

RD
304.66
U58e



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA (UNPHU)
CENTRO DE INVESTIGACIONES — UNIDAD DE ESTUDIOS SOCIALES

ESTUDIO DEL ABORTO EN 200 MUJERES EN LA REPUBLICA DOMINICANA

RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACION EN
PLANIFICACION FAMILIAR



PREPARADO EN COLABORACION CON:

Maternidad Nuestra Sra. de la Altagracia,
Santo Domingo, R.D.

Hospital José María Cabral y Báez,
Santiago, R.D.

Transnational Family Research Institute,
Silver Spring, Washington, U.S.A.

Instituto Nacional de Educación Sexual, Inc.,
Auspiciado por APEC,
Santo Domingo, R.D.

Santo Domingo,
REPUBLICA DOMINICANA
1975

UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO HENRIQUEZ UREÑA
(UNPHU)

CENTRO DE INVESTIGACIONES
UNIDAD DE ESTUDIOS SOCIALES

ESTUDIO DEL ABORTO EN 200 MUJERES EN
LA REPUBLICA DOMINICANA

Recomendaciones para la
educación en planificación familiar.

Preparado en colaboración con:

TRANSNATIONAL FAMILY RESEARCH INSTITUTE,
Silver Spring, Washington, U.S.A.

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL, INC.,
Auspiciado por APEC, Santo Domingo, R.D.

MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA,
Santo Domingo, R.D.

HOSPITAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
Santiago, R.D.

Santo Domingo
REPUBLICA DOMINICANA
1975

RJ
304-66
258e

INDICE

INFORME No. 1	
Antecedentes y Planificación del Estudio	3
Reconocimiento	4
Prefacio: Año Internacional de la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz	7
Introducción	9
"Mapping Sentence"	32
Bibliografía	33
INFORME No. 2	
Características Socio-Económicas y Demográficas de las Mujeres Estudiadas	35
Introducción	36
Descripción de las Características de las Mujeres Estudiadas	37
Bibliografía	66
INFORME No. 3	
Historial de Fecundidad de las Mujeres Estudiadas	67
Introducción	69
Bibliografía	86
INFORME No. 4	
Conocimiento, Actitudes y Prácticas Relacionadas con los Métodos Anticonceptivos	87
Introducción	89
Bibliografía	108
INFORME No. 5	
Historia Menstrual, Actitudes Frente al Aborto y Rechazo de las Mujeres por sus Maridos y Familiares	109
Introducción	111
Bibliografía	147
INFORME No. 6	
Algunas Implicaciones Económicas	149
Introducción	150
Bibliografía	176

INFORME No.1
ANTECEDENTES Y PLANIFICACION DEL ESTUDIO

Redactado por:
Dra. Antonia Ramírez y
Lcda. Cándida E. Ramírez

Revisado por:
Dra. Antonia Ramírez
Santo Domingo, D.N.,

RECONOCIMIENTO

Este estudio fue realizado por el Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña de la República Dominicana y co-auspiciado por el Instituto Nacional de Educación Sexual, Inc., también de la República Dominicana, y el Transnational Family Research Program of American Institutes for Research, (U.S.A.). Estuvo dirigido por la doctora Antonia Ramírez Medina, y durante el tiempo que pasó en la Universidad de Puerto Rico, la supervisión fué asumida por el Ingeniero Ezequiel García Tatis, director del Centro de Investigaciones.

Las responsabilidades diarias del proyecto incluyendo la recolección de datos y la tabulación fueron dirigidas por la Licenciada Cándida Emilia Ramírez Espaillat y Antoinette Russin, M.S.W. Las entrevistas fueron conducidas por Eddy Bergés, Alfonso Lebrón (estudiantes de términos de medicina a la fecha, hoy ya médicos) y el Lcdo. en psicología Frank Herrera. La codificación estuvo a cargo de Kathen de Villeta, Oscar E. Hungría y Juan A. Biaggi. La asistencia secretarial fue provista por la Sra. Madel Morel de Frías y el Sr. Eusebio A. Silver González.

A través de todo el proyecto se contó con el apoyo del Dr. Juan Tomás Mejía Feliú, Rector de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Estamos agradecidos de la decidida colaboración del Dr. Vinicio Calventi, Director del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en Santo Domingo, y del Dr. Octavio Almonte, Director del Hospital José María Cabral y Báez, en Santiago de los Caballeros, ya que ellos dieron todo tipo de facilidades al personal de investigación.

Asesoramiento y estímulo fueron recibidos por el Dr. Humberto Sangiovanni, Director de la Escuela de Medicina de la UNPHU, del Dr. Pedro Pichardo, Director de la Clínica de Planificación Familiar del Hospital José María Cabral y Báez;

del Dr. José Manuel Guzmán, profesor de la UNPHU y miembro del personal directivo de la maternidad; el Dr. Orestes Cucurullo, Secretario Ejecutivo de la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia, Inc.; la Dra. Olga Báez Berg, Secretaria Ejecutiva del Instituto Nacional de Educación Sexual, Inc., (INES); el Dr. Bienvenido Delgado Billini, Presidente del mencionado Instituto, así como al Lcdo. Luis González Fabra, Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA).

El enlace entre los grupos participantes en el proyecto fue provisto por el Dr. Alberto Noboa en representación de INES.

Durante la realización del proyecto se recibió la asesoría de los Sres. Raymond Johnson, Ph. D., Henry P. David, Ph. D., Herbert L. Friedman, Ph. D., del TFRP/AIR., quienes nos aportaron experiencias valiosas.

Agradecemos la colaboración prestada por los encargados de las secciones de Archivos de ambos hospitales, así como al personal de la División de Estadísticas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Así también agradecemos muy especialmente la colaboración prestada por la Sra. Fidelina Thorman de Aguilar, Sub-Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y la Dra. Licelott Marte de Barrios, Sub-Secretaria de Estado de Relaciones Exteriores, por hacer posible la publicación del estudio.

Nuestro reconocimiento y agradecimiento a todos los que han hecho posible este estudio que hoy presentamos.

parecería ser una burla a la actual legislación el alto porcentaje de éstos, o un desconocimiento total en desacato a esta disposición. Cabría entonces preguntar ¿Qué lleva a la mujer a cometer el acto criminal?

Concluimos pues, conscientes una vez más, de que en la problemática del aborto corresponderá a la mujer en la búsqueda de su plena participación en la sociedad, el lograr la valorización de su condición, factor éste, entre otros, que necesariamente nos presentará una mujer que conjuntamente con el hombre asuma sus deberes frente a la procreación.

Los esfuerzos pués, de mujeres preocupadas de estos y otros problemas han permitido que en este año de 1975, año de estudio, análisis y evaluación de la situación de la mujer en el mundo, se conozca la presente encuesta como contribución al Año de la Mujer, gracias a la inquietud manifiesta de amplios sectores de nuestra sociedad, la que vendrá a nutrir los estudios ya conocidos en este campo, a la vez que, incentivará la búsqueda de nuevas soluciones.

PREFACIO

AÑO INTERNACIONAL DE LA MUJER

Igualdad, Desarrollo y Paz

“El elevado número de abortos provocados que se realizan en nuestros países con o sin atención médica, exponiendo estos últimos a la mujer a considerables riesgos de salud. En tal virtud, se recomienda a los gobiernos prestar la mayor atención a este problema y tomar todas las medidas que pudiesen reducir o eliminar el número de abortos provocados. Estas medidas deberían incluir: servicios de planificación familiar, leyes de protección social, creación o desarrollo de instituciones para el cuidado del niño, etc. . . También podrían incluir estas medidas una modificación de las leyes vigentes sobre el aborto, a fin de que se establezca el carácter legal del aborto terapéutico por razones médicas debidamente aprobadas” . . .

(Seminario Regional para los Países del Hemisferio Occidental sobre la Condición de la Mujer y la Planificación de la Familia, Santo Domingo, R. D. 9-22, mayo 1973).

En los momentos en que la sociedad dominicana se enriquecerá con el conocimiento de la presente encuesta, todavía los científicos estudiosos de esta materia realizan esfuerzos tendientes a localizar métodos de contracepción seguros e inofensivos a la salud de la mujer, ya que aún los más sofisticados, como llamaríamos, sigue siendo cuestionada su inocuidad absoluta.

No obstante, oportuno es significar que el desarrollo científico es deseable en todo momento, y que éste deberá dar al traste con las nuevas formas y métodos que permitan a la mujer, como ser ente de derechos y deberes, controlar el número de hijos y el espaciamiento de éstos.

Señalar algunas de las implicaciones que en nuestra sociedad tiene el aborto, nos llevaría a hacer un minucioso análisis que solo se podría recoger en varios volúmenes, pero

si debemos indicar que el aborto clandestino es actualmente en nuestra sociedad una práctica devastadora, un verdadero flagelo social, al tiempo que corroboramos con Alan F. Guttmacher, al señalar que “El Aborto es la única enfermedad pandémica todavía ignorada y no tratada por la medicina moderna”.

Nuestra ancestral tradición cristiana de una parte y la valorización tradicional del papel de la mujer dentro de la sociedad, han venido obstaculizando el que las nuevas generaciones puedan con un concepto más amplio adecuar nuestra sociedad en consonancia con el desarrollo de ésta.

El presente estudio gracias a las instituciones que en el se señalan, a particulares y a preocupados en este campo nos revela sin lugar a dudas, toda una gama de problemas que confronta la mujer en relación al aborto.

El alto porcentaje de analfabetas, los problemas socio—económicos, la falta de valorización de la mujer de su condición de ser, y la alta fecundidad de la mujer dominicana, son factores que inciden en la práctica del aborto en nuestro medio, por lo que el cuadro que se nos presenta del estudio del aborto a 200 mujeres encuestadas, revela la presión que sobre ellas ejercen estos factores.

Estamos conscientes de la necesidad de que la Planificación Familiar, el método más aceptado de contracepción, llegue a las clases que han tenido que recurrir a las prácticas abortivas por las diversas razones antes expresadas, y que concomitantemente se lleve el mensaje a la mujer de su justa valorización dentro de la sociedad como ente propiciador de ésta, naturalmente, sin divorciarse de los graves problemas que en el orden socio—económico se confrontan, los que estamos seguros, luego de mejorados propiciarían la disminución actual de los abortos.

No podríamos dejar de señalar que el aborto de conformidad con nuestro Código Penal, específicamente a la luz del artículo 317 está penado como un acto criminal y

INTRODUCCION

Estamos conscientes de que muchos estudios se han llevado a cabo en diferentes países y a muchos niveles, teniendo como tema central el fenómeno médico-social del aborto. Esta marcada tendencia que se ha observado en los últimos años, prácticamente coincide con los estudios sobre población y las diferentes implicaciones de su dinámica, en cuanto que el asunto poblacional se ha constituido en un problema de primer orden y debatido desde varias vertientes.

No obstante que hemos constatado esta realidad, en la República Dominicana, la investigación sobre problemas de población es reciente y escasa, y el tema del aborto solo ha sido tocado, pero sin abordarlo en forma sistemática, de tal modo que haya arrojado datos relevantes. Por otra parte, lo poco que se conoce ha tenido poca divulgación y ésta ha estado restringida a sectores profesionales interesados en el problema, pero sin que haya habido un cruce disciplinario capaz de arrojar más y mejor información sobre el problema.

De todos modos el problema sigue siendo motivo de preocupación, por las implicaciones envueltas en él, y por tanto el tema mantiene actualidad palpitante, sobre todo después de las últimas discusiones y planteamientos que se han sostenido a varios niveles en la República Dominicana, tratando de dilucidar el problema en el contexto médico-social.

Otro punto importante que se plantea es que si éste (el aborto) debe ser legalizado, ya que las leyes dominicanas condenan todo lo relativo al mismo sin ninguna excepción, o si lo que se impone es nuestra sociedad en transición es una liberalización de la ley.

Algunos sectores entienden que ni la legalización, ni liberalización, serían soluciones a este álgido punto, sino que la clave está en que se facilite la educación y los servicios adecuados y oportunos para que nuestras mujeres puedan utilizar anticonceptivos y no tengan que hacerse abortos. . .”

entienden estos sectores que de no ser, será “persistir en la hipocresía de no querer reconocer que la gente quiere poder decidir cuando tener un hijo, y *lo hará de cualquier manera* * (Boletín de la ADPBF, mayo-junio, 1972, año V, No.46: “La Legalización del Aborto” *un comentario*).

Aquí prácticamente encontramos nosotros la clave para el planteamiento de nuestro estudio, que si bien su nivel es formulativo, estamos seguros que nos hará ganar familiaridad con el tema, obtener posiblemente nuevos puntos de vista y obtener la información y la experiencia que será útil para la formulación de hipótesis relevantes, que conlleven a una investigación más rigurosa y definitiva.

II.— PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Se acepta de un modo general que el aborto inducido, en condiciones de clandestinaje, sin cumplimiento de las reglas mínimas de aceptación clínica, y aún peor por personas no capacitadas y por las propias mujeres es un problema en la República Dominicana; con esto queremos significar que como punto de partida para la realización de este estudio, primero tuvimos el consenso de que en realidad el aborto en las condiciones antes dichas constituye un problema no solo a nivel médico, sino social.

Existe la creencia, o por lo menos la sospecha, de que el problema está muy difundido y hasta el momento contamos con una mezcla de evidencias y opiniones que ponen de manifiesto la frecuencia con que se pone en peligro la salud física-mental y social de la mujer que lo practica; el perjuicio a los recursos de Salud Pública, la debilitación de las normas sociales y de ninguna manera podría decirse que ha contribuido a frenar nuestro acelerado crecimiento demográfico.

Visualizamos que el aborto tal como lo hemos planteado, no es un problema o fenómeno aislado, sino que es parte de

la vida social dominicana, afecta a muchas familias y creemos que está asociado o relacionado con la cultura, incluyendo dentro de ésta, nivel de instrucción, grado de arraigo de las normas morales y religiosas, el sistema económico, el ejercicio de la paternidad responsable, la conducta contraceptiva, etc.

III.— SELECCION DEL PROBLEMA: TITULO

Creemos que uno de los problemas inmediatos que presente el aborto inducido y las mujeres que acuden a los hospitales con problemas de esta naturaleza, es el peligro real y potencial para su salud física, mental y social, a lo que estamos denominando “costos sociales y personales”, problema que no solo confronta la paciente, sino su familia, el sistema social y los recursos de Salud Pública. Por esto es que hemos decidido investigar en este sentido utilizando una serie de variables y categorías tales como: características socioeconómicas, la frecuencia de problema de aborto en las mujeres estudiadas, conducta contraceptiva, actitudes hacia el aborto, costos económicos (tanto personales como para el sector público), pero por no tratarse de una muestra representativa, el título responde a: “Estudio del Aborto en 200 Mujeres en la República Dominicana” -Recomendaciones- para la Educación en Planificación Familiar.

IV.— OBJETIVOS

La razón principal de este estudio es tener una base de referencia empírica, conocer posibles causas, explorar la realidad y poder medir algunas de las implicaciones sobre el aborto inducido, en las condiciones que ya hemos expuesto.

Los objetivos inmediatos propuestos, fueron los siguientes:

1.— Establecer algunas características de las mujeres que recurren a la inducción de un aborto, tales como: grado de instrucción (formal), nivel socio-económico, situación marital, historia de fecundidad, etc.

2.— Determinar el nivel de conocimientos y prácticas contraceptivas, así como las actitudes frente a las mismas y las actitudes frente al aborto.

3.— Tratar de conocer algunas de las afectaciones físicas, psíquicas y sociales que puede sufrir una mujer que se induzca un aborto, estableciéndose esto como “costos”.

4.— Estudiar aproximadamente el costo económico para el Sector Público de Salud, en lo referente a casos de abortos inducidos, con complicaciones o no, que llegan a los hospitales públicos (estatales).

5.— Un último e importante objetivo es el de proporcionar datos adecuados a las instituciones que interactúan, o potencialmente pueden interactuar con el problema, tanto para divulgación, educación o como punto de partida para estudios más profundos.

V.— DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño elegido fue el de Estudio Exploratorio, aunque con algunas características de Descriptivo con bajo nivel de abstracción, así como intraductorio y metodología flexible.

Las razones para elegir este diseño fueron principalmente:

1.— La poca información existente respecto al problema en la República Dominicana.

2.— La dificultad en la elección de una muestra estadísticamente representativa.

3.— Que se trabajaría con una población “cautiva”, en condiciones atípicas por estar todavía envueltas en el proceso del problema del aborto.

4.— Que la dimensión y características reales del problema aún no han sido estudiadas con una metodología adecuada,

no obstante el interés de algunas instituciones y profesionales.

5.— Que por su carácter de ilegal el problema escapa a una metodología rigurosa, que garantice resultados en este mismo orden.

VI.— HIPOTESIS DEL TRABAJO

A fin de hacer las comprobaciones planteadas en el problema, propusimos unas hipótesis que asumimos, nos permitirán establecer algunos hechos, obtener la información que el diseño de estudio nos permita, así como concluir en tipos de hipótesis de asociación de variables o de relaciones causales para estudios futuros.

1.— Las mujeres que acuden a centros públicos de salud con problemas de aborto, presentan características demográficas y socio—económicas similares.

2.— La multiparidad, el desconocimiento de métodos contraceptivos y las presiones sociales son factores que influyen en la toma de decisión de una mujer inducirse un aborto.

3.— La inducción de un aborto incide negativamente en la salud física, psíquica y social de la mujer.

4.— Los recursos de salud pública se afectan por la inversión hecha por los hospitales del estado en las pacientes que concurren a los mismos con un aborto inducido con o sin complicaciones.

VII.— SELECCION DEL UNIVERSO (GRUPO) A ESTUDIAR

En nuestro caso metodológicamente, no podemos hablar de nuestra representativa, sino más bien de un grupo

localizado (“cautivo”), lo que estadísticamente resulta una muestra “seleccionada” o de “conveniencia”, que aún no siendo la mejor, ni la ideal, en algunas situaciones, tales como la nuestra, donde se nos hacía imposible determinar una muestra estadística de mujeres con abortos o problemas relacionados con los mismos en el momento, y siendo el estudio de tipo Exploratorio o Formulativo, en el cual la rigurosidad metodológica no es necesaria, recurrimos a este universo, que no es más que un grupo de mujeres internadas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia de Santo Domingo, el cual es el mayor hospital especializado de maternidad del país y en el Hospital José María Cabral y Báez de Santiago de los Caballeros (de servicios integrados).

En ambos hospitales se hicieron sondeos previos, se examinaron sus estadísticas, se consultó con el personal directivo, etc., y comprobamos en forma aproximada, que el “movimiento” era bastante fuerte y alto, como para proporcionarnos durante un mes y medio 200 casos de estudio; 150 en la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y 50 en el Hospital José María Cabral y Báez.

Las mujeres que fueron objeto de estudio, en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia eran las que se encontraban en la Sala de Curetajes y algunas otras, que habían acudido al Hospital con problemas de aborto que estaban en otras salas. En el Hospital José María Cabral y Báez, todas las mujeres están en las salas de mujeres sin distinción.

Para escoger los casos, las mujeres eran previamente sometidas a un pequeño test, además de la asesoría que prestaban los médicos a cargo de esas pacientes, para determinar la —sospecha— de que la mujer o alguien había hecho alguna manipulación para provocar un aborto, antes de llegar al Hospital.

VIII.— REVISION DE INFORMACION EXISTENTE

Como uno de los pasos necesarios en la planificación del estudio, se trató de recolectar y evaluar la literatura existente

sobre el problema planteado. Como ya hemos dicho este problema a nivel de estudio solo ha sido tocado tangencialmente, las fuentes bibliográficas fueron escasas y más bien nos atuvimos a informaciones de tipo estadístico, provenientes de las secciones de Archivo y/o Estadísticas de Hospitales, informes semestrales del Consejo Nacional de Población y Familia, entrevistas a directores o médicos gineco—obstetras de clínicas privadas, así como también de la División de Bioestadística de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, además de periódicos y revistas.

Se revisaron dos informes preliminares sobre el problema, posiblemente haya mas que esto, pero en el momento no los localizamos o no tuvimos acceso a ellos.

Los informes a que nos referimos son: Estudio de Incidencia del Aborto (casos tratados en el Hospital José María Cabral y Báez), realizado por el Dr. Pedro Pichardo C., estudio que se estuvo realizando desde el 1ro. de enero de 1969 hasta el 31 de junio de 1972.

El objetivo de este estudio fue investigar las tasas de incidencia de abortos llegados al hospital, en curso incompleto o con alguna complicación durante un período de tres años y medio.

Los datos los obtuvo a través de los records de las pacientes, archivos y una encuesta de 160 cuestionarios aplicados a mujeres en período post—abortivo inmediato. Estos datos fueron sometidos a pruebas estadísticas.

Las principales conclusiones y recomendaciones a que arribó el estudio fueron:

1) Que la Planificación Familiar podría ser una de las soluciones al problema de la inducción de abortos de parte de las mujeres, siempre y cuando ésta se base en estudios previos metodológicamente bien dirigidos.

2) Que se utilicen métodos efectivos de control de la natalidad y controles adecuados y seguros del método

anticonceptivo usado según elección y recomendación de la mujer usuaria.

Ambas conclusiones y recomendaciones las consideramos útiles para la planificación de nuestro estudio.

El otro informe revisado fue un sondeo de factibilidad realizado por la Doctora Antonia Ramírez M., en febrero de 1973, con el fin de estudiar las posibilidades de realización de un estudio sobre abortos inducidos en República Dominicana, según tres esquemas propuestos por TFRI e INES.

El sondeo se hizo a directores de hospitales, médicos gineco—obstetras, enfermeras, profesores de la escuela de medicina de la UNPHU, miembros directivos del Instituto Nacional de Educación Sexual, personal directivo y médico del Consejo Nacional de Población y Familia, de la Asociación Dominicana Pro—Bienestar de la Familia y algunas otras personas que interactúan con el problema.

Las conclusiones y recomendaciones a que se arribó fueron las siguientes:

1.— Posibilidad de realizar un estudio exploratorio, por la flexibilidad metodológica que este diseño presenta.

2.— Que uno de los objetivos fuera proveer información suficiente para la formulación de hipótesis que permitan una mayor profundización en el problema.

3.— Realizar el estudio teniendo como base el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, por ser el único Hospital exclusivamente de maternidad en la ciudad de Santo Domingo, y en un Hospital del interior que tuviera servicios de ginecología y obstetricia y que prestara servicios a una zona amplia. Posteriormente se eligió el Hospital Dr. José María Cabral y Báez en Santiago de los Caballeros.

4.— Que no se aplicaran cuestionarios muy amplios por la razón de que una persona hospitalizada con molestias físicas no está en disposición de responder muchas preguntas.

5.— Que se descartaran para el estudio las clínicas privadas, por las dificultades manifiestas por directores y médicos de realizar este tipo de estudio en sus respectivos centros de salud.

NOTA: Las informaciones estadísticas obtenidas serán anexadas a esta 1.ª sección del estudio.

IX.— DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

1.— *Estudio*: Atención concentrada hacia un tema con el propósito de adquirir información acerca de él y/o resolver un problema con el que tenga relación. Generalmente es un tipo de investigación de carácter preliminar y sectorial que precede a otras más completas.

2.— *Caso*: Ocasión o Coyuntura.— Especie o asunto de que se trata o que se propone para ser sometido a consulta y obtener dictamen.

3.— *Aborto*: Interrupción del embarazo en el género humano antes del sexto mes de gestación, vale decir, antes de que el feto sea viable.

4.— *Aborto espontáneo*: Se produce como consecuencia de un proceso patológico local o general que produce la muerte del feto.

5.— *Aborto Provocado* (Inducido): Abortos ocasionados por la acción de diversos medios (químicos, mecánicos, etc.), aplicados voluntariamente para interrumpir el embarazo.

6.— *Aborto Incompleto*: Cuando después de la expulsión del huevo o del producto quedan restos de éste dentro de la cavidad uterina.

7.— *Complicaciones por Aborto*: Estados patológicos relacionados directamente con un proceso de aborto, tales como hemorragias, infecciones, perforaciones uterinas, etc.

8.— *Anticonceptivo*: Medio o agente destinado a impedir la fecundación.

X.— VERIFICACION DE LAS HIPOTESIS

a) La técnica utilizada para la verificación de las hipótesis y consecución de los objetivos, fueron los informes verbales y dentro de éstos elegimos el cuestionario como instrumento de recogida de datos, por considerarlo el método más idóneo en nuestro caso.

El método utilizado fue el de la categoría denominada directo, es decir, preguntas y respuestas en una conversación cara a cara del encuestador con la encuestada, donde el primero se encargaba de formularle las preguntas y anotaba las respuestas.

b) Utilizamos la técnica del cuestionario directo por varias razones:

1.— Obviar problemas de las analfabetas :

2.— Posibilidad de explicar las preguntas que resultaran confusas.

3.— Por ser recomendable para obtener información sobre comportamiento pasado, y sobre el comportamiento privado, como era el caso.

4.— Fiable para la obtención de datos psico-sociales, opiniones, actitudes, valores, motivaciones, creencias, sentimientos, etc.

c) Los cuestionarios fueron elaborados en base a los tres tipos clásicos de preguntas, cerradas, abiertas y de alternativas, que giraran en torno al planteamiento del

problema, los objetivos, las hipótesis y las variables de la investigación. Para esto nos ayudamos con la técnica del Mapping Sentence, método que formula en una secuencia lógica los diferentes aspectos y las alternativas que intervienen en la investigación de un problema. Este método fue ideado por Louis Guttman, del Instituto Israelí de Ciencias Sociales.

Fue introducido aquí por los señores Herbert Friedman, Ph. D., y Raymond L. Johnson, Ph. D. del Transnational Family Research Institute, y revisado y ampliado para los fines de esta investigación en particular, por los Sres. Ing. Ezequiel García y Dra. Antonia Ramírez del Centro de Investigaciones de la UNPHU, el Dr. Alberto Noboa del Instituto Nacional de Educación Sexual y la Sra. Antoinette Russiu, B. A.

NOTA: El Mapping Sentence utilizado para este estudio lo anexamos conjuntamente con los datos al final de este primer informe.

XI.— OTROS MEDIOS DE RECOLECCION DE DATOS

A fin de complementar la información que necesitábamos, se optó por el estudio de los records (fichas clínicas de las pacientes) a fin de comprobar de una manera precisa el tiempo pasado en el hospital, tratamiento y medicamentos administrados, así como si hubo o no complicaciones, el tipo de las mismas y las defunciones ocurridas.

La otra técnica fue la de entrevistar al personal médico y para-médico que tenían interacción con el problema, estas entrevistas tuvieron por objeto obtener las opiniones de este personal capacitado, en cuanto a: qué estimación tenían ellos de la magnitud del problema del aborto inducido, su opinión respecto al problema en sí, su apreciación de los costos para el hospital, es decir, la inversión presupuestaria en este problema; y ya que ellos lo consideraron un problema les pedimos su opinión sobre posibles soluciones a corto y a largo plazo.

XII.— SELECCION Y ENTRENAMIENTO DE LOS ENCUESTADORES

Previamente se coordinó con el Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Dr. Humberto Sangiovanny y con el Director del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Dr. Vinicio Calventi, que los encuestadores fueran los 13 estudiantes de la mencionada Escuela que al momento se encontraban realizando sus prácticas de Ginecología y Obstetricia en la Maternidad bajo la supervisión del Dr. José Manuel Guzmán, Sub-Director del centro hospitalario y profesor de la Escuela de Medicina de la UNPHU.

A los estudiantes se les entrenó en las técnicas de investigación a utilizar, se les familiarizó con los objetivos del estudio y se les instruyó en el sentido de que anotaran todas las preguntas en las que encontraran dificultades de formulación o de interpretación, tanto ellos como los que a su juicio podrían resultar difíciles para las pacientes, así como sugerencias que redundaran en beneficio de la validez del instrumento de trabajo.

No obstante este intento, en definitiva estos no fueron los encuestadores del estudio, ya que los estudiantes se encontraban casi al término de sus prácticas en Maternidad, además de tener asignaciones de trabajo que no les permitía dedicar el tiempo que era necesario para la detección de los casos y llenar los cuestionarios, lo cual conllevaba un tiempo mayor, tanto por el tipo de preguntas y la situación de salud de las encuestadas. Por esta razón tuvo que reclutarse nuevo personal de campo que además de la capacitación dispusiera de tiempo, así que los encuestadores definitivos fueron dos estudiantes de término de medicina y un recién egresado de la Escuela de Psicología de la Universidad, los tres con experiencias previas en investigaciones realizadas por el Centro de Investigaciones de la UNPHU. No obstante se les instruyó nuevamente, sobre todo por el tipo de personas y problema con el cual tenían que interactuar.

XIII.— ENSAYO (PRE-TETS). REVISION Y FORMULACION DEFINITIVA DEL CUESTIONARIO

El primer cuestionario formulado fue probado con un grupo de 15 mujeres, 2 en la Maternidad que funciona en el Hospital "Dr. Darío Contreras" y 13 en el Hospital Maternidad "Nuestra Señora de la Altagracia".

En el ensayo participaron algunos de los estudiantes en práctica en la Maternidad.

Con el ensayo nos aseguramos de la validez del instrumento de trabajo; y al ser revisado pudimos identificar los puntos débiles del cuestionario, corregir las preguntas que arrojaban datos irrelevantes, anular algunas, adaptar el lenguaje utilizado, eliminar términos que parecían acusatorios, y simplificar algunas preguntas a fin de conseguir mayor flexibilidad tanto para los encuestadores como para las encuestadas.

Después de esta revisión crítica, se confeccionó el cuestionario definitivo, que sería utilizado sin variaciones durante la conducción del estudio de los 200 casos de mujeres con problemas de abortos inducidos con o sin complicaciones llegados a los dos hospitales elegidos.

XIV.— APLICACION DEL CUESTIONARIO

La aplicación de los cuestionarios tuvo una duración de seis (6) semanas, abarcando los dos hospitales mencionados. En el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia se aplicaron 150 cuestionarios, realizada las tres (3) primeras semanas por los tres encuestadores; las 3 semanas siguientes solo estuvieron dos (2) encuestadores, ya que el tercero comenzó a trabajar en el Hospital José María Cabral y Báez, durante tres (3) semanas, coincidentes con las últimas tres (3) en Santo Domingo. En este hospital, en las salas de mujeres (es un hospital de servicios integrados), el encuestador aplicó 50 cuestionarios, los cuales completaban la suma de los 200 casos.

En ambos sitios los encuestadores coordinaban el trabajo y eran supervisados y orientados por los médicos que tenían a su cargo los casos, además de los Supervisores del Estudio.

Los cuestionarios fueron aplicados a las mujeres en las salas donde eran conducidas, después de realizárcele el curetaje u otra intervención, siempre esperando que hubieran pasado los efectos de la anestesia o dolores fuertes en casos donde no se aplicaba anestesia, como sucedía en Santiago.

En la Maternidad de Santo Domingo, teníamos la ventaja de que las mujeres con problemas de aborto son llevadas a las denominadas Salas de Curetaje, por tanto están localizadas; no sucede así en el José María Cabral y Báez, donde este tipo de pacientes están juntas con mujeres con otro tipo de problema de salud.

XV.— IDENTIFICACION DE LOS CASOS A ESTUDIAR

Una vez llegadas las pacientes a los hospitales por medio de los records, asistencia del personal médico y enfermeras con amplia experiencia de estas situaciones, ayudaban a identificar los casos en que por lo menos hubiera una sospecha de inducción de un aborto de parte de la mujer.

Después de esta primera identificación, en ambos hospitales se sometía a las mujeres a una pequeña prueba de sondeo de manera que por los datos ofrecidos por ellas mismas, la opinión del personal médico y enfermeras y la de los encuestadores, se obtenía una clasificación de los casos de estudios, es decir, de aquellas mujeres que pudieron haberse inducido el aborto antes de venir al hospital.

La prueba de sondeo se hacía a modo de conversación informal, y se preguntaba sobre los asuntos siguientes:

- Estado civil
- Si tenían marido (Duración de la unión) y
- Si tenían algún conflicto o problema con él

- La situación económica familiar
- Si trabajaba o no
- Número de hijos vivos
- Si deseaba tener más
- Razones por las que se encontraba interna en el hospital, y si había tenido problemas iguales anteriormente.

Atendiendo a lo ya expuesto, los encuestadores hicieron una clasificación, la cual informaba de cuál era el tipo de aborto a estudiar, adjetivándolos con “seguro” o “sospechado”.

El cuadro a continuación nos muestra esa clasificación e información:

CUADRO NUM. 1—A

CLASIFICACION DE LOS CASOS DE ABORTOS A ESTUDIAR POR LOS ENCUESTADORES EN LOS DOS HOSPITALES

Clasificación de Casos de Aborto	Espectativa	No. Entrevistadas (Sondeo)	%
Incompleto inducido	seguro	0	00.0
Incompleto inducido	sospechado	193	96.5
Complicación por aborto inducido	seguro	1	00.5
Complicación por aborto inducido	sospechado	6	03.0
Incompleto expontáneo	seguro	0	00.0
Compilación por aborto expontáneo	seguro	0	00.0
TOTALES		200	100.0

Esto lo consideramos como el diagnóstico previo de los casos a estudiar, el cual debía ser revisado nuevamente por el encuestador y los asesores a fin de darnos de nuevo su criterio sobre el caso estudiado, indicando si seguía manteniendo la misma opinión o no que al comienzo. Siguiendo esta técnica, la segunda clasificación fue la siguiente:

CUADRO NUM. 1-B

SEGUNDA CLASIFICACION SEGUN OPINION DEL ENCUESTADOR Y ASESORES SOBRE LOS CASOS DE ABORTO AL FINAL DE LA ENCUESTA

OPINION	NUM.	%
Aborto inducido, seguro	5	2.5
Aborto inducido, casi seguro	26	13.0
Sospecha que es un aborto inducido	156	78.0
Sospecha que no es un aborto inducido	4	2.0
Cree que no es un aborto inducido	9	4.5
TOTALES	200	100.0

Comparando ambos cuadros, encontramos una cierta variación en las opiniones de los encuestadores al principio y al final de la encuesta, así tenemos que en la primera clasificación el 96.5% de los casos se consideraron como abortos inducidos sospechados, en cambio al final esta opinión varió y los que se encontraron sospechosos fue un 78.0% de los casos, bajando el índice de sospecha en 18.5%. Sin embargo en la primera no aparece ningún caso con el apelativo de “seguro” o “casi seguro”, pero en la segunda aparecen 26 casos, o sea el 13.0%, clasificados como “casi seguros” y 5 casos, el 2.5% como “seguros”, por lo que en realidad se trabajó sobre 187 casos, o sea, el 93.5% estimados finalmente como “inducción sospechada”, “seguridad” y “casi seguridad” de la inducción por parte de las mujeres.

XVI.— ELABORACION Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Después de estar revisada la información contenida en los cuestionarios, los cuales eran diariamente depositados en un archivo, cedido para tal fin en ambos hospitales para ser recogidos al día siguiente en la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia por su ubicación, y el final en el Hospital José María Cabral y Báez, a fin de cerciorarse de la claridad, precisión y de que no se habían omitido preguntas.

Esta labor fue realizada por los supervisores médicos y luego por la asistente del estudio, para dar paso a la labor de ordenamiento de la información.

En primer lugar se construyó un instructivo de codificación, a fin de llevar a claves numéricas toda la información recogida con clasificaciones excluyentes y escalas cualitativas que permitieron distribuir las informaciones de acuerdo a las características presentadas como comunes en el grupo de mujeres estudiadas.

El paso siguiente fue la codificación en sí, es decir, de acuerdo al instructivo, vaciar la información de los cuestionarios en hojas de codificación que permitieran los pasos siguientes: perforación y verificación, obteniendo primero un listado "80-80", sujeto a revisión por los asistentes de la investigación, con el objeto de evitar errores en la perforación definitiva de las tarjetas —que alimentarían el computador que nos proporcionó las formas continuas de las frecuencias para cada pregunta.

El análisis estadístico se basó en medidas de Tendencia Central, ya que el diseño de estudio no requería de otro tipo de análisis; las tabulaciones se presentaron en números absolutos y porcentajes, de los cuales para algunos casos se sacaron promedios aritméticos con el fin de establecer puntos medios entre diferentes valores en una escala cuantitativa.

El procesamiento electrónico estuvo a cargo, mediante contrato, del Centro de Investigaciones y Cómputos Electrónicos (CICE).

Queremos hacer constar que aunque no se programó para asociar variables, existe la posibilidad de hacer algunos cruces, tanto de variables, como de categorías. Tanto las tarjetas (tipo Hollerith—IBM) como las formas continuas son conservadas por el Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, principal responsable del estudio.

XVII.— ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

La cuarta etapa básica del proceso de investigación, lo constituyó el análisis y la interpretación de los datos obtenidos y procesados numéricamente; etapa que en la medida que se iba cumpliendo a la vez iba dando paso a la elaboración de los informes que presentamos en este volumen.

Para el análisis e interpretación, previamente se dividió el estudio en secciones, dependiendo de los objetivos, hipótesis y variables, con el objeto de hacerlo más viable, comprensible y conseguir un mayor grado de precisión.

No obstante de que somos conscientes de que cualquier investigación puede viciarse por diferentes tipos de errores, provenientes de fuentes diversas, en esta etapa de la interpretación de los datos, que aunque no son altamente sofisticados, sí pueden prestarse a que interfieran con ellos barreras de tipo socio—cultural, por lo que hemos tratado de mantener la objetividad científica en todo momento.

XVIII.— ANEXO

- Cuadros estadísticos
- Diseño del “Mapping Sentence”.

CUADRO NUM. 1

ABORTOS DECLARADOS POR MUJERES ACEPTANTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE OCHO (8) SEMESTRES

Meses	Años	Núm. de abortos previos a uso de contraceptivos	Núm. de aceptantes del programa.
Julio-Dic.	1968	3,237	4,203
Enero-Junio	1969	6,631	8,050
Julio-Dic.	1969	5,872	7,440
Enero-Junio	1970	5,922	7,811
Julio-Dic.	1970	6,542	10,011
Enero-Junio	1971	6,737	10,183
Julio-Dic.	1971	6,162	9,552
Enero-Junio	1972	5,885	9,525
TOTALES		46,988	66,773

FUENTE: Informes semestrales del Consejo Nacional de Población y Familia.

COMENTARIO

Cabe la posibilidad de que estas cifras respecto a abortos sean en realidad, más altas que las indicadas, pero el dato está sujeto a las informaciones de las aceptantes.

CUADRO NUM. II

RELACION DE ABORTOS POR CADA 100 NACIDOS VIVOS EN ACEPTANTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Meses	Años	Núm. promedio de abortos por c/100 nacidos vivos
Julio-Dic.	1968	18.3

Meses	Años	Núm. promedio de abortos por cada 100 nacidos vivos
Enero—Junio	1969	17.4
Julio—Dic.	1969	17.0
Enero—Junio	1970	15.3
Julio—Dic.	1970	14.4
Enero—Junio	1971	14.2
Julio—Dic.	1971	12.0
Enero—Junio	1972*	11.7

*Hasta esa fecha CONAPOFA presentaba datos referentes a abortos en sus informes semestrales.

COMENTARIO

“Consultado el Dr. Vittorio Ortori, Médico—estadígrafo (a la fecha del estudio) del CONAPOFA y profesor de Bio—estadística de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, sobre si los cambios que se observan en el cuadro pueden ser el producto de un mayor conocimiento y uso de contraceptivos, éste sostuvo la idea en que una afirmación en este sentido era arriesgada, ya que considera que estos cambios son más bien aleatorios, en virtud de que las características de las aceptantes se mantienen muy similares”. A esto agrega que “estos cambios no pueden operarse significativamente sin haber un cambio substancial en la educación”.

CUADRO III

CONSULTAS PRENATALES, PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE
LA ALTAGRACIA MENSUALMENTE EN LOS AÑOS
1972 - 1973 y 1974. SANTO DOMINGO, R. D.

MESES	CONSULTAS PRE-NATALES			PARTOS			ABORTOS		
	1972	1973	1974	1972	1973	1974	1972	1973	1974
Enero	3,158	3,652	3,397	1,508	1,685	1,801	283	233	315
Febrero	4,108	2,737	3,818	1,477	1,272	1,536	266	212	342
Marzo	4,201	3,725	3,537	1,511	1,604	1,431	344	279	293
Abril	3,893	3,375	3,351	1,573	1,547	1,326	306	240	284
Mayo	4,121	3,611	3,048	1,521	1,607	1,076	313	333	236

Meses	Consultas Pre-Natales			Partos			Abortos		
	1972	1973	1974	1972	1973	1974	1972	1973	1974
Junio	3,663	3,473	3,074	1,525	1,551	1,217	288	322	259
Julio	3,729	3,919	3,318	1,549	1,554	2,097	266	340	230
Agosto	3,680	3,886	3,210	1,635	1,689	1,732	245	339	215
Sept.	3,633	3,371	3,493	1,713	1,687	1,747	295	322	286
Octubre	4,871	3,938	3,543	1,741	1,657	1,698	264	337	235
Noviembre	3,879	3,754	3,814	1,730	1,618	1,817	279	325	299
Diciembre	3,652	3,058	3,032	1,700	1,764	1,854	250	282	269

FUENTE: Sección de Archivo del Hospital de Maternidad Nuestra Sra. de la Altagracia, Santo Domingo

CUADRO NUM. IV

CONSULTAS OBSTETRICAS, GINECOLOGICAS Y PEDIATRAS.
PARTOS: NACIDOS VIVOS, NACIDOS MUERTOS Y ABORTOS
ATENDIDOS DURANTE LOS AÑOS 1971, 1972, 1973 y
1974 EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA
DE LA ALTAGRACIA, SANTO DOMINGO, R. D.

ATENCIÓNES CLÍNICAS	Año 1971	Año 1972	Año 1973	Año 1974
Cons. Prenatales (Obst.)	41,642	46,588	42,499	40,630
Cons. Ginecológicas	5,295	5,313	4,111	4,759
Cons. Pediátricas	3,095	4,514	5,754	7,385
TOTAL	50,032	56,416	52,364	52,774
PARTOS (TOTAL)	18,059	19,183	19,587	19,392
Nacidos vivos	17,814	18,714	19,017	18,902
nacidos muertos	468	469	570	490
ABORTOS (TOTAL)	2,966	3,399	3,621	3,263
Curetajes	2,541	2,953	3,240	3,033
Fetales	378	399	350	220
Otros (Incompleto, en curso, febril, etc.)	47	47	31	10

FUENTE: Sección de Archivo del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo, D. N., Rep. Dom.

**PROMEDIOS MENSUALES Y DIARIOS DE CONSULTAS
PRENATALES, PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA
DE LA ALTAGRACIA DURANTE LOS AÑOS 1971,
1972, 1973 Y 1974, SANTO DOMINGO, R.D.**

CONSULTAS PRENATALES	AÑOS	X MENSUAL	X DIARIO
	1971	3,470	114
	1972	3,882	128
	1973	3,546	116
	1974	3,386	111

CONSULTAS PRENATALES	AÑOS	X MENSUAL	X DIARIO
PARTOS	1971	1,505	49
	1972	1,599	53
	1973	1,632	54
	1974	1,616	53
ABORTOS	1971	247	8
	1972	283	9
	1973	302	10
	1974	272	9

PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ DURANTE LOS AÑOS 1972, 1973 Y 1974, SANTIAGO, R.D.

ATENCIONES CLINICAS	1972	1973	1974
PARTOS (TOTAL)	4,631	5,888	7,685
Nacidos vivos	4,527	5,723	7,504
Nacidos muertos	104	165	181
ABORTOS (TOTAL)	1,002	828	1,278

(Incluye curetajes, abortos fetales y otros).

FUENTE: División de Estadísticas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y Departamento de Archivo del Hospital Dr. José María Cabral y Báez.

"MAPPING SENTENCE"

LA MUJER QUE ESTA	casada Y QUE.	quiera	UN HIJO POR RAZONES
	en unión consensual	no quiera	
psicológicas.	en unión esporádica		
sociales/maritales	SOSPECHARIA DE SU EMBARAZO	tarde. . .	POR
económicas		temprano	
de salud			
náuseas.	Y CONFIRMARIA SU EMBARAZO	tarde	MEDIANTE
indisposición		temprano	test embarazo
período tardío			cambios fisiol.
etc.			etc.
Y tuvo	UN ABORTO ANTERIOR Y	conoce	LOS RIESGO DE UN ABORTO
no tuvo		no conoce	TARDIO Y
usaba	METODO CONTRACEPTIVOS Y	sabía	COMO USAR EL METODO EFECTIVA
no usaba		no sabía	MENTE Y
comunicó A SU	marido	SOBRE SU PRENEZ	inmediatamente
no comunicó	concubino		tarde
			Y ESTE
			compartió
			no compartió
SU OPINIONES SOBRE EL EMBARAZO, EN VISTA DE LO CUAL ELLA		discutió	CON SU
		no discutió	
marido	LA POSIBILIDAD DE UN ABORTO	inmediato	Y ESTE
concubino		posterior	recomendó
			se opuso
			admitió
			EL ABORTO COMO
SOLUCION. ELLA	inmediatamente	PROCURO	purgante
	más tarde		lavados
			curetajes
			QUE YA CONOCIA POR
			su madre
			su marido
			vecina
EN RAZON DE QUE ES	mas seguro	E	inmediatamente
	más barato		Más tarde
	más fácil		muy tarde
			encontró
			LOS
			no encontró
			recursos
			personas
			ingredientes
			Y
procedió inmeditamente	A PROCURARSE EL ABORTO PORQUE		su esposo aceptó
no procedió más luego			su esposo se opuso
nunca			tuvo miedo
Y ESTE RESUELTO	un éxito	PARA TERMINAR SU EMBARAZO CON EL RESULTADO SIGUIENTE (si	
	un fracaso		
fue un fracaso repetir variables desde	SOLUCION O TUVO UN ABORTO	temprano	
		tarde	
		poco tarde	

BIBLIOGRAFIA

SELLTIZ C., Jahoda M., et. al.: "Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales". Ediciones Rialp, S. A., 5ta. ed., Madrid, 1965.

GOODE, William J., y HATT, Paulk.: "Métodos de Investigación Social", Edit. Trillas, 3ra. ed., México, 1970.

CAMEL V., Fayad: "Estadística Médica y de Salud Pública", Universidad de Los Andes; Talleres Gráficos Universitarios, Mérida, Venezuela, 1970.

ASOCIACION DOMINICANA PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA, INC.: Boletín Mayo-Junio 1972. Año V, No. 46, Santo Domingo, R. D.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION Y FAMILIA: "Informes Semestrales 1968-1972", Santo Domingo, R. D.

DIVISION DE ESTADISTICAS DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL: Estadísticas Hospitalarias 1971-1972-1973-1974 (Inéditos), Santo Domingo, R. D.

DEPARTAMENTOS DE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA: "Estadísticas Hospitalarias, 1971, 1972, 1973 y 1974 (Inéditos), Santo Domingo, R. D.

DEPARTAMENTO DE ARCHIVO DEL HOSPITAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ: "Estadísticas Hospitalarias, 1972, 1973 (Inédito), Santiago, R. D.

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO "QUILLET", TOMOS I y II, Págs. 19-343 y 466, Buenos Aires, Argentina, 1968.

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES
UNIDAD DE ESTUDIOS SOCIALES**

Informe Núm. 2

**CARACTERISTICAS SOCIO—ECONOMICAS Y
DEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES ESTUDIADAS**

**Redactado por:
Licda. Cándida E. Ramírez.**

**Revisado por:
Dra. Antonia Ramírez**

SANTO DOMINGO, D. N.

INTRODUCCION

Presentamos en este informe un recuento de las principales características demográficas, económicas y sociales de un grupo de 200 mujeres con problemas de aborto en la República Dominicana.

Los resultados de este informe se resumen en cuadros y gráficos, de manera que la problemática pueda ser captada en forma rápida. Estos se complementan con descripciones del aspecto estudiado, sus tendencias, características y algunas consideraciones de tipo social sugeridas por los datos generales ofrecidos por el grupo estudiado.

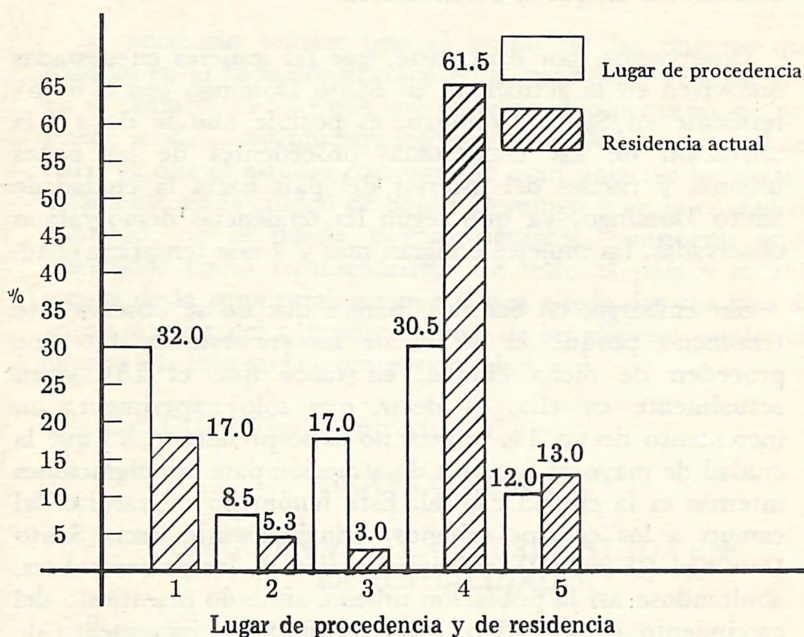
Nuestras afirmaciones no pueden ser categóricas, y los hallazgos difícilmente comparables, ya que el universo de estudio es muy homogéneo, y tal como ya explicamos no se trata de una muestra estadísticamente representativa.

Por otra parte consideramos este informe de gran interés, ya que nos muestra la situación que se puede generalizar a un alto porcentaje de mujeres dominicanas.

DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES ESTUDIADAS

1.- Procedencia y Residencia Actual

GRAFICO NUM. 1
PROCEDENCIA Y RESIDENCIA ACTUAL



LEYENDA

- 1- En un campo
- 2- En un pueblo pequeño
- 3- En una ciudad grande
- 4- En Santo Domingo
- 5- En Santiago

Estudiando la procedencia, vemos que si sumamos las que proceden de una ciudad grande, que son el 17%, más el 30.5%

que procede de Santo Domingo y el 12.0% procedente de Santiago, resulta que el 59.5% de las entrevistadas proceden de las zonas urbanas. Por otra parte, sumando el 32.0% que vienen de la zona rural y el 8.5% que han venido de pueblos pequeños, y considerando algunos de éstos como áreas prácticamente rurales, se puede decir que el 40.5% de dichas mujeres proceden de la zona rural o similares por las condiciones en que se desenvuelven.

Observamos, por otra parte, que las mujeres encuestadas que viven en la actualidad en Santo Domingo son el 61.5% residente en Santo Domingo, es posible que se deba a la migración de las encuestadas procedentes de las zonas urbanas y rurales del interior del país hacia la ciudad de Santo Domingo, ya que según las tendencias demográficas observadas, las mujeres emigran más y a más temprana edad.

Sin embargo, en Santiago parece que no se observa este fenómeno porque el 12.0% de las encuestadas dijo que proceden de dicha ciudad, en tanto que el 13% viven actualmente en ella, es decir, que sólo experimenta un incremento de un 1%, lo cual no es sorprendente, ya que la ciudad de mayores factores de atracción para las migraciones internas es la ciudad capital. Este fenómeno migratorio del campo a los centros urbanos, principalmente hacia Santo Domingo (la capital), es característico de los países pobres, abultándose así la población urbana, símbolo manifiesto del crecimiento demográfico, que contribuye al incremento de los problemas sociales, tales como los de desempleo, hacinamiento, insalubridad, etc.

De las 150 mujeres encuestadas en Santo Domingo, 123 viven en la misma ciudad, representando el 61.3%, mientras que en Santiago de las 50 encuestadas aplicadas, 26 mujeres viven en la ciudad, el 52.0%. Esto nos indica que la mayoría de las mujeres que fluyen a la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia residen en Santo Domingo, mientras que en Santiago el porcentaje de las que fueron al hospital José María Cabral que habitan en la ciudad es menor, 52.0%, el 48% restante fluye de los campos, en su mayoría, pueblos

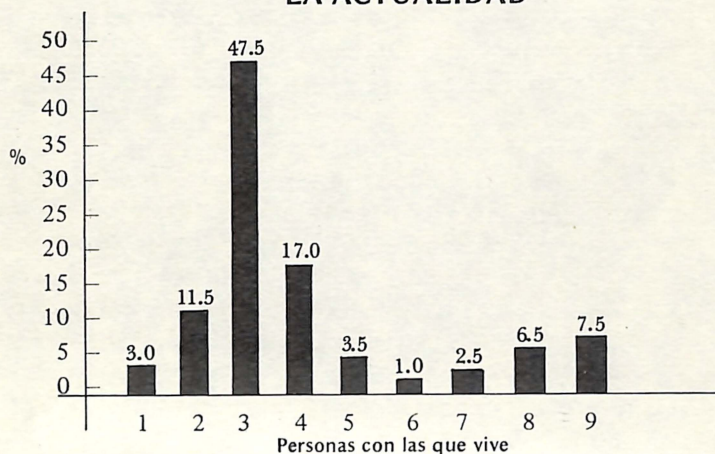
pequeños y otras ciudades. Ese fenómeno puede ser una indicación de que el hospital de Santiago es más accesible para las mujeres de las zonas rurales circundantes, que el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia de Santo Domingo; también influye el hecho de haber una mayor población rural localizada posiblemente cerca de Santiago.

Es necesario señalar que el grupo de las mujeres que habitan en la zona considerada rural, esto es, el 17% que vive en el campo y el 5.5% que vive en un pueblo pequeño, no nos puede servir como muestra representativa de la zona rural del país, ya que el estudio corresponde a un universo localizado solamente en la ciudad de Santo Domingo y en la ciudad de Santiago; no se puede, por consiguiente, considerar estos resultados como representativos de todo el país y mucho menos de la zona rural, aunque si nos puede dar una idea de aproximación del comportamiento de las mujeres rurales en cuanto a la asistencia a centros de salud.

2.— Con Quién Vive la Entrevistada

GRAFICO NUM. 2

CON QUIEN VIVE LA ENTREVISTADA EN LA ACTUALIDAD



LEYENDA

- 0— Sola
- 1— Marido solamente
- 2— Con marido e hijos

- 3— Con marido, hijos y otros familiares
- 4— Con padres y hermanos
- 5— Con una hermana
- 6— Con madre e hijos
- 7— Con parientes
- 8— Otros (sin especificar).

Agrupando el 47.5% de las mujeres que viven con sus cónyuges e hijos, con el 11.5% que viven solamente con su marido, más el 17.0% que viven con sus cónyuges, hijos y otros familiares, se puede decir que el 76.0% de las encuestadas viven en lo que aparentemente puede ser una estructura familiar, lo cual no significa que en todos los casos esta estructura está cumpliendo con las funciones asignadas a la misma.

Por otra parte, vemos que el 3.0% de las encuestadas viven solas y el 7.5% de ellas viven en la casa donde trabajan. Además de estas, las que viven con sus hermanas, madrastra, etc., constituyen el 3.5%, constituyendo un 14% del grupo. En el caso de que estas mujeres tengan hijos, nos encontraríamos frente al fenómeno de matrifocalidad, esto es, que la socialización del niño está solamente a cargo de la madre. Por la presión social y el status de la mujer, en lo jurídico, económico, etc., éstas podrían ser candidatas al aborto inducido como el medio de evitar un hijo en el caso de que ellas no utilicen los métodos de contracepción, ya sea por desconocimiento, actitudes negativas producidas por falsas informaciones o en definitiva por falta de una adecuada educación para la vida sexual.

3.— Edad

CUADRO NUM. 1

EDAD DEL GRUPO ESTUDIADO

Edad	Número	Porcentaje
Menos de 15 años	2	01.0
De 15 a 19 años	32	16.0
De 20 a 24 años	61	30.5
De 25 a 29 años	48	24.0
De 30 a 34 años	27	13.5
De 35 a 39 años	18	09.0
De 40 y más años	12	06.0
TOTALES	200	100.0

Encontramos que en el grupo de edad de menos de 15 a 19 años existe un 17.0% de las mujeres encuestadas, lo cual puede verse como un indicador del inicio de sus relaciones sexuales a muy temprana edad. Este grupo guarda cierta similitud con el grupo etario comprendido en estas edades a nivel nacional, compuesto por un 20.1% de las mujeres. (*).

Desde luego no estamos estableciendo comparaciones ya que establecimos que nuestro grupo no es comparable estadísticamente.

El grupo de 20 a 39 años, que suma el 77.0% respecto al grupo similar a nivel nacional, que comprende el 54.1% de las mujeres del país (*), es mayor en nuestro universo en ese grupo de edad que el existente a nivel nacional. Esto es comprensible, porque nuestras encuestadas se encontraban mayormente en edades fértiles, lo que tiende a agrupar a más mujeres de esa edad en nuestro universo.

La mayor agrupación por edades se encuentra en el intervalo de 15 a 29 años, con un porcentaje de 70.5%, sin

(*) Oficina Nacional de Estadística. V Censo Nacional de Población de 1970. República Dominicana.

(*) Censo citado.

embargo, se puede observar en el cuadro No. 1, que las mujeres de nuestro universo, a pesar de ser jóvenes, ya han tenido la experiencia de un aborto con posibilidades de que haya sido inducido. Por otra parte, las mujeres de 30 a 40 años y más, que constituyen el 28.5%, también han tenido esta experiencia, pero este es mucho menor que las de menos edad.

Podría ser, por lo tanto, que las mujeres más jóvenes acudan al aborto más que las mujeres pasadas de los 30 años de edad. Es posible que esto se pueda explicar por algunas de las siguientes razones: o porque los hijos que han tenido han sido muy seguido uno de otro, por la inestabilidad de su vida marital y económica, así como por la falta de una educación para la vida familiar y sexual.

4.— Estado Civil y Duración de la Unión Marital

CUADRO NUM. 2

SITUACION MARITAL Y ESTADO CIVIL DEL GRUPO ESTUDIADO

Situación Marital y Estado Civil	Número	Porcentaje
Casados por la ley	9	4.5
Casados por la ley y por la iglesia	27	13.5
Unión consensual	115	57.5
Unión ocasional	22	11.0
Soltera	14	7.0
Otros	13	6.5
TOTALES	200	100.0

La información evidencia que más de la mitad de las mujeres encuestadas viven en unión consensual permanente, esto puede obedecer al patrón cultural generalizado de este

tipo de unión en ciertos estratos sociales, especialmente en los más débiles económicamente y en las zonas rurales, por tal razón, este comportamiento tiende a hacerse comprensible e inclusive justificado por otros estratos socio—económicos de nuestra sociedad.

Las casadas por la ley y la iglesia, más las casadas por la ley, suman un 18.0% del grupo, en tanto que las uniones llamadas no legales (unión consensual y unión ocasional) suman un 68.5%; esto tal vez nos explique el porqué no apareció en nuestra información ninguna respuesta en la categoría “divorciadas”, ya que las uniones permanentes u ocasionales no necesitan ese proceso legal para la disolución.

Hay que llamar la atención en la clasificación de solteras, que aunque dicen ser su estado civil, se encontraron en el hospital con el problema de pérdida de embarazo. Puede ser que estas personas escondan, o una unión ocasional o relaciones sexuales pre—matrimoniales, cosas que ocultan por la presión familiar y social y aún más por razones de un incesto o un estupro. También pueden ser mujeres con ocupaciones de moza de bar o prostitutas que han salido embarazadas y la misma ocupación o los patronos no les permiten estar en esta situación.

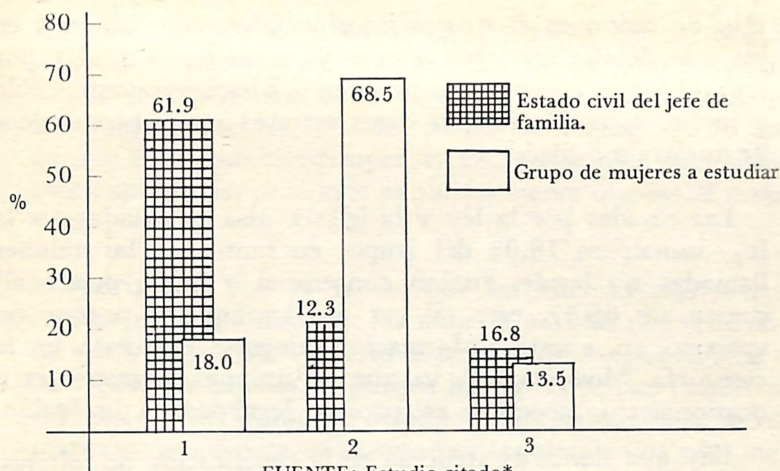
Si hacemos una comparación con el “Estudio de los Jefes de Familia” (*), realizado por el Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, en lo relativo al estado civil de los jefes de familia entrevistados en dicho estudio en el área urbana y el estado civil de las mujeres entrevistadas en este estudio, obtenemos los siguientes datos:

GRAFICO NO. 3

ESTADO CIVIL JEFES DE FAMILIA Y MUJERES A ESTUDIAR

Esas diferencias tan notables en cuanto a la unión consensual entre el hombre y la mujer, pueden deberse a que

(*) Ing. Ezequiel García y Dra. Antonia Ramírez: “Informe del Estudio sobre Valores y Actitudes de los Jefes de Familia respecto al Mejoramiento de los Niveles de Vida en la República Dominicana. Centro de Investigaciones, UNPHU. Santo Domingo, 1971.



los hombres tienen relaciones sexuales con varias mujeres a la vez, sean estas permanentes u ocasionales. Así como también, a que hombres casados mantienen paralelamente a su matrimonio una unión libre, o mas; además de que los hombres que dicen ser solteros, viven en unión con una mujer, catalogándose así mientras no exista la unión legal, eso hace que el número (posible) de mujeres en unión consensual y ocasional sea mayor o aparezca como mayor.

Las uniones libres existen bajo distintas formas, y su extensión en número ha sido considerada de gran envergadura. En base a las cifras del Censo de Población de 1970 (*), se calcula que el 24.8% de la población viven en uniones libres y el 28.2% son casados. Por lo tanto, si encontramos 100 personas casadas, habremos encontrado al mismo tiempo, 88 que viven en uniones libres.

Las posibles causas de la unión libre podrían ser:

4.1) Analfabetismo: a nivel nacional se ha comprobado que las uniones libres son más frecuentes entre los núcleos menos instruídos de la población.

(*) Oficina Nacional de Estadística. Simposio sobre el Uso de los Datos de Población del Censo de 1970. 24-26 de mayo, 1972.

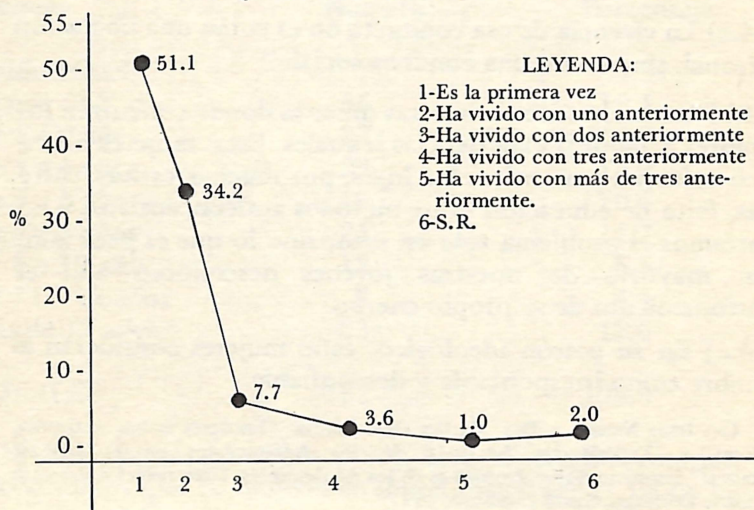
4.2) Sociales: Desconocimiento y/o debilitamiento de la norma de la unión legal. Así como que algunos creen transitoria la unión, y se consideran solteros; en tanto que otros consideran la unión consensual como una unión permanente.

4.3) Tradicional y Económico: Es costumbre celebrar la fiesta del matrimonio, pero muchos dejan de hacerlo por no estar en condiciones económicas para ello. Por esa causa, en muchas ocasiones no se llega a celebrar el matrimonio, considerado muchas veces más desde el punto de vista del prestigio social, que por las implicaciones jurídicas que conlleva.

Pueden ser esas causas y otras por las cuales en el universo correspondiente a este estudio, aparezcan 57.5% en unión consensual permanente y 11.0% en unión ocasional. Este último porcentaje tiene mucha repercusión social, porque incrementa el porcentaje de hijos ilegítimos a nivel nacional, y de todos los tipos de uniones en que viven las mujeres encuestadas, las de uniones ocasionales pueden ser las más inclinadas, por su baja cohesión social, al aborto inducido consecutivo.

GRAFICO NUM. 4

UNIONES QUE HA TENIDO LA ENCUESTADA



LEYENDA:

- 1— Es la primera vez
- 2— Ha vivido con uno anteriormente
- 3— Ha vivido con dos anteriormente
- 4— Ha vivido con tres anteriormente
- 5— Ha vivido con más de tres anteriormente
- 9— S. R.

Si bien es cierto que para más de la mitad de las mujeres encuestadas, la actual es su primera unión, el resto ha vivido anteriormente con uno o más hombres, esto puede deberse a que en las zonas urbanas marginadas y en las zonas rurales, es costumbre que la mujer se junte desde muy temprana edad con un hombre, como lo demuestra la investigación realizada por Nicasio y García, en la "Encuesta Sobre Actitudes, Valores y Experiencias Sexuales de los Adolescentes en el Distrito Nacional", auspiciado por la UASD. (*). Según Nicasio y García, la primera unión no es duradera, sino la segunda, en la que se estabiliza la unión consensual, razón por la cual quizás, en nuestro universo de encuestadas existe el 11.5% en uniones ocasionales, más esto no ha sido probado.

Las consecuencias de estas uniones para la mujer, pueden ser las siguientes, según las investigadoras citadas:

4.a) La vivencia de esa conducta no es como una liberación personal, sino como una condena social.

4.b) Generalmente es en estas uniones donde concurren los hombres a adquirir experiencias sexuales. Estas mujeres hacen poco esfuerzo para evitar los hijos, por muchas causas, entre ellas, falta de educación sobre métodos anticonceptivos, y no centramos el problema solo en esto, sino lo que es peor aún, gran mayoría de nuestras jóvenes desconocen aún el funcionamiento de su propio cuerpo.

4.c) En su patrón ideológico, estas mujeres consideran al hombre como irresponsable y desconfiable.

(*) Lic. Irma Nicasio y Dra. Martha Olga García: "Encuesta Sobre Actitudes, Valores y Experiencias Sexuales de los Adolescentes en el Distrito Nacional". Simposio Sobre Problemas de los Adolescentes. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1971.

4.d) Ellas no comparten la idea de un solo marido, sino que creen que la primera obligación de la mujer es consigo misma y con sus hijos, pudiendo buscar otro hombre tan pronto terminen sus relaciones con el que vive actualmente.

Las mujeres que han convivido con más de tres hombres, por su inestabilidad en cuanto a la unión matrimonial y por responsabilidad económica para con sus hijos, pueden caer en otra categoría diferente de las que tienen abortos consecutivos, porque la dependencia actual de los hijos respecto a la mujer sobrecargada de trabajo y otras presiones a las cuales podemos agregar los condicionamientos culturales, las lleva a la desesperada necesidad de juntarse, aunque sea transitoriamente, con un hombre que pueda darle alguna protección y ayuda económica, según la concepción de que está influenciada. Esto nos conduce al fenómeno de la matrifocalidad, y a hacer que pongamos más atención a la educación para la vida familiar, con énfasis en la paternidad responsable.

CUADRO NUM. 3

TIEMPO QUE TIENE VIVIENDO JUNTO A SU MARIDO

Tiempo	Número	Porcentaje
Unión casual	7	3.8
Menos de 1 año	36	19.8
De 1 a 2 años	27	14.8
De 3 a 4 años	29	15.9
De 5 a 6 años	19	10.4
De 7 a 8 años	21	11.7
De 9 a 10 años	12	6.6
De 11 a 12 años	8	4.4
Más de 12 años	23	12.6
TOTALES	182	100.0

Si observamos el cuadro No. 1 y el cuadro anterior, encontramos que las mujeres en unión casual son el 3.8% y las

mujeres que tienen menos de un año viviendo con sus maridos el 19.8%. Estos porcentajes pueden ser lógicos, tomando en consideración que el 35.5% de las mujeres que abarca este estudio tenían menos de 22 años en el momento de ser encuestadas.

El porcentaje de mujeres que han permanecido en una unión marital entre 1 y 8 años es de 52.6%; esto también podría tener su relación si consideramos que el porcentaje de mujeres cuya edades varían entre 22 y 35 años fue el 49.5%.

El grupo de mujeres con 35 años y más es el 15.0% y las que tienen una unión marital con más de 12 años, constituyen el 12.6%.

La mayor cantidad de mujeres se concentra en las uniones maritales con una duración de menos de 1 año y de 1 a 4 años, el porcentaje exacto es 50.5%.

Esto puede ocurrir por estas razones:

— porque un 46% de las mujeres encuestadas se encuentran en el grupo de edad comprendido entre 15 y 24 años. Estas mujeres son relativamente jóvenes.

— Por el fenómeno anteriormente descrito, dé que cierta cantidad de mujeres se van con un hombre a temprana edad de sus hogares, pero ese hombre no será definitivo. Puede entonces que para algunas esta sea su segunda unión marital.

— También puede ser, si son personas más o menos jóvenes, que tras haber enviudado o haberse divorciado, optan por declararse bajo la condición de solteras, abultando esta clasificación. Pero en un universo tan pequeño como el que estudiamos, es menos probable que suceda este fenómeno.

5) Escolaridad.

CUADRO NUM. 4

GRUPO ESTUDIADO – ESCOLARIDAD FEMENINA NIVEL NACIONAL

Nivel de Instrucción	Grupo Estudiado	Escolaridad Femenina a nivel nacional
No sabe leer ni escribir	24.5	41.4
Primaria incompleta	61.5	37.1
Primaria completa	11.0	09.6
Secundaria incompleta	02.5	08.3
Secundaria completa	00.0	02.4
Escuela Técnica	00.5	01.2
TOTALES	100.0	100.0

FUENTE: Censo Nacional de Población 1970. Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo, 1972.

En nuestro universo, los grupos escolares de primaria incompleta, presentan porcentajes más altos que a nivel nacional, y las mujeres que no saben leer ni escribir están en menor porcentaje representadas que las del nivel nacional. Lo cual, posiblemente, esté influenciado por el grupo estudiado, que presenta características muy homogéneas, es principalmente urbano, y además por ser dos universos no comparables. De todos modos si sumamos los porcentajes de primaria incompleta y analfabetos encontramos que son 76.0% y 78.5% respectivamente, lo que en realidad no hace muy disímil la situación.

En forma general, una cuarta parte de las encuestadas no sabe leer ni escribir, y la mitad no ha llegado al 6to. grado de

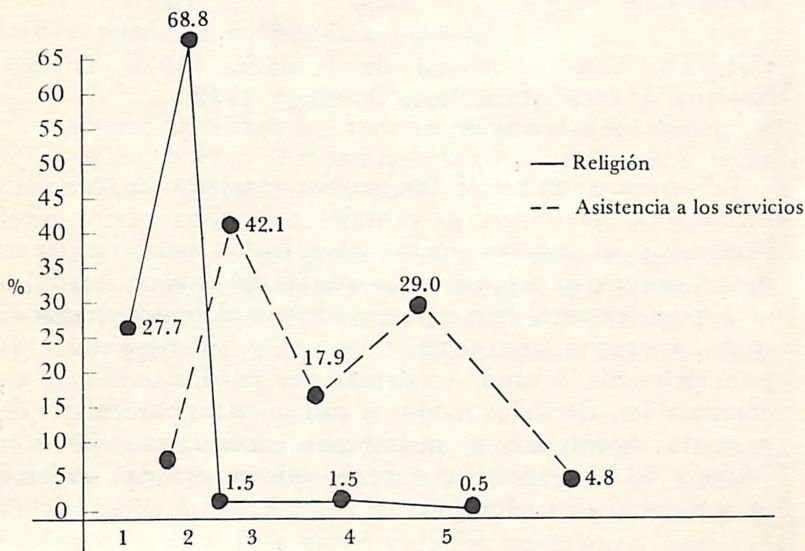
la educación formal. El mayor grado alcanzado por las encuestadas fue secundaria incompleta. Un caso aislado alcanzó la escuela técnica, lo cual no significa que haya cursado la instrucción secundaria.

Podemos observar que el grado de escolaridad de nuestras encuestadas es muy bajo, esto puede influir en el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, utilizando más el aborto y los métodos folklóricos como medio para controlar su fertilidad; estudios nacionales e internacionales, dan cuenta de este hallazgo que se repite; la correlación entre nivel de instrucción y conocimientos y prácticas anticonceptivas.

6) Aspectos religiosos.

GRAFICO NO. 5

GRUPO RELIGIOSO DE PERTENENCIA Y FRECUENCIA DE ASISTENCIA A SERVICIOS O RITOS DEL MISMO



Religión y Asistencia a ritos. Asistencia a Servicios Religiosos

1— Ninguna	1— No asiste nunca
2— Católica	2— Algunas veces al año
3— Evangélica	3— Una vez al mes
4— Adventista	4— Una vez por semana
5— Pentecostal	5— Más de una vez por semana.

La mayoría de estas mujeres dicen pertenecer a la religión católica, como se observa en el gráfico. La pertenencia a otras religiones no es significativa, por lo tanto, al tratar el aspecto de la frecuencia a los actos religiosos solamente nos referiremos a las mujeres que dijeron que su grupo religioso era el católico.

Es significativo que un alto porcentaje de estas mujeres practica de alguna forma la religión a que dicen pertenecer, como se manifiesta en el gráfico, aunque esto lo medimos solo por su asistencia a los actos religiosos. Es posible que algunas de estas mujeres conozcan la norma rígida de la religión Católica frente al aborto, sin embargo, ellas acuden al hospital con problemas relacionados con el mismo, lo cual nos lleva a las observaciones siguientes:

6.1) O la norma religiosa de estas mujeres se está debilitando, o realmente la norma religiosa no constituye un patrón de conducta para las encuestadas, lo cual lo consideramos factible en el esquema religioso dominicano.

6.2) La norma religiosa posiblemente ponga en conflicto a las mujeres de ese grupo; aunque el resultado último sea un despego de la norma.

6.3) La norma religiosa no guarda relación con los problemas que se consideran dentro de este orden en el grupo de estudio.

Existe un 27.6% de las encuestadas que no se asocian a ningún grupo religioso, lo cual nos resulta extraño, ya que generalmente los estudios muestran porcentajes ínfimos de

personas de esta condición. Creemos esto un dato interesante, ya que tradicionalmente la mujer se confiesa adscrita a algún grupo religioso.

Por otra parte, si sumamos los índices de las que no asisten nunca a los servicios religiosos y las que asisten algunas veces al año a dichos ritos, obtendríamos un porcentaje de 48.3% de mujeres que aunque dicen pertenecer a un grupo religioso, en realidad no asisten a los actos religiosos.

El 48.3% arriba mencionado, representa a 70 mujeres con muy escasa asistencia a los actos religiosos, y si a ellas se le suman las 55 que no pertenecen a ningún grupo religioso (y que no figuran en las barras que representan la asistencia a los actos religiosos, por no pertenecer a ninguna religión), tenemos un total de 125 mujeres con ninguna y escasa práctica religiosa; esto es, el 62.1% del total. De las 75 mujeres restantes, 26 asisten una vez al mes, 42 asisten una vez por semana y 7 asisten a sus ritos más de una vez por semana.

En general, podemos decir que el 37.9% de las encuestadas practica algún rito religioso. Es en estas mujeres donde más se puede agudizar el conflicto de la norma religiosa ante el aborto, aunque desde luego, hasta el momento no lo hemos probado de manera significativa, sino más bien aproximaciones de lo que puede ser la realidad de este fenómeno. De todos modos no encontramos en la variable religiosa un hallazgo realmente de significación social y cultural que podamos asociarlo a la problemática de la inducción de un aborto.

7.— Trabajos e Ingresos de las Encuestadas, de sus Maridos y de la Familia

CUADRO NUM. 5

TRABAJO E INGRESO DEL GRUPO A ESTUDIAR

Si trabaja la encuestada	Número	Porcentaje
Sí, permanentemente	51	25.5
Sí, cuando consigue	10	05.5
Sí, algunos días de la semana	2	01.0
Sí, en la casa (chiripea)	2	01.0
No	135	67.5
TOTALES	200	100.0

CUADRO NUM. 6

QUIEN SOSTIENE A LA ENCUESTADA QUE NO TRABAJA

De quién recibe ayuda	Número	Porcentaje
Marido	124	91.8
De sus padres	4	3.0
De sus hermanos	2	1.4
De un hombre con quien tuvo hijos	1	0.8
Parientes	2	1.4
Hijos mayores	1	0.8
Otros	1	0.8
TOTALES	135	100.0

En el cuadro No. 5 observamos que 135 mujeres que constituyen el 67.5% del total, no trabajan, lo que significa que son dependientes económicamente y responden en cierto

sentido al patrón cultural de que la mujer no trabaja en oficios remunerativos, además de la problemática del desempleo en la República Dominicana. De estas mujeres, que son las representadas en el cuadro No. 6, el 91.8% son mantenidas por sus maridos. De estas mismas mujeres, el 8.2% restante reciben ayuda económica de sus familiares.

Por otra parte, en el Cuadro No. 7 se presentan las 65 mujeres, que constituyen el 32.5% del total, que realizan trabajos remunerativos y si reciben o no ayuda económica. En el cuadro No. 8 se indican las que trabajan y reciben ayuda económica; indicando además la procedencia de la ayuda.

CUADRO NO. 7

ENCUESTADAS QUE TRABAJAN; SI RECIBEN AYUDA ECONOMICA

Si recibe ayuda económica	Número	Porcentaje
Sí, a veces	5	7.6
Sí, siempre	24	36.9
No, nunca	35	53.9
S. R.	1	1.6
TOTALES	65	100.0

CUADRO NUM. 8

DE QUIEN RECIBEN AYUDA LAS ENCUESTADAS QUE TRABAJAN

De quién recibe ayuda	Número	Porcentaje
Marido	20	68.9
De sus padres	2	7.0
De un hombre con quien tuvo hijos	3	10.3

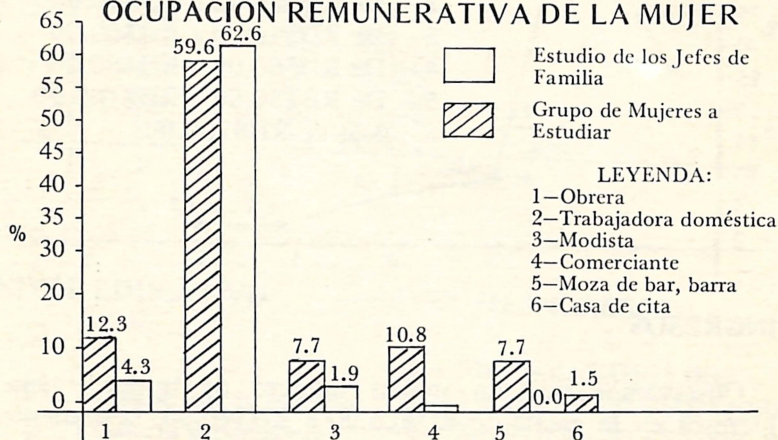
De quién recibe ayuda	Núm.	Porcentaje
De sus hermanos	1	3.4
Otros	1	3.4
S. R.	2	7.0
TOTALES	29	100.0

Se puede observar que del 32.5% de las mujeres que trabajan, el 36.9% recibe siempre ayuda económica, en tanto que el 7.6% la recibe a veces. Esta ayuda la reciben de sus maridos el 68.9% y las restantes de sus familiares y pensiones de hombres con quienes han tenido hijos.

Hay dos encuestadas que reciben ayuda económica, pero no dijeron de quien la reciben, puede ser que esa ayuda la reciban de un hombre con quien ahora mantienen relaciones sexuales, pero posiblemente por la crítica social prefieren callarlo.

Por otra parte, si comparamos el tipo de trabajo de ese 32.5% de las encuestadas que trabajan, con la clase de trabajo que realizan las mujeres de los hombres entrevistados en el Estudio Sobre Valores y Actitudes de los Jefes de Familia (*), encontramos los resultados siguientes:

GRAFICO NUM. 6
OCUPACION REMUNERATIVA DE LA MUJER



(*) Ing. Ezequiel García y Dra. Antonia Ramírez: Estudio citado.

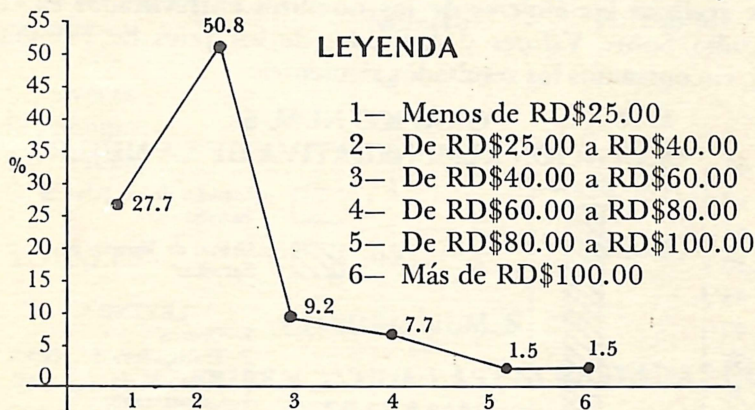
Tratando de establecer una similitud entre ambos estudios, observamos que de las 6 categorías de trabajo de la mujer, hay coincidencia en 4 de ellas.

Estas ocupaciones son estereotipos de trabajos asignados a la mujer en nuestro país, principalmente en los estratos bajos y medios bajos. Remunerativamente son además, bastante bajos y generalmente en condiciones precarias y discriminatorias.

Es costumbre tanto del hombre como de la mujer, el considerar que en las actividades fuera de la casa no debe participar la mujer, a no ser en circunstancias excepcionales, quizás sea esta la razón del número mayoritario de mujeres que no trabajan. Otra causa es que el mercado de trabajo en República Dominicana, para la mujer, es reducido.

GRAFICO NUM. 7

INGRESOS DE LAS ENCUESTADAS QUE TRABAJAN



INGRESOS

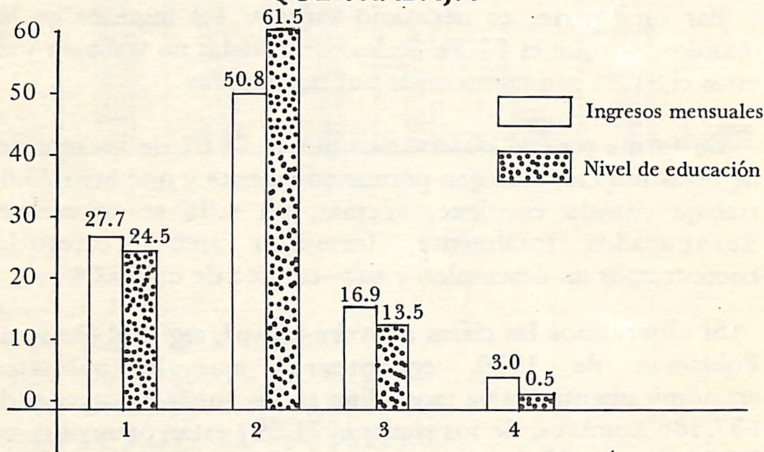
Observamos que un mayor número de mujeres tiene ingresos en la escala de RD\$25.00 a RD\$40.00, la siguiente clasificación en orden de importancia corresponde a las encuestadas que ganan menos de RD\$25.00. La causa de tan

bajos ingresos debe ser la ocupación de estas mujeres, la mayoría de las cuales dice que su trabajo es obrera doméstica; actividad que es mal remunerada en la República Dominicana.

Por otra parte, veamos la relación entre el nivel educativo y los ingresos económicos, haciendo la salvedad de que el nivel educativo es la representación de todo el grupo sujeto de estudio, mientras que en los ingresos se representa solamente el 32.6% de las encuestadas que trabajan.

GRAFICO NUM. 8

RELACION PORCENTUAL ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO DEL GRUPO Y LOS INGRESOS DEL 32.6% QUE TRABAJA



NIVEL EDUCATIVO

- 1— No sabe leer ni escribir
- 2— Primaria incompleta
- 3— Primaria completa
- 4— Escuela Técnica

NIVEL DE INGRESOS

- 1— Menos de RD\$25.00
- 2— De RD\$25.00 a RD\$40.00
- 3— De RD\$40.00 a RD\$80.00
- 4— De RD\$80.00 a más de RD\$100.00

Se observa en este gráfico que tanto la educación como el nivel de ingresos mensuales son bajos.

El 78.5% de las que trabajan tienen un ingreso menor de RD\$40.00 y el 86.0% de las encuestadas no llega al nivel de primaria incompleta, con el agravante, además, de que de ese 86.0%, el 24.5% no sabe leer ni escribir. Por esto no nos sorprende que el 56.9% de estas mujeres realicen un trabajo de obreras domésticas, que sólo el 12.3% es obrera (posiblemente de factoría) y el 7.7% modista.

Se puede deducir, de las mujeres que trabajan, que su bajo nivel de ingresos, tal vez sea determinado por la escasa educación formal recibida y otros factores, tales como los de orden legal y/o jurídico.

Por otra parte, es necesario estudiar los ingresos de los maridos, porque el 67.3% de las encuestadas no trabajan y de estas el 91.2% son mantenidas por sus maridos.

De forma general observamos que el 71.0% de los maridos de estas mujeres trabajan permanentemente y que otro 25.0% trabaja cuando consigue, además, un 4.0% se encuentran desocupados totalmente, formando ambas categorías encontramos un desempleo y sub-empleo de un 29.0%

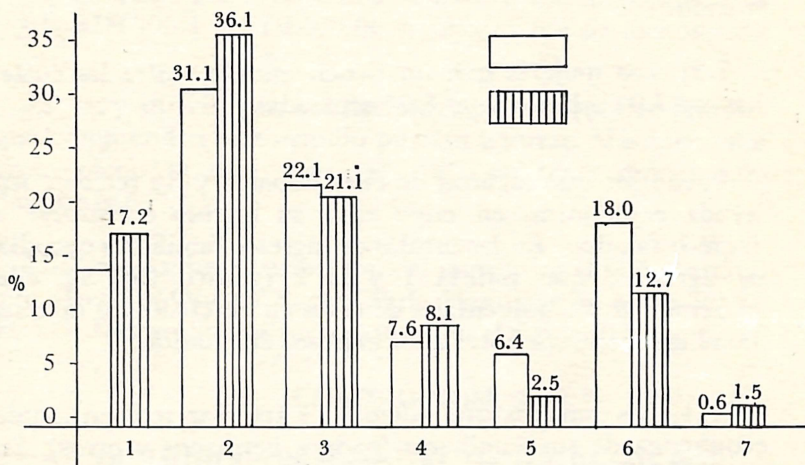
Si observamos las cifras a nivel nacional, según el Censo de Población de 1970, encontramos que la población económicamente activa masculina en las zonas urbanas es de 357,486 hombres, de los cuales el 71.39% están ocupados, un 7.30% no especificó su status y el 21.31% están desocupados. Conociendo la realidad del país, no es de extrañar que en nuestro grupo a estudiar, el 29.0% de los maridos de las encuestadas estén prácticamente desocupados.

El 71.0% de los maridos con trabajo permanente, posiblemente tengan trabajo estable y se encuentren dentro de los 357,486 hombres de la población económicamente activa de las zonas urbanas. (Tomamos la zona urbana y no la representación de la zona rural del país, por considerar que

del grupo encuestado son muy pocas las encuestadas residentes en la zona rural).

GRAFICO NUM. 9

INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA Y DEL MARIDO



LEYENDA:

- 1- Menos de RD\$50.00
- 2- De RD\$50.00 a RD\$100.00
- 3- De RD\$100.00 a RD\$150.00
- 4- De RD\$150.00 a RD\$200.00
- 5- Más de RD\$200.00
- 6- No lo recuerda
- 7- S. R.

En esta gráfica observamos lo siguiente: en las categorías 1, 2 y 5 los ingresos familiares son mayores que los ingresos del marido.

Esto puede ocurrir por:

7.1) Que los ingresos de las mujeres con trabajo, se sumen a los ingresos de sus maridos.

7.2) Que la mujer no trabaje y además no tenga marido. En este caso ella parece referirse a los ingresos paternos o de otros familiares, en cuya categoría hay 5.3% de las encuestadas. Para estas mujeres no influye el ingreso del marido.

7.3) Las mujeres que no tienen marido, entre las cuales hay un 7.0% solteras y un 6.0% separadas.

Puede ser que algunas de ellas trabajen y no reciban otra ayuda económica, en cuyo caso su ingreso constituye el ingreso familiar. En las escalas de ingresos familiares que ellas se agrupan, que son la 1 y la 2 (gráfico No. 9), ellas incrementan los porcentajes de casos en los cuales los ingresos familiares son superiores a los ingresos del marido.

7.4) Las mujeres que además de trabajar reciben ayuda económica de sus familiares (padres, hermanos y otros). En esa clasificación encontramos anteriormente el 10.4% (cuadro No. 8) de las mujeres encuestadas.

Por otra parte, observamos que en las clasificaciones 3 y 4 (gráfico No. 9), los ingresos de los maridos son superiores a los ingresos familiares, esto puede suceder porque el marido no aporte todos sus ingresos al consumo de la casa, tal vez mantenga otra familia, o quizás done parte de sus ingresos a sus padres.

El análisis de los ingresos nos indica que en la población estudiada no hay ahorros, ni del marido ni familiar, ya que o gastan lo mismo que ganan, o gastan más de lo que ganan. Así resultó también en un estudio sobre ingresos y gastos familiares realizado por el Banco Central a una muestra de 552 familias residentes en la ciudad de Santo Domingo (*). En dicho estudio se comprueba que tomando en cuenta los gastos fijos en alimentos, bebidas, tabaco, vivienda, prendas

de vestir, calzado y otros; los egresos son mayores que los ingresos en la siguiente proporción:

- a) Menos de RD\$50.00 su ahorro fue de menos 77.9%
 - b) RD\$50.1 a RD\$100.0 su ahorro fue de menos 12.9%
 - c) RD\$100.1 a RD\$200.00 su ahorro fue de menos 6.7%
 - d) RD\$200.1 a RD\$300.00 su ahorro fue de menos 2.7%
 - e) RD\$300.1 a RD\$400.00 su ahorro fue de menos 1.3%
- etc.

Es muy difícil, por consiguiente, pensar que las familias que comprenden este estudio puedan ahorrar. Más bien ellas viven como se dice aquí “al día”, sin tener dinero para “imprevistos”.

Los datos sobre distribución del ingreso en el sector estatal que ofrece la Oficina Nacional de Planificación en su Primer Plan de Desarrollo, los presentamos en el siguiente cuadro:

CUADRO NUM. 9

DISTRIBUCION MENSUAL DE INGRESOS POR FAMILIA

Estractos	Escala de Sueldos	%
Marginado	Menos de RD\$100.00	72.0
Bajo	RD\$101.00 a RD\$200.00	19.5
Medio	RD\$201.00 a RD\$500.00	8.1
Alto	Más de RD\$500.00	.4
TOTAL		100.0

FUENTE: Primer Plan de Desarrollo Económico y Social = 15. Oficina Nacional de Planificación. Secretariado Técnico de la Presidencia. Santo Domingo, 1970.

El grupo que estudiamos, por lo tanto, se encuentra situado entre el de estratos bajos y el marginado, de acuerdo a esta clasificación.

(*) Banco Central de la Rep. Dom., Estudio Sobre Presupuestos Familiares, Libro I, Sept., de 1971.

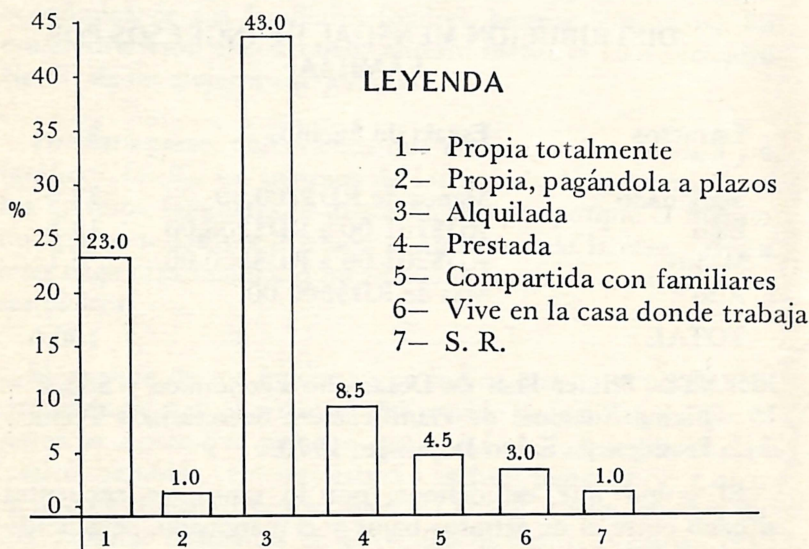
Esta podría ser una de las razones, para tomar la determinación de decidirse por un aborto ante la realidad de un nuevo hijo, aún cuando esta decisión no responda al ideal de la paternidad o maternidad responsables, ni esté considerado en la República Dominicana el medio idóneo para el espaciamiento de los hijos.

Creemos que las variables ocupación e ingreso pueden estar jugando papeles decisivos en la problemática de los abortos inducidos, sobre todo en las clases más débiles económicamente, pertenecientes tanto a las zonas urbanas como rurales de la República Dominicana.

8) Propiedad de la casa donde vive la Encuestada

GRAFICO NUM. 10

PROPIEDAD DE LA CASA DONDE VIVE LA ENCUESTADA



Observamos que sólo el 39.0% posee casa propia, lo cual no quiere decir que en realidad sea una casa que cumpla con las condiciones de una vivienda, ese porcentaje, bastante bajo, no es extraño, dado que casi la mitad de las encuestadas cuentan con un ingreso familiar menor de RD\$100.00 y que además el déficit habitacional aunque no calculado en su real magnitud se ha llegado a la conclusión de que es alto. Muy significativo hubiese sido saber las características estructurales de esas viviendas, ya que estos indicadores nos hubieran hablado mejor de la situación.

De una encuesta realizada en los barrios marginados de Santo Domingo en 1966 (*), extraemos el siguiente cuadro

CUADRO NUM. 10

TIPO DE ALOJAMIENTO EN PORCENTAJES DE BARRIOS MARGINADOS DE SANTO DOMINGO, 1966

Tipo de Alojamiento	%
Bloques con techo de zinc	15.9
Parte de bloques y madera	8.5
De madera con techo de zinc	46.0
De madera con techo de yagua (**)	17.8
De madera y cartón	9.5
No clasificados	2.3
TOTAL	100.0

FUENTE: García González

Debemos resaltar que las viviendas de madera hechas de yagua, y, las de madera y cartón suman el 27.8%. Generalmente, esas casas utilizan el cartón piedra que ellos llaman "madera", así como madera desechable que se utiliza en las construcciones (material de deshecho), también la madera que se utiliza en el embalaje de productos de vidrio,

(*) GARCIA GONZALEZ, Sebastián: Esquema del Problema de la Vivienda y Estrategia de Cambio. Primer Congreso CODIA. Santo Domingo, 21 al 23 de junio de 1973.

(**) Parte de la rama de la palmera.

bacalao, etc. En otras palabras, esas construcciones dejan mucho que desear en cuanto a la vivienda higiénica y adecuada para el alojamiento de una familia en las condiciones que exige la dignidad humana.

Otra clasificación es la vivienda de madera y techo de zinc, que constituye un 46.0%, algunas de ellas pueden tener las mismas características que las anteriores en lo referente a higiene y unidades habitacionales.

De forma general, las viviendas de los barrios marginados y de esas familias con ingresos bajos, suelen tener pocas habitaciones, fluctúan de 1 a 2 dormitorios. Si tomamos en cuenta que el promedio familiar de nuestro grupo a estudiar es de 5.2 personas (dato sacado de la historia de la fecundidad), esos dormitorios resultan insuficientes, y podrían ocasionar, si no lo hacen ya, una situación de promiscuidad.

Por otra parte, observamos en el gráfico No. 10 que el 43.0% del grupo a estudiar vive en casas alquiladas.

Teniendo en cuenta los bajos ingresos de este grupo, consideramos que ese alquiler debe ser bajo y por lo tanto las condiciones de las casas serán malas. Generalmente, las características de las casas alquiladas a ese nivel de renta son similares a las discutidas al referirnos a la higiene y cantidad de unidades habitacionales de las casas propias.

Las mujeres que viven en la casa donde trabajan son el 3.0% de las encuestadas, como observamos en gráfico No. 10. Estas mujeres fueron clasificadas como "obreras domésticas"; ellas forman parte de un 56.9% que dijo tener esa ocupación del total de las encuestadas que trabajan (32.6%, Ver cuadros No. 5 y gráfico No. 6).

Las obreras domésticas las clasificamos en dos tipos:

— Las que trabajan durante el día y por la noche regresan a sus casas, y

(*) BELCHER, John, y VAZQUEZ CALCERRADA, Pablo: "Diferenciales del tamaño ideal de la familia en la República Dominicana". Estudios Sociales No. 17. Santo Domingo, R. D., 1972.

— Las que trabajan y duermen en las casas que las contrató, teniendo un día o una tarde libre cada semana.

Tal como hemos presentado en este informe, la situación general de nuestro grupo de estudio, prácticamente no es óptima en muchos de los aspectos más importantes para el desenvolvimiento de una vida de acuerdo a los cánones de una existencia digna, y una vida con calidad.

c) CONCLUSIONES

En lo que hemos visto de las variables edad, estado civil, duración de las uniones maritales, educación, pertenencia a una religión y frecuencias de asistencia a los ritos religiosos, propiedad de la vivienda que habita y trabajo e ingresos de la encuestada y su familia, al analizar la frecuencia en que se distribuye la población encuestada en los diferentes aspectos contenidos en las características estudiadas; se debe tomar en cuenta que nuestras afirmaciones no son categóricas en ningún caso, por lo cual no hemos probado que exista una relación directa entre estas variables y el aborto, aunque asumimos que la problemática del aborto está relacionada con esa situación de privación.

Las características generales que presentan nuestras encuestadas son: mayormente de zonas urbanas, casi todas son menores de 30 años, en su mayoría viven en uniones consensuales de bajo nivel escolar, los ingresos familiares son bajos, habitan en viviendas inadecuadas y muy pocas de ellas trabajan, sobresaliendo entre éstas las de ocupación asalariadas domésticas (sirvienta).

Los resultados obtenidos, descritos en este informe, indican que las mujeres que constituyen la población de este estudio, con problemas de aborto inducido, presentan características demográficas y socio—económicas similares, y que en realidad en los estratos a que pertenecen la situación de vida sea aún más difícil que lo que nos pueden ofrecer los números, de todos modos creemos a estas mujeres altamente afectadas negativamente en los aspectos más vitales y esto-

requiere del concurso de muchos sectores de nuestra sociedad que se encuentren en posición real o potencial de hacerlo, de contribuir de una forma eficaz a la solución de la problemática femenina.

BIBLIOGRAFIA

- 1— OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS: Tablas del V Censo Nacional de Población de 1970.
- 2— GARCIA, Ing. Ezequiel, y RAMIREZ, Dra. Antonia: Informe del Estudio sobre Valores y Actitudes de los Jefes de Familia respecto al Mejoramiento de los Niveles de Vida en la República Dominicana, Centro de Investigaciones, UNPHU, Santo Domingo, R. D., 1971.
- 3— OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS: Simposio sobre el Uso de los Datos de Población del Censo de 1970. 24—26 de mayo de 1972.
- 4— NICASIO, Lic. Irma, y GARCIA, Dra. Martha Olga: “Encuesta sobre Actitudes, Valores y Experiencias Sexuales de los Adolescentes en el Distrito Nacional”. Simposio sobre Problemas de los Adolescentes — UASD. Santo Domingo, R. D., 1971.
- 5— BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA DOMINICANA: Estudio sobre Presupuestos Familiares. Libro I, Septiembre 1971.
- 6— GARCIA GONZALEZ, Sebastián: Esquema del Problema de la Vivienda y Estrategia de Cambio. Primer Congreso CODIA. Santo Domingo. 21 al 23 de junio, 1973.
- 7— OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACION: Primer Plan de Desarrollo Económico y Social. Secretariado Técnico de la Presidencia, Santo Domingo, R. D., 1970.

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES
UNIDAD DE ESTUDIOS SOCIALES**

INFORME NO. 3

**HISTORIAL DE FECUNDIDAD
DE LAS MUJERES ESTUDIADAS**

**Redactado por:
Lcda. Cándida E. Ramírez**

**Revisado por:
Dra. Antonia Ramírez**

SANTO DOMINGO, D. N.

I.— INTRODUCCION

Según el último censo de la población en 1970, las estadísticas vitales del país son las siguientes: (*)

- 1.a) Tasa bruta de natalidad: 48.0 por mil habitantes.
- 1.b) Tasa bruta de mortalidad: 14.7 por mil habitantes.
- 1.c) Tasa de mortalidad infantil: 110.0 por mil habitantes.

Aunque no existen estadísticas completamente fiables para los años antes de 1970, se puede decir que la tasa de mortalidad en el país está descendiendo, principalmente la mortalidad infantil en las áreas rurales. Esto se debe fundamentalmente a la extensión de los servicios de salud, el uso de la medicina preventiva, tales como inmunizaciones, saneamiento del ambiente, etc.

La tasa de crecimiento anual de la población entre 1960 y 1970 fue de 3.0%, tasa de crecimiento considerada alta; si bien en ese período dicho índice tuvo un descenso de 0.6% esto puede haberse debido a la fuerte emigración de hombres y mujeres entre 20 y 40 años de edad, principalmente a Estados Unidos, influyendo el desempleo en este fenómeno migratorio.

Esta alta tasa de crecimiento ha determinado que la población dominicana sea predominantemente joven. Los menores de 15 años constituyen el 47.6% del total, existe, por lo tanto, una alta proporción de población dependiente, a la que se tiene que dedicar una porción cada vez mayor del ingreso nacional.

Las inversiones requeridas en educación, salud, vivienda y servicios son cuantiosas, demandando de la actividad económica un ritmo de producción cada vez mayor para satisfacer estas necesidades generadas por el fuerte aumento de la población.

(*) Tablas Preliminares del Censo Nacional de Población 1970. Oficina Nacional de Estadísticas, Santo Domingo, 1973.

Para el país se estima que la tasa de fecundidad general es de 6.2 hijos por mujer. Según las comprobaciones realizadas por el demógrafo Nelson Ramírez, de la Oficina Nacional de Estadística, el número medio de hijos nacidos vivos es superior en la zona rural, 6.5 hijos/mujer. Para la zona urbana se estima de 5.2 hijos/mujer*. Actualmente se realiza en la República Dominicana una encuesta nacional de fecundidad, que dirá los índices exactos de la misma. (**).

Esto puede ser explicado porque la proporción de mujeres en unión marital en la zona rural es mayor que en la urbana, lo que supone mayor cantidad de mujeres expuestas a la fecundidad. Así como también, por causa de que las mujeres de zonas rurales ingresan a una unión marital a edades más tempranas que en las áreas urbanas.

Sin embargo, según una encuesta realizada en la zona rural del país (*), el número ideal de hijos fluctúa entre 3 y 5, para un 45.5% de las encuestadas, pero este ideal contrasta con la realidad, ya que el número real de hijos es de 4 a 7, para el 40.0% de las mujeres encuestadas.

Por otra parte, según la investigación antes citada, tomando en cuenta el grado de escolaridad, las mujeres encuestadas que no saben leer ni escribir son las que tienen el mayor número de hijos y además su número ideal es 6.7 (número promedio), el más elevado de todos. Las mujeres que tienen más hijos son las que tienen el número ideal de hijos más alto.

Esta situación también se pudo comprobar en el estudio sobre "Valores y actitudes de los jefes de familia respecto al mejoramiento de los niveles de vida en la República Dominicana (*)

Tomando en cuenta el ingreso familiar de la investigación realizada por Belcher y Vazquez Calcerrada antes citada, el porcentaje mayor del número ideal de hijos —de 6.6— corresponde a los ingresos menores de RD\$100.00, esto nos

(*) Simposio sobre el uso de los datos de población del Censo de 1970. Santo Domingo, 24-26 de mayo, 1972.

(**) Actualmente el Demógrafo Nelson Ramírez está a cargo de dicha encuesta auspiciada por el Consejo Nacional de Población y Familia.

dice que las de menores ingresos— económicos son las que desean mayor número de hijos. Sin embargo, creemos que no existe en la República Dominicana un patrón sobre número ideal de familia.

Sobre los abortos, en las publicaciones semestrales del Consejo de Población y Familia obtenemos las siguientes cifras:

CUADRO A

HISTORIA DE FECUNDIDAD DE LOS CASOS DE LAS CLÍNICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fecha	Embarazos (Cantidad)	Nacidos vivos %	Nacidos Muertos	Abortos %
Enero—junio 1971	54,147	87.5	-1	12.4
Julio—dic. 1971	49,075	74.5	13.9	11.6
Enero—junio 1972	32,200	75.4	12.3	12.3
Julio—dic. 1972	52,895	75.6	12.7	11.7

FUENTE: Consejo Nacional de Población y Familia. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Informes Semestrales. Santo Domingo, 1971—1972.

En este cuadro *A* observamos que el índice de los abortos es relativamente constante, alrededor de 12%.

Debemos decir que estos abortos fueron declarados por las pacientes cuando reconstruían un historial de vida reproductiva al solicitar los servicios en las clínicas de Planificación Familiar.

Estos datos y los expuestos en el informe No. 1, sobre los casos de dos hospitales que hemos estudiado, así como de otros hospitales no estudiados, son prácticamente las fuentes principales que se encuentran disponibles en el país, así como pequeños estudios que por interés personal y profesional han llevado a cabo algunos médicos dominicanos. No obstante los

(*) GARCIA, Ezequiel, y RAMIREZ, Antonia; Santo Domingo, R.D., 1972

esfuerzos hechos hasta el momento todavía no nos dan un índice que pueda ser tomado como base para la República Dominicana respecto al problema del aborto, sobre todo en su categoría de Inducido.

2.— EMBARAZOS

Los datos obtenidos de los embarazos de las mujeres encuestadas, son los siguientes:

CUADRO NUM. 1

EMBARAZOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Embarazos	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
1 embarazo	23	11.5
De 2 a 3 embarazos	59	29.5
De 4 a 5 embarazos	35	17.5
De 6 a 7 embarazos	37	18.5
De 8 a 10 embarazos	28	14.0
De 11 a 13 embarazos	13	6.5
De 14 a 17 embarazos	4	2.0
18 ó más embarazos	1	0.5
TOTALES	200	100.0

En este cuadro No. 1 podemos observar el alto índice de mujeres que han tenido de 1 a 3 embarazos, ellas constituyen un total de 41.0%. Cabe destacar también que 36.0% de las encuestadas han tenido de 4 a 7 embarazos.

Si tomamos en cuenta las edades más comunes en nuestro universo de estudio que son de 15 a 34 años, representando el 84% del total (ver Informe No. 2), vemos que el 77% de las encuestadas han tenido de 1 a 7 embarazos y como en nuestro grupo muchas tienen más de 7 embarazos, las comprendidas por ese 77% pueden llegar a tener más.

CUADRO NO. 2

TIEMPO QUE HA PASADO DESDE SU PRIMER EMBARAZO (SIN INCLUIR LAS 23 MUJERES QUE SOLO HAN TENIDO 1 EMBARAZO)

Tiempo	No. Entrevistadas	Porcentajes
Menos de 1 año	3	01.7
De 1 a 2 años	31	17.5
De 3 a 4 años	19	10.7
De 5 a 7 años	27	15.3
De 8 a 10 años	30	16.9
De 11 a 14 años	27	15.3
De 15 a 19 años	22	12.4
20 años o más	11	06.2
No recuerda	7	04.0
TOTALES	177	100.0

CUADRO NUM. 3

TIEMPO QUE HA PASADO DESDE SU PENULTIMO EMBARAZO (SIN INCLUIR LAS 23 MUJERES QUE SOLO HAN TENIDO 1 EMBARAZO)

Tiempo	No. Entrevistadas	Porcentaje
Menos de 1 año	35	20.0
1 año	51	28.4
2 años	38	21.6
3 años	24	13.6
4 años	9	5.1
5 años	9	5.1
6 años	5	2.8
7 ó más años	5	2.8
S. R.	1	0.6
TOTALES	177	100.0

Debemos aclarar antes de analizar los cuadros anteriores que para el 11.5% de las encuestadas, este es su primer y único embarazo, del cual ya sabemos que fue en este año y terminó en aborto.

Conviene detener la atención también en que para el 1.7% de las encuestadas (como lo observamos en el cuadro No. 2), este embarazo es el segundo en un solo año, comprendido desde el 1 de enero hasta finales de agosto de 1973.

En el cuadro No. 2 observamos que la historia de fecundidad en nuestro grupo a estudiar es reciente, porque el 45.2% de las encuestadas hace menos de 7 años que empezaron la misma.

Además se aprecia en el cuadro No. 2 que casi todo el grupo de 45.2% citado anteriormente tiene sus embarazos muy seguidos. Esto se puede observar mejor en el cuadro No. 3, tomando en cuenta que el 20.0% quedó embarazada hace menos de un año; el 28.4% solamente hace un año y el 21.6% hace dos años. Debemos recordar que todas las encuestadas tuvieron su último embarazo a mitad de este año.

En general, si para el 83.5% de las encuestadas su penúltimo embarazo es de menos de un año a tres años (ver cuadro No. 3) y si el total de embarazos fue de 1,017, esto nos hace pensar que los embarazos en nuestro grupo a estudiar son muy poco espaciados, lo que puede constituirse en un factor de decisión para la inducción de un aborto, cuando no se tiene otra alternativa.

Nos llama la atención que el 16.0% de las encuestadas (ver cuadro No. 3) tengan entre 4 y más años últimamente sin quedar embarazadas. En estas mujeres, la actitud de optar por un aborto puede ser estar influida por avanzada edad, el cambio de un marido a otro, o tal vez su actitud, conocimiento y práctica de la planificación familiar, pero no lo sabemos con certeza.

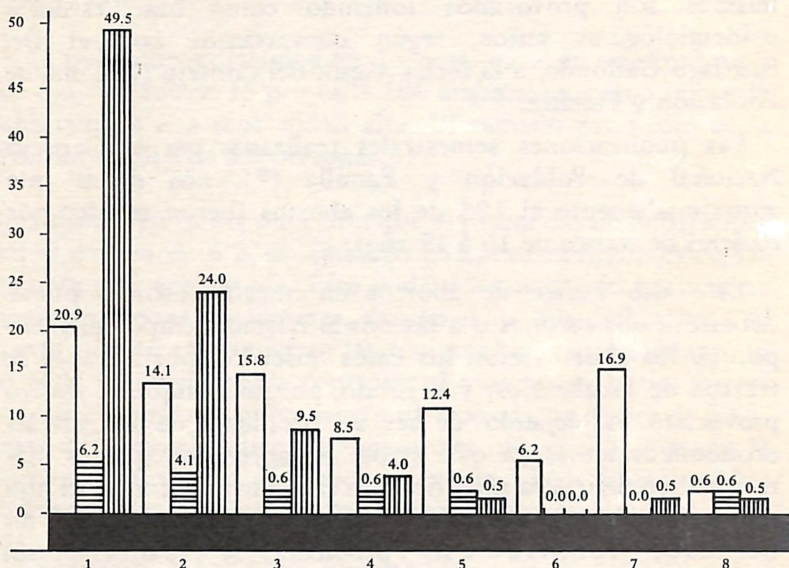
También es importante hacer notar que el estado de salud, el aspecto nutricional, pueden también jugar un papel

importante en los abortos de nuestras mujeres, pudiéndose dar casos en que realmente ellas no hayan hecho nada para inducirlo, y estas condiciones citadas hayan provocado un aborto de los clasificados como espontáneos. =

3.— HIJOS NACIDOS VIVOS, HIJOS NACIDOS MUERTOS Y ABORTOS

GRAFICO NUM. 1

HIJOS NACIDOS VIVOS, NACIDOS MUERTOS Y ABORTOS DE LAS ENCUESTADAS



LEYENDA

- 1— hijo
- 2— hijos
- 3— hijos
- 4— hijos
- 5— hijos
- 6— hijos
- 7— o más hijos
- 8— no recuerda

- 1— aborto
- 2— abortos
- 3— abortos
- 4— abortos
- 5— abortos
- 6— abortos
- 7— abortos
- 8— o más abortos

- hijos nacidos vivos
- hijos nacidos muertos
- abortos

Utilizando las cifras totales extraídas de las respuestas dadas por las 200 mujeres encuestadas, tenemos:

- Total de embarazos 1,017
- Total de hijos nacidos vivos 663, el 65.1%
- Total de hijos nacidos muertos 27, 2.6%
- Total de abortos de las encuestadas 327, el 32.1%

Como podemos observar en esos datos, el total de abortos representa aproximadamente la mitad de los hijos nacidos vivos. Aunque este total no corresponda a todos los abortos provocados se puede estimar que cerca de un 80 u 85% de los mismos son provocados tomando como base estudios epidemiológicos serios, según conversamos con el Dr. Santiago Gaslonde, a la fecha Asesor del Consejo Nacional de Población y Familia.

Las publicaciones semestrales realizadas por el Consejo Nacional de Población y Familia (*), nos dicen que aproximadamente el 12% de los abortos fueron tenidos por mujeres de menos de 15 a 49 años.

Este alto índice de abortos en nuestro estudio puede deberse a dos razones o a las dos al mismo tiempo: primero porque los abortos eran los casos buscados, por lo tanto se trataba de localizarlos; y segundo, porque aunque el aborto provocado va dejando de ser un problema en los niveles económicos altos, ya que estos han aprendido que es más racional recurrir a la planificación familiar para evitar un hijo que apelar a un aborto para deshacerse de un embarazo no deseado, todavía ese problema se mantiene sin modificaciones importantes en los sectores más desposeídos, los cuales no están o están mal informados sobre la existencia de recursos eficaces para prevenir los embarazos, tener los hijos deseados o espaciarlos de acuerdo a su particular circunstancia.

En el gráfico No. 1 observamos que los índices de abortos van descendiendo a la mitad, de una clasificación a la siguiente, esto es: 49.5%, 24.0%, 9.5%, 4.0%.

(*) Consejo Nacional de Población y Familia, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Publicaciones Semestrales, Santo Domingo, 1971-1972.

Hay que hacer la aclaración de que a ese 49.5% de abortos (ver gráfico No. 1) se le debe sumar el 11.5% de mujeres que han tenido su primer embarazo y este resultó ser un aborto. Por lo tanto, la suma total de las mujeres estudiadas que han tenido un aborto en su historia de fecundidad asciende a 61.0%.

En cuanto al total de hijos nacidos vivos tenemos un índice de 3.3 hijos/mujer encuestada y 5.08 embarazos/mujer; quiere decir que el 1.5 de embarazo/mujer se perdieron en este grupo.

El índice de mortalidad fetal y peri—natal en nuestro grupo de mujeres fue de 13 por cada 100 embarazos, como se puede observar es una mortalidad alta. El tamaño promedio de la familia resultó de 5.3 personas.

Dijimos en la introducción que el promedio de hijos/mujer en el país es de 6.2, sin embargo en nuestro estudio es de 3.3 hijos/mujer encuestada. Esto se debe a que a nivel nacional se incluyen todas las mujeres, deseen o no sus embarazos, en tanto que en este universo las mujeres han tenido abortos lo cual le ha servido para controlar el número de hijos. Nótese que si calculamos embarazos/mujer nos dá un índice de 5.08, más alto que el índice de hijos/mujer que es 3.3. Además la mayor recurrencia de mujeres jóvenes puede hacer posible que ese promedio sea más bajo que en otros niveles.

Respecto a los hijos nacidos vivos de las entrevistadas, quisimos saber con quién (s) vivían éstos para así hacernos una idea de la carga que estos hijos podrían representar para la mujer. Los resultados fueron los siguientes:

Los 663 hijos nacidos vivos a las entrevistadas tienen las siguientes relaciones con sus madres:

- Total de hijos que viven con ella: 478
- Total de hijos menores de 6 años que viven o no con ella: 251
- Total de hijos menores de 6 años que viven con ella: 222

— De los 663 hijos nacidos vivos, 478 viven con la madre, observamos que 169 ya no viven con ellas, de igual manera, de los 251 hijos vivos menores de 6 años, 29 no viven en la actualidad con sus madres.

Ambos casos pueden deberse a varias razones:

3.a) A su mayoría de edad.

3.b) Porque viven con sus abuelos o familiares, ya sea:

3.b.1) Porque la madre trabaja o no puede tener los hijos con ella, o

3.b.2) Porque emigró y dejó los niños con sus familiares, y además,

3.c) Porque los hijos viven con su padre, este podría ser el caso menos frecuente.

Observamos anteriormente que en la historia de fecundidad del grupo sujeto a estudio, el 32.1% de todos los embarazos terminaron en aborto. Aclaremos también que el último embarazo de todas las encuestadas terminó en aborto, sean estos provocados o espontáneos. Por otra parte, para 23 encuestadas éste fue su primer embarazo y terminó en aborto.

Estudiemos ahora el resultado del penúltimo embarazo de las encuestadas y si estas tuvieron dos o más abortos consecutivos, lo que inferimos tiene mucho que ver con la salud de la mujer.

CUADRO NUM. 4

RESULTADO DEL PENULTIMO EMBARAZO DE LAS ENCUESTADAS

Resultado	No. Encuestadas	Porcentajes
Nació vivo	122	69.0

Resultado	No. Encuestadas	Porcentajes
Nació muerto	4	2.2
Aborto	49	27.7
No recuerda	2	1.1
TOTALES	177	100.0

NOTA: No se cuentan aquí las 23 que el aborto fue el resultado de su primer embarazo.

En este cuadro podemos observar que la mortalidad perinatal es alta, de un 2.2 por cien en ese penúltimo embarazo. Así como también que por cada 2.5 nacidos vivos hubo un aborto.

Los dos casos que las mujeres no recuerdan como terminó su penúltimo embarazo puede ser:

– Aquellos casos que tenían más de 14 hijos y la mujer no podía hacer el recorrido retrospectivo y/o

– Aquellos casos en que su penúltimo embarazo fue hace 7 años o más, o sencillamente se encontraron en la libertad de no contestar a la pregunta, respondiendo con una evasiva.

CUADRO NUM. 5

SI TUVO DOS O MAS ABORTOS CONSECUTIVOS INCLUYENDO EL ACTUAL

Abortos Consecutivos	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Sí	55	31.0
No recuerda	4	2.0
No	118	67.0
TOTALES	177	100.0

El 31.0% de las encuestadas cuentan en su historia de fecundidad con abortos consecutivos. Ahora bien, conociendo que para el 27.7% de este grupo de mujeres su penúltimo embarazo terminó en aborto (ver cuadro No. 4), y teniendo el dato de su último embarazo que para todas terminó en aborto, podemos decir que el 27.7% del grupo a estudiar tuvieron abortos consecutivos considerando su penúltimo y último embarazos.

Por lo tanto, el 31.0% con abortos consecutivos indicados en el cuadro No. 5, sólo el 3.3% no pertenecen al grupo anteriormente citado, sino que representan a las mujeres cuyo penúltimo embarazo nació vivo o muerto, pero que anteriormente a este, tuvieron abortos consecutivos.

Los casos que se representan en la categoría "no recuerda" son los de aquellas mujeres con muchos hijos, a las que posiblemente les es difícil recordar haciendo una visión retrospectiva. Sólo recuerdan el total de hijos nacidos vivos, el total de nacidos muertos y el total de abortos en su historia de fecundidad, pero puede ser que no los puedan ubicar en el tiempo.

4.— LA DISPOSICION A TENER O NO MAS HIJOS

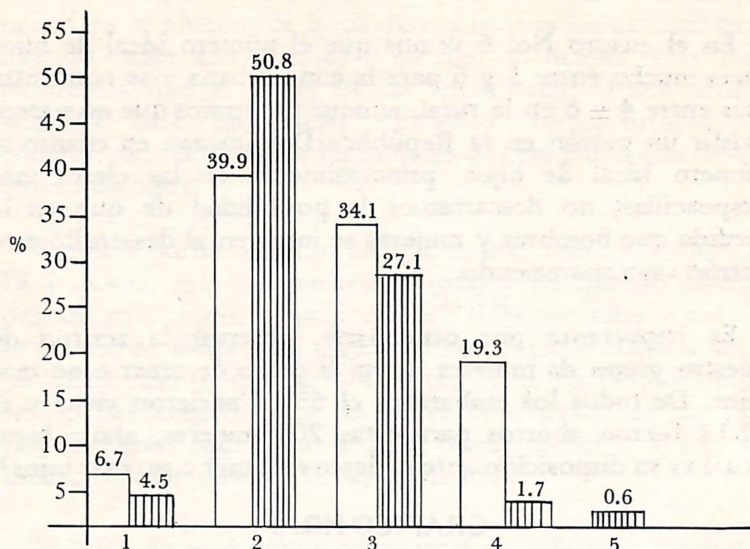
Agрупando los hijos vivos que han tenido las mujeres del grupo en estudio, y establecer una similitud con los hijos de los Jefes de Familia (*), obtenemos lo siguiente:

GRAFICO NUM. 2

GRAFICO DE SIMILITUDES DE LOS HIJOS DE LOS JEFES DE FAMILIA Y DE LAS ENCUESTADAS

JEFES DE FAMILIA	LEYENDA	ENCUESTADAS
1— Ninguno		1— Ninguno
2— 1-4 hijos		2— 1-3 hijos
3— 5-8 hijos		3— 4-6 hijos
4— 9 ó más hijos		4— 7 ó más hijos

(*) GARCIA, Ezequiel, y RAMIREZ, Antonia: "Estudio sobre Valores y Actitudes de los Jefes de Familia Respecto al Mejoramiento de los Niveles de Vida en la República Dominicana". CIUNPHU., Santo Domingo, R. D., 1971.



El promedio hijos/mujer en nuestro estudio es de 3.3, por lo que la cantidad de mujeres en el intervalo de 1 a 3 hijos es mayor que la cantidad de hombres en el estudio de Jefes de Familia, aunque en éste el intervalo abarque los jefes de familia que tenían entre 1 y 4 hijos.

CUADRO NUM. 6

TAMAÑO IDEAL DE LA FAMILIA

Hijos	País	Zona Rural	Zona Urbana
Ninguno	3.9	3.8	4.7
1 - 3	31.5	28.4	41.2
4 - 6	43.7	47.1	46.2
7 y más	4.4	20.7	7.9
TOTALES	100.0	100.0	100.0

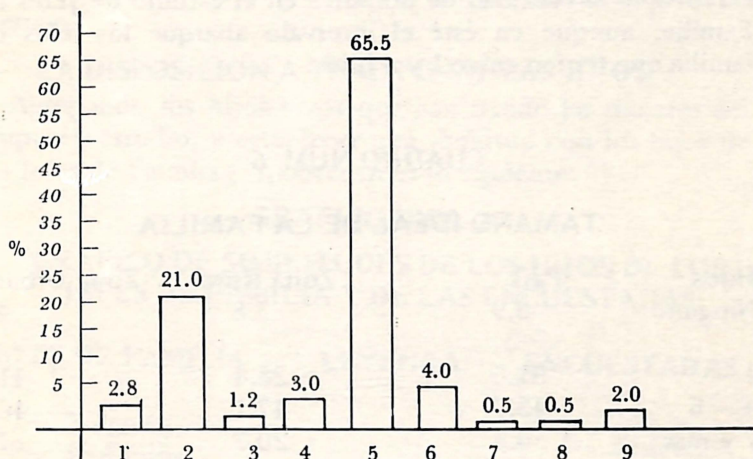
FUENTE: GARCIA, Ezequiel, y RAMIREZ, Antonia: "Estudio sobre Valores y Actitudes de los Jefes de Familia Respecto al Mejoramiento de los Niveles de Vida en la República Dominicana".

En el cuadro No. 6 vemos que el número ideal de hijos varía mucho entre 1 y 6 para la zona urbana y se concentra más entre 4 y 6 en la rural, aunque repetimos que no parece existir un patrón en la República Dominicana en cuanto al número ideal de hijos, principalmente en las clases más desposeídas; no descartamos la posibilidad de que en la medida que hombres y mujeres se integren al desarrollo este patrón vaya apareciendo.

Es importante por otra parte, observar la actitud de nuestro grupo de mujeres frente al deseo de tener o no más hijos. De todos los embarazos el 65.1% nacieron vivos y el 32.1% fueron abortos para estas 200 mujeres, ahora bien, ¿cuál es su disposición ante el deseo de tener o no más hijos?

GRAFICO NO. 3

ACTITUD HACIA EL DESEO DE TENER O NO MAS HIJOS



LEYENDA

- 1— Tienen los hijos que desean
- 2— Desea tener más
- 3— Los hijos que Dios quiera
- 4— Hubiera querido tener más

- 5— No desea tener más
- 6— Le da igual
- 7— No sabe
- 8— Otros
- 9— S. R.

Si sumamos en este gráfico No. 3, las encuestadas que tienen ya el número de hijos deseados, más las que hubieran querido tener menos hijos y las que no desean tener más, tendremos que el 70.5% de las encuestadas tienen actitud negativa ante un nuevo embarazo. En contraposición encontramos el 21.0% de las mujeres de este grupo que desean tener más hijos.

Por otra parte, tenemos las que desean tener los hijos que Dios quiera, más las que les da igual y las que no saben si desean más hijos, vemos que el 6.0% de ellas están en situación de duda ante un nuevo embarazo. Podemos decir, por consiguiente, que las 3/4 partes de las encuestadas están en actitud negativa ante la nueva concepción de un hijo. Consideramos que esta actitud puede deberse a factores múltiples, que pesan en la vida de la mujer.

El 2.0% de este grupo de mujeres no quisieron responder esta pregunta, creemos que pudo deberse a temor o recelo a este tipo de temas, o por no tener una respuesta segura.

Como habíamos dicho que el promedio hijos/mujer es de 3.3 en este grupo, y si el 70.0% de las encuestadas tienen actitud negativa ante un nuevo embarazo, ¿podríamos deducir que el número ideal de hijos para ellas es de 3? .

Recordamos que en nuestro segundo informe dijimos que nuestro grupo representaba más a la zona urbana que a la rural; en ese sentido, coincide con el promedio de 3 como ideal de hijos de los Jefes de Familia de zona urbana (ver cuadro No. 6).

Para el 6.0% de estas mujeres que se encuentran en duda ante un nuevo embarazo, el ideal de hijos posiblemente sea de 3 a 4, es decir, tal vez desean otro más. Y para el 21.0% que desean más hijos, es probable que su número ideal sea más de 4 hijos; de todos modos estas son interpretaciones sujetas a todo juicio crítico y a su confirmación con otro tipo de estudio.

En la introducción a este informe dijimos que el índice hijos/mujer es de 6.2 para la zona rural, más alto que en la zona urbana. Recordemos también el estudio de Belcher y Vasquez Calcerrada, anteriormente citado, en el cual se indica un número ideal de hijos de 4. También, en nuestro segundo informe dijimos que el 22.5% de las encuestadas en nuestro estudio viven en zona rural, por lo tanto, puede ser que parte de éstas se encuentren en el grupo de mujeres que desean tener más hijos, considerando que estudios anteriores indican más alta fecundidad para la zona rural.

Otro grupo de mujeres que pueden encontrarse en ese 21.0% que desean tener más hijos, son las encuestadas menores de 19 años. Ellas constituyen el 17.0% del total (ver cuadro No. 1, Informe No. 2).

Sin duda alguna es importante conocer que el 65.5% de las encuestadas declararon que no desean tener más hijos, porque esto nos indica la posibilidad de que al no querer otro embarazo recurran al aborto inducido como el método más eficaz para deshacerse de un embarazo no deseado, lo que posiblemente no sea lo ideal para ellas, pero se encuentran sin otra alternativa.

5.— CONCLUSIONES

En este estudio exploratorio sobre la Historia de Fecundidad de las 200 mujeres entrevistadas, es necesario volver a precisar que nuestras afirmaciones no son categóricas en ningún caso, sin embargo, asumimos, que el problema del aborto está relacionado en el problema de la multiparidad.

Las características generales que presentan en su historia de fecundidad las encuestadas son: las 200 mujeres han tenido 1,017 embarazos; de los cuales el 65.1% nacieron vivos, un 2.6% nacieron muertos y 32.1% fueron abortos. Se encontró, por consiguiente, una alta mortalidad fetal y perinatal tardía y un alto porcentaje de abortos. Este alcanza

1 aborto por cada 3 embarazos bastante más alto que el promedio del CONAPOFA que es de 1 aborto por cada 8 embarazos.

Sin embargo, debemos hacer notar que tomando en cuenta solamente los penúltimos embarazos de las mujeres entrevistadas, encontramos una proporción de 1 aborto por cada 3.3 embarazos, la cual está muy próxima a la encontrada para el último embarazo. Esto nos indica que a pesar de ser un grupo buscado de mujeres en situación de aborto, en su historia de fecundidad más cercana han tenido problemas de aborto en una proporción similar a la actual.

Existe un promedio de 3.3 hijos/encuestadas con un tamaño de la familia de 5.3 personas. Sin embargo, el 41.1% de las mujeres tiene más de 5 hijos, aumentando así el tamaño de la familia para un porcentaje de ellas.

Ante la realidad de que el 70.0% de las encuestadas están en actitud negativa a seguir su historial de vida reproductiva, declarando el 65.5% de ellas que no desean tener más hijos y teniendo en cuenta que el aborto inducido puede ser el único medio de dar fin a un embarazo no deseado, para estas mujeres, vemos que la multiparidad es un factor que puede influir en la decisión de la inducción de un aborto, aun cuando se ponga en peligro la salud física, mental y social de la mujer que a este medio recurre.

BIBLIOGRAFIA

OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS: "Tablas Preliminares del V Censo Nacional de Población, 1970. Santo Domingo, R. D., 1973.

GARCIA, Ezequiel, y RAMIREZ, Antonia: "Estudio Sobre Valores y Actitudes de los Jefes de Familia Respecto al Mejoramiento de los Niveles de Vida en la República Dominicana". Centro de Investigaciones de la UNPHU. Santo Domingo, R. D., 1972.

SIMPOSIO SOBRE EL USO DE LOS DATOS DE POBLACION DEL CENSO DE 1970. Santo Domingo, 24-26 de mayo de 1972.

BELCHER, John, y VAZQUEZ C., Pablo: "Diferenciales del Tamaño Ideal de Familia en la República Dominicana". Revista Estudios Sociales; No. 17, Santo Domingo, R. D. 1972.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION Y FAMILIA. "Informes Semestrales" 1971-1972. Santo Domingo, R. D.

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES
UNIDAD DE ESTUDIOS SOCIALES**

Informe Núm. 4

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS
RELACIONADAS CON LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS**

**Redactado por:
Dra. Antonia Ramírez**

**Revisado por:
Ing. Ezequiel García**

SANTO DOMINGO, D.N.

INTRODUCCION

En muchas latitudes los estudios KAP no son prácticos, el mismo discurrir de las aplicaciones de las políticas de población, utilizando la planificación familiar como un medio para la regulación de la fecundidad han hecho posible este fenómeno. Además, han sido modificados tan considerablemente, que si comparamos los formatos de los primeros estudios sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos con los que actualmente se conducen en países sub-desarrollados encontramos sólo algunas formas originales.

En la República Dominicana existe un programa oficial de Planificación de la Familia, operado por el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) desde el año 1968; dicho programa es coordinado con las actividades de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (A.D.P.B.F.), así como con el programa del Servicio Social de Iglesias Dominicanas (S.S.I.D.); (ambas instituciones son de índole privada), así como con otros organismos nacionales de carácter público.

En los primeros cuatro años del programa del CONAPOFA se pretendía lograr una cobertura de 20% de las mujeres en edad fértil en la República Dominicana como aceptantes de dicho programa; pero como resultado de las evaluaciones hechas se obtuvo que para 1972 sólo se había conseguido una cobertura del 6%, esto hizo posible que se reconsiderara el programa, sus metas, prioridades y estrategia. El resultado fue el diseño del Plan Cuadrienal de Planificación de la Familia 1973-1976, el cual se está llevando a la práctica en la actualidad con algunas modificaciones.

Según datos arrojados por el V Censo Nacional de Población de 1970, se encontraron 828,145 mujeres en el grupo de edad fértil, es decir que entre los 15 y 44 años. Esta cifra creemos limita el número real, pues para muchas mujeres la vida reproductiva comienza antes de los 15 años y

termina después de los 44 años. De todos modos, creemos este dato altamente significativo, no por sí mismo, sino por las implicaciones que en la sociedad dominicana tiene el hecho de entrar en edad fértil, tales como: entrar en unión marital a bajas edades, desempleo para la mano de obra femenina, socialización anticipada lo cual favorece las uniones tempranas y la maternidad; así como factores económicos y culturales que, si no determinan sí influyen fuertemente en la conducta de fecundidad de la mujer dominicana.

No parece hasta el momento que la práctica anticoncepcional, sobre todo en las clases más desposeídas, que son migratorias, haya tenido la difusión o la aceptación que hagan posible un cambio en la conducta reproductiva. Creemos que gran parte de esto se debe a factores tales como:

—Alto índice de analfabetismo

—Tipo de socialización del hombre y la mujer

—Porcentaje de población rural alto, al cual no llega en forma sistemática la educación sobre planificación familiar.

—Alto porcentaje de población urbana, parte del cual mantiene aún una cierta superposición cultural que no le permite integrarse totalmente al sistema de vida urbano.

—Patrones familiares y sociales que rechazan la planificación familiar, posiblemente por los pocos conocimientos que se tienen sobre ella, sus objetivos y filosofía y no por razones morales ni políticas.

Se podrían considerar otros factores; aquí sólo tratamos de enumerar algunos.

En este trabajo pretendemos cubrir la parte referente a Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos del grupo de mujeres con problemas de aborto estudiadas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia de la ciudad de Santo Domingo, y en el Hospital José María Cabral y Báez, de Santiago de los Caballeros.

2.— ANTECEDENTES

Aunque este no es un estudio comparativo, sino un estudio exploratorio, queremos recordar que en la República Dominicana en 1971 se llevó a cabo una encuesta nacional a hombres dominicanos jefes de familia, en relación con los conocimientos, actitudes y conducta respecto a la planificación familiar. (Estudio sobre Valores y Actitudes de los Jefes de Familia respecto al Mejoramiento de los Niveles de Vida en la República Dominicana)*. Una de las ventajas de este estudio es que se llevó a cabo a nivel nacional, en las zonas urbana y rural, con una muestra aleatoria que incluía hombres de los diferentes estratos socio-económicos nacionales.

Algunos de los puntos resaltantes del estudio fue encontrar correlaciones positivas entre los niveles de ingreso y la educación (nivel de instrucción) con la aceptación o rechazo hacia la planificación familiar. Estos mismos hallazgos han sido hechos en otros países.

Otro de los hallazgos fue que el 56.7% de los encuestados (469), dijeron nunca habían oído hablar de planificación familiar, el 27.4% (227), “algunas veces”, y sólo el 15.9% (132) dijeron haber oído hablar “a menudo”.

El primer dato coincide con que el 56.3% (468) dijo en esa ocasión que no conocían ningún método anticonceptivo; de los métodos conocidos por ellos el más alto número lo alcanzó el condón (preservativo o profiláctico), 230 respondientes, o sea, el 27.9%, siguiéndole las pastillas orales con 171, el 20.7% y la esterilización femenina, 93 o sea el 11.3%. Los restantes se distribuyen bastante alejados de los valores centrales en todos los otros métodos usados o que pueden usarse en el país.

Fue notorio en el estudio citado que aunque el primer lugar en conocimiento lo obtuvo el condón, sin embargo, al cuestionar a los hombres si sabían cómo usar los métodos mencionados por ellos espontáneamente, o cómo ponerlos en

(*) Realizado por el Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, para el Consejo Nacional de Población y Familia, con asesoría del Transnational Family Research Institute.

práctica, encontramos que entonces las pastillas orales pasaron a ocupar el primer lugar con un 65.5% (137) de hombres que sí sabían como usarlas, aunque no tenemos la certeza absoluta de cuan seguro estaban de este conocimiento; al segundo lugar pasó la esterilización femenina y al tercer lugar el saber como usar el condón. Queremos apuntar que la esterilización femenina es conocida y practicada desde antes de haber difusión masiva de métodos anticonceptivos.

En cuando a cuáles métodos consideraban mejores, mencionados por ellos espontáneamente y sugeridos por los encuestadores, se halló que de los respondientes el más alto porcentaje lo obtuvo el condón con un 21.8% (154), posiblemente por ser un método masculino, y el segundo lugar la esterilización femenina con un 12.9% (91). No obstante, un 41.0% opinó que a su juicio ninguno de los métodos era mejor, entendimos en esa ocasión y volvemos a reiterarlo que la respuesta a la alternativa "Ninguno", no necesariamente es un indicador de rechazo sino de desconocimiento, y ante lo desconocido resulta más airoso aparentemente, negar o rechazar, que dar una opinión insegura.

Otro dato interesante fue que de 699 hombres del total de la muestra que eran 830, el 71.2% (551) respondieron que "No" categóricamente a la pregunta de si habían usado él o su mujer algún método anticonceptivo, solamente el 19.1% dijo haber usado, el 9.7% restante no respondió a la pregunta. De este 19.1% que dijo haber usado, nuevamente el condón ocupa el primer lugar, siguiendo el coito interruptus, las pastillas orales y el ritmo.

En cuanto a qué métodos creían usaría un hombre para limitar el tamaño de su familia, la aceptación mayor fue para los métodos femeninos, ya sean contraceptivos o esterilización con una aceptación de 14.2% y 22.2% respectivamente; los contraceptivos masculinos tuvieron una aceptación de 13.4% la esterilización masculina 1.0%, el aborto como método regulador 0.3% y el 48.1% dijo no saber.

A todos los jefes de familia, supieron o no de contraceptivos, se les preguntó si tenían interés en aprender a no tener más hijos o planear los que desearan, fue sorprendente que el 56.1% de 821 que respondieron, dijeron "No" rotundamente, un 39.7% respondió decididamente "Si", y los restantes o no estaban seguros o no respondieron.

Quizás resultaría interesante estudiar una sub—muestra que podríamos considerar básica, a fin de ver las variaciones en el tiempo ocurridas en las actitudes y conducta de estos jefes de familia.

A continuación ofrecemos los resultados obtenidos en 1973—1974 en un grupo de 200 mujeres, que quizás no nos permitan hacer comparaciones válidas por ser un grupo homogéneo, ya que como se analizó en el trabajo No. 2 "Características Socio—Económicas y Demográficas de las Mujeres Estudiadas", los valores y características asumidas por las variables estudiadas no presentan diferencias significativas, lo cual también puede ser atribuible no sólo al grupo estudiado, sino también al tipo de análisis estadístico, que al ser solo de frecuencias, no permite hacer inferencias de correlaciones o determinar probabilidades. Así pues, ofrecemos una descripción de los datos, agrupados en series simples que permitan dar una visión general de la situación.

3.— LOS DATOS: ANALISIS

Las entrevistas relativas a este proyecto se limitaron a mujeres con problemas de aborto, sin imponer límites de edad, ni tener en cuenta previamente el tipo de situación marital en que se encontraban las mismas. Tal como aparecen en el trabajo No. 2, estas se clasifican en casadas, unidas consensualmente, unión ocasional, separadas y solteras.

En estudios realizados en otros países, se ha encontrado que la práctica del aborto ha ido en aumento en la medida que la conducta contraceptiva ha aumentado, explicándose el fenómeno en términos de que al fallar los métodos

contraceptivos, las mujeres recurren nuevamente al aborto, el mencionado fenómeno no es una variable dependiente de la falta de instrucción y desconocimiento de métodos anticonceptivos, sino que conociéndolos y sabiéndolos usar, al fallar éstos y por tener efectos secundarios, recurren a un aborto inducido, para lo cual encuentran accesibilidad.

Creemos que éste no es el caso de la República Dominicana, donde aún el desconocimiento y las actitudes negativas hacia la contracepción, motivadas tal vez por la falta de información y educación, hacen posible que aún nuestras mujeres recurran al aborto como una manera de terminar con un embarazo no deseado o espaciar los hijos. Aún en detrimento de su salud, también por desconocimiento de las implicaciones de un aborto provocado sin las condiciones médico—sanitarias adecuadas.

Creemos pues, que el problema básico reside en la falta de educación motivadora, que haga posible que la mujer ejerza el derecho de planificar su familia con métodos adecuados e ino cuos, lo cual posiblemente genere una baja en los abortos inducidos en malas condiciones que ponen en peligro su salud, entendida ésta, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “como un completo estado de bienestar físico mental social y no meramente la ausencia de enfermedad o afección”.

Aunque en el informe No. 2 están descritas las características socio—económicas y demográficas creemos necesario incluir algunas de ellas de manera que se pueda tener una visión de conjunto más clara para el observador y el analista posterior.

4.— EDAD DE LAS ENCUESTADAS

Para estimar la edad usamos el promedio aritmético para series agrupadas, porque tiene la ventaja de tomar en cuenta la totalidad de los valores de la serie, aumentando o disminuyendo de acuerdo con ellos. Tenemos en cuenta que a.

causa de esta propiedad puede ser desventajosamente afectado por los valores anormalmente altos o anormalmente bajos, pero por regla general, sin embargo, puede decirse que cuando la serie es más o menos simétrica, el promedio se prefiere a cualquiera otra constante de resumen.

En el caso que tratamos, aunque los valores primero y último de la serie estaban abiertos, teníamos el dato que nos permitía cerrar las clases, haciendo posible así el cálculo del promedio.

CUADRO NUM. 1

ENTREVISTADAS

Clases. Edad en Años	Entrevistadas (f_i)	Punto Medio de clase x_i)	Edad total de cada clase ($f_i x_i$)
12 a 15	2	13.5	27.0
16 a 19	32	17.	544.0
20 a 22	37	21.	777.0
23 a 24	24	23.5	564.0
25 a 27	33	26.5	874.5
28 a 29	15	28.5	427.5
30 a 34	27	32.0	864.0
35 a 39	18	37.0	666.0
40 a 47	12	43.5	522.0
TOTALES	200		5,266.0

$$\bar{X} = \frac{f_i x_i}{f_i}$$

f_i = frecuencia de entrevistadas en cada intervalo.

$$\bar{X} = 26$$

x_i = edad promedio en cada intervalo.

x = edad promedio del universo.

Como se observa, la edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 26 años, edad que consideramos joven se

puede apreciar, sin embargo, que en las frecuencias (f_i) la variable edad asumió una serie de valores muy diferentes.

La situación marital se puede resumir así:

CUADRO NUM. 2

Situación Marital	Entrevistadas	Porcentajes
Casadas	36	18.0
Unión consensual	115	57.5
Solteras (viudas, separadas, incluye uniones ocasionales)	49	24.5
TOTALES	200	100.0

Consideramos irrelevantes para los fines del estudio si estas mujeres son casadas por lo civil o por la Iglesia; quizás el punto más destacado es que la mayoría de las uniones son consensuales, sujetas muchas veces a disoluciones o uniones ocasionales, ya que algunos de los maridos en esta situación tienen otra familia legal establecida.

Las mujeres que se declaran con status de solteras, pueden resultar un grupo interesante en el sentido de que posiblemente sean las que tienen presiones sociales más fuertes con un embarazo sin padre establecido en un mismo techo. No podemos afirmar de una manera definitiva que estas mujeres con exposición al coito, no usaran ningún contraceptivo, y que por no usarlo se vieran más presionadas a buscar un aborto. Asumimos que no lo usaron, aunque no podemos probarlo.

En cuanto al *nivel de instrucción*, encontramos que para todo el grupo fue bajo, resumiéndose así: Un 24.5% no sabe leer ni escribir, 61.5% declararon tener instrucción de enseñanza primaria incompleta, o que saben leer y escribir sin haber ido nunca a la escuela. De este grupo es muy probable que un gran número sólo alcanzara hasta los 3 primeros años.

de primaria, quienes en general se convierten según la terminología de Naciones Unidas en “analfabetos por desuso”. Un 14.0% alcanzó primaria completa y secundaria incompleta, por lo que prácticamente se pueden quedar en la primera categoría.

Creemos que el factor instrucción puede ser altamente condicionante de la situación que presentaremos más adelante sobre los conocimientos y conducta contraceptiva.

Sin embargo, no hay indicios de que la declaración de pertenencia a un grupo religioso sea motivo de rechazo de métodos de planificación familiar.

La pertenencia a grupos religiosos la resumimos así:

CUADRO NUM. 3

Religión Confesada	Num. Entrevistadas	Porcentajes
Ninguna	55	27.5
Alguna religión (católica, adventista, protestante, pentecostal)	144	72.5
TOTALES	199	100.0

Estas mujeres, incluyendo las que acudían con su primer embarazo el cual terminó en aborto, tuvieron un total de 1,017 embarazos, con una media aritmética de 5.08 embarazos por mujer, lo que se considera un índice de fecundidad sumamente alto, sobre todo si tenemos en cuenta las condiciones socio—económicas de las encuestadas; sus condiciones de salud, motivada por esta misma situación, que entendemos se ve agravada por la multiparidad. Dentro de este grupo encontramos mujeres que han estado embarazadas 14 veces y más.

Referente al tiempo transcurrido desde su penúltimo embarazo (el último antes del que terminó ahora en aborto), un 48.2% tenía entre menos de un año y un año de tiempo, 21.6% dos años y de 3 a 7 años un 30.1%.

Estos porcentajes nos hacen pensar que estas mujeres no tienen una conducta contraceptiva reguladora de su fecundidad; y posiblemente por esta misma causa un 31.1% de ellas tuvieron dos o más abortos consecutivos, de los cuales asumimos que un alto porcentaje fueron inducido en un intento de no tener un nuevo hijo o de espaciar el tiempo transcurrido entre el nacimiento de uno y de otro.

Uno de los aspectos más problemáticos que encontramos en esta práctica, es el daño que puede infligir a la salud de la mujer.

Luego de exponer esta situación general, la cual asociamos con la conducta contraceptiva, pasaremos a revisar los datos suministrados por las encuestadas en cuanto a lo que saben y practican de planificación familiar.

Siendo uno de los patrones familiares en República Dominicana el predominio del hombre en la toma de decisiones, cuestionamos a las mujeres sobre si había hablado con su marido sobre los métodos de planificación familiar (anticonceptivos). Las respuestas fueron en este sentido:

CUADRO NUM. 4

Hablaron con sus maridos:	Núm. Encuestadas	Porcentajes
Si	88	45.0
No, aunque saben de ellos	64	32.5
No, porque no saben nada sobre ellos	44	22.4
TOTALES	196	100.0

Nos parece significativo que el 45.0% de las mujeres respondieron que habían hablado con sus maridos sobre métodos anticonceptivos, lo que nos muestra que, parece existir una cierta preocupación por hacer algo para evitar o espaciar los nacimientos. No sabemos cuáles fueron las respuestas o las actitudes de los maridos a sus mujeres hablarles sobre métodos anticonceptivos; aunque es posible que algunas de ellas buscara alguno, aún con la oposición de sus maridos.

Como 64 mujeres no hablaron con sus maridos de esto, aún declarando saber sobre anticonceptivos, se les cuestionó sobre el porqué no hablaron con ellos sobre esto, sólo 43 dieron una respuesta, resumiéndose así:

CUADRO NUM. 5

Razones por las que no ha hablado con su marido.	Núm. Encuestadas	Porcentajes
Sabe que no está de acuerdo (sin explicar)	12	27.9
El considera que es malo para la salud	22	51.1
Ella le teme y no se atreve a decirle	9	21.0
TOTALES	43	100.0

Realmente no tenemos todavía la totalidad ni el análisis de los datos que nos permitan afirmar cuales son las verdaderas razones por las cuales aparentemente en la República Dominicana se le teme más, desde el punto de vista de la salud, a los anticonceptivos que a los abortos. Una de las conclusiones (No. 7 del Apéndice del Estudio sobre Valores y-

Actitudes de los Jefes de Familia respecto al mejoramiento de los Niveles de Vida en la República Dominicana) dice: "Algo importante que se desprende del estudio es que los jefes de familias no relacionan salud, aborto y contracepción. . ." "Lo que implica según nuestros análisis que si se mejoran y aumentan los conocimientos sobre los aspectos de salud, habría una tendencia positiva a incrementar mejores actitudes y más práctica de la planificación familiar".

Como el 44.0% (88) de las 200 mujeres entrevistadas dijeron haber hablado con sus maridos sobre métodos anticonceptivos y 64, o sea, el 32.0% dijeron no haber hablado aunque sí sabían sobre ellos, preguntamos a éstas 152 mujeres si habían usado algún método, a lo cual sólo 47 de ellas contestaron que sí, representando el 23.5% del total de mujeres y 30.9% de las que dijeron haber hablado y de las que sin hablar sabían de contraceptivos; lo que nos muestra fuertes diferencias entre conocimientos y conducta contraceptiva.

El cuadro siguiente muestra la distribución numérica y porcentual de los métodos usados por las 47 mujeres que afirmaron haber usado contraceptivos. Notamos una mayor propensión hacia los gestágenos orales, lo cual se corrobora con las publicaciones semestrales del CONAPOFA, así como con algunas declaraciones de médicos directores de clínicas de planificación familiar, en el sentido de que "las mujeres usuarias del Programa de Planificación Familiar prefieren mayormente las píldoras anticonceptivas para espaciar los embarazos" (*).

CUADRO NUM. 6
CONTRACEPTIVOS USADOS POR LAS
ENCUESTADAS Y/O SUS MARIDOS

Método	Núm. Encuestadas	Porcentajes
Condón (preservativo)	5	10.6
Coito interrumpido	3	6.4

(*) LISTIN DIARIO, Jueves 27 de diciembre de 1973, p. 3, "Grupo de Mujeres Usaría Píldora", declaraciones del Dr. Pedro Pichardo.

Método	Núm. Encuestadas	Porcentajes
Tabletas espumantes	1	2.1
Condón y G.O.	3	6.4
G.O.	17	36.2
DIU (sin especificar)	9	19.1
Gestágeno inyectable	2	4.3
Condón y DIU	5	10.6
No respondieron	2	4.3
TOTALES	47	100.0

Antes la idea previa de las dificultades económica de estas mujeres, que se pueden considerar "típicas" de las que recurren a servicios médicos públicos, cuestionamos sobre cómo conseguían los anticonceptivos, 43 de ellas informaron lo siguiente:

CUADRO NUM. 7

FORMA Y LUGAR DONDE ADQUIEREN LOS CONTRACEPTIVOS LAS USUARIAS

Donde adquirirían los los contraceptivos	Num. entrevistadas (usuarias)	Porcentajes
Clínica de planificación familiar	33	76.8
Clínica privada	1	2.3
Comprados por ella (farmacia)	4	9.3
Comprados por marido (farmacia)	5	11.6
TOTALES	43	100.0

Como puede advertirse, el porcentaje más elevado adquirirían los contraceptivos en clínicas de planificación familiar, donde estos son suministrados gratuitamente a todas las usuarias, así como a los maridos que lo solicitan.

Un aspecto que presentaba interés para el estudio era saber si estaban, la mujer y su marido, usando algún contraceptivo cuando quedó embarazada, y si esto era afirmativo, cuál de ellos estaban usando, ya que esto podrían inducir una actitud negativa hacia el uso de contraceptivos.

Estas dos preguntas las respondieron sólo 40 de las 47 mujeres que habían usado contraceptivos. Resumimos a continuación los resultados:

CUADRO NUM. 8

	SI ESTABAN USANDO		NO ESTABAN USANDO	
	Entre- vistas	Porcen- tajes	Entrevis- tadas	Porcenta- jes
Método que estaban uti- lizando	15	37.5	25	62.5
Ritmo	2	13.4	—	—
Coito inte- rrupto	3	20.0	—	—
G.O.	5	33.3	—	—
DIU	5	33.3	—	—
TOTALES	15	100.0	25	62.5

Tratando de reconfirmar el conocimiento y actitudes hacia la planificación familiar, se les preguntó si pensaban usar algunos de los métodos ya mencionados, de 116 mujeres que respondieron, sólo 58 o sea, el 41.4% de ellas (29.0%) del total, decidieron que usarían algún método de planificación

familiar al salir del Hospital, 57 o sea, el 49.1% de las que respondieron dijeron que lo consultarían, 0.8% no respondió. Entre los métodos que dijeron usarían, mencionaron prácticamente los mismos que habían usado con anterioridad, manteniendo la prioridad los Gestágenos Orales con un 21.5% y siguiéndole la esterilización femenina con un 15.5%. Consideramos estos datos interesantes, pues, después de la experiencia del aborto tales afirmaciones tienen mucha fuerza; ellas pueden ser causadas por esa experiencia y no debe considerarse que estas mujeres prevalezcan en estas prácticas.

Aún cuando no sabemos exactamente a cuál método se refieren, a la pregunta sobre cuáles eran las razones por las cuales se decidían por los métodos mencionados por ellas y fundamentalmente las razones más sobresalientes fueron: "Por recomendación de una amiga" y "Por ser más seguro y menos problemático", asumimos que esta última razón se refiere más específicamente a la esterilización femenina, aunque pensamos que en ambas respuestas pueden estar incluidos otros métodos, aún los considerados "débiles", como lo son las tabletas espumantes, el coito interrumpido, y otros.

Sobre los métodos que requieren ser suministrados, porque no se consideran "naturales", se les preguntó "cómo pensaban conseguirlos" —las respuestas se agrupan así:

CUADRO NUM. 9

FORMA COMO PENSABAN CONSEGUIR LOS CONTRACEPTIVOS

Dónde y/o cómo	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Lo comprarían por su cuenta (ella y/o el marido)	6	5.3
Médico o clínica privada	14	12.2

Dónde y/o cómo	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Clínica de Planificación familiar	65	57.5
No sabe	28	25.0
TOTALES	113	100.0

Como se nota en el cuadro anterior, el mayor porcentaje de las que se decidieron por un método de planificación familiar, dicen que lo adquirirían en una clínica de planificación familiar. Esto hace pensar que este grupo tiene referencias directamente sobre contraceptivos o que alguien se los menciona o recomienda.

No obstante que 152 mujeres sabían, o por lo menos decían saber de anticonceptivos, se les preguntó el porqué sabiendo de ellos no los habían usado. El cuadro siguiente revela las razones que las mujeres expresaron para no usarlos; sólo respondieron 102.

CUADRO NUM. 10

Razones por que no usaban anticonceptivos conociéndolos	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
No creían poder salir embarazadas	3	2.9
No sabe como usarlos	6	5.9
Cree son peligrosos para la salud	28	27.5
Su marido no quiere	22	21.6
Fatalismo (lo que Dios quiera)	3	3.9

Razones por que no usaban anticonceptivos conociéndolos	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Por descuido o dejadez	13	12.7
Dificultad en conseguirlos	4	3.9
Deseo de tener hijos	9	8.8
No le interesa	10	9.8
No respondieron	4	3.9
TOTALES	102	100.2

Como puede observarse, en el cuadro anterior vuelve a salir de manera relevante la idea de que los contraceptivos son peligrosos para la salud. Así, no es solamente la opinión de las mujeres sobre lo que piensan sus maridos, sino lo que piensan ellas directamente. Al parecer, las opiniones respecto a los contraceptivos, tanto en hombres como en mujeres, coinciden en cuanto a opinar que son peligrosos para la salud, lo que creemos proviene de informaciones distorsionadas, informantes mal informados o el conocimiento de algún caso en que los contraceptivos produjeran algún efecto adverso.

Ante las preguntas ya hechas y ante la realidad que estaban viviendo las mujeres de nuestro estudio, se las cuestionó acerca de —Si después de este aborto hablarían con su marido para usar algún método—, las 200 mujeres respondieron de la siguiente forma:

CUADRO NUM. 11

Hablarán con su marido	Núm. Entrevistadas	Porcentaje
Sí, seguro	103	51.8
No	53	26.6
Piensa hacerlo	30	15.1

Hablarán con su marido	Núm. Entrevistadas	Porcentaje
No, por ahora	4	2.0
No saben	10	5.0
TOTAL	200	100.0

Frente a esta pregunta, 103 mujeres aparecen como decididamente convencidas de que hablarán con sus maridos para usar algún método, es decir, el 51.0%. Aquí parecen entrar en alguna contradicción con los temores expresados anteriormente respecto a hablar con los maridos. A los casos en que respondieron que *No* hablarían con sus maridos, se les inquirió el por qué, resumiéndose las respuestas así:

CUADRO NUM. 12

Razones por las que no hablarían con sus maridos	Núm. Entrevistadas	Porcentaje
El no está de acuerdo	12	21.8
El dice que es malo para la salud	17	30.9
El dice le desagrada para las relaciones sexuales	1	1.8
No se atreve a decírselo	5	9.1
El quiere tener hijos	10	18.2
Otras razones	5	9.1
No respondieron	5	9.1
TOTALES	55	100.0

Nuevamente aparece la opinión de que el marido considera los contraceptivos peligrosos para la salud.

Insistiendo nuevamente en si usarían algún método al salir del hospital para evitar un embarazo o espaciar los nacimientos, 114 mujeres respondieron que sí, ellas representan el 57.0% del total de mujeres entrevistadas, son un poco más de las que dijeron que sí hablarían con sus maridos sobre métodos contraceptivos después del aborto que acababan de tener.

CONCLUSION:

Entendemos que a pesar de las pequeñas contradicciones que se notan en el análisis, hay una actitud tendiente a ser positiva hacia los métodos de planificación familiar, aún cuando la conducta familiar no sea concordante con las actitudes mostradas.

También creemos que el factor instrucción es altamente condicionante en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas contraceptivas.

Concluimos afirmando que aún cuando el tipo de análisis estadístico utilizado no es el más indicado para sacar conclusiones terminantes, hay claros indicios de que una adecuada información y educación relativa a contraceptivos haría posible un cambio en favor de la planificación familiar.

Y, fundamentalmente, que una educación en salud, haría posible que se relacionaran mejor: aborto, salud y contracepción, y que se aceptara esta última como una posibilidad intermedia, que ayudará más a conseguir mejores standares de salud para la mujer dominicana.

BIBLIOGRAFIA

PEREZ MONTAS, Hernando: Perfiles de Países, publicación del Consejo de población. Enero, 1973.

MAJUNDAR, MURARI, ET AL: "Empleo de los Anticonceptivos Orales en Areas Urbanas, Rurales de Tugurios". Colección Estudios de Planificación Familiar. Volúmen 3, No. 9. Septiembre, 1972.

VASQUEZ, C., José L.: "Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Puerto Rico". Publicación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública.

CAMEL, Fayad: "Estadística Médica y de Salud Pública". Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 1970.

GARCIA, Ezequiel, y RAMIREZ, Antonia: "Estudio sobre valores y actitudes de los jefes de familia respecto al mejoramiento de los niveles de vida en la República Dominicana ". Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Centro de Investigaciones, Santo Domingo, 1972.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION Y FAMILIA: "Estudios para el Plan Cuadrienal de Planificación de la Familia: 1973-1976. Santo Domingo, R.D., 1973.

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES
UNIDAD DE ESTUDIOS SOCIALES**

INFORME NO. 5

**HISTORIA MENSTRUAL, ACTITUDES FRENTE AL
ABORTO Y RECHAZO DE LAS MUJERES POR SUS
MARIDOS Y FAMILIARES**

**Redactado por:
Lcda. Cándida E. Ramírez**

**Revisado por:
Dra. Antonia Ramírez**

SANTO DOMINGO, D.N.

1.— INTRODUCCION

Este informe se dividirá en tres partes:

1ra.) La historia menstrual de las 200 mujeres entrevistadas en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia de Santo Domingo, República Dominicana, y en el Hospital José María Cabral y Báez de Santiago, R. D., que se estudia para conocer si el aborto fue tardío o temprano, y además, para saber si fueron verdaderamente abortos o natimueertos.

2da.) Las actitudes de las encuestadas frente al aborto.

La sinceridad y la memoria influyen en la validez de las respuestas; la sinceridad porque la actitud hacia el aborto inducido está influenciada por la sanción social por ser un hecho reprobado, y la memoria porque muchas mujeres no pueden tener una clara visión retrospectiva de lo acontecido durante este o anteriores embarazos.

Damos por supuesto que muchas de nuestras encuestadas niegan el aborto, a pesar de haberse provocado uno o varios. Otras, pueden declarar haber tenido abortos que no fueron tales; esto sucede cuando confunden retrasos menstruales con embarazos.

3ra.) Algunas implicaciones psíquicas en nuestras encuestadas: El problema del rechazo por el marido y los familiares de las encuestadas.

Por esta tercera parte partiremos de lo siguiente:

“La mujer con el problema del aborto inducido recibe más rechazo por sus familiares que por su marido”.

Definimos el rechazo como: “retirar un reforzamiento positivo o convertir éste en hostilidad, situando al ser social fuera de la relación solidaria. . .” (*)

(*) PARSONS, Talcott. “El Sistema Social”, (Ed. Revista de Occidente), Madrid, 1966, pág. 329.

El ser humano es rechazado por no cumplir con la expectativa del "otro", por consiguiente, tiene que plantear al sujeto rechazado un problema de ajustamiento. Por el proceso del aprendizaje el ser social rechazado puede resolver el problema de ajustamiento en tres direcciones: a) aprender a inhibir su disposición de necesidad; b) puede convertir en valor un nuevo objeto con el que llenar sus aspiraciones; y c) puede alterar la pauta de valor adquiriendo una nueva conducta transformada

Pero sin lugar a dudas es el "otro" el que provoca el ajustamiento social al yo, por expresar su rechazo.

Por lo tanto, en este tercer apartado vamos a analizar si la mujer con el problema del aborto inducido, por ejecutar ese hecho, o no un valor social y por consiguiente provoca el rechazo en el "otro" en este caso, su marido o sus familiares.

2.- Historia Menstrual de la Paciente

CUADRO NUM. 1

DURACION DE LA MENSTRUACION DE LAS ENCUESTADAS

Días	Entrevistadas	Porcentajes
1 día	2	1.0
2 días	9	4.5
3 días	61	30.5
4 días	44	22.0
5 días	49	24.5
Más de 5 días	24	12.0
No recuerda	9	4.5
S.R.	2	1.0
TOTAL	200	100.0

Por la observación del cuadro No. 1 podemos decir que la duración de la menstruación en este grupo de mujeres fluctúa

de 3 a 5 días, la mayor frecuencia corresponde a 3 días de duración.

Es notorio que el 4.5% de las encuestadas no recuerden la duración de su menstruación; esto puede ocurrir porque en el estado en que se encuentran no pueden tener una visión retrospectiva, o porque es fluctuante y no recuerda con exactitud la duración.

A pesar de que en esta parte del formulario las encuestadas fueron bastante sinceras, encontramos en este cuadro No. 1 que el 2% no quiso responder a esta pregunta.

CUADRO NUM. 2
ULTIMA MENSTRUACION: SI FUE
DIFERENTE A LAS ANTERIORES.

Características:	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Fue igual	136	69.0
Más abundante	17	8.5
Menos abundante	11	5.5
Le duró más de lo normal	14	7.0
Fue irregular	4	2.0
Quedó embarazada en el post-parto	2	1.0
Otro	1	0.5
S. R.	4	2.0
TOTAL		

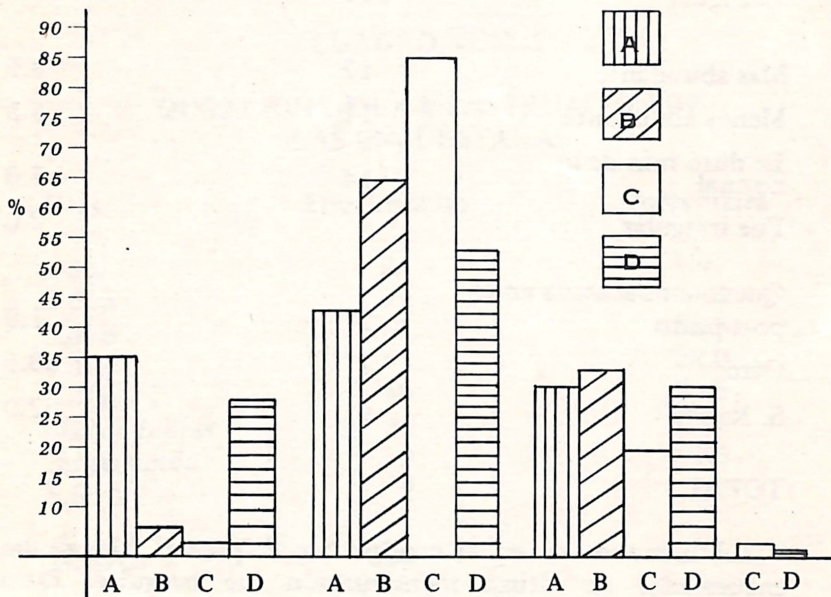
Tal como se ve en el cuadro No. 2, para el 31% de las encuestadas su última menstruación fue irregular. Estas anomalías se reflejaron principalmente con mayor abundancia del flujo menstrual y por la menor duración del

período cíclico de la menstruación, aquí pueden influir aspecto nutricionales, así como elementos patológicos locales o generales.

Existe la creencia entre muchas mujeres dominicanas y en el área del Caribe, de que el embarazo no ocurre mientras se está lactando al niño, por esto no nos extraña que el 1.0% de las encuestadas quedaran embarazadas en el período de post-parto, posiblemente ellas se expusieron al coito pensando, por la creencia anteriormente dicha, que no iban a quedar embarazadas. Esta es una probabilidad del deseo de un aborto ante los embarazos consecutivos, o que este sea espontáneo ya que aún las paredes uterinas están débiles.

GRAFICO NUM.1

SANGRAMIENTO, DURACION, REGULARIDAD Y CICLOS MENSTRUUALES DE LAS ENCUESTADAS



CARACTERISTICAS: (C CICLOS)

- A) SANGRAMIENTO**
- 1.— Mucho, abundante
 - 2.— Moderado
 - 3.— Poco, escaso
- 1.— Largo (34 días o más)
 - 2.— Mediano (25 - 33 días)
 - 3.— Corto (24 o menos)
 - 4.— S. R.

B) DURACION

- 1.— Largo
- 2.— Moderado
- 3.— Corto

D) REGULARIDAD

- 1.— Generalmente cuando la espera
- 2.— Siempre ocurre cuando la espera
- 3.— A veces ocurre cuando la espera
- 4.— S. R.

En general el gráfico No. 1 nos muestra que las mujeres de menstruación regular se encuentran agrupadas en la 2da. modalidad de cada una de las características indicadas.

En las modalidades 1 y 3 del gráfico No. 1 observamos las encuestadas con menstruación irregular. Estas variaciones podrían ser originadas en nuestro medio por tensiones nerviosas, mala alimentación, etc.

Las tensiones nerviosas en estas mujeres pueden ser motivadas por la preocupación de la fidelidad del marido, por el deseo o no de tener más hijos, por escasez de recursos económicos, etc. . . y la mala alimentación es producto de la falta de recursos económicos, falta de conocimiento sobre nutrición y por falsas creencias sobre algunos alimentos.

CUADRO NUM. 3

SI SIENTE MOLESTIAS DE LA MENSTRUACION

Frecuencia	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Sí, siempre	43	21.5
Sí, a veces	48	24.0
No, nunca	109	54.5

Observamos que el 45.5% de las mujeres encuestadas siempre o a veces sienten molestias en su menstruación. Estas especificaron cuales eran las molestias que sentían, entre las mencionadas encontramos las siguientes:

CUADRO NUM. 4—A

MOLESTIAS DE LA MENSTRUACION

Síntomas	Entrevistadas	Porcentajes
Le duele la cabeza	33	36.3
Se siente cansada	7	7.7
Le duele la cabeza, se siente cansada	8	8.8
No le duele la cabeza ni se siente cansada	43	47.2
TOTALES	91	100.0

CUADRO NUM. 4—B

MOLESTIAS DE LA MENSTRUACION

Síntomas	Entrevistadas	Porcentajes
Siente dolores en el vientre	64	70.3
Siente dolores vaginales	8	8.8
No siente dolores en el vientre ni dolores vaginales	19	20.9
TOTALES	91	100.0

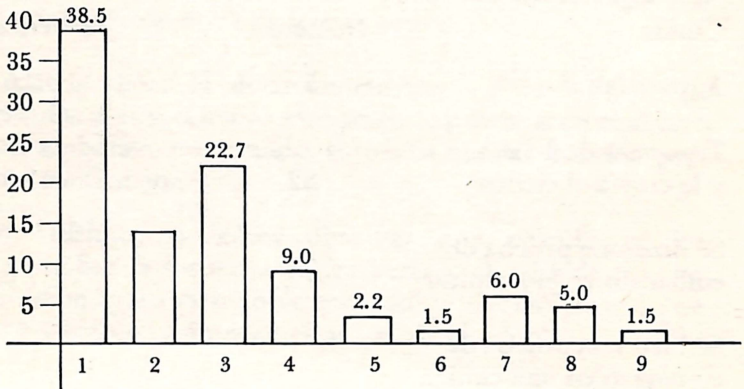
CUADRO NUM. 4-C

MOLESTIAS DE LA MENSTRUACION

Síntomas	Entrevistadas	Porcentajes
Siente náuseas y vómitos	16	17.6
No tiene apetito	7	7.7
Siente náuseas y vómitos y falta de apetito	4	4.4
No siente náuseas, vómitos ni falta de apetito	64	70.3
TOTALES	91	100.0

GRAFICO NUM. 2

RAZONES PARA SOSPECHAR EL EMBARAZO



RAZONES:

- 1.— Una falta de menstruación
- 2.— Dos faltas de menstruación
- 3.— Faltas de menstruación, mareos, náuseas y vómitos.
- 4.— Falta de apetito y malestar general.
- 5.— Falta de menstruación, mareos, náuseas, vómitos, falta de apetito y malestar general.
- 6.— Hemorragia
- 7.— No lo sospechó
- 8.— Otros

El 6.0% de las encuestadas no sospechó que estaba embarazada y el 38.5% empezaron a sospecharlo desde la primera falta de menstruación.

En general el 92.5% del grupo bajo estudio sospechó su embarazo, el 6.0% no lo hizo y el 1.5% no quiso responder a esta pregunta.

CUADRO NUM. 5

FORMA Y CAUSAS PARA CONFIRMAR EL EMBARAZO

Causas	Número	Porcentaje
Tuvo 1 falta	5	2.5
Tuvo más de 1 falta y le crecía el vientre	82	41.0
Se hizo una prueba de embarazo en el hospital	14	7.0
Se hizo una prueba de embarazo en una clínica privada	9	4.5
Consultó con un médico	36	18.0

Por la hemorragia	4	2.0
Por malestar general, náuseas y vómitos	8	4.0
No lo confirmó	16	8.0
Otro	15	7.5
S. R.	11	5.5
TOTALES	200	100.0

Comparando el gráfico No. 2 y el cuadro No. 5 apreciamos lo siguiente:

—Del 38.5% que sospechaban estar embarazadas por tener una falta de menstruación, el 2.5% lo confirmaron de esa—
manera.

—Del 53.0% que sospechó su embarazo con 1 y 2 faltas, el 41.0% lo confirmó al tener más de una falta menstrual y por crecerle el vientre. Por lo tanto, éstos abortos tuvieron que suceder a los 2 o más meses de la concepción.

—El 1.5% sospechó el embarazo por tener hemorragia y el 4.0% lo confirmaron por esta misma causa.

Se puede crear la duda en cuanto a si el 2.5% de las encuestadas al sospechar su embarazo se provocaron el aborto ante un embarazo no deseado, sospecha que en este caso para ellas era confirmada.

—Por último, podemos observar que cuando se les preguntó sobre la sospecha del embarazo, el 1.5% de ellas no respondieron, pero cuando se trató sobre la confirmación de éste, el número de “sin respuestas” se elevó a 5.5%.

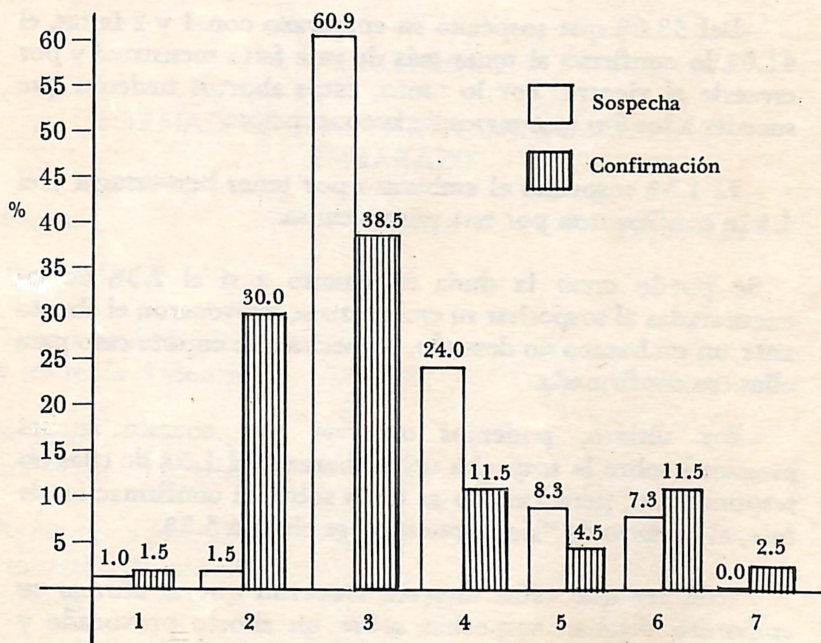
Puede ser que estas mujeres creyeron que al afirmar su embarazo dejaban sospechas sobre un aborto provocado y ante el miedo de una acusación optaron por callar.

En el cuadro No. 5 observamos que el 29.5% del total confirmaron la sospecha de su embarazo por consultas médicas y pruebas clínicas de embarazos. Para estas personas su costo económico se eleva y más para el 4.5% que hicieron su consulta en clínicas privadas. Si tomamos en cuenta los bajos ingresos familiares (ver gráfico No. 9 —Informe No. 2), podemos decir que cualquier gasto para esos ingresos de subsistencia para esas mujeres es alto.

Comparemos ahora en tiempo que creyó tener la entrevistada de embarazada, al sospecharlo o confirmarlo.

GRAFICO NUM. 3

TIEMPO DE CONCEPCION: CUANDO SOSPECHO Y CONFIRMO EL EMBARAZO



TIEMPO:

CONFIRMACION DEL EMBARAZO SOSPECHA DE EMBARAZO

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1.— Menos de 15 días | 1.— Menos de un mes |
| 1.— De 15 a 30 días | 2.— Sí, más de un mes |
| 3.— Un mes | 3.— Sí, 2 meses |
| 4.— Dos meses | 4.— 3 meses |
| 5.— 3 meses o más | 5.— más de 3 meses |
| 6.— No sabe | 6.— No supo |
| 7.— S. R. | 7.— S. R. |

En este gráfico No. 3 observamos que el 29.4% de las mujeres sospecharon su embarazo después de los 2 meses y sólo el 16.0% lo confirmó después de los 3 meses o más.

El 63.3 de las encuestadas sospecharon su embarazo antes de tener 2 meses y el 69.5% confirmaron su embarazo antes de tener 3 meses.

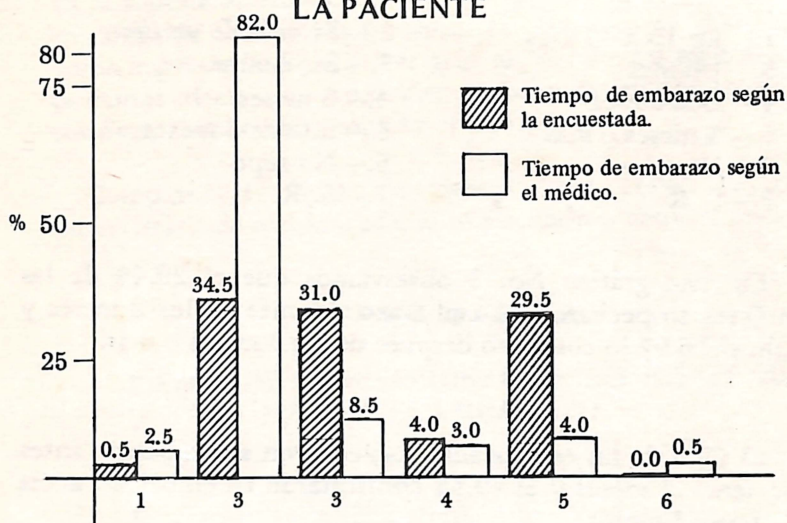
El 7.5% de las encuestadas no sospechó su embarazo y el 11.5% no lo confirmó; por lo tanto, según ellas no supieron que estaban embarazadas. De ese 11.5% puede ser que algunas no confirmaran su embarazo quedándose con la sospecha de este al momento de acudir al hospital.

Es significativo que cuando se trató sobre la confirmación del embarazo, el 2.5% no quisieron contestar, puede ser por las mismas razones que expusimos antes para los "sin respuestas" del cuadro No. 5.

El tiempo de gestación se obtuvo preguntándole a la paciente la fecha de su última menstruación; se calcula el tiempo transcurrido entre esa fecha y la fecha del aborto. Al final de la encuesta se consultaba al record para observar el cálculo de gestación hecho por el médico.

GRAFICO NUM. 4

TIEMPO DE GESTACION CALCULADO POR EL MEDICO Y POR LA FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION DE LA PACIENTE



TIEMPO DE GESTACION:

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 1— De 1 a 4 semanas | 4— 20 semanas y más. |
| 2— De 5 a 12 semanas | 5— No se confirmó y no lo recuerda |
| 3— De 13 a 20 semanas | 6— S. R. |

Según este gráfico No. 4, se observa gran discrepancia de criterios entre médicos y encuestadas.

Por la dificultad de la encuestada para ubicarse en el tiempo, por sus dudas, porque desconoce como actúa biológicamente su cuerpo y por el miedo que demuestran tener el tema, damos por aceptado el criterio técnico del médico, porque el hizo un examen gineco-obstétrico a la paciente y porque vió el producto del embarazo, esto es, el embrión o el feto, después de hacer el curetaje o la intervención que requiriera.

El reporte técnico del médico nos dice que el 84.5% fueron abortos producidos antes de las 12 semanas de gestación; el 11.5% de las encuestadas lo realizaron después de las 12 semanas o más, entre estas un 3.0% lo realizaron después de las 20 semanas.

Según los cálculos obtenidos por la última menstruación de la paciente, el 35% de los abortos fueron producidos antes de las 12 semanas de gestación; otro 35% de las encuestadas lo realizaron siempre y cuando ella u otro interviniera después de las 12 semanas y más, en este porcentaje se encuentran un 4% que tuvieron el aborto después de 20 semanas y más de gestación.

Los porcentajes que se observan en la columna No. 4 del gráfico No. 4. no indican claramente si algunos de ellos pasaron de las 25 y 28 semanas, por lo que se podrían poner en duda si algunos de esos embarazos terminados en abortos se consideran natimuertos. Siendo el criterio de los hospitales que cuando el feto tiene más de 26 a 28 semanas, el aborto se considera un natimuerto, lo cual se especifica en el record de la paciente; y no habiendo encontrado en esta investigación ningún record especificado como tal, consideramos que tal vez en estos 200 abortos no hubo ningún natimuerto.

Los abortos realizados después de las 12 semanas fueron el 11.5% según los médicos y 35% según las pacientes, estos casos podrían clasificarse como abortos inducidos con más seguridad que los demás, ya que pasado ese tiempo de gestación es más difícil tener una pérdida, incluso si intervienen causas que pueden provocar un aborto, como las que ellas indican: una caída, hacer una fuerza al cargar objetos pesados, etc.

Para fines de este estudio se considera aborto tardío el que ocurre después de las 12 semanas, el cual pone más en peligro la salud y vida de la mujer.

En el gráfico No. 4 los porcentajes de tiempo de gestación que se atribuyen a la columna 2, pueden contener embarazos

de más de 12 semanas por impresión en la apreciación tanto de la paciente como del médico. Por lo tanto, podría hacer un número mayor de encuestadas en peligro de un aborto tardío.

Las personas con aborto tardío generalmente ponen en peligro su salud por las complicaciones que puede traer el aborto inducido; esto es más grave si lo hace una persona inexperta, inclusive en muchos casos interviene la mujer misma como ocurre en general con el tipo de abortos que estudiamos. Esas complicaciones pueden provocar hemorragia, infección, perforación del útero, etc.

CUADRO NUM. 6

COMPLICACIONES DEL ABORTO

Complicaciones	Entrevistas	Porcentaje
Ninguna	186	93.0
Infección local	5	2.5
Septicemia	1	0.5
Hemorragia y shock anémico	3	0.5
Anemia crónica	1	0.5
Septicemia, hemorragia, shock anémico	2	1.0
Peritonitis, shock séptico	1	0.5
Infección local, tétano	1	0.5
TOTALES	200	100.0

En el grupo de mujeres estudiado se presentaron 14 casos graves de complicaciones de aborto, ellos constituyeron el 7.0% del total. Dos (2) de dichas mujeres murieron.

Por otra parte, el criterio del hospital en relación a la permanencia para clasificar las complicaciones del aborto es el siguiente:

a) Si la paciente permanece interna durante 24 horas se considera sin complicaciones.

b) Si permanece en el hospital de 2 días hasta 6 o más, se considera con complicaciones.

c) Cuando las pacientes pasan más de 24 horas en el hospital se consideran que tuvieron complicaciones aunque menos graves.

De ese 7.0% el 5.0% necesitaron cuidado intensivo y 4 mujeres, comprendidas en el 5.0% tuvieron más de 8 días de cuidado intensivo.

En general el promedio de permanencia fue de 2.2 días hospital.

CUADRO NUM. 7

PERMANENCIA EN EL HOSPITAL

Permanencia	Núm. Entrevistas	Porcentaje
24 horas	81	40.5
2 días	70	35.0
3 días	23	11.5
4 días	7	3.5
5 días	7	3.5
6 días	3	1.5
Más de 7 días	9	4.5
TOTALES	200	100.0

Observamos en el cuadro No. 7 que según los criterios del hospital el 59.5% tuvieron complicaciones de aborto y, de esas, el 7.0% (ver cuadro No. 6) fueron graves.

La definición amplia de las complicaciones de aborto, nos permite el análisis de su incidencia en las pacientes, aunque se corre el riesgo de distorsionar las complicaciones. Por esa razón es mejor identificar el grupo más restringido por las complicaciones "graves" o de mayor peligro, que fue el 7.0% del universo estudiado.

3.— LAS ACTITUDES DE LAS ENCUESTADAS FRENTE AL ABORTO

En la introducción de este informe hablábamos de la sinceridad, la memoria y el temor de las encuestadas, causados por la dificultad de tener una visión retrospectiva y por lo tabú del tema del aborto, por esto hemos de esperar en este apartado algunas contradicciones en las respuestas de las encuestadas.

CUADRO NUM.8
ESTADO DE ANIMO DE LA ENCUESTADAS AL CONFIRMAR SU EMBARAZO.

Estado de Animo	Num. Entrevistadas	Porcentajes
Muy contenta	4	2.2
Contenta	36	19.5
Conforme	48	26.0
Le daba igual	30	16.3
No sintio nada	2	1.3
Preocupación	3	1.6
Asustada	1	0.6
Disgustada, descontenta	44	24.0
Muy descontenta, disgustada	12	6.3
S. R.	4	2.2
TOTALES	184*	100.0

CUADRO NUM. 9

ACTITUDES RESULTANTES DEL ESTADO DE ANIMO DE LAS ENCUESTADAS POR SU EMBARAZO

Actitudes	Estado de Animo	Razones del por qué de su estado de ánimo (%)
Actitud positiva	21.7	20.0
Actitud conformista	42.3	35.6
Actitud negativa	33.8	35.5
Otros	—	5.0
S. R.	2.2	3.9
TOTALES	100.0	100.0

Estos cuadros 8 y 9 contienen los resultados de las preguntas: a) cómo se sentía la paciente ante su embarazo y b) por qué se sentía así. Como esta última pregunta fue abierta, se pudo haber caído en error de interpretación por parte de los tabuladores.

Cuando la entrevistada contestó “me da igual” y “conforme” (ver cuadro No. 8), pudo haber dado una respuesta contradictoria a la contestada luego de preguntarle “porqué se sentía así,” que fue donde el tabulador consideró que ella revelaba su actitud hacia el embarazo. Esto hizo que la interpretación de esa pregunta (ver cuadro No. 9), fuere más difícil.

Observamos que el 31.7% de las entrevistadas tenían una actitud positiva frente al nuevo embarazo; estas desean tener más hijos. Algunas de ellas desean 2 o 3 hijos más.

Del 42.3% de las encuestadas (ver cuadro No. 9) que están en actitud de conformidad ante el nuevo embarazo, el 35.8% de ellas nos dieron las siguientes razones:

- 21.0% porque hay que aceptarlo.
- 3.3% respondió lo que Dios quiera, no se puede pecar.
- 3.3% dijo que ella no lo deseaba pero el marido sí.
- 2.7% aceptó ese, pero no desea más (se va a preparar)
- 5.5% le daba igual.

De esas 5 razones, tres de ellas más que razones de conformidad, parecen ser actitudes negativas al decir “yo no lo deseo, pero mi marido sí”, o “acepto este embarazo (que terminó en aborto) pero no deseo más”; así como también, la actitud “me da igual”. Por esto, en vez de decir que el 35.8% están en actitud resignada o de conformidad con el embarazo, sería más exacto indicar que sólo un 24.1% dió explicaciones de conformidad; en tanto que el otro 11.5% tiene actitud negativa ante su embarazo aunque diera una respuesta de actitud moderada.

El 33.8% de las encuestadas están en abierta actitud negativa frente a un nuevo embarazo, (ver cuadro No. 8), sus razones fueron:

- No desea este embarazo 5.5%
- El deseo de no tener más hijos 9.3%
- Problemas con el marido 3.3%
- Problemas de soltería 2.3%
- Molestias físicas del embarazo 3.3%
- Mala situación económica 11.0%

Creemos que todas las razones son atendibles si en realidad se quiere contribuir con los problemas de la mujer dominicana, especialmente la marginada.

CUADRO NUM. 10
SI LA ENCUESTADA HABLO CON ALGUIEN
DE SU EMBARAZO

Habló	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Sí	156	78.0

Habló	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
No	40	20.0
S. R.	4	2.0
TOTALES	200	100.00

CUADRO NUM. 11

A QUIEN (ES) COMUNICO LA ENCUESTADA SU EMBARAZO

Personas con quienes hablaron	Entrevistadas	Porcentajes
Habló con el marido o novio	113	72.4
Habló con la madre	3	1.9
Habló con el marido y la madre	10	6.4
Habló con la (s) hermana (s)	2	7.7
Habló con el marido y una amiga	6	3.8
Habló con parientes	4	2.6
Otros	2	1.3
TOTALES	156	100.0

Para sacar algunas conclusiones de este cuadro No. 11, veamos por qué hablaron con esas personas.

CUADRO NUM. 12

RAZONES DE LA ENTREVISTADA
PARA HABLAR CON ESA PERSONA
DE SU EMBARAZO

Razones	Entrevistadas	Porcentajes
Darle la noticia	90	57.7
Era su obligación decirlo	20	12.8
Para pedirle consejo	11	7.1
Porque estaba muy preocupada	7	4.5
Porque no deseaba salir embarazada	10	6.4
Era su obligación darle la noticia o comunicárselo	1	0.6
No sabía qué hacer	1	0.6
Otros	13	8.3
S. R.	3	2.0
TOTALES	156	100.0

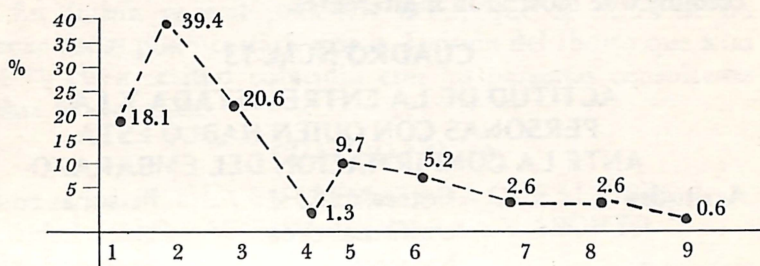
Se puede pensar que el 72.4% de ellas (cuadro No. 11) hablaron con sus maridos para darle la noticia o porque era su obligación decirlo. Lo cual no significa que esto implica sólo una actitud positiva y de alegría, sino que podría ser negativa motivo de preocupación para los dos.

Asumimos que la encuestada habló con la madre o hermanas (estas últimas suelen hacer la función de madre), porque estaba muy preocupada o porque no sabía qué hacer. Generalmente, en esta sociedad y entre personas que responden a las características de este grupo (ver informe No. 2) se le tiene más confianza a la madre o quien haga la función de ésta, que al marido. Esto se debe a que “las funciones de socializar, educar y supervigilar a los hijos en la familia de uniones consensuales duraderas (y aún en las legales), recaen en la madre. . . (*). Así como también, “los padres tienden a dejar a la madre la mayoría de los problemas de los hijos” (**). Recordemos el fenómeno de la matrifocalidad descrita en el informe No. 2, apartado No. 2.

En cuanto a la confianza de las mujeres hacia sus maridos, debemos ver como indican el motivo por el cual hablaron con él sobre su embarazo (cuadro No. 12): “era su obligación decirlo o darle la noticia.”

Recordemos que en el informe No. 2 decíamos que el 3.0% de las encuestadas viven solas y 3.5% viven con sus hijos, hermanas y parientes. Podríamos pensar que fueron estas mujeres las que hablan con amigas y/o sus parientes sobre este embarazo para pedirles consejo, aún cuando no se especifica de que tipo.

GRAFICO NUM. 5
COMO SE SENTIO LA PERSONA A QUIEN LA ENTREVISTADA DIO LA NOTICIA DE SU EMBARAZO



(*) RAMIREZ, Lic. Cándida Emilia: “La familia en una Sociedad en Transición: Problemas y Responsabilidades de sus miembros. República Dominicana: Informe ONU. ESA/SDAA/AC. 3/WP. 19. Londres 18-31 de julio, 1973.

(**) GARCIA, Dra. Martha Olga: Citada por la Lic. Ramírez, op. cit.

ACTITUDES

- 1.— Muy contenta
- 2.— Contenta
- 3.— Indiferente
- 4.— Resignada, conforme

LEYENDA:

- 5.— Preocupada
- 6.— Disgustada, descontenta
- 7.— Muy disgustada, descontenta.
- 8.— No sabe
- 9.— Otros

El 7.8% de las personas a quienes las encuestadas le notificaron su embarazo lo desaprobaron. A este porcentaje habría que agregarle un 9.7% a quienes les preocupó la noticia de un nuevo embarazo. Por lo tanto, podríamos decir que el 17.5% de esas personas no estaban de acuerdo ante este embarazo, esto nos hace suponer que el consejo de esas personas podría haber sido el aborto para terminar una concepción no deseada.

Quizás el costo síquico sea menor para estos que les aconsejaron una pérdida, que para el 57.5% que al comunicar la noticia, las personas a quien lo hizo se pusieron contentas ante un nuevo embarazo. Decimos que quizás su costo síquico sea menor, porque partimos de la idea que el 88% de estos abortos fueron inducidos como lo explicamos en el informe No. 3. Si el deseo o la intensión de la encuestada era la de provocarse el aborto, y las personas a quienes ella se lo comunicó se encontraban contentas con el embarazo, la decisión de llevar a cabo su objetivo, debe ser más costosa.

Menor costo que éstas se puede suponer que tuvo el 20.6% que al comunicar la noticia, las personas a quienes se las comunicó se mostraron indiferentes.

CUADRO NUM. 13

ACTITUD DE LA ENTREVISTADA Y LAS PERSONAS CON QUIEN HABLO ESTA ANTE LA CONFIRMACION DEL EMBARAZO

Actitudes	Entrevistada al confirmar el embarazo %	Personas con quien habló de su embarazo %
Actitud positiva	21.7	57.5
Actitud conformista	42.3	21.9

Actitudes	Entrevistada al confirmar el embarazo	Personas con quien habló de su embarazo
Actitud negativa	33.8	17.5
No sabe	— — —	2.6
Otros	— — —	0.6
S. R.	2.2	— — —
TOTALES	100.0	100.0

Este cuadro No. 13 nos puede indicar con más claridad el conflicto de las mujeres entrevistadas frente a la actitud de las personas a quienes ella comunicó su embarazo.

El 57.5% de las personas se encontraron contentas al darle la noticia, pero solo el 21.7% de las encuestadas estaban contentas con su embarazo, por lo cual el 35.8% restante encontró contradicción a sus deseos cuando comunicó la noticia.

Así mismo, el 33.8% de las encuestadas se encontraba en actitud negativa frente a su embarazo; pero solo el 16.3% a quien ella se lo comunicó estaba en esa actitud, por lo tanto, el 20.4% restante de las encuestadas tal vez tuvieron conflictos al tomar una decisión, frente a su embarazo.

Las que posiblemente tuvieron menos conflictos fué el 42.3% que tenían actitud conformista ante su embarazo.

En forma general podemos decir, que al 72.5% de las encuestadas pudo costarle más la decisión del aborto que a las 24.3% cuya actitud coincidió con las personas consultadas sobre su embarazo.

CUADRO NO. 14

SI CREE LA ENTREVISTADA QUE SE DEBE DAR FACILIDADES PARA UN ABORTO

Alternativas	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
Si	122	61.0

Alternativas	Núm. Entrevistadas	Porcentajes
No	64	32.0
S. R.	14	7.0
TOTALES	200	100.0

El 61.0% de nuestro universo está de acuerdo con que se den facilidades para el aborto; pero otro 32.0% no están de acuerdo con que se den facilidades, aunque estas se contradicen con su realidad.

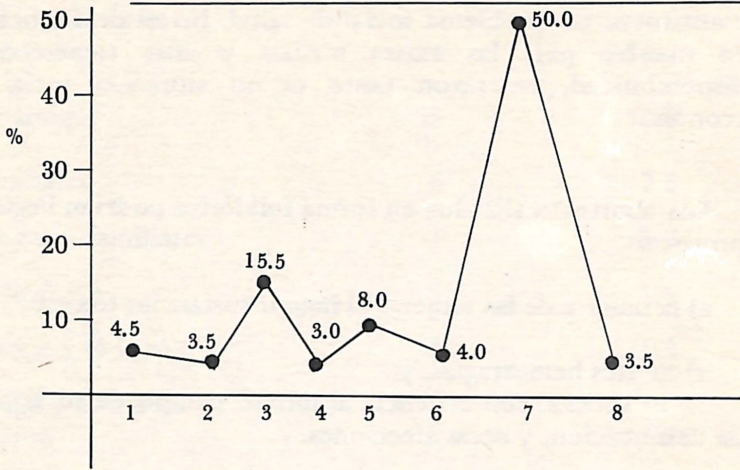
La respuesta del 61% de las mujeres que expresan su deseo de que se den facilidades para recurrir el médico ante un embarazo no deseado puede interpretarse también como un deseo de espaciar los hijos. Sus aspiraciones coinciden con quienes en los debates públicos realizados en el país están a favor de la legalización del aborto. No estamos abogando por ninguna posición, solo informando de lo que piensan las mujeres que han pasado por la situación.

Esta afirmación, nos confirma en parte, no categoricamente, la sospecha que se tiene de que estos abortos son inducidos (ver informe No. 1).

La posibilidad de recurrir al aborto depende en gran parte del conocimiento de los lugares y personas que lo practiquen, conocimiento que es muy desigual entre la población por razones educativas, económicas, sociales, geográficas, etc., por esto tenemos que saber el grado de conocimiento que sobre el tema tienen nuestras encuestadas, contando siempre con la posibilidad de que haya cierto recelo a contestar la información que se tiene sobre eso.

GRAFICO NO. 6

SI ESTA INFORMADA COMO SE PUEDE PROVOCAR UN ABORTO



- 1.— Puede hacerlo un médico.
- 2.— Productos farmacéuticos sin indicación médica.
- 3.— Métodos folklóricos (infusiones, introducción de objetos en el útero, etc.)
- 4.— Puede hacerlo un médico productos farmacéuticos y métodos folklóricos.
- 5.— Métodos folklóricos y productos farmacéuticos
- 6.— Puede hacerlo un médico y métodos folklóricos.
- 7.— No sabe.
- 8.— S. R.

Más de la mitad de las encuestadas dice no saber cómo se puede provocar un aborto.

Los productos farmacéuticos sin indicación médica y los métodos folklóricos son los más conocidos por este grupo de mujeres, y talvez los más utilizados. En contraposición a éstas están las que conocen que el médico puede provocar un aborto; pero con índices muy bajos.

El que las mujeres tengan que recurrir a servicios no hospitalarios y a ponerse en manos de personas sin conocimientos médicos, debido a la existencia de leyes restrictivas, y a que los costos de la intervención del aborto hecho con cuidado e higiene son demasiado elevados, constituye un problema social de salud. No es desconocido en nuestro país las clases medias y altas tienen esta disponibilidad, en razón tanto de su situación social y económica.

Los abortos realizados en forma folklórica podrían llegar a provocar:

- a) la muerte de las mujeres al ingerir sustancias tóxicas;
- b) fuertes hemorragias, y
- c) shocks, consecuencia al mismo tiempo de su estado de desnutrición, y otras afecciones.

Nos parece contradictorio que el 58.5% de las encuestadas afirmen no conocer los medios para terminar un embarazo. Creemos que es un porcentaje muy alto, estando las encuestadas en la situación de hospitalización por un aborto y teniendo muchas de ellas, una historia de fecundidad con abortos anteriores.

Las 76 mujeres que dicen conocer métodos para provocarse un aborto suman 38% del total. (Ver gráfica No. 6), su distribución en relación con la cantidad de métodos que conocen es la siguiente:

—el 42.9%	Mencionó	1 método
—el 21.1%	Mencionó	2 métodos
—el 15.6%	Mencionó	3 métodos
—el 18.2%	Mencionó más de	3 métodos

COMO SE ENTERO LA ENTREVISTADA DE LOS METODOS QUE CONOCE

Cómo se enteró	Entrevistadas	Porcentajes
Eso lo sabe todo el mundo	24	31.2
Por amigas	39	50.6
Familiares	6	7.8
Amigas y familiares	1	1.3
Lo leyó	1	1.3
Amigas y lo leyó	1	1.3
Amiga y un farma' céutico	1	1.3
Se lo oyó a una mujer	1	1.3
Otro	1	1.3
S. R.	2	2.6
TOTALES	77	100.0

De las 77 encuestadas que dicen conocer como terminar un embarazo no deseado (ver Gráfico No. 6, el 50.6% de ellas se enteraron por las amigas. Esto se debe a las características de los barrios dominicanos. Donde casi siempre existen familias que tienen parientes directos; al sentimiento de comunidad que a veces es fuerte, principalmente entre los jóvenes y entre las amas de casa que no trabajan; a que las parejas, aunque tratan de conservar la intimidad familiar, en casos de emergencias se prestan favores, y la enteración que se da cuando se presentan dificultades entre familias originadas por las travesuras de los niños, las luchas entre pandillas y los pleitos entre mujeres.

Generalmente, en los barrios marginados y estratos bajos (según características que dimos en el Informe No. 2), las personas tienen cultura de zona rural y están aprendiendo a vivir en la ciudad. Esta socialización puede durar poco para unos y muchos para otros, aunque siempre se conservan costumbres adquiridas en el área rural y en pueblos pequeños.

Recurrir a las amigas, entre personas más o menos adultas, para hablar de “temas prohibidos” que suelen ser sobre sexualidad y todas sus consecuencias, es una costumbre en muchos sectores de la sociedad, ésta puede ser más fuerte en los barrios anteriormente citados. A este fenómeno social responde también la frase hecha de: “Eso lo sabe todo el mundo”, respuesta formulada por el 31.2% de las encuestadas que dicen conocer como terminar un embarazo no deseado.

El 7.8% de las encuestadas se enteraron de como terminar un embarazo no deseado por sus familiares, esto puede haber ocurrido porque como dijimos, es característica de los barrios el que las personas tengan allí otros parientes y familiares.

CUADRO NUM. 15

DECIDIDO UTILIZAR AHORA ALGUNOS DE LOS METODOS QUE CONOCE

Sí utilizó	Entrevistadas	Porcentajes
Sí	14	17.5
No	50	66.2
S. R.	13	16.3
TOTALES	77	100.0

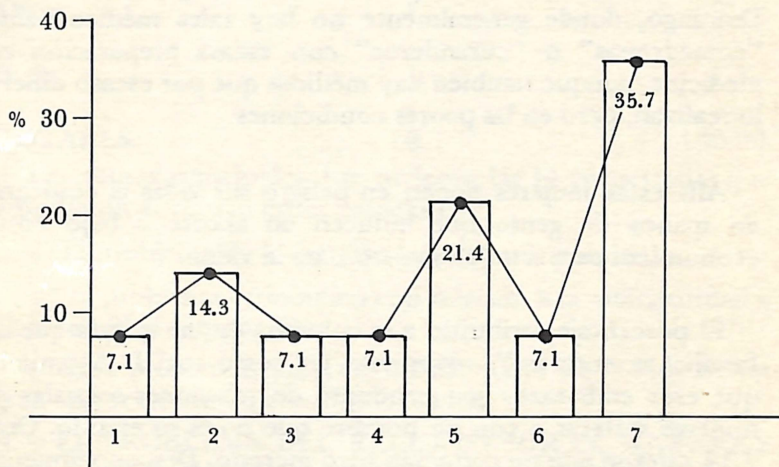
Ante la realidad que nos presenta el cuadro No. 15, no podemos sacar generalizaciones absolutas, sino que asumimos situaciones.

De 200 encuestas aplicadas sólo 14 personas admitieron que se provocaron o tataron de provocarse un aborto antes de venir al hospital. Notamos una fuerte resistencia a contestar las preguntas sobre el tema del aborto, el 16.3% de las encuestadas no quisieron responderlas.

Por las características que presentan las encuestadas y por la sugerencia de las Naciones Unidas que afirma: De cada 100 abortos 10 o 12 son espontáneos; asumimos que los 187 casos presentados por el encuestador como sospecha casi seguro y seguro (ver Informe No. 1), pueden considerarse como abortos inducidos.

GRAFICO NUM. 7

PORQUE SE DECIDIO POR EL METODO ABORTIVO QUE UTILIZO LA ENCUESTADA



RAZONES DE LA ELECCION:

- 1.— No conocía otro
- 2.— Creía que era más fácil

- 3.— No tenía dinero para pagar un médico.
- 4.— No quería que mi familia se enterara
- 5.— Otras personas tuvieron buenos resultados.
- 6.— Fue donde una doctora que le recomendaron
- 7.— S. R.

Las dos respuestas que alcanzaron porcentajes más altos, atribuidas a las columnas 2 y 5, representan mujeres con poca experiencia en la práctica del aborto.

La columna 3 nos indica que por escasos recursos económicos (como vimos Informe No. 2), estas personas se ven privadas de higiene y ponen en peligro su salud, recurriendo a métodos folklórico, y personas sin preparación clínica adecuada.

Un 7.1% dice que acudió a un médico que le recomendaron; asumimos que fue a la clínicas clandestinas ubicadas en los barrios pobres de Santiago y de Santo Domingo, donde generalmente no hay tales médicos, sino “comadronas” o “curanderos” con escasa preparación en medicina, aunque también hay médicos que por escaso dinero lo realizan, pero en las peores condiciones

Allí estas mujeres ponen en peligro sus vidas al colocarse en manos de gente que inducen un aborto a bajo costo económico, pero a un alto costo para la vida.

El porcentaje atribuido a la columna 4, “no quería que mi familia se enterara”, representa un costo social. Asumimos que esos embarazos son producto de relaciones sexuales de mujeres solteras o con un hombre que no es su marido. Otro 7.1% dijeron que no conocían otro método. Desconocimiento que debe comprender otros métodos folklóricos y quizás hasta la conveniencia de ir a un médico. Esto nos hace comprender el escaso conocimiento que tienen estas mujeres sobre un aborto y sus consecuencias físicas, y sico—sociales, así como el desconocimiento de métodos anticonceptivos que le eviten un embarazo no deseado.

CUADRO NUM. 16
RAZON DE POR QUE SE PROVOCO
UN ABORTO

Razones	Entrevistadas (*)	Porcentajes
El marido no le da nada	1	7.1
Tengo muchos hijos y mala situación económica	9	64.5
No era su marido oficial	1	7.1
Porque tiene los hijos muy rápido	1	7.1
Otros	1	7.1
S. R.	1	7.1
TOTALES	14	100.00

Las causas principales que tuvieron las 14 encuestadas que admitieron el aborto están basadas en:

a) El problema de los muchos hijos (multiparidad)

b) El problema económico con relación a la multiparidad y la paternidad responsable.

Ambos problemas parecen formar parte de la vida de un gran sector de las mujeres dominicanas.

4.— EL PROBLEMA DEL RECHAZO POR EL MARIDO Y POR LOS FAMILIARES DE LAS ENCUESTADAS

De las 200 encuestadas, 184 tienen marido actualmente. Vamos a observar, si todos ellos están informados que su mujer está internada en el hospital por un problema de aborto.

(*) Se incluyen en el cuadro solo aquellas que admitieron haber hecho algo para inducir el aborto.

CUADRO NUM. 17

SI SU MARIDO ESTA ENTERADO DE QUE LA ENCUESTADA ESTA EN EL HOSPITAL CON PROBLEMAS DE ABORTO

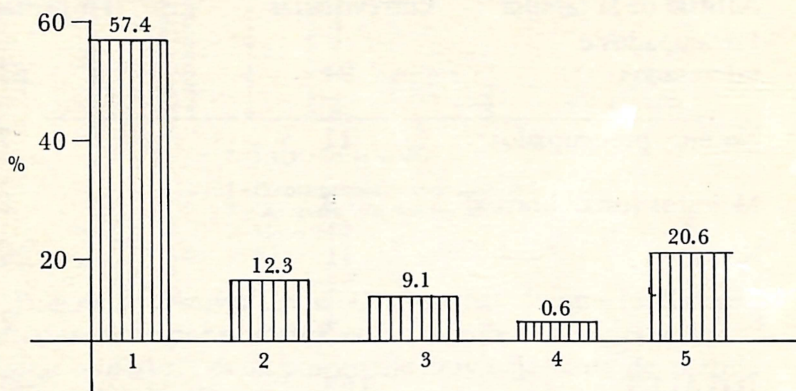
Si está enterado	Entrevistadas	Porcentajes
Sí	153	83.2
Creo que lo sospecha	2	1.0
No	29	15.8
TOTALES	184	100.0

Este cuadro No. 17 nos indica que 29 de los padres o más bien engendrados de las criaturas de las encuestadas no están enterados que ellas fueron al hospital con un problema de aborto. Como no sabemos con certeza por qué esos padres no están enterados, vamos a suponer que es porque existe algún miedo de las encuestadas a decírselo. El costo síquico para estas mujeres es más elevado que para las que sí lo comunicaron a sus maridos y encontraron aceptación, porque en cierto modo aquellas tienen una tensión más acumulada por esta causa. Esta situación las colocaría entre las personas que resuelven sus problemas de ajustamiento o adaptación social, mediante el aprendizaje de convertir en valor un nuevo objeto con el que llenar sus aspiraciones.

De esas 184 encuestadas que tienen marido, existen 155 maridos que conocen el problema de aborto de sus mujeres. Su estado de ánimo se refleja en el gráfico No. 8.

GRAFICO NUM. 8

ESTADO DE ANIMO DE LOS MARIDOS POR ENCONTRARSE LA ENCUESTADA EN EL HOSPITAL CON PROBLEMA DE ABORTO



ESTADO DE ANIMO:

- 1.— Preocupado e interesado.
- 2.— No muy preocupado.
- 3.— Está molesto (bravo)
- 4.— Triste.
- 5.— No se

Suponiendo que “está molesto” (estado de ánimo 3 del gráfico No. 8) sea una manifestación directa del rechazo, podemos decir que el 9.1% de los maridos, rechazan la actitud de las encuestadas de inducirse un aborto. Estas pagan un costo síquico más alto que las 57.4%, cuyos maridos están preocupados e interesados por ellas, ya que el rechazo les supone al 9.1% inhibir su disposición al aborto y si se encuentran de nuevo ante una situación similar, le costará más la decisión que el grupo de las 57.4% que no fueron rechazadas por sus maridos.

Por otra parte, de las 200 mujeres a quienes se les aplicó la encuesta, de 153 sus familiares conocen que ellas fueron al hospital. Observemos la actitud que dicen las entrevistadas tuvieron sus familiares al saber que se encontraba en el hospital.

CUADRO NUM. 18
COMO SE SIENTE LA FAMILIA AL SABER
QUE LA ENCUESTADA ESTA HOSPITALIZADA
POR PROBLEMAS DE ABORTO.

Actitud de la familia	Entrevistadas	Porcentajes
Preocupados e interesados	94	61.4
No muy preocupados	11	7.2
Molestos (están bravos)	3	2.0
No sabe	41	26.8
S. R.	4	2.6
TOTALES	153	100.0

Manteniendo la opinión de que la respuesta “están molestos” sea una manifestación directa de rechazo, podemos decir que un 2.0% de los familiares rechazan la actitud de las encuestadas de inducirse un aborto, si es que así fue.

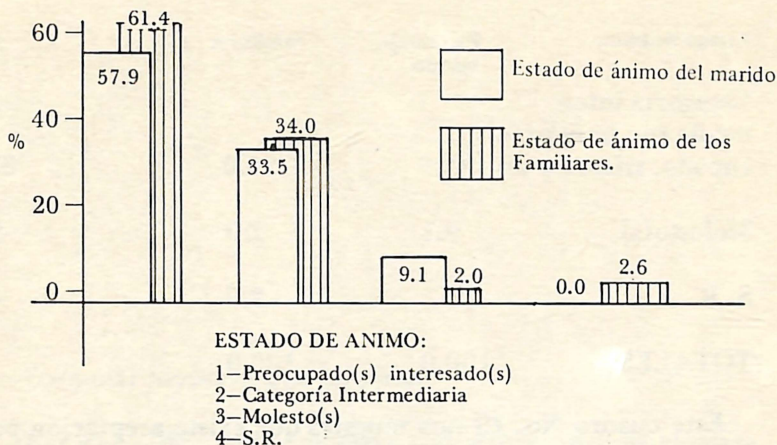
Comparemos el Gráfico No. 8 y el Cuadro No. 18 y observemos el grado de aceptación o de rechazo que reciben las encuestadas de sus maridos y de sus familiares; coloquemos, además, entre estos dos extremos una categoría intermedia que agrupe las respuestas: “no muy preocupado” y “no sabe”, entonces tendremos:

GRAFICO NO. 9

ESTADO DE ANIMO LOS MARIDOS Y
FAMILIARES POR ENCONTRARSE INTERNADA
LA ENCUESTADA CON PROBLEMAS DE ABORTO

ESTADO DE ANIMO:

- 1.— Preocupados (s) interesado (s).
- 2.— Categoría Intermediaria.
- 3.— Molesto (s)
- 4.— S. R.



Podemos observar en el Gráfico No. 9 que lo llamado anteriormente por nosotros, como manifestación del rechazo: “Estar molesto”, es un porcentaje muy bajo tanto del marido como de los familiares.

Se podría hablar de aceptación, al analizar la categoría del Gráfico No. 9, si se toma en cuenta como manifestación de la aceptación el estar “preocupado e interesado” por la encuestada.

Sacando una media entre ambos porcentajes del estado de ánimo de los maridos y familiares obtendríamos el siguiente cuadro:

CUADRO NUM. 19

MEDIDA DE LOS PORCENTAJES DEL ESTADO DE ANIMO DE LOS MARIDOS Y FAMILIARES POR ENCONTRARSE INTERNADA LA ENCUESTADA CON PROBLEMAS DE ABORTO'

Estado de ánimo	Porcentajes: Marido	Familiares	Media
Preocupado(s) e interesado (s)	57.4	61.4	59.4

Estado de ánimo	Porcentaje, Marido	Familiares	Media
Categoría inter- media (no muy preo- cupado, triste no se)	33.5	34.0	33.7
Molesto(s)	9.1	2.0	5.5
S. R.	--	2.6	---
TOTALES	100.0	100.0	

Este cuadro No. 19 nos muestra que existe aceptación por parte del marido y de los familiares y muy poco rechazo hacia las encuestadas que podrían haberse provocado un aborto.

Por otra parte si observamos en el cuadro No. 19 las categorías "molesto(s)", vemos que existe un porcentaje más alto por parte del marido que por parte de los familiares. Así como también existe más aceptación por parte de los familiares que del marido, así lo expresan las dos primeras respuestas del cuadro No. 19. El que los maridos rechacen más a las mujeres encuestadas con problemas de aborto que los familiares es contrario al planteamiento hecho al principio de este informe: "La mujer con el problema del aborto inducido recibe más rechazo por parte de sus familiares" de este grupo de mujeres dieron más aceptación que rechazo a la decisión tomada por estas mujeres de inducirse un aborto, si es que ésta fue la situación real.

CONCLUSIONES:

Esta investigación exploratoria nos demuestra que para estudiar el aborto se hace necesario un estudio comparativo o de relaciones causales, así como las dificultades que presenta el estudio de este tipo de temas.

Las frecuencias que nos explican las realidades presentadas en este informe, no nos permiten generalizar, solamente podemos asumir situaciones, para hacer aseveraciones más precisas sería necesario:

—Formular hipótesis más amplias.

—Elegir de una muestra aleatoria o sistemática (significativa) que abarcara más estratos sociales.

—Posiblemente otro tipo de instrumento de trabajo.

Buscando así causas profundas que inclinan a las mujeres a la práctica de un aborto inducido.

BIBLIOGRAFIA

PARSONS, Talcott: "El Sistema Social", Ediciones Revista de Occidente. Madrid, 1966.

RAMIREZ E., Cándida E.: "La Familia en una Sociedad en Transición: Problemas y Responsabilidades de sus Miembros: República Dominicana. Informe ONU. ESA/SDAA/AC. 3/WP. 19, Londres 18—31 de julio 1973.

ESCUELA DE SOCIOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA: Informes documentales realizados por estudiantes, Santo Domingo, República Dominicana, 1972.

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES
UNIDAD DE ESTUDIOS SOCIALES**

Informe Num. 6

ALGUNAS IMPLICACIONES ECONOMICAS

**Redactado por:
Dra. Antonia Ramírez**

**Revisado por:
Ing. Ezequiel García**

SANTO DOMINGO, D.N.

1.— INTRODUCCION

A) En la República Dominicana, la ley se sustenta en el supuesto de que cualquier persona que lleve a cabo un aborto inducido, por sí misma, o por manipulación de otros (Art. No. 317 del Código Penal), está expuesta a juicio criminal. No obstante hay evidencias de que la incidencia de abortos inducidos siempre ha sido alta, y posiblemente más alta en las clases económicamente débiles, que a su vez coinciden en tener grados más bajos de instrucción. Por otra parte, las clases más altas al parecer, no aceptan el aborto como práctica de limitación de la familia; pero en general sus recursos económicos y su grado de instrucción les permiten acudir a médicos privados con equipos e higiene adecuados, o en otro caso, ya han practicado la anticoncepción durante muchos años, a medida que el país se ha ido desarrollando y a pesar de las aparentes convicciones religiosas.

Las estadísticas de los hospitales públicos y los datos recopilados de los informes semestrales de las clínicas de planificación familiar del Consejo Nacional de Población y Familia, señalan para el año 1971, de 18 a 20 casos de abortos inducidos por cada 100 admisiones en los hospitales y un promedio de 14 a 15 abortos declarados por cada 100 partos vivos, situación que ha tenido muy ligeras variaciones en los años siguientes.

Como uno de los supuestos de que se partió para este Estudio. fue que el aborto con o sin complicaciones que llegan a los hospitales además de poner en peligro el bienestar físico, mental y social de la mujer supone un alto costo para el sector de salud pública y para la mujer. En el planteamiento del problema se sugirió que este tiene muchas vertientes, una de las cuales es el costo económico, tanto para el sector público (recursos de salud pública), como los costos económicos que representa para la mujer per se; como pueden ser la inversión realizada por ella para conseguir la inducción de un aborto, la pérdida de remuneración por horas o días dejados de trabajar, en el caso de que trabajen, así como también el costo económico familiar.

En definitiva no estamos probando una hipótesis, sino asociando datos que posiblemente generen una hipótesis fuerte, para sub-secuentes estudios ya que nos mantenemos en el nivel exploratorio.

B) Es importante que sigamos manteniendo la atención en que el grupo de mujeres estudiadas es una "población cautiva", aunque podemos asumir que es típica de la clase socio-económica baja, por ser el tipo de población que recurre a los servicios públicos de salud. No ofrece representatividad para toda la población femenina en edad fértil de la República Dominicana, no podemos por lo tanto, hacer generalizaciones que no serían válidas.

2.- COSTOS ECONOMICOS DEL ABORTO

El sub-tema de Costos Económicos del Aborto, asumiendo por los datos ya presentados en otros informes que un gran porcentaje de estos son inducidos, trataremos de sintetizarlo en dos aspectos:

1) Costos para la mujer, y

2) Costos para Sa.lud Pública, en este caso representada por el hospital.

En cuanto a los costos del hospital, nos limitaremos al Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, ya que el mismo es un hospital especializado, y por tanto, consideramos que los datos relativos a los costos no son comparables con los del Hospital José María Cabral y Báez, de Santiago (datos que tenemos disponibles) ya que este es un hospital de servicio integrados, en el cual la población admitida y atendida presenta enfermedades heterogéneas, los aspectos de su presupuesto son muy variados y la composición del personal en cuanto a especializaciones es también muy variada; además la disponibilidad de camas/paciente para mujeres en los servicios de Ginecología y Obstetricia es menor, por la naturaleza misma del hospital.

(*) Incluye a las mujeres de la Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia y del Hospital José María Cabral y Báez.

a) Para tener una visión más clara de la significación que le suponen los gastos en que incurrieron las mujeres, creemos conveniente reproducir los resultados que se presentaron en el informe No. 2, (Características Socio—Económicas y Demográficas de las Mujeres, (Gráfico Núm. 7). Los mismos nos indican que solo 65 mujeres de las 200 encuestadas trabajaban, sea permanente su ocasionalmente presentando el siguiente cuadro:

CUADRO NUM. 1
INGRESOS DE LAS 65 MUJERES
QUE TRABAJAN

%	Ingreso
27.7	Menos de RD\$ 25.00
50.8	De RD\$25.00 a RD\$ 40.00
9.2	De RD\$40.00 a RD\$ 60.00
7.7	De RD\$60.00 a RD\$ 80.00
1.5	De RD\$80.00 a RD\$100.00
1.5	De + a RD\$100.00

El cuadro nos sugiere que el 78.5% de las mujeres encuestadas que trabajan al momento de la encuesta, ganaban como máximo RD\$40.00 valor considerado como ingreso muy bajo o marginado, aun comparado con la Renta Per/cápita nacional que es actualmente de RD\$350.00 (1974 World Population Sheet —P.R.B., Inc.) A su vez se calculó el ingreso familiar, lo que supone la inclusión de los ingresos del marido, lo devengado por su propio trabajo, ayuda de otros familiares, etc., y este alcanza un promedio de RD\$96.45.

Si consideramos una familia de 5 miembros, no alcanza a los RD\$20.00 mensuales Per/cápita. Con estos datos llegamos a las siguientes conclusiones: a) tanto lo ingresos familiares, como los personales son muy bajos; b) son familias que no disponen de dinero para gastos imprevistos, excepto incurriendo en gastos extras, para lo cual tienen que tomar préstamos, sacrificar algunos de sus enseres, etc.

Ante esta evidencia consideramos que cualquier gasto en que incurriera la mujer o su familia tiene un alto significado económico, si lo relacionamos con su ingreso. El cuadro siguiente nos muestra los gastos de las mujeres antes de venir al hospital, en el cual encontramos una cierta asociación de las que dicen haber gastado algún dinero antes de venir al hospital y el número de mujeres que trabajan.

CUADRO NUM. 2

GASTOS RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE ABORTOS ANTES DE VENIR AL HOSPITAL

Gastos en RD\$	Núm. de Mujeres	Porcentajes
0.01 – 5.00	19	9.5
5.01 – 10.00	21	10.5
10.01 – 15.00	10	5.0
15.01 – y más	14	7.0
No recuerdan, pero gastaron	2	1.0
No gastaron	133	66.5
S. R.	1	0.5
TOTALES	200	100.0

NOTA: Parece haber una cierta asociación entre las 14 mujeres que admitieron haberse provocado un aborto y las 14 dicen que gastaron RD\$15.00 y más.

Según el cuadro, 66 mujeres, o sea, el 33% incurrieron en algún gasto antes de venir al hospital, si comparamos sus gastos con la media de ingresos, vemos que los gastos pueden representar desde un 20% un 25% hasta un 40% de los ingresos, personales o familiares, de donde asumimos que esto representa un desbalance económico y posiblemente una nueva situación crítica, que puede desencadenar una nueva serie de problemas que repercutan en el ámbito de sus vidas.

El promedio de gastos de las mujeres que dijeron gastar antes de venir al hospital fue de RD\$9.68, lo cual consideramos alto si lo asociamos con los ingresos familiares, significando un 10.5% de los mismos en un mes. Estos gastos suponemos que se hicieron para medicamentos (farmacéuticos o folklóricos), pago a la personas que podía hacer inducido el aborto, etc.

Otros gastos en que incurrieron algunas de las mujeres, específicamente para venir al hospital, en cosas tales como ropa, objetos de aseo, transporte, etc. se muestran en el cuadro de la página siguiente.

CUADRO NUM. 3

PROMEDIO DE GASTOS PARA VENIR AL HOSPITAL

Gastos en RD\$ (clase)	Núm. de Mujeres (*) F 1	Punto Medio de Clase $\bar{X} 1$	Gasto Total p/paciente (F 1 - $\bar{X} 1$)
0.01 - 95.00	145	2.5	362.5
5.01 - 10.00	17	7.5	127.5
10.01 - 15.00	3	12.5	37.5
15.01 - 25.00	1	20.5	20.5
TOTALES	166		347.5

(*): No se incluyen las que no gastaron nada.

X = 3.20 (Promedio en RD\$ de gastos para venir al hospital).

Este cuadro nos indica que el 83.0% de las mujeres encuestadas (166), gastaron un promedio de RD\$3.20 para venir al hospital, lo cual constituye el 3% del ingreso familiar promedio.

Estos gastos y los realizados antes de venir al hospital fortalecen, para este grupo de mujeres la presunción planteada a este respecto, de que "si el nivel de ingresos es bajo, el gasto en que incurren las mujeres que recurrieron a un aborto es alto en relación con sus ingresos":

B) GASTOS DE HOSPITAL EN RELACION CON PROBLEMAS DE ABORTO

A fin de tener una idea aproximada de lo que supone para los recursos de Salud Pública, el problema del Aborto, presentaremos algunos cuadros que nos permitan apreciar dichos gastos en forma sintetizada; como ya dijimos anteriormente nos centraremos en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia de Santo Domingo.

Primeramente presentamos dos cuadros comparativos sobre gastos promedios aproximados del hospital, en una parturienta sin ninguna complicación, y en una paciente con problema de aborto incompleto.

CUADRO NUM. 4

GASTOS PROMEDIO APROXIMADO DE EL HOSPITAL PARA UNA PARTURIENTA NORMAL.

Servicios	Gastos en RD\$ (*)
Exámenes de laboratorios y fármacos	4.28
Permanencia	2.93
Costo del personal (**)	7.34
TOTAL	14.55

FUENTE: Administración del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 1973.

(*) El cálculo es por día, aunque el examen de laboratorio generalmente solo se hace 1 vez para fines de diagnóstico.

(**) Incluye personal médico, para médico, administrativo y auxiliar.

CUADRO NUM. 5

GASTO PROMEDIO APROXIMADO DEL HOSPITAL PARA UNA PACIENTE CON PROBLEMA DE ABORTO INCOMPLETO

Servicios	Gastos en RD\$
Exámenes de laboratorios farmacos y suministro de sangre	50.54
Permanencia	8.79
Costo del personal	22.02
TOTAL	81.33

FUENTE: Administración del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, 1973.

Como puede apreciarse, la diferencia monetaria que existe entre los gastos para la atención a una parturienta normal, y una mujer con problemas de aborto es sumamente alta RD\$66.78, esto equivale a un aumento de aproximadamente un 500%, con lo cual comenzamos a ver una asociación muy sugestiva planteada en este estudio referente a que los problemas del aborto debilitan los recursos de Salud Pública.

Con el cuadro siguiente podremos apreciar más la magnitud del problema del aborto para Salud Pública, desde el punto de vista económico, cuando este presenta complicaciones.

CUADRO NUM. 6

GASTO PROMEDIO APROXIMADO DEL HOSPITAL PARA UNA MUJER CON ABORTO INCOMPLETO CON COMPLICACIONES.

Servicios	Costo en RD\$
Exámenes de laboratorio, curetaje, fármacos y suministros de sangre	114.30
Permanencia	14.65
Costo del Personal	36.70
TOTAL	175.65

FUENTE: Administración del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia y Médicos consultores, 1973.

Como puede observarse la diferencia en costos de un aborto incompleto sin complicaciones y uno con complicaciones es de RD\$94.32 lo que hace más onerosa aún la situación del aborto.

Si nos atenemos a los datos del cuadro que consignamos a continuación relativo a los gastos mensuales del hospital, y los comparamos con los gastos mensuales aproximados que se realizan en problemas de aborto vemos como estos afectan de una manera considerable el presupuesto asignado por el gobierno a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social al Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

CUADRO NUM. 7
GASTOS MENSUALES Y PROMEDIO DE GASTOS
DIA/PACIENTE REALIZADOS EN EL HOSPITAL
NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Servicios	Hastos Mensuales en RD\$	Gasto-estadía día/paciente
Alimentación, medicamentos, mantenimiento, limpieza, ropa de camas, uniformes, etc.	9,291.20	2.93
Personal médico	12,900.00	1.22
Personal Administrativo	1,430.00	0.14
Personal para-médico(*)	1.010.00	0.10
Personal enfermería (**)	8,875.00	5.24
Personal servicios grales.	6.100.00	0.58
Personal varios (***)	450.00	— —
Voluntarios	460.00	0.05

FUENTE: Administración del Hospital Nuestra Sra. de la Altagracia.

(*) No incluyen personal de Enfermería que se menciona separadamente.

(**) Personal de Enfermería que atiende pacientes con problemas de aborto.

(***) Personal que no trabaja con este tipo de pacientes.

Según fuentes del Hospital, la asignación presupuestal del Estado es de RD\$30,765.00, lo que nos hace asumir que a menos que el Hospital no reciba algunos donativos, cerrará su año fiscal regularmente con déficit.

Por otra parte tomando las cifras que se incluyen en el Informe Preliminar, que arrojan un promedio de 247.1 abortos por mes en el año 1971; manteniendo dicha cifra constante para 1972, y calculando los gastos en base a 3 días de permanencia en el Hospital como promedio, encontramos que si todos los abortos fueran sin complicaciones, los gastos ascenderían mensualmente a RD\$6,035.88, y en el supuesto de que todos tuvieran alguna complicación los gastos se elevarían a RD\$14,467.70, que representarían respectivamente el 20% y el 50% de la asignación presupuestaria del Hospital.

Bajo el supuesto de que las 150 mujeres encuestadas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia hubieran tenido alguna complicación esto significaría que durante el mes que se estuvo entrevistando en dicho hospital, en estas mujeres se efectuó un gasto de RD\$8,752.50, es decir, aproximadamente un 27% del presupuesto.

Estas evidencias nos hacen asumir como cierta, la proposición de que los recursos de Salud Pública son muy afectados por la inversión que realiza en las pacientes con problemas de aborto, probablemente muchos de ellos inducidos, por esto entendemos que desde cualquier punto de vista el problema del aborto en República Dominicana, merece especial atención.

Es nuestra esperanza que después de presentar toda esta situación, la atención no sea puramente mercurial ni intelectual, sino que conlleve a planes y acciones que puedan contribuir a este serio problema que afecta a no sabemos cuál magnitud de la población femenina dominicana.

FUENTES: Para realizar este informe nos basamos en consultas al personal directivo y a la Administración del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Los cálculos fueron realizados por la Dra. Antonia Ramírez.

SUMARIO

“RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR A LA LUZ DEL ESTUDIO DEL ABORTO EN 200 MUJERES EN REPUBLICA DOMINICANA”.

Preparado conjuntamente por:

—La Unidad de Estudios Sociales del Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, R.D.

—Instituto Nacional de Educación Sexual, Inc., auspiciado por APEC, Santo Domingo, R.D.

—Transnational Family Research Program. The American Institutes for Research, Washington, D. C., U.S.A.

Redactado por:

—Raymond E. Johnson Ph. D., en consulta con:

—Henry P. David Ph. D., Herbert Friedman, Ph. D., E. Patricia Mac—Corvick y Amarilis Sevilla—Que del TFRP—AIR.

Traducción por:

Lic. Héctor Pérez
Director del Departamento de
Idiomas de la Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Revisado por:
Ing. Ezequiel García y la
Dra. Antonia Ramírez.

SANTO DOMINGO, R.D.

PREFACIO

La investigación sobre el aborto en 200 mujeres en la República Dominicana, conducida por el Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), constituye una de la serie de estudios desarrollados en la República Dominicana en colaboración con el Instituto Nacional de Educación Sexual (INES), y el Transnational Family Research Program of the American Institutes for Research (AIR). A esta investigación le antecedió un estudio en la República Dominicana sobre los Valores y Actitudes de los Jefes de Familia, también llevada a cabo por el Centro de Investigaciones de la UNPHU.

Cada uno de estos esfuerzos se concibieron conjuntamente con colegas de los dos países interesados, a fin de satisfacer las necesidades nacionales y facilitar el intercambio de información, así como para contribuir a una mejor comprensión de los aspectos psico-sociales de la conducta de fecundidad y enriquecer la metodología de la investigación.

Las recomendaciones sugeridas para la comunicación y educación en planificación familiar en la República Dominicana están fundamentadas en datos relacionados de un estudio realizado con 200 mujeres consecutivamente entrevistadas en dos hospitales, después de haber sido internadas por problemas de aborto, de los cuales se tenía una fuerte sospecha de haber sido inducidos.

Un extenso informe en español preparado por la Unidad de Estudios Sociales del Centro de Investigaciones de la UNPHU, provee información sobre las tendencias demográficas en la República Dominicana, la situación del aborto y detalles sobre el diseño y metodología de la investigación. El extenso análisis de datos, incluye una revisión del status socio-económico, fecundidad y regulación de la fertilidad entre las 200 mujeres estudiadas dentro del contexto cultural de la población dominicana; discusión sobre la historia menstrual, actitudes hacia el aborto y percepciones de la comunicación con el cónyuge, así como implicaciones

económicas para la mujer, la familia y la salud pública. Los aspectos más importantes se suman en las siguientes páginas; esperamos que este estudio exploratorio será de utilidad práctica no solo dentro de la República Dominicana, sino para otros interesados en los riesgos del aborto inducido.

Aunque los varios colaboradores de este estudio se citan específicamente en la sección de reconocimiento (Informe 1), queremos expresar nuestra gratitud particular a las 200 mujeres que permitieron a nuestros colegas explorar hasta donde fue posible, un tópico sensitivo, difícil y profundo, que es usualmente de índole muy humana y privada.

1.— INTRODUCCION

Este estudio trata con un segmento del público dominicano que generalmente está más allá del alcance de los esfuerzos de reclutamiento de los programas de planificación familiar. Nos referimos a aquellas mujeres jóvenes que todavía tienen un número de años fértiles, que son típicas empleadas urbanas marginadas, pobres, poco instruidas, que habitan los barrios de casuchas y cinturones de miseria que circundan la mayoría de las ciudades latinoamericanas (González—Cortés y Erraguriz, 1973). Las mujeres incluidas en este estudio vivían en una de las regiones del mundo de más fuerte resistencia hacia el uso de contraceptivos modernos, (Rogers, 1973). No obstante, a pesar de su aparente falta de entusiasmo por la planificación familiar, estas actuaron intencionalmente para limitar el tamaño de la familia mediante la búsqueda y obtención de abortos inducidos.

El objetivo de este estudio fue el de contribuir a la solución del enigma de por qué las mujeres que aparentemente estaban altamente motivadas para evitar tener niños indeseados, no lo estaban para practicar la contracepción efectiva.

Un resultado de esta investigación fue un grupo de 5 recomendaciones para estrategia de comunicación y educación sobre planificación familiar en la República Dominicana.

II.— RECOMENDACIONES

a) Las campañas de información destinadas a promover la planificación familiar en la República Dominicana, no deberían ignorar, sino abiertamente aceptar el hecho de que muchas mujeres consideran el aborto como una alternativa aceptable (y hasta preferida) en vez de la contracepción como medio para limitar el tamaño de la familia.

b) En tales campañas de información se debería hacer un mayor énfasis para contra-atacar la creencia popular de que la contracepción representa un peligro para la salud de la mujer. Concomitantemente, se debería hacer un esfuerzo para alertar al público sobre los posibles riesgos de salud del aborto, cuando este lo ejecuten personas medicamente incalificadas.

c) Un énfasis secundario debería ser para contrastar el costo de la carga económica que ocasiona el aborto y su impacto en la familia, frente al bajo costo de los contraceptivos, particularmente cuando esto se pueden conseguir gratis en las clínicas de planificación familiar.

d) La campaña de información debería estar dirigida tanto a las mujeres como a los hombres, puesto que ambos juegan un papel para seleccionar entre los distintos medios que regulan la fertilidad.

e) Al promover los contraceptivos, deberían revelarse en forma balanceada y completa los efectos secundarios posibles, como una forma de poner coto a la difusión de rumores infundados sobre los peligros para la salud.

III.— ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Las recomendaciones precedentes están basadas en un estudio de 200 mujeres entrevistadas en dos hospitales, las cuales estuvieron sometidas a tratamiento por abortos incompletos o por complicaciones surgidas de los mismos, (en cada caso los facultativos de los hospitales sospechaban fuertemente que los abortos habían sido inducidos).

a) De este número de mujeres, 150 fueron entrevistadas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en Santo Domingo, el cual es el más grande en su género en el país, donde se efectúan alrededor de 1,500 partos mensuales. Un número adicional de 50 mujeres se entrevistaron en el Hospital José María Cabral y Báez en Santiago de los Caballeros. Este es un hospital general que presta servicios a un centro urbano más pequeño y a las zonas rurales circundantes en el interior del País. Allí se efectúan alrededor de 580 partos por mes. Ambos hospitales son públicos (estatales) y ofrecen atención médica gratuita a las familias pobres.

La Maternidad promedia aproximadamente 250—300 casos de abortos inducidos y espontáneos por mes, y el Hospital José María Cabral y Báez trata alrededor de 80 casos mensualmente, oscilando los promedios entre 1972 y 1974 entre en 93 y 106 abortos mensuales.

El grupo representa 200 casos consecutivos de aborto inducidos sospechados que fueron tratados en los dos hospitales mencionados durante un período de mes y medio en el verano de 1973. Las entrevistas fueron conducidas por dos estudiantes de término de medicina, varones, y un joven psicólogo (los tres habían participado anteriormente en un pre-test de las preguntas y procedimientos de la entrevista con 15 pacientes de abortos).

b) La edad promedio de las mujeres del grupo fue de 26 años, y tres de cada cuatro de ellas vivían en algún tipo de unión permanente (18% estaban casadas, 57% estaban en unión consensual). Para la mitad de las mujeres esta era su primera unión marital, 34% había tenido una unión previa. Para la mitad de las parejas, la unión conyugal había sido establecida hacía menos de un año. Catorce, o sea, el 7% eran solteras.

El número promedio de nacimientos vivos era de 3.2, pero 76 (38%) de las mujeres tenía más de 5 hijos.

c) El grupo era predominantemente de la religión Católica (68%), pero en sentido general no podían caracterizarse como devotas de la misma. Casi la mitad (48%) de las Católicas profesas asistía a la iglesia con poca frecuencia, no más de unas cuantas veces al año, en contraste con el 34% que asistía por lo menos una vez a la semana. Había un número significativo (55 mujeres, o sea, el 28% del grupo total) que dijo no tener afiliación religiosa alguna. La representación protestante era de poca significación (alrededor del 4%).

d) La mayoría de las mujeres (61.5%), había completado menos del 6to. año de la educación primaria, un 24.5% eran analfabetas. Más de dos tercios (68%) no trabajaban fuera del hogar, 2.5% mantenía trabajos regulares, y el resto solo trabajaba ocasionalmente, la mayoría (57%) eran domésticas (sirvientas) y el 79% ganaba RD\$40.00 o menos mensuales. Entre las mujeres que no trabajaban, casi todas (92%) dependían de sus cónyuges para su manutención; el 71% de esos hombres tenían empleos permanentes. El ingreso familiar mensual era menos de RD\$100.00 para el 53% de las familias, lo cual cae entre los niveles bajos y marginados, según la escala de clasificación de ingresos de la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN) (*).

e) Tres cuartos del grupo vivían o en Santo Domingo (62%) o en Santiago de los Caballeros (13%). Menos de un 25% (22%) vivían en áreas rurales o en pequeños pueblos; de manera que el grupo era predominantemente urbano, tanto con respecto a la residencia actual como al lugar de procedencia (60% nació en ciudades grandes).

IV.— RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

De acuerdo con el código Napoleónico, el aborto en la República Dominicana es ilegal, sin excepción (Ley No. 1690 del 19 de abril de 1948). A pesar de que las sanciones son severas para ambos, para la mujer y para quien lo practica o hace alguna maniobra, parece que han habido muy pocos procesamientos jurídicos, por no decir ninguno en los últimos años. Aún cuando la Ley no es rigurosamente ejecutada, el

(*) Primer Plan de Desarrollo Económico y Social -15. Oficina Nacional de Planificación. Sec. Técn. de la Presidencia, Santo Domingo, 1970, República Dominicana.

estigma social persiste (Pérez Montás, 1973); las mujeres clandestinamente procuran tener abortos y son muy reservadas con respecto a los mismos. En consecuencia, los entrevistadores encontraron una muralla de silencio casi inquebrantable al intentar discutir con las mujeres sobre los abortos que les condujeron a su hospitalización. Solamente 14 admitieron haberse inducido un aborto, y 16 hasta negaron que habían estado embarazadas. Sin embargo estuvieron bastante dispuestas a contestar las preguntas que no estaban relacionadas con el último aborto tenido, sino con las experiencias y actitudes que no eran incriminatorias. Sus respuestas se resumen abajo.

a) La mayoría de las mujeres estaba familiarizada con el concepto de planificación familiar, pero muchas dudaban de la seguridad de los contraceptivos. Los condones, contraceptivos orales, las espumas y jaleas vaginales son facilmente accesibles en la República Dominicana, y la conciencia de la planificación familiar fue extensa en el grupo. Sin embargo, mientras que 155 mujeres (78%) dijeron que habían oído hablar del control natal, un escaso 30%, o sea 47 de aquellas que sabían sobre la contracepción, jamás habían usado método alguno. De estas 20 (43%) habían tomado pastillas, las cuales casi siempre obtenían en las clínicas de planificación familiar. Solo tres mujeres informaron que habían practicado el coito interrumpido, y dos el método del ritmo.

Entre las razones dadas de por qué no practicaban la contracepción, una resultó ser la más prominente. Más de un 25% de las mujeres (28%) objetó el uso de los medios de control natal en base a que estos podrían ser peligrosos para la salud. La segunda razón más común (dada por el 22% de las mujeres) era la de que sus cónyuges se oponían al uso de contraceptivos; ¿cuál era la razón principal de dicha oposición? . Más de la mitad de las mujeres (51%) dijo que sus cónyuges consideraban que los contraceptivos representaban un riesgo para la salud.

En el cuadro siguiente se enumeran las distintas razones para resistir a la moderna contracepción, dadas por las 108

mujeres que conocían de la planificación familiar, pero no usaron ningún método.

RAZONES PARA NO USAR CONTRACEPTIVOS

Razones	No.	%
Los contraceptivos son malos para la salud	30	28.0
El marido se opone	24	22.0
Negligencia para obtener los contraceptivos	14	13.0
No interesados en usar contraceptivos	11	10.0
Deseo de tener otro hijo	10	9.0
No sabe como usar los métodos	7	6.0
Dificultad para obtener los contraceptivos	4	4.0
Fatalismo, acepta la voluntad de Dios	4	4.0
No pensó que podía quedar embarazada	3	3.0
S. R.	1	1.0
TOTALES	108	100.00

b) Una mayoría de las mujeres no querían más hijos dijeron estar considerando la contracepción para el futuro. Una mayoría significativa (140, o sea el 70%) no querían quedar embarazadas otra vez; solo 42 (21% dijeron que deseaban tener otro hijo. Entre aquellas que deseaban evitar otro embarazo, 116 (83% declararon que habían estado pensando usar un contraceptivo una vez salieran del hospital. Sin embargo, la mitad de ese número (58) fueron incapaces de decir cuál método específico escogerían. De aquellas que expresaron una preferencia, 13 (22%) favorecieron los contraceptivos orales y 9 (16%) mencionaron la esterilización femenina. Cuando hubo alguna preferencia por un método dado, estuvo típicamente basada en las recomendaciones de amigas o personas conocidas.

c) Tendencia a aceptar el aborto como un método familiar y confiable de evitar el nacimiento de niños no deseados. Una indicación de la realidad con que la mujer dominicana mira el aborto, a pesar de las sanciones legales y sociales en su contra, fue el hecho de que la búsqueda del aborto no fue peligrosamente postpuesta. Casi el 30% de las mujeres (59) confirmaron sus embarazos yendo al médico o al hospital para hacerse la prueba de gravidez. De acuerdo a los estimados suministrados por el personal de los hospitales, 169, (84% de los abortos ocurrieron antes de la duodécima semana. La prontitud con que se confirmaron los embarazos y se ejecutaron los abortos queda reflejada en la incidencia relativamente baja de complicaciones serias que ocasionaron un confinamiento prolongado en el hospital. En nuestro grupo dos mujeres murieron mientras estaban en el hospital y otras 14 estuvieron seriamente enfermas. No obstante 119 mujeres (59.5%) se hospitalizaron 48 horas (por ese tiempo) y más, y 81 (40.5%) solo por un día, o sea 24 horas.

El promedio de permanencia breve (2.5 días) en el hospital se debió también a la prontitud con que las mujeres buscaron ayuda médica al ocurrir las complicaciones, además ello es indicativo de que las mujeres dominicanas se beneficiaron de una cantidad considerable de experiencia compartida en relación al aborto. Mientras que las mujeres que entrevistamos eran extremadamente reticentes en cuando a discutir las razones de su actual hospitalización, 76 de ellas (38%) admitieron que sabían como inducir un aborto, y 68 (34%) estaban en condiciones de describir por lo menos tres métodos generalmente de tipo popular. De aquellas que admitieron tal conocimiento, cerca de la mitad (39) dijeron que sus "amigas" se lo habían dicho y de que los "métodos" tenían fama de ser efectivos.

Muchas de las mujeres en nuestro estudio habían tenido alguna experiencia personal previa en relación al aborto. El 33% de un total de aproximadamente 1,000 embarazos había terminado en abortos espontáneos o inducidos. Tres cuartos de las 177 mujeres con embarazos previos habían terminado por lo menos una vez abortando, y 62 (35%) reportaron dos o

más abortos consecutivos; 56 (32%) de los embarazos que inmediatamente al aborto más reciente, también habían sido terminados en aborto.

Cuando se les preguntó si considerarían la posibilidad de procurarse un aborto en caso de un futuro embarazo, 132 (66%) dijo que no, pero 58 (29%) respondió que sí o quizás. Sobre todo hubo un marcado indicio de que por lo menos algunas de las mujeres habían estado confiando en el aborto inducido como medio para regular su fecundidad.

La aceptación tentativa del aborto entre aquellas entrevistadas, quedó demostrada al responder a la pregunta acerca de si ellas creían que las mujeres dominicanas deberían poder obtener en forma legal y segura los abortos "cuando fueran necesarios". El 61% (122 mujeres) expresaron su aprobación, 64 (32%) dijeron que no y solo 14 (7%) rehusaron emitir una opinión al respecto.

d) La experiencia del aborto se comprobó que era económicamente costosa. Aún cuando los gastos de hospitalización no fueron sufragados por las pacientes, los hospitales tienen incluso que soportar una carga económica mayor. Se estimó por los records de los hospitales que el costo promedio total de tratamiento de una mujer cuyo aborto estuvo libre de complicaciones serias fue de RD\$81.33 (incluyendo tiempo de labor del personal, drogas, alimentos de la paciente y otros asuntos). Sin embargo cuando debido a complicaciones la mujer tiene que prolongar su permanencia en el hospital, el costo promedio ascendía a RD\$175.65. En contraste el costo de un nacimiento normal fue de RD\$14.55 para el hospital. El costo total estimado para atender a las 150 mujeres en la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia fue de RD\$8,752.50. La mujer y su familia tuvieron que incurrir en otros gastos sustanciales relacionados con el aborto. Antes de la hospitalización incurrieron en un promedio de gastos de RD\$9.68 (lo cual pudo haber incluido el costo del mismo aborto inducido). Esta cantidad representa de un 10 a un 11% del promedio de ingreso mensual de las familias de las mujeres del estudio. Un 3.2%

adicional del promedio de un sueldo mensual se gastó en hacer los arreglos necesarios para ingresar en el hospital (transporte, compra de efectos personales, etc.), acarreado un gasto promedio de RD\$13.00, lo cual excluye la pérdida de salarios si la mujer estaba empleada en algún sitio. Esto constituye un gasto oneroso para familias que están luchando casi a nivel de sub-sistencia.

e) El criterio sustentado por el cónyuge sobre la regulación de la fecundidad fue a menudo influyente y/o decisivo. Poco menos de la mitad (90) de las mujeres habían discutido antes acerca de la planificación familiar con sus cónyuges. Hubo una ligera mayor inclinación de discutir el asunto con ellos en el futuro, 102 mujeres, o sea, el 51%, manifestaron que habían definitivamente intentado hacerlo, un 15% adicional (30 mujeres) dijeron que podrían hacerlo, mientras que 52 (26%) indicaron que no lo harían.

Como ya había sido reportado, la razón más común de la oposición masculina, de acuerdo con lo expresado por las mujeres, era la creencia de que los contraceptivos eran inseguros o peligrosos para la salud, criterio este con que muchas de ellas estaban de acuerdo.

Cuando fue descubierto el embarazo mas reciente, 156 de las mujeres (78%) se lo dijeron a alguien casi inmediatamente; generalmente fue el hombre el primero en ser informado (en 112 de los casos), pero solo 11 de las mujeres dijeron haberle pedido consejo a su consorte o a alguien más sobre qué hacer ante la situación. La respuesta a la noticia el embarazo fue variada; alrededor del 60% de aquellos que primero se les informó del embarazo, reaccionaron favorablemente y otro 40% fue descrito como negativo o por lo menos no mostró ninguna reacción.

Los cónyuges fueron usualmente informados y estaban conscientes de la hospitalización de su mujer por un problema de aborto (166, o sea el 83%); de estos un 57% de las mujeres a menudo los describían como preocupados e interesados. Hubo relativamente pocos informes de ira o repudio de parte de los hombres (9.1%).

V.— CONCLUSIONES

Las mujeres entrevistadas en este estudio representaban un grupo prometedor pero paradójico para los defensores de la planificación familiar. A pesar de que estas mujeres estaban altamente motivadas para prevenir los nacimientos de niños indeseados, y de que generalmente estaban conscientes de la disponibilidad de los métodos contraceptivos modernos hubo muy poca indicación del uso de los mismos. Esto constituye todavía otro ejemplo de la brecha o resquebrajadura de los estudios KAP que ha sido reportada por todos los países en desarrollo: el hecho de hacer a la gente consciente de la planificación familiar y de las ventajas que tienen las familias pequeñas no da por resultado automáticamente una amplia aceptación de la contraceptación moderna.

En un intento para explicar la negligencia continúa de las mujeres en todo el mundo en relación a la práctica de la contraceptación efectiva. Bogue (1973) revisó diez (10) factores que antes se creía que impedían la planificación familiar, y en cada caso descartó su importancia actual. Estos factores se indican más abajo, con un sumario de los resultados de nuestro estudio que indica el estado de los asuntos en la República Dominicana.

Impedimentos para la Planificación Familiar	Estado de los Asuntos en la República Dominicana.
1.— Desconocimiento de que la planificación familiar es posible.	— La mayoría de las mujeres encuestadas habían oído de los métodos contraceptivos.
2.— Falta de conocimiento acerca de métodos modernos confiables	— La mayoría de las mujeres sabía de métodos específicos, donde obtenerlos y algunas habían tratado de usarlos.

Impedimentos para la Planificación Familiar

Estado de los Asuntos en la República Dominicana.

3.— Desaprobación social de la planificación familiar por razones morales o religiosas.

— Ninguna indicación de objeciones religiosas y morales fuertes. Solo la minoría de las mujeres era devota.

4.— Predominio de los valores de las familias numerosas. Deseo de tener familias grandes.

— El tamaño promedio de familia no resultó grande, (posiblemente por la edad y los embarazos perdidos). Sin embargo la mayoría de las mujeres no querían tener otro hijo.

5.— Motivación débil o ambivalente.

— La búsqueda de abortos inducidos a pesar de los riesgos involucrados, es prueba suficiente para suponer que la motivación era alta para controlar la fecundidad.

6.— Vergüenza y timidez para discutir sobre el sexo y la contracepción con el cónyuge y amigas.

— Muchas mujeres habían discutido con sus cónyuges sobre la planificación familiar o intentaban hacerlo en el futuro.

7.— Fatalismo.

— Pocas mujeres dieron razones fatalistas sobre su resistencia a la planificación familiar.

8.— Tradicionalismo. Reticencia para aceptar innovaciones o cambios.

— Ninguna evidencia directa, pero la mayoría de las mujeres se creían seguras de que los abortos legales deberían estar disponibles.

9.— Presiones sociales para quedar en estado especialmente a principio de la unión conyugal.

— De nuevo ninguna evidencia directa. Pero el primer embarazo terminado en aborto, ocurrió en 12% de las mujeres y del primer al tercer embarazo en el 41%.

10.— Falta de involucramiento del ego en la planificación familiar

— Alguna indicación de búsqueda de aborto repetida. Un número de mujeres dijeron que tendrían otro aborto en caso de quedaran embarazadas en el futuro.

Ninguno de estos 10 factores parecerían ser obstáculos para el éxito de la planificación familiar en el grupo estudiado, y como el mismo Bogue afirmara, los mismos tienen una importancia decreciente en los países en desarrollo. No obstante, al tratar de buscar las explicaciones alternativas para la existencia de la brecha o resquebrajadura de los estudios KAP, Bogue pasó por alto una barrera que por lo menos en la República Dominicana, parece ser de importancia mayor: el aborto compite con la contracepción como medio reconocido para la regulación de la fecundidad. Aunque parezca ilógico, las mujeres que han sido hospitalizadas por problemas de aborto, le temen sin embargo a los riesgos para la salud que el uso de contraceptivos modernos ellas o sus cónyuges creen pueden acarrear.

Es debido a este riesgo preferido del aborto que las campañas de comunicación sobre planificación familiar deberían simultáneamente:

a) Intentar infundir confianza nuevamente en la población sobre la seguridad de los contraceptivos modernos, enfocando el meollo del problema en los efectos secundarios. Bogue hizo notar que la creencia de que “la planificación familiar inspire desprecio o fastidio a uno” es “casi universal y ha sido sustentada por la experiencia general de por lo menos una

molestia temporal". Y concluye: "en este el "producto" es imperfecto. No obstante, muy poco esfuerzo se está dedicando para el reconocimiento y brega de este fenómeno. Lo que se ha hecho es meterlo debajo de la cama. Los trabajadores de campo pretenden que no existe; en su afán de conseguir sus cuotas de adoptantes no se atreven ni siquiera a mencionarlo o a denigrar su importancia si este se menciona. Como resultado, se ha desarrollado una enorme brecha de credibilidad entre el público en sentido general y el establecimiento de la planificación familiar".

b) Diseminar información que efectivamente destaque los riesgos y costos del aborto (especialmente cuando este es inducido y siendo además ilegal como es el caso de República Dominicana) con los problemas relacionados con el uso de contraceptivos. Una tarea importante en asuntos de comunicación deberá ser la de convencer a los miembros de la audiencia sobre que la contracepción ofrece ventajas significativas.

Sin embargo se debería tener cuidado para evitar las tácticas intimidatorias y la exageración. Muchas mujeres dominicanas conocen lo suficiente sobre el aborto como para detectar falsas demandas o distorsiones vocingleras.

En la República Dominicana está bien establecido el uso de los medios de comunicación de masas para promover la planificación familiar (e. g., Marino, 1973; Ortega y Fernández de Cueto, 1973). No obstante, tales campañas de promoción han tenido que ser cautelosas con el fin de evitar una controversia innecesaria, con el tópico del aborto, aunque se informe sobre sus riesgos y problemas a la audiencia.

Schram (1971) al revisar las investigaciones efectuadas sobre la comunicación sobre planificación familiar, llegó a la conclusión de que los dos lados del problema deberían ser abiertamente presentados, ya que la audiencia iba de todos modos a saber sus pros y sus contras. A pesar de que el asunto del aborto cubierto por el silencio oficial, la difusión a

través de canales personales seguirá ocurriendo y la información errada estará conjuntamente circulando con la verídica. Siempre existirán los “chismecitos” secretos; será responsabilidad de los estrategas de la planificación familiar, poderlos y cultivarlos.

VI.— RECOMENDACION ALTERNA

Otro enfoque, el cual no es del todo incompatible con nuestras primeras recomendaciones, consiste en dirigir un esfuerzo intensivo de reclutamiento en planificación familiar hacia las mujeres hospitalizadas con tratamiento por complicaciones surgidas de abortos inducidos. El contacto podría efectuarse en el hospital, con labor de seguimiento realizada por los planificadores familiares, quienes serían informados por el personal médico del hospital cada vez que se localicen casos sospechosos de abortos inducidos. El trauma que ocasiona pasar por la molestia del aborto inducido y sus complicaciones sub—siguientes, puede crear una oportunidad para el cambio y hacer que las mujeres sean más receptivas a la idea de usar contraceptivos. El período de hospitalización puede ofrecer también la oportunidad para hablar de la planificación familiar sin interferencia o distracción que podrían ocasionar otros miembros de la familia.

Sin embargo debemos resaltar dos puntos de advertencia:

a) Muchas mujeres pueda que no perciban las experiencias que rodean el aborto como crisis, a pesar de la negligencia extrema presentada por las mujeres de nuestro estudio para hablar libremente de sus abortos, hubo indicaciones de que la experiencia fue aceptada como algo desagradable, pero no como un asunto fuera de lo usual en sus vidas.

b) Aún si las mujeres no son receptivas a la idea de la planificación familiar, el hospital pueda que no sea el mejor lugar para establecer el contacto. Una investigación posterior podría intentar determinar las ventajas de permitirles a las mujeres regresar a sus casas antes de que se les hable sobre planificación familiar o se tenga el acercamiento inicial.

VII.— ACCION POSTERIOR REQUERIDA

Los resultados de que tanto las mujeres como los hombres sospechan que los contraceptivos son inseguros desde el punto de vista de la salud de la usuaria, requiere ser probado posteriormente, si es que estos temores se han de combatir efectivamente o constituye una suposición plausible el que esta creencia haya surgido de los informes de efectos secundarios que han circulado a través de medios de comunicación informales (de boca a boca). Claro, que tal explicación es simplemente suposición que debe ser confirmada y aclarada mediante una investigación posterior.

BIBLIOGRAFIA

Bogue, D. J. Old and dying and new and virulent psychological threats to family planning. Unpublished paper, 1974. See also "Policy implications of theory and research on motivation and induced behavior change for fertility and family planning", a paper presented at the ECAFE Expert Group Meeting on Social and Psychological Aspects of Fertility Behavior, Bangkok, June 1974.

Friedman, H. L., Ramírez A., & García E., Attitudes of male heads of households in the Dominican Republic. In H. P. David & S. Cambiaso (Eds.), *Abortion and family planning services in Latin America*. Washington: Pan American Health Organization, forthcoming.

González-Cortes, G., & Errázuriz, M. M. The marginal family: Social change and women's contraceptive behavior. Paper presented at IXth International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences, Chicago, 1973.

Marino, A. Radio and family planning in the Dominican Republic. In J. M. Stycos (Ed.), *Clinics, contraception, and communication: Evaluation studies of family planning programs in four Latin American countries*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1973.

Pérez Montás, H., Dominican Republic. *Country Profiles*, January 1973.

Ortega, M. M., & Fernández de Cueto, J. M. *Informe final del estudio comparativo de la escuela radiofónica de educación familiar de la Asociación Dominicana pro Bienestar de la Familia, Inc.* Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Centro de Investigaciones, 1973.

Rogers, E. M. Communication strategies for family planning in developing countries. Paper presented at the Population Association of América Meeting, New Orleans, April 1973.

Schram, W. Communication in family planning. *Reports on Population Family Planning*, April 1971, No. 7.



UNPHU

Biblioteca



071208

Impreso en Off-set en los talleres de Editorama, S. A.
Avenida Lope de Vega No. 12-A, Apartado Postal No. 2074,
Teléfonos: 566-7444, 566-0119 y 566-0110
Santo Domingo, R.D.