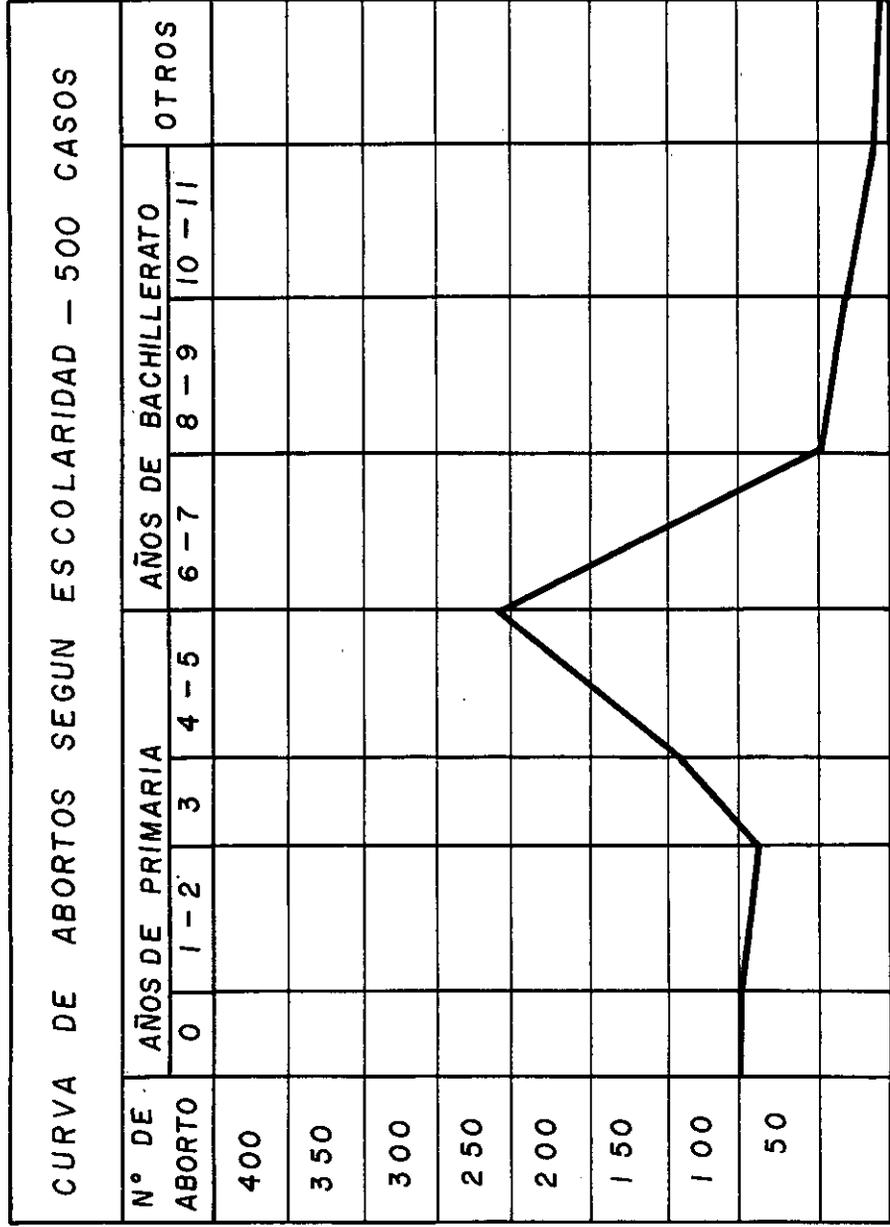
En el cuadro No 21 vemos que la zona de analfabetas tuvo 111 abortos para 18.3%. El sector primario 496 en total para 64.9%. En el cuadro No 22 el bachillerato suma 122 abortos para un 16.8% prácticamente similar al porcentaje de la franja analfabeta.

El análisis de estos cuadros nos muestra cómo en la fase analfo- alfabeta, el porcentaje de abortos aumenta a medida

que la mujer se supone algo más instruida. I pasa, del 18.3% (analfabetas) al 22.6% (tercer año de primaria) para llegar hasta el 42.4% entre el cuarto y quinto año de primaria.

Lo contrario se observa en la fase del bachillerato y años de carrera, donde a mayor escolaridad, menor frecuencia del aborto.

GRAFICA N° 1



"G R A F I C A N O 1."

5.17.-"CURVA DE ABORTOS SEGUN ESCOLARIDAD. 500 CASOS."

Los resultados del exámen de la ecuación aborto escolaridad, sorprende algo. No es sólo el analfabetismo la razón suficiente para el aborto. La curva de este crece en cierta medida paralela al grado de instrucción primaria de la mujer. I aún cuando decrece con los años de carrera profesional, su ocurrencia todavía alta a estos niveles, supone en la mujer o pareja conyugal afectada, la única salida posible ante la coyuntura del embarazo no deseado. Lógico es que así sea. Cuando prejuicios familiares, ataduras convencionales del honor, el rechazo social de la madre soltera y de su hijo "natural e ilegítimo", la falta de protección por parte del estado para la

mujer en estas condiciones, practicamente empujan, al riesgo de su propia vida, hacia el aborto provocado.

CUADRO N° 23

ABORTOS SEMANA DE GESTACION 500 CASOS		
SEMANAS DE GESTACION	NUMERO DE CASOS	%
4 a 8	141	28.2
9 a 12	212	42.4
13 a 16	111	22.2
17 a 20	35	7
23	1	0.2

"CUADRO No 23"

5.18.- SEMANAS DE GESTACION.

DATOS MEDICOS: Desde el punto de vista médico, las semanas de gestación comienzan a contarse desde el primer día de la última regla, hasta la fecha en que se produce el aborto.

Es muy frecuente que los abortos tengan lugar en las primeras 4 semanas siguientes a la falta menstrual, particularmente cuando el embarazo no es deseado. Es también, la etapa gestacional durante la cual se produce en su mayoría la eliminación espontánea del producto de la concepción cuando este es afectado por anomalías de orden genético u otros factores adversos a su desarrollo intrauterino.

Los mayores riesgos que corre la mujer a medida que progresa la gestación, disminuye la práctica del aborto por encima del tercer trimestre, más de 12 semanas.

En el cuadro anterior comprobamos su alta incidencia 70.6% durante el primer trimestre, entre las 4 y 12 semanas. Cifras iguales a las registradas por Vélez Ramirez en su estudio sobre el aborto hospitalario en el Hospital Universitario de Caldas; y similares a las de otros autores.

5.19.- ESTADIA HOSPITALARIA.

La estadia hospitalaria señalada en días, 24 horas, - puede darnos una idea grosera de costos para este tipo de pacientes no conociendo el valor en pesos del tratamiento médico, variable de una a otra, los gastos promedio de cuidados de enfermería, alimentos con sueldos de personal etc. Utilizamos el valor de \$100.00 pesos que paga un pensionado diario en la Clínica de Maternidad.

De esta manera, 481 pacientes cumplieron un total de 716 días con un costo de \$71.600.00 en solo estadia hospitalaria.

Por necesidades de servicio, se procura la menor estancia posible para la paciente por lo que algunas de ellas, 19

tuvieron una permanencia de solo horas, entre 5 y 10 después del curetaje.

Cuanto el aborto se acompaña de complicaciones como es el caso de la infección por maniobras abortivas, este tiempo se prolonga, a veces por semanas, siendo pues su costo elevadísimo. Cinco pacientes los pagaron con su vida, como lo relatamos más adelante.

Como ejemplo de lo que cuesta la atención hospitalaria de los casos de aborto bastemos señalar las cifras dadas por el hospital universitario de Caldas para los años 1960-68 donde se gastó la suma de \$503.146.00 equivalente al 1.8% de su presupuesto para esos años.

5.20.- "MORTALIDAD MATERNA."

En el aborto espontáneo las complicaciones o el comprometimiento de la salud materna es infrecuente. Por el contrario, la hemorragia por traumatismos y la infección, es la regla en los abortos provocados. Particularmente, cuando son practicados por empíricas, ajenas al uso de las medidas elementales de higiene y sin conocimiento necesario de los órganos genitales.

El aborto provocado ocupa una posición predominante como causa de morbilidad y mortalidad femenina. En países como en Chile en 1961, este hecho era la causa del 37% de la mortalidad. Una mujer moría por cada 250 tratadas por aborto provocado.

La mortalidad materna en el Hospital materno infantil de Bogotá responde al 4.4% por aborto inducido. Contrasta la situación de estos dos países suramericanos, en los que el aborto es un delito y prolifera sin embargo, el aborto clandestino con las estadísticas de Yugoslavia y Estado Unidos, en donde el procedimiento está legalizado. En el primero muere una mujer por cada 16.000 abortos; y en el segundo entre 73.000 abortos practicados en 66 hospitales murieron en dos años (1970-71) solo 6 mujeres; una por cada 12.166 abortos cada 166 abortos. Solo 23 mujeres (4.6%) admitieron la provocación del aborto, incluyendo las tres que murieron.

La primera muerte ocurrió en sala de emergencia el día 24 de Abril 1974 en pacientes de 21 años, "señorita" por shock séptico secundario a gangrena gaseosa del útero. Hist.69550-protocolo de autopsia 037-74.

La segunda paciente de 31 años, 6 hijos, se atiende en Junio 8 de 1974 por aborto provocado. Muere al día siguiente por incoagulabilidad de la sangre (coagulopatía de consumo)

Historia 69.745.

La tercera paciente atendida en Agosto 5 de 1974 ,mujer de 23 años con un hijo vivo muere por hemorragia interna por perforación uterina. Shock séptico. Hist 80225.

Finalmente una cuarta paciente de 25 años con 2 hijos vivos quien no muere pero hay que practicarle resección parcial de la matriz, y del segmento sigmoide del intestino, abocando este a la pared abdominal. Dura 6 meses hospitalizada, y debe ser sometida a una nueva cirugía.

Sirva como epílogo de tesis, el breve relato final de unas vidas jóvenes brutalmente segadas por el aborto provocado que resalta la horrenda realidad social, al tiempo mismo que pone de presente los graves daños, en veces irreparables, que en muchas ocasiones acarrea la práctica clandestina de este procedimiento, en ciertos núcleos familiares.

No quisieramos acotar soluciones que saltan a la vista y que compete tomar a la misma sociedad, por parte de sus dirigentes. Mientras, tengamos este modesto trabajo, negativo fotográfico de una necesidad y práctica de la comunidad.

"RECOMENDACIONES"

Siendo el aborto provocado un problema con características de enfermedad social y complejas proyecciones morales, psicológicas, legales de salud, económicas etc, nuestra primera y única recomendación:

Que la Escuela de Trabajo Social organice un trabajo cooperativo para investigar más a fondo el aborto provocado, integrando un grupo de estudio interdisciplinario con Trabajadores Sociales, Médicos, Psicólogos, Sociólogos, Sacerdotes, y Abogados.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

"CONCLUSIONES"

Al terminar el presente trabajo, concluimos que:

1.- El Aborto Provocado es un problema de orden social- que afecta de manera particular a los grupos humanos de bajos - recursos económicos y culturales.

2.- En la comunidad estudiada- 500 mujeres en edad fér - til- el índice de Aborto es notablemente alto - (33.3%)- un a - borto por cada dos partos.

3.- Lo anterior que excede ampliamente la frecuencia del aborto espontáneo, señala al aborto provocado como práctica - del grupo ante el embarazo no deseado.

4.- El vínculo social que une a la pareja conyugal impor - ta poco como factor favorecedor o profiláctico del Aborto. Abor - tan tanto las casadas, como las que viven en unión libre.

5.- La condición cultural de la pareja, tiene importancia en la prevención del aborto. Este es más raso a partir del bachillerato.

6.- El grado de educación de la pareja conyugal juega un papel importante en la prevención del aborto. Su ocurrencia disminuye a medida que aumenta la escolaridad del grupo a partir del bachillerato.

7.- Por el contrario el analfabetismo y los primeros años de primaria aportan un porcentaje mayor de abortos.

8.- El número de hijos tiene marcada relación con la frecuencia del aborto; siendo su incidencia mayor en las familias numerosas.

9.- Las mujeres jóvenes - 15 a 29 años - constituyen el grupo con más alta incidencia de abortos (59.6%) y una alta proporción las adolescentes (16.8%).

10.- Económicamente el aborto provocado lesiona enormemente el presupuesto hospitalario; siendo su costo comparativamente mucho mayor que el de un parto.

11.- El aborto provocado es una de las principales causas de morbimortalidad en la mujer, y cuya gravedad está dolorosamente manifiesta en la muerte de tres pacientes.

12.- La educación de la comunidad con el conocimiento básico de la sexualidad humana, sobre reproducción, paternidad responsable y procedimientos médicos de anticoncepción, constituiría la mejor profilaxis del aborto provocado como patología social.

"BIBLIOGRAFIA"

Caldera Dante, Del Valle Elsa
Olivares J. Domingo,
Regueira D. César,
Normandi J. Osvaldo.

ABORTO. ESTUDIO CLINICO.-
PSICOLOGICO. SOCIAL Y JURI-
DICO. Editorial Médica Pa-
namericana. Buenos Aires.

Boletín de Informes Médicos.

DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ME-
DICOS Y PUBLICOS. Centros-
médicos de la Universidad-
George Washington.

Boletín de Población.

ABORTO: LA CONTINUA CONTROL →
VERSIA. Volumen Cuatro. No.
3.

De Branderburg Ana B.

SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO
Editorial Humanitas. Buenos --
Aires.

Diccionario Enciclopédico
Hispano-Américoano.

TOMO I. EDICION PROFUSAMENTE
ILUSTRADA. Montaner y Simón-
Barcelona. W.M. Jackson Inc.
Nueva York.

Duarte Contreras, A.

ESTUDIO COMPLETO DE 235 ABOR-
Revista Colombiana de Gineco-
lógia y Obstetricia. Sept.Oct
1.964.

Informes Mensuales

PROGRAMA DE ATENCION MATERNO-
INFANTIL. Universidad de Car-
tagena. 1.974.

Isasa Mejia G.

270 RASPADOS UTERINOS POR A -
BORTOS. Revista Colombiana de
Ginecológia y Obstetricia.
Sept.Oct. 1.960.

León C.A. De Vargas Cecilia

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL A-
DEL ABORTO PROVOCADO. Acta Mé

dica del Valle. Vol. III.
No. 2. 1.972.

León J. y Col.

MANUAL DE OBSTETRICIA. Buenos
Aires. 1.967.

Vélez Ramirez.

ABORTOS. HOSPITAL UNIVERSITA-
RIO DE CALDAS. Revista Colomb-
biana de Ginecología y Obste-
tricia. Vol. XXI. No. 2. 1.970.
1.970.

EEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEE