

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Psicología
Programa de psicología

ACTITUDES DE MUJERES UNIVERSITARIAS FRENTE AL EMBARAZO NO
DESEADO

Presentado por:
Erika Mildred Bettín González
Gemny Blanco Carrero

Trabajo de grado para optar al Título de
PSICÓLOGAS

UNAB - BIBLIOTECA	FECHA DE RECEPCIÓN
Autores	Feb 2 / 2004 16/37.04
PRECIO	B565a.
Donación	9.4
\$30000=	INVENTARIO

Bajo la dirección de la Ps. Victoria Eugenia Arias, Ph.D.
Bucaramanga, enero de 2004

UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

Tabla de Contenido

Resumen

ACTITUDES DE MUJERES UNIVERSITARIAS FRENTE AL 1

EMBARAZO NO DESEADO

Planteamiento del problema	5
Objetivos	9
Objetivo General	9
Objetivo Específicos	9
Antecedentes Investigativos	10
Marco Teórico	22
Actitudes	22
Sexualidad en adulto joven	31
Embarazo no deseado en mujeres	
Jóvenes	39
Aspectos psicosociales	44
Alternativas	47
Causas	49
Consecuencias	51
Aborto	53
Definiciones	58
Etimológica	59
Medica	59
Jurídica	60
Aborto Inducido	62
Técnicas Abortivas	63
Aborto a nivel Internacional	64
- Europa	64
Asia y África	66
Norteamérica y Canadá	67
América Latina	69
Impacto psicológico	82

Actitudes frente al Embarazo no Deseado III

Metodología	86
Tipo de Diseño de la Investigación	86
Población	86
Muestra	87
Instrumentos	89
variables	91
variables nominales dicotomica	91
variables nominales categóricas	92
procedimiento	92
Resultados	95
Presentación general	95
Parte A infor sociodemográfica	95
Resumen parte A	101
Parte B Información Educativa	102
Resumen parte B	107
Parte C Comportamiento Sexual	108
Resumen parte C	117
Parte D info sobre el aborto	118
Resumen parte D	124
Parte E actitudes frente aborto	125
Resumen parte E	133
Resumen de resultados por facultades	134
Facultad deAdministración	134
Facultad deAudiovisuales	135
Facultad deComunicación Social	136
Facultad deContaduría Publica	137
Facultad deDerecho	138
Facultad deEducación	139
Facultad deEnergía	139
Facultad deFinanciera	140
Facultad deHoteleria y Turismo	141
Facultad deMecatronica	142

Actitudes frente al Embarazo no Deseado IV

Facultad de Medicina	143
Facultad de Mercados	144
Facultad de Música	145
Facultad de Psicología	145
Discusión y Conclusiones	147
Sugerencias	157
Referencias	158
Apéndices	162
Apéndice A	163
Apéndice B	234
Apéndice C	240
Apéndice D	252
Apéndice E	265
Apéndice F	277
Apéndice G	190
Apéndice H	303
Apéndice I	316
Apéndice J	329
Apéndice K	342
Apéndice L	355
Apéndice M	368
Apéndice N	381
Apéndice Ñ	394
Apéndice O	407
Apéndice P	420

Lista de Tablas

Tabla 1	89
Tabla 2	96
Tabla 3	97
Tabla 4	97
Tabla 5	98
Tabla 6	99
Tabla 7	100
Tabla 8	100
Tabla 9	101
Tabla 10	103
Tabla 11	104
Tabla 12	105
Tabla 13	106
Tabla 14	106
Tabla 15	109
Tabla 16	110
Tabla 17	111
Tabla 18	111
Tabla 19	112
Tabla 20	113
Tabla 21	114
Tabla 22	115
Tabla 23	115
Tabla 24	116
Tabla 25	117
Tabla 26	119
Tabla 27	119
Tabla 28	121
Tabla 29	122

Actitudes frente al Embarazo no Deseado VI

Tabla 30	122
Tabla 31	123
Tabla 32	124
Tabla 33	126
Tabla 34	126
Tabla 35	127
Tabla 36	128
Tabla 37	128
Tabla 38	129
Tabla 39	130
Tabla 40	131
Tabla 41	132
Tabla 42	132

Lista de Figuras

Figura 1	102
Figura 2	108
Figura 3	118
Figura 4	125
Figura 5	134
Figura 6	135
Figura 7	136
Figura 8	137
Figura 9	138
Figura 10	139
Figura 11	140
Figura 12	141
Figura 13	142
Figura 14	143
Figura 15	144
Figura 16	145
Figura 17	146

Resumen

El objetivo del presente estudio es describir las actitudes de estudiantes universitarias frente a la sexualidad y el aborto.

La investigación es de corte descriptivo transversal. La población esta conformada por 3276 estudiantes universitarias, de la que se extrajo una muestra probabilística estratificada de 357 estudiantes entre 16 y 25 años de edad. Como instrumento de recolección se aplicó una encuesta semi-estructurada de 52 preguntas elaboradas por las investigadoras, destinada a identificar aspectos sociodemográficos y familiares, información educativa, información sobre comportamiento sexual, aborto y actitudes frente al aborto. Con base en los resultados se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo y se presentaron los datos a través de tablas e histogramas que muestran de manera clara la información recolectada, para realizar la discusión desde los enfoques humanista y cognitivo. Finalmente se plantean recomendaciones encaminadas a favorecer las actividades de dependencias como Bienestar Universitario, en el área de prevención de desarrollo humano; así mismo, constituye un aporte a la línea de psicología clínica y de la salud de la Facultad de Psicología.

ACTITUDES DE MUJERES UNIVERSITARIAS FRENTE AL EMBARAZO NO
DESEADO

La investigación se realizó inicialmente como una muestra probabilística de estudiantes universitarias, por medio de una encuesta diseñada por las investigadoras, para describir las actitudes frente a la sexualidad y el aborto en la población antes descrita. El estudio se realizó dentro del marco de la psicología humanista y cognitiva. Se utiliza un enfoque etnometodológico de tipo descriptivo-transversal; es decir, se llevó a cabo con una población que comparte unas características específicas, con el fin de describir un aspecto de su realidad en un momento determinado de tiempo, sin realizar observación previa ni seguimiento posterior.

Para una presentación clara del contenido del estudio, el presente documento se ha dividido en cinco partes, así:

Una parte introductoria, conformada por la justificación, el planteamiento del problema, la definición de los objetivos y la presentación de los antecedentes investigativos.

El marco teórico, que incluye un capítulo que tiene como tema central las actitudes, para establecer a qué se hace referencia con éstas en psicología y como se evalúan; otro capítulo destinado a la sexualidad en la mujer joven, en el que se incluye un aparte dedicado al embarazo no deseado o no planificado; el tercer capítulo, dedicado al aborto, parte de un recorrido histórico, para continuar una conceptualización general sobre la interrupción del embarazo y la realidad del aborto en mujeres jóvenes, culminado con una revisión general sobre el mismo en diferentes regiones del mundo y en Colombia; el cuarto capítulo hace referencia al impacto psicológico del aborto en mujeres jóvenes.

La investigación describe las actitudes de las estudiantes universitarias frente a la sexualidad y el aborto en la ciudad de Bucaramanga (Santander). El interés por el tema radica en que la decisión de abortar se produce con frecuencia como alternativa viable frente a la aparición de un embarazo no planificado, trayendo consecuencias físicas y emocionales para la mujer, su pareja y su familia.

En este sentido, las consecuencias emocionales derivadas del aborto no se relacionan estrictamente con la naturaleza misma de su práctica, sino que son producto de la actitud de la mujer frente al ejercicio de su sexualidad, así como de la formación que ha recibido al interior de la familia, el colegio, la universidad y la sociedad en general. Es esta dimensión del fenómeno estudiado la que interesa a las investigadoras, ya que no se puede partir de un juicio moral frente a la sexualidad y el aborto, considerándolo como una fuente de situaciones problemáticas para la mujer, sino que se debe tratar de interpretar desde la psicología la manera en que las actitudes propias de la mujer la llevan a interrumpir el embarazo y como esta decisión la afecta psicológicamente.

No se debe olvidar que el aborto debe ser considerado como un problema social que sobrepasa la esfera de lo moral, ya que los efectos colaterales que comporta afectan la salud física y mental, las relaciones interpersonales y la condición sociojurídica de la mujer, ya que en Colombia esta práctica es socialmente rechazada y constituye un delito tipificado por el Código Penal. Se aprecia entonces que el deber del profesional en psicología es realizar un aporte dirigido a la prevención de las consecuencias psicológicas del aborto, es decir a la minimización de sus efectos emocionales.

En la parte metodológica se establece el tipo de investigación, se caracteriza la población y la muestra, se presenta el instrumento, se realiza la definición de las variables y se describen las etapas y el procedimiento de la investigación.

Se ha previsto en los resultados presentar el análisis estadístico de los datos y su interpretación; Para tal efecto, se utilizan gráficos estadísticos descriptivos, diagramas de distribución, etc.

La parte final del trabajo, la discusión es de orden propositivo, ya que contiene la reflexión y discusión teórica de los resultados, en la que se articulan los postulados del marco teórico, los datos obtenidos de la muestra, la presentación de los objetivos cumplidos y el criterio de las investigadoras a partir de su formación en psicología, con el fin de aportar conclusiones válidas desde el punto de vista científico sobre las características del fenómeno estudiado.

Adicionalmente, se incluye la lista completa de las referencias teóricas e investigativas consultadas, así como un compendio de los apéndices que complementan el contenido del informe final de la investigación y permiten una comprensión más amplia del trabajo realizado, tanto en términos de su producto final, como a nivel de proceso en sí mismo.

En conclusión, la investigación es una contribución a la labor desempeñada por dependencias como el Departamento de Bienestar Universitario, y permite elaborar una serie de lineamientos por medio de los cuales se ofrezca ayuda a la joven estudiante que presente dificultades referentes al ejercicio de la sexualidad. El producto final de esta investigación es un aporte a la carrera de psicología ya

que el conocimiento de primera mano sobre el tema es limitado y gran parte del material disponible ha sido desarrollado en contextos culturales y geográficos diferentes al del medio universitario de Bucaramanga. Incluso el instrumento para la recolección de la información ha sido elaborado teniendo en cuenta el contexto dentro del cual se estudia a la población universitaria, ya que existe una encuesta adaptable al caso.

Todo lo anterior se planteó teniendo en presente una perspectiva estrictamente científica, con miras a que la investigación estuviese destinada a comprender los aspectos estudiados y sus consecuencias en las universitarias, que en últimas pueden hacer más difícil la situación de las mujeres que recurren a la interrupción del embarazo, como vía de escape a una realidad para la que no están preparadas aún»

Planteamiento del Problema

El proyecto surge como iniciativa de la facultad en la línea de Psicología Clínica y de la Salud, por el interés de conocer las razones por las cuales las estudiantes tienen embarazos no deseados y en ocasiones recurren al aborto inducido, a pesar de que en esta edad manejan conocimientos claros sobre educación sexual, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, etc. De igual forma se buscó ofrecer alternativas de solución a la actual crisis social que se afronta en el departamento y en el país en general sobre la situación, que no recibe el interés necesario, en parte porque se produce en la clandestinidad debido a su ilegalidad Bankole, (1999).

El interés por este tópico se desprende de la necesidad de incentivar propuestas de investigación que asuman a la joven estudiante universitaria como sujeto central del fenómeno estudiado, ya que el simple estudio del comportamiento estadístico del aborto en el ámbito de la sociedad en general (numero de abortos por año, morbi-mortalidad asociada con las practicas abortivas, etc.), no aporta información sobre los factores que lo pueden favorecer, lo cual -a juicio de las investigadoras- es de indiscutible importancia, porque indagar sobre las características de un segmento específico de la población es la mejor manera de conocer la realidad psicológica de las universitarias que han optado por la interrupción de un embarazo no planificado.

Por otra parte, estudios realizados en diversos países muestran cómo la causa principal de este comportamiento está en sus bases socioculturales, ya que no todas las naciones afrontan la problemática de la misma forma, debido a que en

la percepción general sobre el aborto influyen significativamente la religión, las costumbres, las leyes, los roles de género, etc. (Bankole, 1999). Es por eso que el problema a investigar no se puede plantear de manera aislada, por lo cual además de indagar en las actitudes frente al aborto, se optó por tener en cuenta la actitud frente a la sexualidad, ya que ambas están relacionadas entre sí y con los factores anteriormente mencionados.

Otro aspecto directamente relacionado con esta cultura que critica a la joven, tanto en lo referente a su sexualidad, como ante la eventualidad de interrumpir un embarazo no deseado, por lo cual ésta en muchos casos se ve sin apoyo y sin cuestionarse por las causas de su conducta, sólo se centra en las consecuencias. El estudio de las actitudes puede mostrar hasta dónde dichas consecuencias se encuentran influenciadas por la crítica extrema, que puede convertirse en un fuerte factor de motivación extrínseca, como lo han señalado Arenas y Ojeda (1980).

Psicológicamente, esta problemática debe considerarse como el producto de un sinnúmero de hechos que han llevado a la joven a una confusión en cuanto a sus actitudes y comportamientos sexuales se refiere, por lo cual en muchos casos la decisión de abortar no ha sido tomada con suficiente criterio y madurez. Para el caso de Colombia, esta actuación de la joven es sancionada por la ley y recriminada por la sociedad; ambos aspectos que se supone deberían ejercer una fuerte coacción para la práctica abortiva, lo cual no se da en muchos casos. Por tal motivo, surge la presente propuesta de investigación cuyo objetivo central es describir la actitud frente a la sexualidad y, específicamente, frente al aborto, a fin de dar a conocer lo que piensan y sienten las mujeres universitarias ante el

ejercicio de la genitalidad y las consecuencias que este ejercicio conlleva, entre las que se encuentra un embarazo no planeado y/o no deseado»

Otra fuente del planteamiento del problema de la investigación es la gravedad que reviste el aborto en Colombia, ya que por tratarse de una actividad ilegal, prohibida para los profesionales acreditados en medicina y para las instituciones hospitalarias, se produce en la mayoría de los casos en condiciones mínimas de higiene y en manos de personas sin ningún tipo de formación profesional en medicina y obstetricia. Por tanto, entre las consecuencias más nocivas que puede tener la práctica clandestina del aborto, se encuentra la pérdida de la capacidad de procrear, la cual puede generar una gran frustración y trastornos psicológicos a la mujer; esto sin contar con la mortalidad y morbilidad asociadas con el aborto clandestino. En vista de esto, el aborto es más que un dilema moral y se convierte en un problema de salud pública, que debe recibir atención por parte de las diversas ciencias y disciplinas de la salud, entre las que se encuentra la psicología.

Sobre el particular, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), ha establecido como un tema prioritario el estudio de la sexualidad en la población joven, ya que se ha definido el embarazo no deseado como uno de los principales problemas de salud pública. Según el documento del Ministerio de Protección Social, alrededor del 52% de las mujeres embarazadas reporta no haber deseado estarlo en el momento de la concepción, siendo esta situación más patente en las zonas rurales, especialmente en la región pacífica y los llanos orientales, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y en las víctimas

de desplazamiento forzado. Para los especialistas del Ministerio, estas cifras evidencian problemas de acceso a la educación y planificación sexual, y representan un elevado costo en términos de atención en salud, ya que constituyen un factor de riesgo para embarazos atípicos y prácticas asociadas con morbi-mortalidad de mujeres jóvenes, entre las que se destaca el aborto inseguro.

Teniendo en cuenta lo anterior, y sin obviar el papel que desempeña el hombre en este proceso, la facultad ve la necesidad de abordar en su línea de investigación, no sólo el género femenino, sino que también ha previsto abordar en investigaciones posteriores al género masculino.

De la primera fase de este proyecto a mediano plazo hace parte este estudio, el cual plantea la necesidad de identificar las actitudes de las universitarias sobre el ejercicio de su sexualidad y sobre el aborto, en el caso que se haya presentado o que se este contemplando entre las posibilidades que la mujer ha definido como opciones frente a un embarazo no deseado. En concordancia con lo anterior, en la presente investigación se plantea el problema por medio de la siguiente pregunta: ¿Cuales son las actitudes de las estudiantes universitarias frente a la sexualidad y el embarazo no deseado?

Objetivos

Objetivo General

Describir las actitudes de estudiantes universitarias frente a la sexualidad y el embarazo no deseado, a través de la aplicación de una encuesta semiestructurada, con el fin de interpretar psicológicamente la información y utilizar los datos en las áreas de Prevención y Desarrollo Humano de las estudiantes, y como aporte a la Facultad de Psicología en el área de investigación en salud.

Objetivos Específicos

Establecer los antecedentes investigativos y referentes conceptuales desde la psicología y la educación para fundamentar la presente investigación.

Establecer las características sociodemográficas de la población a investigar (edad, estado civil, nivel educativo, etc.)

Describir por medio de la encuesta semiestructurada, las actitudes de las estudiantes frente a la sexualidad.

Describir las actitudes de las estudiantes frente al aborto.

Analizar estadísticamente los datos y realizar la discusión crítica de los mismos.

Analizar desde la psicología las implicaciones de las actitudes frente a la sexualidad y el aborto encontradas en las participantes.

Antecedentes Investigativos

El problema del comportamiento sexual en adolescentes, adultas jóvenes y estudiantes universitarias ha captado la atención de los investigadores en los últimos 30 años, en razón de que cambios sociológicos ocurridos desde la segunda mitad del siglo XX que hasta la fecha se han visto reflejados en el ejercicio de la genitalidad de este grupo poblacional. Esto ha conllevado a una mayor laxitud frente al ejercicio de la sexualidad, produciendo variaciones en la edad de iniciación de la vida sexual, los patrones de relación entre adolescentes y adultos jóvenes, el incremento del madresolterismo y los embarazos no deseados, etc.

Como complemento de lo anterior, el espacio que se ha generado para abordar abiertamente la sexualidad en ámbitos como la familia, el colegio, la universidad y la religión, ha permitido reconocer problemas sociales derivados de la vida sexual que antes eran discutidos a puerta cerrada o simplemente ignorados. Entre tales problemas se encuentra el aborto, cuya ocurrencia está condicionada la mayoría de las veces por la aparición de un embarazo no deseado, poniendo de manifiesto que existen falencias en el conocimiento y la práctica de medios de prevención de la gestación. De este modo, las investigadoras han establecido su interés en determinar las características de la sexualidad en los jóvenes, para comprender la base de los problemas subyacentes a la práctica sexual, entendiendo que muchos problemas de salud pública —como es el caso del aborto— no son causas en sí mismos, sino consecuencias de las características de la educación sexual, las pautas de crianza, la tipología familiar, la educación religiosa y la percepción que la sociedad tiene sobre la reproducción

humana y la genitalidad.

Teniendo como base el hecho de que esta investigación pretende identificar y describir las actitudes frente a la sexualidad y el embarazo no en una muestra de estudiantes universitarias de Bucaramanga, los antecedentes han sido seleccionados con miras a conocer cuál ha sido el desarrollo de la investigación en este campo y cuáles son los resultados alcanzados por los diferentes investigadores desde mediados de la década de 1970,

Un primer referente de investigación es el trabajo desarrollado por López (1975), citado por González, (1977), sobre el comportamiento sexual de los estudiantes universitarios. Para su desarrollo, López aplicó una encuesta a 757 mujeres colombianas pertenecientes a universidades de distintas regiones. El objetivo de la investigación fue explorar la incidencia de la educación sexual en el inicio temprano de las relaciones y la edad del primer coito. Como resultado, el autor pudo establecer que no existía una correlación significativa entre la educación sexual y el inicio temprano de las relaciones sexuales, ya que en los diferentes rangos de edad establecidos, las medias de las participantes fueron muy similares. Sin embargo, González (1977) ha indicado que el estudio de López, pese a ser una primera tentativa interesante por abordar un tema poco explorado hasta entonces, había fallado en cuanto a la definición de lo que se consideraba educación sexual♦

Por otro lado, González y cois. (1977) trabajaron con 222 estudiantes pertenecientes a 4 universidades privadas en Barranquilla, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre sus opciones frente a la sexualidad y su comportamiento sexual, que fue complementado con una evaluación de las

características de personalidad con muestra de 109 hombres y 113 mujeres.

Como resultado de este estudio, el investigador logró establecer diferencias significativas de género en cuanto al sentido y el significado atribuidos por los participantes a la sexualidad, así como en lo concerniente a la actividad sexual.

Las principales diferencias se presentaron en las áreas relacionadas con edad en el inicio de las relaciones, tipos de relación con el otro género, perspectiva de formalización de relaciones a futuro, clase de compañero(a) sexual, y tipos de contacto sexual (prácticas sexuales)

Como conclusión de este estudio exploratorio, González (1977) estableció que las mujeres tenían una tendencia mayor a relacionar la genitalidad con la afectividad y que prestaban mayores resistencias a la hora de establecer uniones sexuales; así mismo, éstas cambian con menor frecuencia de compañeros sexuales y en la mayoría de la muestra la cantidad de estos fue de máximo dos, mientras que en los hombres la cifra llegó a más de 10 en algunos casos. Por otra parte, el estudio permitió establecer como factor de riesgo para embarazos no deseados y contagio de enfermedades de transmisión sexual, la actitud pasiva de los varones hacia la utilización de métodos anticonceptivos y del preservativo, que por su reciente introducción en el mercado, era casi desconocido por la mayor parte de los participantes y quienes lo conocían manifestaban abiertamente su rechazo.

En 1979, el mismo autor aplicó un cuestionario para explorar la conducta sexual de los estudiantes universitarios en las ciudades de Barranquilla y Bucaramanga (González, 1981). El cuestionario empleado midió los

comportamientos sexuales más importantes: masturbación, poluciones nocturnas, coito, homosexualidad, coito con animales, etc. La muestra fue de 68 hombres y 40 mujeres. La incidencia del coito vaginal entre mujeres solteras fue del 23%; entre hombres solteros el 80%, la edad mediana del primer coito vaginal fue de 18 entre mujeres y 15 en los hombres. Los aspectos que se evaluaron a través del instrumento fueron:

1. Comportamientos sexuales y edad de la primera experiencia: las mujeres solteras tuvieron una incidencia del 3% y la edad mediana fue de 14 años, en los hombres solteros la incidencia fue del 11% y la edad mediana fue de 16 años. Las casadas no registraron.

2. Uso de anticonceptivos: el 13% de mujeres solteras usaron anticonceptivos, el 31% de las casadas, el 12% de los hombres solteros y el 7% de casados, el método más usado por las solteras fue el ritmo y en las casadas fue las pastillas anticonceptivas.

Así mismo, González (1981) estableció el perfil modal de los estudiantes universitarios solteros de ambos géneros, según las características encontradas así:

1. Estudiante soltera universitaria: 21 años, moderadamente practicante de su religión, no ha tenido orgasmos, no se ha masturbado, no ha tenido sueños eróticos. Ha recibido caricias en sus senos pero no ha tenido otra clase de caricias.

2. Estudiante soltero universitario: 22 años, poco practicante de su religión, ha tenido orgasmos, se ha masturbado y en la actualidad lo hace una vez al mes. Ha tenido poluciones nocturnas, ha participado de caricias sexuales y en actividades buco-genitales. Ha participado en coito vaginal. Su primer coito fue con una amiga. No ha

sostenido coito anal, ni con animales, ni homosexuales.

A partir de estos perfiles modales, el autor estableció la existencia de una diferencia notoria en las prácticas sexuales de ambos géneros, producida por un entorno cultural ambivalente; González (1981), construye la hipótesis de que los trastornos femeninos de la sexualidad provienen de un inadecuado manejo cultural del rol sexual de la mujer, por lo cual la actitud de ésta frente al sexo no es definida.

Más adelante, en un estudio de la universidad Externado de Colombia (1992), se afirma que un tercio de las mujeres de 15 a 19 años han tenido por lo menos un hijo siendo solteras, y que aquellas que vivían en zonas urbanas tenían bajo nivel de educación y mayor fecundidad que sus homólogas rurales. Además, este trabajo dirigido por Margarita Delgado -Directora del Banco de Datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de la Universidad Externado de Colombia-, concluye que la información sexual que reciben las jóvenes es escasa, independientemente de que su procedencia sea urbana o rural. Para afirmar lo anterior, da como ejemplo el hecho de que casi un 10% de las jóvenes entre 14 y 19 años aseguro no conocer algún tipo de anticonceptivo, sin que esta fracción de la muestra hubiese diferencia en cuanto a origen geográfico o nivel de acceso educativo.

Pese a que con la edad disminuye la desinformación (el 12% de las menores de 14 años, frente al 4% de las jóvenes de 18 años), lo preocupante, según la investigadora, es que incluso las jóvenes de 19 años siguen obteniendo información del grupo de amigos. "La precariedad de esta información es uno de los factores que más influye en los embarazos no deseados", señala y afirma además que es inevitable esta presencia de información "precaria", debido a que los padres y los programas académicos de educación sexual no llenan las

expectativas de los estudiantes ni resuelven las dudas que a ellos realmente les interesan.

El contexto familiar parece ser determinante en este sentido, ante lo cual la autora estima que "las adolescentes menos informadas suelen tener una madre católica practicante y un padre con estudios superiores; reciben alguna información en casa pero siempre escasa o tardía". Se apreció entonces que las adolescentes más informadas conviven con padres católicos no practicantes o indiferentes ante la religión y consideran que se les concede bastante libertad.

Con posterioridad, el Centro de Investigación sobre Dinámica Social (CIDS), de la Universidad Externado de Colombia, realizó 4 estudios entre 1992 y 1995: a) El aborto inducido en Colombia, características demográficas y socio-culturales, b) El aborto en Colombia, 20 años de debate en la prensa Colombiana 1975-1994, c) El aborto en Colombia, una exploración local de la experiencia masculina, d) Factores de riesgo asociados al embarazo precoz y al aborto adolescente. Con la publicación de los resultados del CIDS se pensó en "contribuir al cumplimiento de las recomendaciones de la Conferencia Mundial de Población de El Cairo (1994) y en la ampliación de la mirada sobre un tema que tradicionalmente ha polarizado las opiniones, aun antes de iniciar cualquier debate".

Pese al carácter científico que tenían las investigaciones desde el punto de vista metodológico, en su presentación se asumió una postura moral definida en contra del aborto, por lo que la descripción de los resultados tendió a destacar los aspectos negativos hallados y a no reconocer los positivos. Sin embargo, la exploración sobre la experiencia masculina de hombres bogotanos, cuya pareja

había experimentado el aborto abrió un nuevo campo de investigación, en el cual se pudo determinar que existe una presencia significativa de consecuencias de tipo afectivo entre estos. Por tratarse de un estudio exploratorio cualitativo, se dio principal importancia al componente experiencial, encontrando que en algunos de los participantes se presentaban sentimientos de culpabilidad, duelo y ambivalencia afectiva frente a la pareja con posterioridad a la interrupción del embarazo, aunque esta tendencia no fue mayoritaria. Además, se destacó que para un segmento importante de la muestra el aborto había sido una solución efectiva para una situación que planteaba problemas de índole afectiva, económica y social.

El estudio sobre el aborto inducido, realizado por Zamudio, Rubiano y Wartenberg (1992-1995) , citado por Ramírez (2000), empieza por revisar su dimensión en Colombia; para ello, analiza la situación de las mujeres que han tenido abortos inducidos, las que están en situaciones de riesgo, la reincidencia en este comportamiento, el promedio de abortos por mujer, la evolución y tendencias, el incremento del aborto según generación y año, las condiciones sociodemográficas y de prevención, las circunstancias familiares y coyunturales, así como los núcleos de conflicto y las rutas de decisión. Luego estudia los saberes femeninos, los discursos oficiales y las prácticas clandestinas, los itinerarios y rutas de búsqueda del servicio las redes sociales y su papel como ámbitos de control y solidaridad. Después se detiene en el momento mismo del aborto: sus condiciones, circunstancias y vivencias, la calidad y costos del servicio.

Finalmente, analiza la normatividad y el paso de la ideología del discurso a la ideología operante; es decir, la

transición entre la norma escrita sin aplicación a la vida práctica y la preocupación del legislador frente a un problema jurídico, como lo es la aceptación del no nacido como persona depositaria de derechos fundamentales. Son muchas y claves las conclusiones que arroja esta investigación, entre las que se destacan: a) una proporción importante de mujeres colombianas ha tenido la experiencia de un aborto, El 54.5% de las cuales estaban en ese momento casadas o tenían una unión libre estable y tenían hijos; b) el aborto inducido se ha incrementado en mujeres de 15 a 17 años, y se ha duplicado entre las generaciones anteriores a 1953 y las nacidas entre 1968 y 1972, al pasar de 2.22% a 4.28%; c) para las mujeres de 18 a 19 años la proporción se cuadruplicado al pasar de 2.4% a 8.16%.

Al comparar la disponibilidad técnica de métodos de bajo riesgo y la condición de ilegalidad de aborto, las investigadoras muestran que en Colombia existe una situación de inequidad y una profunda discriminación social pues "son las mujeres más pobres y con varios hijos y las muy jóvenes las que concentran morbilidad por aborto, son las que tienen que recurrir a servicios clandestinos que utilizan sondas y otras técnicas de muy alto riesgo" (Ramírez, 2000).

El estudio muestra varias tensiones sociales que se expresan en el aborto inducido. La primera, entre la normatividad que lo penaliza y el desarrollo tecnológico que pone a disposición de quienes puedan pagar las técnicas y medicamentos que no comportan grandes riesgos de salud, mientras que las mujeres de clases menos favorecidas se exponen a grandes perjuicios de salud o a la muerte, al recurrir a técnicas antihigiénicas y a personal no calificado. Otra tensión social generada por el aborto se da en el ejercicio del derecho, la mediación de la ciencia y la

radica en que por primera vez en el contexto latinoamericano se presenta de manera abierta la necesidad de encarar el aborto como un problema de salud pública, que no radica tanto en la naturaleza misma de la interrupción de la gestación, sino en la posibilidad de evitar los altos índices de morbimortalidad post-abortiva y la estigmatización de las mujeres que han incurrido a interrumpir el embarazo, .

González (2002), como complemento de los trabajos realizados desde la década de 1970, realiza una investigación auspiciada por el Centro de Psicología Aplicada de Barranquilla, sobre el comportamiento sexual de los universitarios de ambos géneros de las ciudades de Barranquilla y Bucaramanga. A partir de su amplia trayectoria investigativa y de los resultados actualizados de su estudio, concluye que en Colombia la fecundidad adolescente es más alta que en otros países en vías de desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio, porque de mejorarse las condiciones, ella podría descender. En este punto, destaca que en asociación con las altas tasas de fecundidad en mujeres jóvenes, se presentan riesgos de salud pública graves, entre los que se cuenta la morbimortalidad por efectos de abortos producidos en condiciones sépticas.

Sin embargo, González destaca el hecho de que para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realice mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el

problema demanda. En Colombia no es ésta la tendencia, ya que hay una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro existente, que ha sido calculado en un 75% del total de abortos producidos; es decir que, por cada aborto registrado, tres más permanecen en clandestinidad.

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento, principalmente a causa del desconocimiento de las formas de anticoncepción y su no utilización.

Vanguardia Liberal publicó un estudio el día 7 de septiembre de 2003, realizado en las cuatro principales universidades de Bucaramanga con el objeto de conocer las tendencias sexuales de los jóvenes Bumanguenses, utilizando una muestra de 185 hombres entre 17 y 30 años y 162 mujeres entre 17 y 27 años no vírgenes. En este estudio se encontró que las tendencias sexuales de los jóvenes varían de acuerdo con su edad, su nivel sociocultural, su educación y hasta sus propios prejuicios. Además de esto, se encontró que los jóvenes universitarios redujeron su resistencia a hablar acerca de sexualidad.

Estos son los antecedentes que por su pertinencia han sido retomados para esta investigación, dada su relación con la sexualidad de las adultas jóvenes y el aborto, como ejes centrales de estudio. La insistencia en abordar estudios relacionados sobre la práctica de la sexualidad y el embarazo no deseado, radica en la estrecha relación que existe en estos dos factores y la posibilidad de que se

presente una interrupción voluntaria del embarazo, ya que a juicio de las investigadoras, el aborto es más que una consecuencia del comportamiento sexual global de la mujer, en lugar de un problema aislado del ejercicio de la genitalidad.

Así mismo se considera que los antecedentes consultados ofrecen una panorámica adecuada para sustentar la presente investigación y para demarcar los ejes temáticos de interés que hacen parte del marco teórico que se ofrece a continuación»

Marco Teórico

El marco teórico sobre el cual se fundamenta la investigación ha sido dividido en tres ejes principales, teniendo en cuenta los objetivos propuestos y los postulados teóricos necesarios para fundamentar la investigación. Dichos ejes son: Actitudes, Sexualidad en el Adulto Joven, Aborto y su Impacto Psicológico.

Para una presentación más clara de los referentes teóricos, cada uno de estos ejes incluye subtítulos sobre aspectos específicos de interés sobre aspectos estrechamente relacionados con la naturaleza del tema y su importancia para la psicología y para el cumplimiento de la investigación. El eje destinado a las actitudes establece una definición de éstas desde la psicología y su evaluación en trabajos de investigación con poblaciones definidas, como es el caso del presente proyecto. El eje referente a la sexualidad del adulto joven describe los diferentes elementos relevantes sobre la vida sexual y reproductiva en esta etapa de la vida y concluye con un apartado sobre el embarazo no deseado. Con respecto al aborto, se comienza con un recorrido histórico, para luego establecer una conceptualización sobre la interrupción voluntaria del embarazo y la realidad del aborto en mujeres jóvenes desde la psicología, culminando con una panorámica general sobre el mismo en diferentes regiones del mundo y en Colombia.

Actitudes

Dawes (1983) hace referencia como uno de los pioneros en la investigación de las actitudes a Allport (1935), quien afirmó que era mucho más fácil medir las actitudes que

tratar que definir las. No obstante, Allport (1935), tuvo ocasión de establecer varias definiciones tentativas, sobre las cuales se ha venido trabajando desde hace casi 70 años. Entre éstas, las más importantes son:

1. La actitud denota un estado neuropsíquico de disponibilidad para la actividad mental o física.

2. Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan las respuestas actuales y potenciales de las personas en su entorno social. Es un "estado de la mente de un individuo respecto a un valor".

3. La actitud es una preparación o disponibilidad para emitir respuestas.

4. La actitud es un estado neural o mental de disponibilidad, organizado con base en la experiencia subjetiva, que influye sobre la respuesta del sujeto ante los objetivos y situaciones relacionados con dicha actitud.

5. La actitud es un grado de afecto a favor o en contra de determinado objeto, familia, persona, valor o situación.

Engler (1996), por su parte, referencia a Rogers (1959), quien aunque no da una definición clara acerca de las actitudes, sostiene que lo importante no es el objeto o el evento por sí mismo, sino la forma en que lo percibe y entiende el individuo dependiendo de su campo fenoménico, el cual se refiere a la suma total de las experiencias.

Luego de varios años de trabajo y discusión, Katz (1960), citado por Dawes (1983), propuso una definición que ha sido aceptada casi unánimemente y sobre la cual se han desarrollado variaciones, dependiendo de la escuela psicológica o el campo de aplicación de los diferentes interesados en dicho constructo. Tal definición es:

"La actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto, o aspecto de este mundo [. . .] Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado, y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos."

En esta definición, se aprecia una elaboración complementaria de las diferentes ideas sueltas que había propiciado Allport, dando como resultado una conceptualización que fundamentó el trabajo de los autores e investigadores posteriores a Katz.

Para Summers (1984), por otra parte, las actitudes denotan la suma total de las inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico. Dicho en sus propias palabras, para este teórico la actitud se define operacionalmente como:

"...El conjunto de categorías del individuo por las cuales evalúan un dominio de estímulos, que el mismo establece a medida que conoce dichos estímulos, que él mismo establece a medida que conoce dicho dominio a través de la interacción con otras personas, y que lo relacionan con varios subconjuntos dentro de aquel dominio, con distintos grados de afecto positivo o negativo".

Se aprecia cómo las actitudes son categorizaciones conscientes producidas por el individuo a partir de su interacción con el medio, implicando al mismo tiempo aspectos emocionales y cognitivos de su vida mental.

En este sentido, Arias (1996) ha manifestado que las actitudes son respuestas generadas por una disposición a reaccionar de manera predeterminada, evaluando favorable o desfavorablemente estímulos significativos, constituidos por objetos, individuos o temas, variables de número o amplitud. Estas respuestas participan en la construcción de situaciones significativas, la percepción del sujeto ante las mismas y la conducta. Así mismo, Arias afirma que las actitudes tienden a mantenerse estables, aun cuando oscilan en cuanto a su intensidad, de fuerte a leve.

De manera coincidente, Hernández, Fernández y Baptista (1997) sostienen que las actitudes son la predisposición que tiene el sujeto para responder de manera favorable o desfavorable ante un objeto, idea, concepto o situación. También afirman estos autores que las actitudes se relacionan directamente con el comportamiento que las personas tienen ante aspectos específicos de la realidad. A manera de ejemplo, expresan: "si mi actitud hacia el aborto es desfavorable, probablemente no abortaría o no participaría en un aborto. Si mi actitud es favorable a un partido político, lo más probable es que vote por él en las próximas elecciones", aunque aclaran que las actitudes sólo son indicadores de la conducta, pero no constituyen la conducta en sí. En este sentido citan a Padua (1979), quien afirma que las actitudes son "síntomas" de las conductas y no "hechos" en sí.

Con respecto a los componentes de las actitudes, Arias (1996) considera que estas cuentan con dos elementos

principales que son:

1. Afectivo (intensidad): simpatía-antipatía, ligadas a una expresión verbal (opinión) y/o acción.

2. Cognoscitivo (creencia): determinado por la diferenciación y número de preguntas cognoscitivas que intervienen.

Respecto a lo anterior, Feldman (1999) cita a Rajcecki (1989), como representante del Modelo ABC de las actitudes, según el cual éstas se encuentran conformadas por afecto (affect), comportamiento (behavior) y cognición (cognition). Como parte del componente afectivo se incluyen las emociones de carácter positivo o negativo con respecto al estímulo, persona o situación. El componente comportamental está conformado por la predisposición para adaptar nuestro comportamiento de manera consecuente con nuestra actitud. Finalmente, el componente cognitivo se compone de las creencias y pensamientos que tenemos respecto del objeto al que se dirige la actitud.

En cuanto a la manera en que se forman las actitudes, Arias (1996) afirma que éstas se encuentran estrechamente vinculadas con la estructura de la personalidad, por lo cual el conocimiento de las actitudes del sujeto frente a determinadas situaciones posibilita en algo la predicción y control de la conducta.

De tal modo, el mecanismo de formación de las actitudes se ve determinado por la función que están llamadas a desempeñar, pudiendo ser:

1. Actitudes de socialización: cuando se generan a partir de procesos de socialización y condicionamiento social; estas actitudes tienen por objeto servir como elementos de instrumentación (conducta instrumental), de manera utilitaria o para adaptación social.

2. Actitudes egodefensivas: se entiende por estas actitudes a las que se originan a causa de un conflicto o trauma psicológico en cualquier periodo de la vida; en este sentido, las actitudes pueden funcionar defendiendo al individuo ante la posibilidad de reincidencia de la situación traumática o la aparición de nuevos traumas durante su vida.

3. Actitudes egoexpresivas: estas son las que se dan en la integración y ordenamiento jerárquico de experiencias que constituyen una expresión de valores, agrupables a un sistema, cuyo reconocimiento produce en el individuo un incremento de su autoestima.

4. Actitudes cognoscitivas: que se producen si la integración y diferenciación de experiencias suscita en el individuo una estructuración de su universo de experiencias, una búsqueda de significado de si mismo, una necesidad de comprenderlo y una organización de sus creencias y percepciones, brindándoles claridad, lo que repercutirá en un incremento de su consistencia personal.

Así mismo, se pueden distinguir tres componentes de las actitudes, según la propuesta cognitiva de Summers (1984), así:

1. Opiniones: ideas o creencias referidas a cuestiones que admiten discusión y asumir diferentes posiciones; con las opiniones se hace referencia al grado de conocimiento, creencias y pensamientos de la persona hacia un aspecto de la realidad; por ejemplo: creer que se debe desconfiar de la gente que no quiere a los animales, únicamente sobre la base de este argumento.

2. Sentimientos: aunque el concepto de sentimientos no ha sido definido de manera satisfactoria para los diferentes teóricos, se entiende como un cúmulo de reacciones

fisiológicas que se manifiestan en cambios biológicos internos y externos, producidos por interpretaciones subjetivas del sujeto frente a la sociedad; también se puede afirmar que existen sentimientos de tipo social, como el caso del patriotismo, que despierta en los individuos las mismas reacciones fisiológicas.

3. Disposición a comportarse: este es el componente que hace de las actitudes un factor predictivo de la conducta, ya que comprende la mayor probabilidad de que el individuo realice una conducta, cuando su actitud esta es altamente positiva o viceversa; no obstante, la sola manifestación de afinidad de un sujeto hacia determinado aspecto de la realidad, no implica que necesariamente realizara las conductas asociadas a éste.

Por lo anterior, se puede afirmar que la caracterización de las actitudes tiene una estrecha vinculación con los postulados de la psicología cognoscitiva, ya que Ellis (1978), citado por Engler (1996), habla en su teoría del ABC de las actitudes, a cerca del sistema de creencias irracionales que los individuos desarrollan cuando una consecuencia emocional (c) muy cargada, sigue a un evento de activación (A) . Puede parecer que A causa a C pero no es así en realidad. En lugar de esto, las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por creencias irracionales inapropiadas.

Según Rajecki (1989, citado por Feldman, 1999), todas las actitudes obedecen a la interrelación de estos componentes, aunque varían en cuanto al elemento predominante y la naturaleza de sus relaciones; sin embargo, todas las actitudes se desarrollan con base en los principios generales que los psicólogos sociales han descubierto acerca de su formación, mantenimiento y

modificación. En cuanto a la formación y mantenimiento de las actitudes, Feldman (1999) afirma que el individuo no llega al mundo con actitudes perfectamente definidas acerca de ninguna persona u objeto o idea en particular, sino que estas se van adquiriendo mediante el aprendizaje vicario, por medio del cual se aprende una actitud a través de la observación de los demás, sin que haya una experiencia directa con el objeto. Igualmente explica las actitudes a través del condicionamiento clásico, ya que estas se adquieren y se mantienen por medio de asociaciones y mediante el condicionamiento operante, además, éstas se obtienen e igualmente se mantienen o se extinguen, por razón del reforzamiento.

En relación con la teoría expuesta por Rajecki, Bellak (1993) afirma que el modo en que las personas estructuran su propia experiencia, percepción, interpretación y asignación de significado, juega un papel importante en la manera en que responden emocional y conductualmente ante los eventos; es decir, lo que las personas piensan afecta cómo se sienten y, en esta medida, condiciona sus acciones. En este punto, aparecen las actitudes como catalizadores de la conducta, al permitir una mayor o menor aceptación de las conductas a realizar.

A este respecto, Feldman (1999) afirma que las actitudes influyen en el comportamiento y que es muy probable que, ante una actitud determinada, se dé un comportamiento acorde o congruente a esta. Sin embargo, cita a Festinger (1957) cuando afirma que existe una disonancia cognitiva que se manifiesta cuando una persona tiene dos actitudes o pensamientos denominados cogniciones, que se contradicen entre sí. Esto lleva a que el individuo modifique su cognición o cambie su actitud con el fin de

reducir dicha disonancia.

Teniendo en cuenta los intereses de esta investigación, se ha planteado la idea de realizar la evaluación de las actitudes frente al embarazo no deseado en las universitarias, tomando en cuenta el doble carácter descriptivo y predictivo que tales actitudes desempeñan. Con esto como referencia, se optó por la medición de las actitudes, ya que la información recopilada puede permitir la caracterización de las actitudes de la muestra seleccionada por medio de un análisis estadístico, además de indicar hacia qué aspectos relacionados con la sexualidad y el aborto existe una mayor o menor preferencia, por parte de las encuestadas.

Los métodos más conocidos y efectivos para medir las actitudes son tres: el escalamiento tipo Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman. Teniendo en cuenta que para la encuesta diseñada en esta investigación, se utilizó el primero de estos métodos de medición, se explica a continuación en que consiste.

Como mecanismo de medición fue creado por Rensis Likert a principio de la década de 1930, época desde la que ha demostrado ser la forma más popularizada, debido a su eficiencia, fácil tabulación y claridad para la persona que diligencia el formato. Por su forma, se trata de un conjunto de afirmaciones o juicios, ante los que se pide una reacción de los sujetos, que suele indicar en una escala de cinco alternativas de respuesta el grado de acuerdo o desacuerdo.

Según Hernández, Fernández y Baptista (1997), es muy importante tener en cuenta la dirección de las afirmaciones en la construcción de los instrumentos de medición, ya que de ella depende la codificación de las respuestas de los sujetos. Al respecto estos autores aclaran que:

"Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuando los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud será más favorable [. . .] Si la afirmación es negativa significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y entre los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud es menos favorables, esto es, más desfavorable, (pp.258).

La recolección, selección y clasificación de los referentes aquí consignados permitió fortalecer la percepción inicial sobre la necesidad del estudio, así como ampliar la perspectiva con la cual se pretende dar respuesta satisfactoria al problema planteado, mediante la descripción de las actitudes de las universitarias frente a las opciones que plantea la vivencia de su sexualidad y la posibilidad de tener que decidir sobre la interrupción voluntaria de un embarazo sucedido en un momento inoportuno de sus vidas.

Sexualidad en el Adulto Joven

En muchas sociedades hay ceremonias que marcan la transición de la adolescencia a la edad adulta temprana, en la cual se espera que las personas vivan de modo independiente y asuman la responsabilidad de sus acciones. Este periodo de la vida, que comprende aproximadamente de los 20 a los 30 años de edad, implica en la época actual una transición que para algunos individuos empieza con la asignación de privilegios especiales, como conducir el automóvil de la familia, beber en público o votar en

elecciones; es posible entonces que la graduación de bachillerato o el ingreso a la universidad también sean un referente, que implica en muchos casos mudarse de la casa paterna, con el consecuente incremento de las responsabilidades (Papalia y Wendkos, 1997)

Adicionalmente, en la edad adulta temprana se manifiesta un gran potencial para el desarrollo intelectual, emocional e incluso físico, por lo cual las decisiones que los adultos jóvenes toman en este periodo de tiempo son importantes en términos que afectan a corto, mediano, y largo plazo su salud, sus carreras y sus relaciones interpersonales, mientras apenas están madurando en algunos aspectos importantes. De tal modo, mientras las relaciones sexuales en la adolescencia tienen lugar en un contexto de una libertad económica, social y doméstica cada vez mayor, el sexo en la edad adulta temprana se va definiendo por el aumento de las responsabilidades. Es más, para Craig y Grace (1992) el comportamiento sexual en esta época suele estar demarcado por las relaciones sexuales; además, se es más fértil, condición que si no se asume responsablemente puede llevar a embarazos no deseados y abortos, entre otras consecuencias.

La época universitaria puede ser a esta edad la búsqueda intelectual del crecimiento personal. Para los estudiantes tradicionales (los que están en transición de la adolescencia a la edad adulta), la Universidad ofrece la oportunidad de cuestionar supuestos nombres tenidos durante la niñez y, así, moldear una nueva identidad como adulto.

Los estudiantes cambian en respuesta a otros estudiantes (que desafían puntos de vistas y valores sostenidos por mucho tiempo), a la cultura misma del estudiante (que es diferente a la cultura de la sociedad en

su conjunto), al currículo (que ofrece nuevas ideas y nuevas maneras de pensar), y a los profesores de la facultad (que en consecuencia se interesan en algunos estudiantes y les proporcionan nuevos modelos de roles). Así, los retos sociales y académicos de la universidad conducen al crecimiento intelectual y social. Después los adolescentes aprenden que el conocimiento y los valores son relativos, reconocen que cada sociedad, cada cultura y cada individuo, por lo cual comienzan a poseer su propio sistema de valores; se dan cuenta que en muchos aspectos, sus opiniones son tan válidas como las de los demás, aún si las otras personas representan alguna autoridad. Por último afirman su identidad basada en los valores y compromisos que escogen para sí, como lo señalan Papalia y Wendkos (1997).

Todas estas variaciones afectan la percepción y la práctica de la sexualidad entendida como el modo en que se expresa el individuo sexualmente, a través de la forma de vestir, el lenguaje corporal, el comportamiento sexual en solitario, las fantasías y deseos y por supuesto, a través del sexo con una pareja. La mayoría de los jóvenes comienzan su viaje hacia la madurez sexual estableciendo amistades con miembros del sexo opuesto. De este modo, ponen a prueba sus facultades de atracción sin implicarse en una relación seria. Más tarde, durante la adultez temprana después de comprometerse en una relación estable, el joven puede intentar experimentar con los besos, las caricias, y finalmente el acto sexual, según lo ha establecido González (2002) en sus investigaciones con universitarios.

Cuando llega el momento de establecer relaciones sexuales surgen importantes diferencias entre ambos géneros. Los varones tienden a buscar gratificación física porque su deseo sexual en esta etapa es muy intenso; las mujeres, por

su parte, dan más importancia al aspecto romántico de la relación. Es así como los hombres reciben admiración cuando salen y tienen relaciones sexuales con el mayor número de mujeres, mientras que éstas encuentran desaprobación si se comportan de modo similar. Esta circunstancia genera conflictos entre ambos géneros e influye en gran medida en el establecimiento de los roles de masculinidad y feminidad que se asumirá para toda la vida (Burt y Melks, 1994).

El inicio de la vida sexual en muchos hombres y mujeres tiene lugar al final de la adolescencia e inicio de la edad adulta. En este sentido, decidir el momento de tener una relación sexual por primera vez, constituye una de las decisiones más importantes que la mujer puede tomar y, pese a esto, por lo general se hace en forma precipitada. Las investigaciones realizadas sobre el tema, demuestran que la fuente de presión más común experimentada por las jóvenes adolescentes y adultas tempranas procede de sus parejas. Los varones, en cambio, son más dados a sentirse presionados a practicar el sexo por los alardes, burlas o afirmaciones de sus compañeros, o por las expectativas culturales sobre la sexualidad masculina (Papalia y Wendkos, 1997; González, 2002).

Esta situación se complica, porque las expectativas de las jóvenes adolescentes sobre el acto sexual y la realidad suelen ser muy distintas. La primera vez casi nunca resulta la experiencia que suelen imaginar por las películas que ven o por los comentarios que reciben. Es más probable que sea caótica y decepcionante. La mayoría de las mujeres no logran llegar al orgasmo en esta primera vez y, si una joven no está preparada, se siente nerviosa o todavía tiene el himen intacto, el acto puede convertirse en una experiencia dolorosa y desagradable. Es por este motivo que muchas

adolescentes aplazan el acto sexual hasta la edad adulta, cuando se casan o mantienen una relación estable, de lo cuál pueden beneficiarse por gozar de una mayor madurez emocional; no obstante, mantener una relación sólida requiere seguridad en uno mismo, compromiso, compenetración y confianza; características con más posibilidades de desarrollarse a medida que los jóvenes se convierten en adultos, pero que no están suficientemente establecidas en la edad adulta temprana.

Otra característica de las mujeres a esta edad es el interés por su apariencia más que por cualquier otro aspecto de si mismas. Mientras los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos, las mujeres quieren ser bonitas y delgadas, pero de buena figura, con piel y cabello hermoso. Cualquier cosa que haga sentir a los hombres que parecen femeninos o viceversa los hace sentir descontentos de sí mismos; los adolescentes de ambos sexos se lamentan de su peso, complexión y rasgos faciales.

Esta insatisfacción con su propia imagen y su propio cuerpo, esa baja autoestima, puede crear en ellos problemas mayores tales como: trastornos alimenticios, aislamiento, tristeza y hasta depresión, o un manejo inadecuado de la sexualidad como medio para ganar la aceptación del otro género. Pero definitivamente es el aspecto social el más relevante para el adulto temprano, por la estrecha relación que establece con sus amigos y compañeros, ya que es una importante fuente de apoyo durante la compleja transición a la adultez (Gotwald y Goleen, 1983)

Dentro de la vida sexual del adulto joven existe un tema de gran importancia: el uso de anticonceptivos. Por definición, los anticonceptivos o contraceptivos son aquellos mecanismos o sustancias que evitan que las

relaciones sexuales vayan ligadas a la reproducción, impidiendo que un óvulo sea fecundado por un espermatozoide.

Los métodos anticonceptivos, principalmente el preservativo, comenzaron a ser utilizados por los jóvenes con la finalidad de evitar el embarazo aunque posteriormente se empezó a brindar información sobre su uso como método de prevención de ETS y SIDA.

Existen muchos y variados métodos anticonceptivos, aunque el criterio de selección más aconsejado es buscar uno que sea aceptable para ambos miembros de la pareja, tolerado y bien utilizado; es también muy importante el indagar si realmente se utilizan o no estos métodos; por esto se desarrolla la presente investigación. Los distintos métodos se clasifican en: diafragma con espermicida, esponja vaginal, preservativo masculino, preservativo femenino, dispositivo intrauterino (DIU), la píldora y la inyección.

Para guerrero (1994), un aspecto importante dentro de la sexualidad en la adultez temprana en Colombia radica en el hecho de que las últimas décadas han propiciado una apertura hacia la sexualidad, manifestada en aspectos como la aceptación de las relaciones sexuales prematrimoniales, el reconocimiento de que la mujer no es un actor pasivo de la relación sexual y la disminución de la discriminación del homosexualismo. No obstante, este autor señala que la liberación sexual es aparente, ya que opera como una especie de péndulo que oscila entre un reconocimiento público de la libertad sexual y un condicionamiento privado de su ejercicio y disfrute en poblaciones tales como las mujeres, los adultos mayores, los homosexuales y los adolescentes.

Pese a esto, la sexualidad de los colombianos nacidos a partir de la década de 1980, que en la actualidad son adultos jóvenes, ha sido medida por un fenómeno

relativamente nuevo del cual fueron los primeros sujetos receptores: la educación sexual. Para las generaciones anteriores, ésta había sido muy elemental y en algunos casos incompleta, ya que había muchos temas que constituía verdaderos tabúes. Al respecto, Guerrero (1994) menciona que:

"Durante los años no muy lejanos de nuestros estudios de bachillerato, los textos de anatomía, fisiología e higiene, incluían algunas referencias a los órganos genitales y al proceso reproductivo, pero con destino exclusivo a los alumnos de sexo masculino, pues no era de buen recibo que las señoritas de los colegios femeninos se enteraran de la existencia de una buena parte de la anatomía humana."

Por lo anterior, el autor habla de una "antieducación sexual" que conllevó a definir una seria diferencia entre los géneros, en materia de lo que se debía o no saber, dependiendo de que se fuese hombre o mujer. Aunque en las generaciones actuales, la educación sexual ha sido igualitaria, Guerrero (1994) señala que es muy posible que gran parte de las dificultades sexuales que enfrentan las mujeres, especialmente en la adolescencia y la juventud, sean producto de la dinámica sexual que las mantuvo alejadas del conocimiento de la reproducción humana y las hizo depositarlas de una serie de prejuicios, que aún hoy, aquejan incluso a mujeres con acceso a la educación superior. Una de esas problemáticas es del embarazo no deseado en la adultez temprana, sobre el que se profundiza más adelante.

Una caracterización de la situación actual es la presentada por García (2001), ante el foro sobre educación sexual auspiciado por el diario El Tiempo y el Ministerio de Educación Nacional. Los aspectos generales son:

1. Fecundidad: se ha presentado un descenso en la tasa de fecundidad al compara los periodos de 1984 - 1986 (2 a 3 hijos) y 1993 - 1995 (0 a 3 hijos), siendo inferior en las zonas urbanas, en por lo menos 1.5 puntos de diferencia.

2. Uso de anticonceptivos: el 100% de las 11.585 mujeres entrevistadas conoce al menos un método anticonceptivo; el 76% ha usado algún método de planificación familiar; el 95% de las mujeres con unión permanente utiliza anticonceptivos, así como el 84% de las no unidas; el nivel de uso es más bajo en adolescentes, pero se incrementa con la edad; no hay diferencia significativa del uso frente al nivel educativo.

3. Embarazo: el 48% de los embarazos son deseados; el 29% hubiese querido que el embarazo se presentara más tarde; el 23% de los embarazos fueron no deseados.

4. Adolescencia: ha aumentado el embarazo en mujeres de 15 a 19 años, especialmente en las zonas rurales y con menor nivel educativo; el 15% de las mujeres de esa edad han sido madres; el 4% han estado embarazadas (se infiere una tasa de interrupción del embarazo de un 13% del total de las menores de 19 años consultadas) ; las adolescentes con parto aumentan en un 13% a los 15 años, y un 32% a los 19 años; existe una diferencia de 5 años en la edad de iniciación de la actividad sexual, entre mujeres sin estudios superiores y universitarias, aunque estas últimas son más activas sexualmente.

Sobre este último aspecto, como lo ha evidenciado la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003) , el

embarazo no deseado de mujeres jóvenes es la consecuencia del comportamiento de los jóvenes más preocupante en materia de salud pública, ya que comporta una serie de efectos colaterales que son, a su vez, problemas específicos cuyo estudio debe abordarse por separado, como es el caso del aborto en condiciones inseguras. Por tanto, a continuación se realiza una caracterización de las implicaciones de los embarazos no planificados en mujeres jóvenes.

Embarazo no Deseado en Mujeres Jóvenes

El embarazo no deseado en adolescentes y adultas jóvenes se define como aquel que ocurre dentro del período entre los 14 y los 22 años de edad cronológica, cuando la mujer es aún dependiente de su núcleo familiar de origen y está vinculada aún a la actividad académica (cuando existe la posibilidad de acceso) . A la cantidad de mujeres de este grupo de edad que quedan embarazadas en el período de un año en una región determinada se le llama tasa de fecundidad adolescente (TFA)

La TFA ha ido disminuyendo desde la década de 1950, pero en forma menos marcada que la Tasa de Fecundidad General (TFG), condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos.

Dentro de TFA se cuenta todos los embarazos de adolescentes incluyendo los no deseados. En la actualidad, el embarazo no deseado y no planificado en adolescentes y adultas tempranas constituye uno de los problemas que más repercusiones tiene en los jóvenes que comienzan su actividad sexual. Estos embarazos suponen un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de los jóvenes y su entorno (Anónimo, 2002).

Si bien este problema ha ido decreciendo, las cifras demuestran que los embarazos entre jóvenes adolescentes son hoy menos frecuentes que en la década de 1960. No obstante, más del 6% de las jóvenes entre los 15 y 19 años de edad quedaron embarazadas en 1995, mientras que en 1970 la cifra fue del 8%. El mayor descenso tuvo lugar cuando se extendió el uso de anticonceptivos y con introducción paulatina de los temas de sexualidad en las escuelas.

De igual manera, la tasa de nacimiento entre jóvenes adolescentes también ha descendido: del 75% en 1970, al 4% en la actualidad. Los estudios demuestran que los padres adolescentes provienen en ocasiones de hogares humildes, tienen problemas de conducta, carencia de valores y un bajo nivel de información y de educación.

Por otra parte, la joven adolescente embarazada sin desearlo se enfrenta a un enorme trastorno emocional, confusión y en ocasiones ignorancia. Su pareja, si todavía la conserva, puede negarle su apoyo y con frecuencia lo hace. Tal vez ella este atemorizada ante la reacción de sus padres y retrasa el momento de explicarles su estado, en muchos casos, la joven intentando ocultar su condición recurre al aborto inducido o considera acciones más extremas como el suicidio.

Visto lo anterior las diversas naciones, muchas organizaciones no gubernamentales y diversos investigadores se han preocupado en los últimos años por este fenómeno. Un ejemplo claro es el Dr. José Cáceres, profesor universitario y miembro del Centro de Salud Mental de Ermitagaña (Pamplona, España), quien ha trabajado en programas de prevención tanto en embarazos no deseados, como de rupturas afectivas en adolescentes y adultas jóvenes. Respecto a su trabajo, Cáceres afirma:

"Las campañas oficiales no resultan comprensibles para los adolescentes y asumen que si las jóvenes quedan embarazadas es por desconocimiento. Pero esto no es exactamente así. Conocer que existen métodos anticonceptivos no implica su uso. De hecho, es más importante que los jóvenes aprendan a comunicarse. Es lo que llamamos negociación, o sea, llegar a acuerdos, para no correr riesgos. Muchas jóvenes advierten que sienten miedo de decirle al chico con el que están, que utilicen un preservativo por temor a que éste piense que es una chica promiscua, por ejemplo."

Pero no sólo el pudor aleja los anticonceptivos de las relaciones entre los adolescentes:

"Suele ocurrir que en los comienzos en una relación entre adolescentes que estos se dejen guiar por el principio del placer, por el coito espontáneo. Las chicas pueden llegar a prescindir de anticonceptivos aunque los conozcan, si se sienten seguras afectivamente, por tanto, es preciso que nuestros jóvenes aprendan a negociar, a comunicarse, para que este impulso del placer no les convierta en padres prematuros."

Algunas consideraciones psicosociales que tienen incidencia en los embarazos de mujeres jóvenes dependen de las normas sociales y culturales del medio donde se desenvuelven:

1. La sociedad Represiva: la cual niega la sexualidad,

considerando el sexo como un área peligrosa de la conducta humana, considera una virtud la sexualidad inactiva, y sólo la acepta con fines procreativos»

2. La sociedad Restrictiva: limita la sexualidad separando tempranamente los niños por su sexo, aconseja la castidad prematrimonial y da cierta libertad al hombre. Presenta ambivalencias respecto al sexo y es la común de las sociedades en el mundo.

3. La sociedad Permisiva: donde se tolera ampliamente la sexualidad con algunas prohibiciones como la homosexualidad; se permiten las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial; ésta se presenta más comúnmente en países desarrollados.

4. La sociedad Alentadora: para la cual el sexo es la parte integral para obtener la felicidad. Considera que el inicio precoz de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo y la pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal; no se tolera la insatisfacción sexual la cual es causa de separación de la pareja (Burt y Melks, 1994).

Por otra parte, el embarazo en mujeres jóvenes es un fenómeno de incidencia en todos los estratos sociales; generalmente, en los estratos medio y alto, la mayoría de los adolescentes que quedan embarazadas, interrumpen la gestación, debido principalmente a que se ejerce sobre ellas mayor presión social, además de motivos económicos con los cuales pueden acceder con mayor facilidad a los procedimientos abortivos.

En los estratos más bajos es más tolerada la maternidad adolescente, por lo tanto más jovencitas optan por tener su hijo. Una de las causas de lo anterior puede deberse a que en el medio en que viven muchas de las mujeres mayores han

sido madres a temprana edad y es común el madresolterismo

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Estos pueden ser:

1. La menarquia temprana, en razón de que hay madurez reproductiva cuando todavía no se manejan los factores de riesgo.

2. Inicio precoz de las relaciones sexuales cuando aún no existe la madurez emocional para tomar conciencia de la responsabilidad para prevenir el embarazo y las E.T.S.

3. Familia disfuncional, uniparental o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección en una familia con buen dialogo padres-hijos.

4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o madresolterismo.

5. Bajo nivel educativo, ya que cuando existe el deseo de alcanzar algunas metas, se decide posponer la maternidad para la edad adulta y, aún teniendo relaciones sexuales, se acudirá a la prevención efectiva del embarazo, lo cual no se da con personas con poco acceso a la educación superior y con un proyecto de vida poco optimista.

6. Migraciones recientes con pérdida del vinculo familiar, en las que el embarazo ocurre por el desplazamiento de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. Pensamiento mágico que las lleva a pensar que no se embarazaran porque no lo desean.

8. Fantasías de esterilidad por las cuales piensan que como tuvieron relaciones sin cuidarse y no quedaron embarazadas es que son estériles, o que pueden seguir teniendo relaciones sin protección.

9. Falla o distorsión de la información: entre las

adolescentes circulan mitos a este respecto, tales como que sólo se embarazan si tienen el orgasmo, si lo hacen con la menstruación, etc., lo cual entorpece una auténtica información y dificulta un manejo responsable y adecuado de la sexualidad.

10. Controversias entre su sistema de vida y el de sus padres, que se da cuando en la familia se maneja una censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, y estos muchas veces lo hacen por rebeldía o por impulso, por lo que es posible olvidar las medidas anticonceptivas.

11. Factor sociocultural, entendido como la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos, caracterizado por un menor temor a las E.T.S., sostenimiento de relaciones sin anticoncepción, posibilidad de abuso sexual, etc.

De manera adicional, el embarazo no deseado tiene también implicaciones de orden psicológico y social, sobre las cuales se profundiza en el siguiente aparte.

Aspectos Psicosociales del Embarazo no Deseado en Mujeres Jóvenes

En el marco teórico de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), la conceptualización y el diagnóstico inicial del Ministerio de Protección Social de Colombia parte del hecho de que el embarazo no deseado es un problema que afecta casi exclusivamente a las mujeres jóvenes, más específicamente a las adolescentes. Esto se debe a que en la etapa de la vida en que se encuentran, estas mujeres están sometidas a diversos factores que median en la aparición de un embarazo que no satisface sus

expectativas .

Dentro de los factores que intervienen en los embarazos no deseados en adolescentes y adultas jóvenes se puede encontrar:

1. Inicio precoz de las relaciones sexuales.
2. Causas familiares: familias desestructuradas, pues muchas veces son, a su vez, hijas de madres adolescentes.
3. Factores socioculturales: bajas condiciones socioeconómicas, con una baja escolaridad, falta de madurez psicológica de las jóvenes, que son poco comprometidas con sus responsabilidades.
4. La no-utilización de métodos anticonceptivos: las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de anticonceptivos, con una baja motivación para su uso.
5. Falta de una adecuada educación sexual, que se explica porque se diluye la responsabilidad educativa entre los padres, profesores y personal sanitario, obteniendo los jóvenes la información principalmente de sus amigos.
6. Desconocimiento de centros de información y planificación de entidades como Profamilia y miedo a acudir a las consultas porque sus padres se puedan enterar (Arenas y Ojeda, 1999).

Para Alva (1999), en el impacto psicológico y social del embarazo indeseado intervienen dos componentes que operan con mayor intensidad en la mujer: el social y el familiar. En este sentido, las cuestiones sociales le causan a la mujer una dificultad para confrontar sus pensamientos con sus acciones, de lo cual se pueden citar unos ejemplos a juicio de Alva:

1. Los profesionales de la psicología y la psiquiatría que desconocen el tema llegan a trivializar la experiencia

del embarazo no deseado y el aborto»

2. La sociedad está revalorando que el no nacido es un ser humano, por ejemplo, se está desarrollando una medicina prenatal en donde el niño es visto como un segundo paciente.

3. Con frecuencia los amigos y miembros de la familia, le han dicho a la mujer que ya ha sido madre que no hay dificultad en tener otro hijo.

4. Respecto al aborto, como consecuencia del embarazo no deseado, muchas personas razonan que si es legal entonces es correcto, confundiendo equivocadamente el aspecto legal con las implicaciones éticas, morales y emocionales para la mujer.

Por otra parte, el ambiente familiar en el que vive la mujer que se ha practicado un aborto puede ser de la siguiente manera:

1. Si la familia sabía del embarazo y del aborto, y este aborto solucionó el problema familiar, entonces no le van a permitir discutir el asunto, a fin de evitar que se "reabran viejas heridas" que afecten el equilibrio familiar.

2. La familia puede tratar el asunto como algo que nunca sucedió.

3. Es un secreto para todos los miembros de la familia extensa.

4. Hay un fracaso o una incapacidad de la mujer que ha abortado o tenido un embarazo indeseado de comunicarlo a su pareja, por miedo a represalias emocionales o incluso físicas.

Ante esta perspectiva, cuando una mujer ha quedado embarazada, y dicha condición va en contra de sus planes, expectativas y situación actual, se presentan unas alternativas específicas, que se describen en los siguientes apartes.

Alternativas de las Jóvenes ante el Embarazo No Deseado

Para Bankole (1999), estas alternativas son dos: a) Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E), de las cuales el 20% se producen en menores de 20 años, y b) continuar con el mismo, lo cual es el caso de adolescentes adquiere una dimensión especial, ya que esta opción puede incluir la posterior entrega en adopción.

A nivel físico y psíquico se producen trastornos en las adolescentes a raíz del aborto, aunque se puede decir lo mismo de la continuación del embarazo y en la entrega del hijo para la adopción. Sin embargo, el aborto es la más compleja de todas las opciones, porque en un gran número de casos, por miedo, las jóvenes comunican tardíamente su estado a sus padres, pasando el tiempo límite legal o médicamente seguro permitido para la I.V.E, en el caso de los países que tienen legislaciones flexibles, o haciendo más peligroso el procedimiento para la salud, ya que el riesgo es directamente proporcional a la cantidad de semanas en curso de la gestación.

En la continuación con el embarazo existen tres alternativas:

1. Ser madre soltera: A las condiciones económicas de los jóvenes que no están integrados en el mundo laboral, se suma a un hecho de no tener casa propia y tener que convivir con sus padres. El abandono del hogar provoca en las adolescentes y adultas jóvenes graves complicaciones, ya que por su inmadurez psicológica no están preparadas. Aunque cada día esta más aceptado socialmente, todavía existen actitudes discriminatorias hacia las madres solteras.

2. Matrimonio: La joven adolescente que no está preparada para ser madre, tampoco lo está para ser esposa de

otro adolescente que, a su vez, tampoco está preparado para ser padre. La mayoría de las veces estos matrimonios son impuestos por los padres que solucionan el problema de esta manera, dándole legitimidad social. En muchos casos, cuando las adolescentes se casan abandonan sus estudios para integrarse al núcleo familiar, con las consecuencias negativas que esto tiene para su formación.

3. Adopción: Es, tal vez, la alternativa más compleja ya que puede originar angustia y culpabilidad en la joven, que habitualmente toma esta decisión motivada por sus padres o su novio. En un porcentaje significativo se produce un arrepentimiento posterior que da lugar a secuelas psicológicas.

Al respecto de la gravedad del problema, se observa — por ejemplo— que la tasa de adolescentes embarazadas en los Estados Unidos es una de las más elevadas del mundo: un millón cien mil adolescentes quedaron embarazadas en 1990; cerca de la mitad tuvieron el bebe; el 13% lo perdió y el 40% aborto. Casi el 68% de los nacimientos se presentaron en personas no casadas. Un alto número de embarazos se presentó en mujeres de las minorías y grupos desamparados (ONU, 2000).

Más de 9 de cada 10 madres jóvenes mantienen por lo menos en principio, a sus hijos antes de darlos en adopción o dejarlos en centros de atención. Pero cuidar un bebe es demasiado exigente y estas jóvenes madres con frecuencia no pueden cumplir con estas exigencias. En consecuencia, los hijos de las madres adolescentes son internados en las instituciones del Estado y pueden pasar varios años antes de que ellos alcancen una posición social estable.

Según la ONU (2000) , en Colombia el gobierno tiene una

amplia visión sobre los niveles de natalidad, aunque sus políticas de prevención son muy pobres y se limitan a proveer directamente —a través de Profamilia— apoyo para la anticoncepción, siendo ésta última de un 72% en mujeres casadas y desconocida para las que no tienen un vínculo de pareja permanente. La tasa de fertilidad calculada por la ONU para las mujeres colombianas entre los 15 y los 19 años es de 88 por cada 1000, la cual es una de las más altas en América Latina, como lo ha resaltado también González (2002), aunque aspectos como la tasa de mortalidad asociada al parto es un 50% inferior que la del resto de Sudamérica (100 por cada 100.000).

Sin embargo, es de resaltar el interés del actual gobierno por el estudio sistemático de los factores de riesgo concernientes a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), entre los cuales consideran el embarazo no deseado y al aborto inseguro como los más importantes. En este orden de ideas, se evidencia que el desarrollo de estudios como el que se consigna en el presente informe, es una forma de contribuir en la comprensión y prevención de un riesgo importante de salud pública para las jóvenes colombianas.

Causas del Embarazo No Deseado en Adolescentes y Adultas Jóvenes

Como hecho general, varios autores, entre ellos Bankole (1999), coinciden con lo argumentado por la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), en términos de que la principal causa del embarazo no deseado radica en la edad de las mujeres en las que se presenta esta problemática con mayor incidencia, es decir entre aquellas que se encuentran entre la monarquía y los 22 años,

aproximadamente.

Sin embargo, la Universidad Externado de Colombia - CIDS (1995) ha destacado el hecho de que las relaciones existentes en la familia de origen influyen de manera significativa, ya que en muchos casos las jóvenes que han quedado embarazadas son hijas de mujeres con embarazos no deseados; también, se suelen presentar casos de familias desarticuladas con antecedentes de abuso y violencia doméstica.

Por otra parte, el estudio de la Universidad Externado de Colombia destaca la influencia de factores sociales, coincidiendo con Ramírez (2000), entre los que se presentan de manera más frecuente las condiciones económicas y ambientales deficientes, la imposibilidad de acceso al trabajo y a la educación, y la falta de compromiso con un proyecto de vida favorable, como consecuencia de las bajas expectativas propuestas por el entorno. Así mismo, la inadecuada educación sexual, reemplazada por conceptos erróneos derivados del grupo de pares, aparece como un factor causal muy importante.

A nivel de comportamientos sexuales propiamente dichos, el embarazo no deseado está altamente influenciado por la incorrecta o nula utilización de anticonceptivos. Las dos terceras partes de los adolescentes en actividad sexual no siempre practican el control natal y el 27% nunca lo hace, lo cual suma cerca del 100%. Aún después de recibir la información adecuada, sólo el 13% toma las píldoras anticonceptivas correctamente todo el tiempo y sólo cuatro de cada diez tomaron una píldora diaria.

Las adolescentes no recurren al control natal porque no esperan tener relaciones sexuales y, por tanto, no se previenen. Al preguntar por qué sus compañeros no utilizan

Además, como lo afirman Papalia y Wendkos (1997), tienen menos probabilidad de terminar la escuela secundaria o la universidad que las compañeras que no tienen hijos, y muchas de quienes lo logran, lo hacen en una edad mayor. En un estudio de los Estados Unidos citado por estas autoras, 5 años después del parto, sólo la mitad de las madres negras adolescentes que habitan áreas urbanas habían terminado la secundaria; no obstante, las dos terceras partes se habían graduado diez años después. Estos datos se asimilan a los citados por García (2001) para Colombia, aunque este autor no especifica cifras al respecto en su compendio.

También es probable que las madres jóvenes tengan problemas económicos; están en alto riesgo de quedar embarazadas de nuevo. El riesgo es mayor para aquellas que abandonan la escuela, permanecen en actividad sexual y no emplean medios confiables de control natal (Bankole, 1999).

Según García (2001), en Colombia las principales consecuencias que afrontan las jóvenes ante un embarazo no deseado son: a) pérdida del apoyo familiar, b) abandono de las actividades educativas, c) estigmatización social, d) cambios trascendentales en el estilo y la calidad de vida, e) dificultad en el establecimiento de nuevos vínculos afectivos, y f) discriminación laboral.

Por otra parte, una de las consecuencias más importantes de un embarazo no deseado es la decisión de interrumpir el embarazo voluntariamente, con ayuda de un tercero o por los propios medios de la gestante, lo cual se denomina aborto inducido, aunque se ha generalizado el uso de la palabra "aborto" para denominar genéricamente la práctica. Dado que constituye uno de los ejes centrales de este estudio, al mismo tiempo que un grave riesgo de salud pública para muchas mujeres jóvenes, en las siguientes

páginas se profundizan los aspectos más relevantes sobre el tema.

El Aborto

Es indudable que entre los grupos sociales existe, desde tiempos antiguos, una represión y un rechazo profundo a la interrupción voluntaria del embarazo, y desde las religiones tradicionales, hasta las instancias más diversas, se condena y sanciona. De esta manera, la valoración "moral" del aborto ha dejado profunda huella, aunque ninguna investigación epidemiológica seria ha encontrado efectos negativos permanentes en la mujer a causa del aborto, sino más bien una sensación de alivio. Además, hay pocos estudios de aquellos países en donde el aborto es ilegal, clandestino y no sancionado moralmente por la cultura (Bankole, 1999),

En diversos trabajos, entre los que aparecen los llevados a cabo por Duarte y Rueda (1975), Arenas y Ojeda (1980) y Bankole (1999), consta la dificultad para obtener datos fidedignos sobre las mujeres que sufren un aborto ilegal; Todavía pesa la censura moral, social y familiar, e incluso la autocensura; por ello, no debe sorprender la renuencia a abordar el tema y el gran índice de subregistro que se calcula en un 75%.

En las siguientes páginas se lleva a cabo una caracterización de este fenómeno, considerándolo sin asumir una posición moral o crítica del mismo, con miras a conservar la objetividad implícita en todo proceso de investigación. Para tal efecto, se inicia este capítulo con una reseña histórica que pone de manifiesto que el aborto ha hecho presencia casi en todas las épocas y en las culturas más importantes de la historia.

Documentos históricos permiten señalar que el aborto provocado es una práctica conocida desde los albores de la civilización. En los archivos reales de China y en unos papiros egipcios de 3000 y 1500 años de antigüedad se describen técnicas abortivas, relacionadas con el control de la natalidad o con prácticas mágico-religiosas. Incluso el código de Hammurabi, que data del siglo XVIII a C. Y se considera la legislación escrita más antigua del mundo, tipificaba al aborto al que se consideraba "un delito contra los intereses del padre o del marido, y también una lesión a la mujer". Destacaba aspectos de la reparación debida a las mujeres libres en caso de abortos provocados mediante la violencia por golpes, exigiéndose el pago de 10 sidos por el feto perdido (Arenas y Ojeda, 1980; Gallegos y Montvelisky, 2001).

Pero el conocimiento de la práctica va más allá de la aparición de las sociedades civilizadas y conocedoras de la escritura. Así, en algunas sociedades primitivas nómadas, el aborto era practicado con frecuencia, pues la mujer tenía que elegir entre el estado de gestación y las limitaciones físicas que comporta, y el abandono, pues los niños de brazos y las gestantes eran considerados un obstáculo para su estilo de vida, basado en la movilización en busca de territorios con condiciones más benignas durante la inclemencia del invierno. Según afirma el historiador Linton (s.f., citado por Arenas y Ojeda 1980), los nativos de las islas marquesas utilizaban astillas de bambú después del matrimonio para provocar el aborto, destacando que el conocimiento de la anatomía de la mujer y la naturaleza del periodo de gestación de estas tribus -debido a que sus costumbres antropológicas- hacían que la morbi-mortalidad relacionada con el aborto fuese mínima.

En cuanto a los motivos que las sociedades civilizadas esgrimieron para justificar el aborto, tal vez uno de los argumentos menos conocidos, pero importante a partir del papel que ha tenido su autor en la historia del conocimiento, es atribuido a Platón, quien proponía en La República (escrita hacia el siglo IV a. C.) que se obligase a abortar a toda mujer mayor de 40 años, por el riesgo que representaba para la gestante y por las características adversas que podría tener el recién nacido; en esta obra, Sócrates —como personaje central del diálogo— proponía facilitar el aborto a quien lo deseara. Del mismo modo, Aristóteles —discípulo destacado de Platón— era partidario de la limitación de los nacimientos, para lo cual consideraba el aborto como un contraceptivo. También entre los griegos clásicos, es importante el testimonio de Hipócrates, quien pese a prohibirlo en sus tratados sobre la práctica médica, recomendada a las parteras acerca de abortivos y anticonceptivos.

Al igual que los griegos, los hebreos y los romanos aceptaron el aborto, principalmente por razones eugenésicas, como medio de control de la natalidad y como parte del castigo infligido a las mujeres que mantenían relaciones sexuales en condición de adulterio. Ambas culturas consideraban el feto como propiedad del padre, quien podía ordenar un aborto, o —en caso contrario— castigar a su cónyuge o a otra persona que lo produjera sin su consentimiento, ya que hasta no haber aspirado aire por primera vez no se consideraba al niño como un ser humano vivo (Arenas y Ojeda, 1980) ♦ Así mismo, en Roma se consideraba el feto como *partió vicerum matris* (parte de las visceras de la madre), así que si la mujer abortaba no hacía más que disponer de su cuerpo, sobre el cual el derecho

romano le otorgaba plenos poderes, según señalan Gallegos y Montvelisky (2001).

En los pueblos primitivos del África, el aborto ocurría a menudo después de tomar las medicinas prescritas por la bruja de la tribu; estas medicinas conocidas por todas las parteras, eran usadas para restablecer algunas fallas menstruales, como se pretenden hacer actualmente con algunos procedimientos (regulación menstrual hormonal o química). En algunas de las tribus más primitivas, como es el caso de los Matacos, los primeros embarazos debían ser abortados para preservar la belleza y la juventud de la recién casada, facilitar los partos posteriores o por ser inadecuado en las primeras épocas del matrimonio. En otras tribus se hacía abortar a las mujeres que amamantaban con el fin de conseguir abundante leche para la lactante, ya que los embarazos solían darse en forma sucesiva; otras veces se llevaba a cabo para evitar el nacimiento de hijos incestuosos o de parejas con algún parentesco Freud, (1912-1913).

Aunque el aborto sea aceptado por algunas tribus debido a diferentes razones, al mismo tiempo era rechazado por otras, pues consideraban que el riesgo del aborto era superior al del embarazo y parto. Para otras, el aborto traía como consecuencias cosechas escasas y sequías, y otros temían que este provocara la esterilidad masculina, como lo señala Freud en la obra citada en el párrafo anterior.

Durante la conquista española de América, Fray Bartolomé de las Casas (s.f., citado por Arenas y Ojeda, 1980) , anota que en la época de la esclavitud, debido a la cantidad de trabajo que se les imponía, las mujeres abortaban para evitar que sus hijos nacieran prisioneros, con lo cual se aprecia que las condiciones de inestabilidad

social e incertidumbre frente al futuro pueden ser motivaciones muy poderosas para que una mujer tome la decisión de abortar.

Según Stone (1978, citado por Arenas y Ojeda, 1980), los indios americanos utilizaban varas resbalosas de olmo como abortivo, pero la técnica empleada resultaba sumamente brutal y a menudo ineficaz, ya que la mujer no siempre sobrevivía y algunos niños nacían física o mentalmente defectuosos, por lo que no se explica cual era el verdadero motivo para realizar la interrupción del embarazo, sabiendo que podría fallar o producir un niño con dificultades.

Durante los siglos que conformaron la Edad Media y los principios de la Edad Moderna no hay consenso sobre la veracidad de los testimonios, debido a que pesaban estrictas prohibiciones enmarcadas dentro de las prácticas de la inquisición, bajo el cargo de brujería, pues entre las practicas de los herejes y hechiceros se incluía el asesinato de niños, el cual se relacionaba con el aborto.

Según Masters, Johnson y Kolodny (1987), hacia mediados del siglo XIX aparecieron los primeros anuncios en los que se ofrecían servicios destinados a facilitar el aborto en los Estados Unidos, incluso en publicaciones de tendencia religiosa, pero no fue sino hasta principios del siglo XX que aparecieron las primeras posiciones legales al respecto. En este último aspecto, tuvo especial influencia una bula promulgada por el Papa Pío IX, en la que se declaraba pecado grave el aborto y se prohibía su práctica en todos los casos.

El siglo XX, en el cual se han producido los cambios sociológicos más rápidos y trascendentales de la historia, se mantuvo con respecto al aborto entre dos corrientes definidas: la pro-abortista y la anti-abortista. Para los

partidarios de la primera, es de primordial importancia la libertad de la mujer sobre su cuerpo y su derecho al bienestar físico y mental, que puede verse perturbado a causa de un embarazo no deseado, lo cual justificaría la interrupción de la gestación. Los que comparten la posición contraria al aborto se fundamentan principalmente en el precepto de que el no nacido es también un ser humano y, como tal, se le debe respetar la vida y sus derechos.

Esta discusión, que en la mayoría de los casos se desarrolla en los campos de la moral y la ética, ha trascendido al área de las leyes y a otros muchos ámbitos, manteniendo en el inicio del siglo XXI una polémica que, poco a poco, parece estarse inclinando a favor de la interrupción voluntaria del embarazo con ciertas limitaciones, como se puede apreciar en el recorrido que se realiza más adelante sobre la situación de diversas regiones del globo.

Definiciones de Aborto

Como se ha podido apreciar en las páginas precedentes, son múltiples los aspectos y elementos que se relacionan con la sexualidad y con el aborto, por lo cual su estudio comporta una amplia gama de conceptos que permitan una visión bien fundamentada, dando lugar a variedad en las definiciones, entre las cuales las más usadas son: la obstétrica-médica y legal-jurídica-delictiva.

Teniendo en cuenta la necesidad de analizar el fenómeno del aborto en su dimensión más compleja -la psicológica- se ha optado por revisar las diferentes definiciones antes mencionadas, a fin de articularlas con el aspecto psicológico al realizar la discusión de los resultados en

este trabajo.

Definición Etimológica.

Etimológicamente, la palabra aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, derivados de *ab-orior*, que quiere decir "opuesto a nacer"¹¹. Según la definición contemporánea, es la muerte del no nacido en cualquier momento del embarazo. Una definición más completa sería la de muerte de un niño o niña en el vientre de su madre, producida durante cualquier momento de la etapa que va desde la fecundación (unión del óvulo con el espermatozoide) hasta el momento previo al nacimiento, como señalan Arenas y Ojeda (1980).

Definición Médica.

Desde la obstetricia, se entiende por aborto la expulsión del producto de la concepción cuando no es viable, o sea hasta el final del sexto mes de embarazo; la expulsión en los tres últimos meses se denomina parto prematuro, por la viabilidad del producto, que en condiciones adecuadas puede sobrevivir y tener una vida normal. Por su concreción, el concepto médico-obstétrico es más amplio el concepto jurídico-delictivo, porque aquel no toma en cuenta, como éste, la causa del aborto, tanto el espontáneo por causas patológicas, como el provocado, sea éste terapéutico o criminal. Desde otro punto de vista, el lenguaje obstétrico es más restringido, porque se refiere a la época de no-viabilidad del feto. Este concepto médico no tiene aplicación jurídica (Gómez y Rivillas, 2001)

Definición Jurídica.

En medicina legal, se limita la noción de aborto a aquellos que pueden ser constitutivos de delito, es decir, a los provocados, que se originan en la conducta intencional o imprudente de la persona; la medicina legal no atiende ni a la edad cronológica del feto ni a su aptitud para la vida extrauterina o viabilidad. En este sentido, para la ciencia forense el aborto es la expulsión prematura, violentamente provocada, del producto de la concepción, independiente de todas sus circunstancias de edad, viabilidad y aún de forma regular. Estas definiciones son incompletas, porque no prevén la muerte del feto dentro del claustro materno, con el respectivo aniquilamiento del fruto de la concepción en cualquiera de los momentos de preñez, Posada(2002).

Desde el punto de vista jurídico delictivo, la causa constitutiva material del delito es la muerte del producto durante el embarazo. El fenómeno biológico de la preñez o gestación se inicia en el instante mismo de la concepción, por la fecundación que hace el espermatozoide del óvulo femenino, y termina con el nacimiento regular del producto o con su expulsión o destrucción prematura. En la práctica, no es posible determinar con exactitud la iniciación de la preñez, hasta en tanto que pueda establecerse un verdadero diagnóstico clínico por la observación, auscultación y palpación de la mujer, o por medio de las pruebas de laboratorio. La primera manifestación clínica importante es la cesación de la menstruación, pero este dato se presta a equivocaciones. En la integración del aborto como constitutiva penal, poco interesa la edad cronológica del producto de la concepción: huevo, embrión o feto; y tampoco interesan las circunstancias de su formación regular o

irregular o su falta de aptitud para la vida externa (Gómez y Rivillas, 2001).

Pero si la muerte del producto es la única constitutiva material del delito, ello implica lógicamente los consiguientes presupuestos necesarios:

1. Embarazo o preñez de la mujer: la maniobra de pretensión abortiva practicada por error en mujer no preñada, constituye el delito imposible de aborto, sancionable como tentativa si se reúnen requisitos de ésta, Si dichas maniobras alteran la salud o causan la muerte, pueden estarse en presencia de los delitos de lesiones u homicidio.

2. Maniobra abortiva, en el amplio significado médico-legal de la frase; en otras palabras, la mecánica de realización del delito, que puede constituir en la extracción violenta y prematura del producto, su expulsión provocada o destrucción en el seno de la madre. El aborto puede someterse por la ingestión de sustancias abortivas, tales como cornezuelo de centeno, ruda, sábila o ciertos venenos minerales que producen profundos trastornos en la fisiología materna; o por maniobras físicas, como dilatación del cuello de la matriz, sondeos, punción de las membranas del huevo o desprendimiento de las mismas, etc.

3. El elemento moral del delito: intencionalidad o imprudencia criminales, se regula conforme el Código Penal de 2000, que hace referencia a la motivación de quien propiciaba el aborto y a si existe dolo (mala intención) al provocarlo. En lo que concierne a la intencionalidad, es exactamente aplicable al aborto-feticidio. Sin embargo, el código penal vigente en Colombia desde 2000, se preocupa más por el resultado de la maniobra abortiva, es decir, por la muerte del feto, y sólo distingue como atenuante el embarazo

cabo por una persona cercana a la gestante, sobre la base de algún conocimiento rudimentario, por medio de un procedimiento químico o mecánico de alto riesgo (aplicación de inyecciones, bebedizos, presión abdominal, etc.)

3. Aborto Profesional: es practicado por profesionales y con equipo adecuado, así como en instalaciones físicas apropiadas, que permiten realizar el procedimiento en condiciones de limpieza óptimas. En los países en los que el aborto está permitido, estas son las condiciones establecidas por las leyes para la realización del aborto (Gallegos y Montvelisky, 2001). Incluso en países como Panamá y Canadá está previsto que los costos de la interrupción clínica o terapéutica del embarazo sean asumidos por el Estado, como parte de los beneficios de la seguridad social.

Técnicas Abortivas

Como se aprecia en la reseña histórica sobre el aborto, desde hace cientos de años se ha hecho uso de esta práctica con los más diversos fines y ha sido inevitable el desarrollo de las técnicas abortivas, que van desde los bebedizos y rituales de las culturas más alejadas de la civilización, hasta los últimos adelantos de las ciencias médicas contemporáneas. Las más utilizadas son: evacuación instrumental, varios métodos de dilatación de la cerviz, la regulación menstrual, inducción médica, cirugía uterina y métodos tradicionales. Algunos de estos métodos pueden tener "resultados aceptables", ya que logran el objetivo de interrumpir el embarazo sin ocasionar daños físicos de importancia a la gestante, pero muchas veces tienen complicaciones y pueden, en efecto, ser fatales.

El método más empleado es quizá la introducción de un cuerpo extraño en el útero: ramas, raíces, ganchos de ropa, tubos y otros objetos han sido empleadas con este propósito. En el sudeste de Asia, las comadronas suelen practicar un masaje abdominal para provocar el aborto. En muchas partes del mundo, inyecciones de aguas jabonosas o desinfectantes domésticos se han hechos populares sabiendo que, por supuesto, el uso de estos químicos puede ser letal. Una cuestión muy importante: en la mayoría de los países donde el aborto se ha despenalizado estos métodos peligrosos han sido sustituidos totalmente por los métodos médicos y quirúrgicos, como afirman Tietze, Stanley y Henshaw (1986).

Estudios sobre Aborto a Nivel Internacional

A continuación se presenta una visión sucinta de la situación actual del aborto en las diferentes regiones del mundo, estableciendo los aspectos legales, las cifras disponibles y las características del fenómeno. Por contar con un mayor interés por su cercanía geográfica, la información concerniente a Latinoamérica se da con más detalle y de igual forma se hace con la Colombiana, con la cual se cierra este capítulo. Los datos presentados en este apartado son retomados de la ONU (2000) (ver anexo A Pág. 178)

Europa.

Las leyes sobre el aborto en la Unión Europea siguen siendo muy dispares, ya que se dan casos como el de Irlanda, donde el aborto está severamente prohibido, situación que contrasta diametralmente con Holanda, donde está incluido en

los planes de seguridad social. En este sentido, los países más liberales en la materia son: Italia (donde se lo permite durante los tres primeros meses de embarazo) y Dinamarca, Finlandia, Austria y Alemania (donde se acepta el aborto libremente hasta la duodécima semana de gestación).

Además, existen otros países que autorizan el aborto, pero poniendo ciertas condiciones. En Portugal, por ejemplo, el aborto está autorizado hasta las doce semanas en caso de violación o de riesgo de salud para la madre y hasta las veinticuatro semanas en caso de malformación del feto.

Mientras tanto, en España el aborto está autorizado durante las primeras ocho semanas de embarazo en tres casos: violación, riesgo para el feto o peligro para la madre; sin embargo, estos requisitos se aplican de manera muy liberal. Para practicar un aborto por razones sociales se consideran algunos factores como: estado civil, condiciones económicas de la familia y salud familiar. En España para el año 2000, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por el aborto.

En Austria, a partir de 1973 se han presentado cambios sustanciales a favor del aborto, mientras que en Italia, Alemania y en Suecia, por ejemplo, desde enero de 1975 un médico puede ser multado o encarcelado por negarse a efectuar un aborto a una mujer durante el primer trimestre. Por el contrario, en Bélgica e Irlanda el aborto sigue siendo ilegal sin excepción alguna.

Un punto importante sobre la percepción de las sociedades europeas con respecto al aborto es el de algunos

países de Europa Oriental, donde el aborto estaba legalizado desde la década de 1950; en esta región, unos pocos países como Hungría, Rumania y Checoslovaquia han pasado en años recientes a legislaciones más restrictivas; sin embargo, siguen siendo considerados liberales a nivel mundial.

En Francia, según datos oficiales de la ONU (2000), se embarazan anualmente más de 10 mil adolescentes, de las cuales 6 mil optan por abortar. Por esto, el gobierno lleva varios años invirtiendo en una campaña para evitar el embarazo no deseado, para la que ha destinado un presupuesto de 12 millones de francos (1.8 millones de dólares), destinados a reforzar tanto en personal como en equipos médicos a los hospitales que practican abortos. Además, el gobierno Francés apoya una proposición legislativa sobre la venta libre de la llamada "píldora del día Después," contraceptivo de urgencia, cuya repartición gratuita en los colegios ha sido motivo de gran polémica en el país.

Asia y África.

La legalidad del aborto en Asia varia, desde la legislación tremendamente liberal -como en Singapur, India y la República Popular China- hasta la absoluta ilegalidad bajo cualquier circunstancia -como Filipinas, Indonesia y Birmania. También hay naciones como Ceilán e Irak, en las que el aborto está permitido exclusivamente para salvar la vida de la mujer.

En países del medio oriente, como Arabia Saudita, Afganistán y Bahrein, el aborto no es mencionado de manera expresa en sus leyes, pero la interpretación de la ley apunta a la prohibición, por tanto, se presume que es ilegal. Esto se produce a partir de un postulado del Islam,

según el cual lo que no aparece como permitido por las leyes coránicas está prohibido.

Por parte de África, en 1973 Túnez legalizó el aborto y junto con Zambia fueron los únicos países del continente con una ley liberal hasta 1975, cuando Sudáfrica también lo legalizó. En otros países como Zaire, Tanzania y Ghana aún tienen rigurosas leyes prohibitivas heredadas de tiempos coloniales, de donde se colige que el aborto se practicaba en estas naciones durante la época de la esclavitud, probablemente por las mismas razones que mencionaba Fray Bartolomé de las Casas, es decir, para evitar que los hijos padecieran la esclavitud.

Norteamérica y Canadá.

En EEUU se destaca un millón de embarazos en adolescentes cada año, de los cuales 30.000 ocurren en jóvenes menores de 15 años. Con frecuencia, la mujer en desarrollo que se encuentra en esa situación decide practicarse un aborto en el primer trimestre. A pesar de ello, en la mayoría de los estados el aborto es ilegal o está permitido sólo para salvar la vida de la mujer.

Adicionalmente, el aborto provocado es la causa principal de la mortalidad materna, lo que resulta alarmante, cuando se aprecia que EEUU es el país más industrializado, con una tasa estable del 11.1% de embarazos adolescentes en la década de 1980.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (citado por ONU, 2000) reporta 1.184.758 abortos legales inducidos en 1997, con un descenso del 3% en comparación de 1996. Esto se traduce en una tasa de 20 abortos por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años

en el periodo 1972 1980, y permaneció estable durante la década de 1980, disminuyendo en los 90, siendo la más baja la de 1997 desde 1975.

En 1997, el 20% de las mujeres que abortaron tenían menos de 19 años, mientras que el 32% estaba entre los 20 y los 24. En términos de gestación, el 55% de los abortos de 1997 se dieron en las primeras ocho semanas, y para las 12 semanas el número se incrementó en un 88%. Un estimado de 14.000 abortos son llevados a cabo cada año por violación e incesto.

La legislación actual permite el aborto para salvar la vida de la madre, para preservar la salud física y mental de ésta, en caso de incesto y violación, por la presencia de daño fetal, y por razones económicas, aunque los distintos Estados tienen requisitos y limitaciones especiales para tal efecto.

En el caso de Canadá, según el reporte realizado por la ONU (2000), el aborto está permitido por las mismas causas que en Estados Unidos y es lícito ofrecerlo a las personas interesadas, aunque la ausencia de una legislación permite que no haya estipulaciones sobre cómo, quien y en qué condiciones debe practicarse. Esto se debe a que en 1988 la Corte Suprema de este país estableció que las regulaciones con respecto al aborto establecidas en la sección 251 del Código Penal Canadiense eran inconstitucionales, al contradecir la sección 7 de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, en el aparte que garantiza el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona. Desde que se adoptó esa decisión jurisprudencial, diversas provincias han tratado de limitar en sus legislaciones propias de la práctica del aborto, pero la corte ha considerado esas tentativas contrarias a la Ley Federal de Canadá.

Del mismo modo, la falta de cohesión en este tema entre la postura del gobierno central de este país y los gobiernos provinciales, hace que no existan cifras unificadas sobre la cantidad de abortos producidos anualmente, aunque no deben ser elevadas, en razón de que Canadá tiene una de las tasas de fertilidad más bajas del mundo (1.6 para el periodo 1995-2000, según ONU) . Sin embargo, desde la declaratoria de inconstitucionalidad de las leyes sobre el aborto, se estima que éste se incremento de 70.000 en 1987 a 106.000 en 1995, manteniéndose estable desde ese año; de este número se estima que una tercera parte se lleva a cabo en clínicas privadas y el resto en hospitales con fondos de seguridad social.

Pese a la decisión de la Corte, que incluye la garantía de disponibilidad para la realización del aborto a solicitud de la persona o personas interesadas, en algunas provincias continúan las limitaciones, como en el caso de la Isla del Príncipe Eduardo, Saskatchewan, los territorios del noroeste y el Yukón, en los que no se han registrado abortos y no se han establecido clínicas estatales gratuitas para el fin.

América Latina.

En Argentina el aborto ocupa el primer lugar como causa de muerte materna. En 1994, de un total de 265 defunciones maternas, 79 han sido por causa de aborto

Desde el punto de vista legal, en este país se permite el aborto para salvar la vida de la gestante, para preservar su salud mental y física, y en caso de violación o incesto. Pese a estar permitido en estos casos, los servicios de seguridad social no lo cubren y debe ser costado por los interesados.

Como requerimiento para ser realizado, la ley exige que sea llevado a cabo por un médico titulado y con consentimiento expreso de la madre. En los casos de violación, según nota aclaratoria del documento ONU (2000), se permite en todos los eventos y no sólo cuando el violador es una persona con trastornos mentales, como sucede en algunos de los Estados de la unión americana.

En Brasil, el aborto se permite en los casos en que es absolutamente necesario para salvar la vida de la madre y cuando hay violación o incesto. Cuando se produce por motivo de violación, la ley exige que se obtenga el consentimiento expreso de la gestante o de su representante legal, si es menor de edad. En todos los casos, el aborto debe ser practicado por un médico.

Investigaciones realizadas en este país indican que las muertes como consecuencia de abortos clandestinos, sin la atención médica adecuada, representa la tercera causa de fallecimiento materno, lo que equivale al 10% del total de muerte de mujeres gestantes y parturientas. En Estados como Sao Paulo, las estimaciones llegan a 4.000 muertes por complicaciones de aborto por año.

En Bolivia, el Ministerio de Salud pública y Previsión Social registró que en 1980 el aborto constituyó el 27% de los casos de muerte materna. Por otra parte, en 1987 fueron hospitalizados en dependencias públicas 594 casos de abortos provocados, entendidos éstos como los practicados por personas sin formación médica y sin adecuadas condiciones de salubridad.

Desde el punto de vista legal, en este país el aborto se permite cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, para preservar la salud (no especifica si física o mental) y en los casos de violación o incesto. En todos los

casos el procedimiento debe ser llevado por un médico titulado y por mediación de orden judicial; en caso de presentarse por violación o incesto, se exige que exista una denuncia previa.

En Chile, el aborto ha sido estudiado desde el punto de vista epidemiológico desde la década de 1960. Como resultado del seguimiento realizado, las autoridades chilenas han establecido que cerca de un tercio de las muertes maternas están relacionadas directamente con el aborto, con lo cual se convierte en la principal causa de muerte materna. Además, se estima que en Chile se produjeron en 1990 cerca de 159,000 abortos. Esta cifra es el resultado del número de casos hospitalizados por esta causa multiplicados por cinco, que es el factor de cálculo de los casos no registrados para obtener una aproximación estadística.

Legalmente, en Chile el aborto está prohibido bajo cualquier circunstancia, aunque la ONU hace constar en su informe que existe una disputa jurisprudencial que pretende aprobarlo en los casos que el embarazo comporte riesgo inminente para la vida de la mujer.

La Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil del Ecuador - ENDEMAIN (referenciada por CEPAM, 2000), informa que de 4.290 mujeres, cuyo último embarazo finalizó entre enero de 1992 y 1994, el 8% reporta que éstos terminaron por aborto. La tasa de aborto provocado corresponde a mujeres que tuvieron sólo un parto previo (26,3%).

Las leyes ecuatorianas permiten el aborto para salvar la vida de la mujer, para mantener su salud física y mental, y en los casos de violación o incesto (sólo si la mujer padece de deficiencias o trastornos mentales, en cuyo caso deberá obtenerse autorización de su representante legal). Se

debe realizar por parte de un profesional en medicina, con previo consentimiento de la mujer, o de su esposo o un familiar cercano, siempre que ella se encuentre incapacitada.

En Honduras, desde hace 25 años el aborto constituye la segunda causa de ingreso hospitalario de mujeres luego de un parto normal, con un promedio de 18,64% de mujeres egresadas de hospitales estatales diariamente. Legalmente, el Código Penal prohíbe terminantemente el aborto bajo cualquier circunstancia, pero el Código de Ética Médica permite el aborto con fines terapéuticos, para lo cual exige que se realice una junta de médicos para establecer si está en peligro la vida de la madre, lo cual es la única razón por la que aplica el procedimiento, que requiere además la autorización expresa de la mujer, su esposo o un pariente cercano.

En el caso de México, para 1994 y 1995 las cifras e informaciones oficiales sobre aborto y mortalidad materna señalan que cada una de cinco mujeres, entre los 15 y 49 años, ha experimentado algún aborto y el 6% de éstas ha tenido más de uno. Algunos especialistas señalan que el aborto es la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, a pesar del subregistro de las muertes maternas en general y de manera especial las relacionadas con el aborto. En este país, en los últimos 25 años se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad sin necesidad de recurrir a la legalización del aborto.

Legalmente, está permitido el aborto sin restricciones en los casos de peligro de muerte para la madre, violación o incesto. En todos los casos (salvo las emergencias) debe producirse dentro de las primeras doce semanas de gestación, por recomendación del médico y la corroboración de otro

especialista. Se obliga a la mujer, su esposo o representante legal den su autorización escrita. En algunos Estados diferentes del Distrito Federal, están permitidos los abortos por otros motivos de salud, económicos, sociales, de daño fetal, etc.

El Departamento de Registros Médicos y Estadísticos de Salud de la Dirección Nacional de Planificación del Ministerio de Salud de Panamá lleva un archivo detallado de los abortos registrados y una aproximación de los abortos reales, correspondientes al período 1990-1995. En su informe del año 95 consigna 7.678 abortos registrados y 11.126 abortos reales. Para el año de 1996, considera 6.606 abortos registrados en las instalaciones oficiales de salud.

Desde el punto de vista legal, está permitido cuando comporta riesgo para la vida de la mujer, cuando afecta la salud física de ésta o cuando el embarazo es producido por violación o incesto. Para llevarse a cabo, una comisión multidisciplinaria avalada por el Ministerio de Salud debe autorizar el aborto cuando hay riesgo para la vida de la mujer o del feto; cuando es por violación las autoridades deben establecer la veracidad de la ocurrencia del crimen y se debe dar dentro de las primeras ocho semanas. Los abortos se llevan a cabo en los centros hospitalarios públicos y son subsidiados por el Estado.

En Paraguay, el aborto sólo está permitido legalmente en caso de riesgo para la vida de la madre, pero no existen lineamientos legales sobre las condiciones que deben presentarse para su realización.

Este país reporta el aborto como segunda causa e muerte materna. Para 1994, la tasa de abortos por cada 100 mil nacidos vivos era de 30,16%. La primera causa de muerte relacionada con el aborto fue la hemorragia, con una tasa de

33,93%. En 1995 la tasa de abortos por cada 100 mil nacidos vivos fue de 37,69% y se mantuvo como la segunda causa de muerte materna.

Igualmente, el aborto constituye la segunda causa de muerte materna en Perú. La tasa anual de aborto estimada para este país en los resultados de una encuesta nacional de 1997 es de 123 por mil nacidos vivos. Por su parte, el Informe Nacional preparado por la IV Conferencia Mundial de la Mujer señala que en Perú se estima que 1.800 mujeres mueren cada año por causas vinculadas, directa o indirectamente, con las funciones reproductivas. Entre las principales causas de muerte materna se encuentra la interrupción del embarazo practicado en pésimas condiciones de higiene.

Las leyes peruanas permiten el aborto para salvar la vida de la mujer y para proteger la salud física o mental. Debe ser practicado por un médico, después de que la mujer ha prestado su consentimiento y se ha contado con el concepto favorable de otros médicos.

En el caso de Uruguay, la Organización Panamericana de la Salud reportó que a mediados de los años 80, un 25% de las muertes maternas eran producidas por aborto realizado, generalmente, en condiciones sanitarias extremadamente deficientes (Investigación sobre el Tratamiento Legal del Aborto en América Latina y el Caribe - CLADEM).

La ley Uruguaya permite el aborto para salvar la vida de la mujer y su salud física y mental, así como en los casos de violación e incesto; se debe producir dentro de los tres primeros meses de gestación. Cuando se produce de manera ilegítima, la pena se reduce si el embarazo es producto de violación o si la mujer se encuentra en una situación económica extremadamente precaria.

La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 1998) estima que se realizan 20 millones de abortos en condiciones de inseguridad para la salud cada año. Cuatro millones de ellos ocurren en América Latina (estimado para 1998). En América Latina y el Caribe, el 52% de los 18 millones de embarazos no son planificados, el 21% de ellos termina en aborto, así mismo, el 2% de las muertes maternas -5.000 cada año- es atribuido a abortos ilegales.

El mismo informe de la OPS/OMS (1998) señala que las complicaciones en abortos inseguros son una de las causas más importantes de muerte femenina en: Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú. Es también la segunda causa de la muerte en Costa Rica y la tercera en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua.

En América Latina (Chelala, 1992), entre el 10 y el 30% de las camas e los servicios de Ginecología y obstetricia están ocupadas por mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, es decir, que aquel no es el realizado con la extracción completa del contenido uterino y genera complicaciones como hemorragia, infección, etc. (Ramírez, 2000) .

En la actualidad existe un debate bastante controvertido sobre la legalización o no en los países de Latinoamérica. El Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia, convocó en el 2001 a un encuentro de congresistas latinoamericanos que tuvo como fin promover el denominado "Aborto Inducido", a través del uso irrestricto de una nueva generación de vacunas abortivas en las naciones en donde el aborto está penalizado. El evento tuvo lugar en Bogotá y se denominó "Encuentro de Parlamentarios de América Latina y el Caribe

sobre Aborto Inducido; Los Desafíos de la Salud Pública y la Legislación". La reunión congregó a más de 100 parlamentarios, un grupo de observadores y algunos participantes especiales, que escucharon las ponencias de los expertos invitados, para emitir un documento final y un plan de acción orientado a legitimar el aborto.

La propuesta, sin embargo, no fue promover la aspiración uterina como método de vaciado del producto de la concepción, sino la difusión masiva de vacunas abortivas anti-embarazo.

En conclusión, Latinoamérica vista desde el marco legal, es una región en que la mayoría de los países prohíbe de cuatro distintas maneras: a) totalmente restrictivas, prohíben el aborto indiferentemente de cualquier razón; República Dominicana, Bolivia, Colombia y Panamá; b) muy restrictivas, autorizan el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la madre: Nicaragua, Paraguay y Venezuela; c) Restrictivas, autorizan el aborto cuando corre peligro la vida de la madre o en caso de violación: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, Costa Rica, México, Perú, Honduras y Cuba; la legislación de este último país permite el aborto para prevenir el nacimiento de niños con malformaciones, d) Moderadas: Además de las razones anteriores, se contempla la protección de la salud o la vida de la mujer en los casos de violación y razones económicas (solamente Uruguay).

Se presenta a continuación la situación del aborto en Colombia, pues es el tema objeto de este proyecto de investigación.

En Colombia el aborto es un hecho que se ha ido incrementando a través del tiempo y ha estado presente desde la época de la conquista. Según los archivos nacionales de

la colonia en Santa fe de Bogotá, éste era castigado algunas veces con la pena capital de sangre y usado con mucha frecuencia por las clases bajas de la colonia, quienes en forma ignorante acudían a este para ocultar las consecuencias de las relaciones sexuales ilícitas en términos de la ley o las costumbres, pues desde siempre se ha estimado como deshonrosa la maternidad fuera del matrimonio (Arenas y Ojeda, 1980).

Para efectos del procedimiento abortivo acudían a manos de sobanderos o parteras empíricas, los cuales a través de sobijos y bebedizos (cocimiento de mastranto, ruda mezclada con sal y pólvora), provocaban el aborto con innumerables consecuencias para las mujeres que se sometían a dicha prueba.

Con el paso de los años y debido a la influencia de las políticas mundiales de población impulsadas por los países desarrollados y la revolución industrial —que puso a la mujer nuevas funciones en la sociedad, acceso al estudio y a algunos trabajos— las familias se han hecho más pequeñas y utilizan el control natal, con lo cual la fecundidad aparentemente disminuye aunque los índices de aborto se mantienen.

En correspondencia con lo anterior, Colombia ha sido uno de los países que más ha asumido el uso de los métodos de planificación y las políticas de prevención para regular su fecundidad. Desde mediados de la década de 1960, con la llegada de los anticonceptivos, la fecundidad ha disminuido progresivamente, hasta alrededor de un 3% entre 1980 y 1995. La tasa de fecundidad pasó de 7 hijos por mujer en la década de 1960, a un promedio actual de 2.8 hijos por mujer; sin embargo, existen diferencias entre las regiones. La tasa de fecundidad más alta en la zona rural, 4,3 en la región

andina, y también existen diferencias según el grado de escolaridad alcanzado: 5 hijos en las mujeres sin educación; 2.4 en las mujeres de las capitales y 1.8 en las que tienen educación superior (Profamilia, 1995).

Por otra parte, las estadísticas de Profamilia en Bucaramanga (1995) indican que "...uno de cada 3 adolescentes piensa que el aborto no se justifica nunca, pero cerca de 70% está de acuerdo con él o lo acepta en ciertas situaciones."

Se puede hablar de un promedio anual de 300.000 abortos referidos por las instituciones, a sabiendas de que por cada caso que llega para ser atendido hay 4 abortos que se atienden por fuera del sistema de salud. Así, por cada diez niños que nacen, hay casi 4 abortos; y una de cada 100 mujeres de 15 a 49 años ha tenido por lo menos un aborto en su vida. Las mujeres más pobres se embarazan por falta de medios para planificar, pero por razones varias, entre ellas, económicas, abortan menos y tienen más hijos no deseados e inoportunos (Profamilia, 1995).

El documento que consigna la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Protección Social, 2003), se fundamenta en las cifras de Profamilia del año 2000, las cuales se mantienen en 52% de embarazos no deseados y se ha propuesto como meta para el presente periodo de gobierno reducir esta incidencia a la mitad, con la consiguiente reducción de las tasas de aborto y de otros efectos colaterales de la concepción extemporánea e indeseada. Todo lo anterior, en concordancia con las condiciones que sobre el aborto impone la legislación nacional vigente, como se describe a continuación.

Las normas penales Colombianas en materia de aborto permiten concluir que en épocas pasadas fueron más

liberalizadas. La interrupción del embarazo en las primeras legislaciones (1837) se encontraba dentro del título de los "Delitos y culpas contra los particulares", es decir, que en este caso el bien jurídico tutelado no era la vida ni la integridad física, si no que refería a una especie de protección de intereses colectivos, como la moral y las buenas costumbres.

De otra parte, en la legislación de 1837 a 1890 existía y tenía validez jurídica el aborto terapéutico, cuando se disponía que "si lo que se buscaba era salvar la vida de la mujer en estado de gestación y el aborto lo realizaba un médico cirujano, la acción carecía de punibilidad." (Art. 664 de la Legislación Penal de 1837 y Art. 640 del Código Penal de 1890); disposiciones que fueron absolutamente derogadas en el Código Penal de 1980, en el que no se prevé el aborto terapéutico, ni como tipo penal atenuado ni como atenuante de tipo genérico.

En estos casos la sanción era mayor para quien causare el aborto que para la mujer; lo que pareciera dar cuenta de una concepción en donde no se tiene en cuenta la posibilidad de abortar como decisión autónoma de la mujer, sino como resultado de un atentado contra su voluntad. Finalmente, la normatividad refleja la acendrada concepción de la maternidad como destino único e ineludible de la mujer.

Sin embargo, existe una gran diferencia con la legislación actual (Ley 599 de 2000) , en el sentido de que anteriormente aumentaba la pena en caso de que se practicara por parte de un médico; en el código penal de 1980, esta calificación profesional no constituye un agravante para la pena (situación que, por el contrario, implica menos riesgos para la salud de la mujer a quien se le practicaba el aborto.); se aplica la misma sanción a la mujer que lo cause

y a quien lo realice.

De otra parte se concedía en la legislación de 1873 una rebaja de pena para los casos en que el aborto se practicara por razones de *honoris causa*, es decir para salvar el honor de la mujer o de la familia; ya que en estos casos primaba sobre cualquier otra consideración el concepto de honor, de tal manera que el aborto que realizaba una mujer para ocultar el hecho de estar embarazada siendo soltera, era castigado con más benignidad. Puede pensarse que esta disposición está directamente relacionada con el control del ejercicio de la sexualidad de las mujeres, que desde antiguo se ha hecho, y con el hecho de que ser madre soltera ha sido considerado como una deshonra.

En el mismo sentido se pronunciaba el Código Penal de 1890, cuando el artículo 642, disponía "pero si fuere mujer honrada y de buena fama anterior y resultare, a juicio de los jueces, que el único móvil de la acción fue el descubrir su fragilidad, se la impondría solamente la pena de tres a seis meses de prisión, si el aborto no se verifica; y de cinco a diez meses si se verifica." También se castigaba la "tentativa de aborto" y el resultado final de la acción, cuando el artículo 641 disponía:

"La mujer embarazada que para abortar emplea, a sabiendas, o consiente en que otro emplee algunos de los medios expresados en el Art. 638, sufrirá la pena de uno a tres años de reclusión, si resulta el aborto, y de 6 a un año, si no resulta."

Estas disposiciones no están presentes en el Código Penal vigente (2000) , puesto que hoy en día solo se castiga

el resultado final de la acción. Estas legislaciones se mantuvieron en las leyes de 1936, donde se rebaja la pena ostensiblemente cuando "el aborto se haya causado para salvar el honor propio o de la madre, la mujer descendiente, hija adoptiva o hermana", caso en el cual la sanción podía disminuirse de la mitad a las dos terceras partes, o concederse el perdón judicial.

Se mantiene en todas las legislaciones analizadas la sanción penal, en los casos de aborto culposo o preterintencional, es decir, para aquellos casos en que éste se produjera como consecuencia de las lesiones propiciadas a la mujer en estado de embarazo.

En 1980, se consagró un tipo penal atenuado, no contemplado en las legislaciones de 1837 y 1890: el aborto en circunstancia específica del artículo 345, el que se refiere al que se realiza cuando la mujer está embarazada como resultado de un acceso carnal violento, abusivo o de inseminación artificial no consentida, caso en el que se le impondrá la pena de arresto de 4 meses a un año. Se prevé la misma pena al que causare el aborto por estas circunstancias.

Las leyes actuales permiten el aborto en los casos de grave riesgo para la vida de la mujer y en casos de violación o inseminación artificial no consentida; sin embargo, existe un vacío jurídico en el sentido de que se permiten estas modalidades, pero se siguen considerando como delitos atenuados por la finalidad de la acción, que se presume llevada a cabo sin dolo (mala intención). En todo caso, se requiere que la mujer preste su consentimiento.

Finalmente, han de tener en cuenta que las actuales disposiciones del Código Penal (ley 599 del 2000) ordenan en sus artículos:

"Artículo 122, La mujer que causare su aborto o permitiere que otro lo cause, incurrirá en prisión de uno a tres años; a la misma pena estará sujeto quien con el consentimiento de la mujer realice la conducta prevista sobre el inciso anterior."

"Artículo 124 ♦ Circunstancias de atenuación punitiva, la pena señalada para delito de aborto se disminuirá en tres cuartos cuando el embarazo sea resultado de una constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado sin consentimiento."

Aquí se aprecia nuevamente cómo la legislación colombiana resulta ambivalente al permitir el aborto en los casos de peligro de muerte de la mujer, acceso carnal o acto sexual abusivo sin consentimiento, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado sin consentimiento, pero que al mismo tiempo lo prohíbe y penaliza, demostrando con ello que la percepción de la sociedad frente al aborto no ha permitido una actitud definida sobre la naturaleza jurídica de la interrupción inducida del embarazo

Impacto Psicológico del Aborto Inducido

Según Alva (1999), la mujer que se ha practicado un aborto desarrolla cuatro tipos básicos de defensa: a) racionalización: implica la búsqueda de razones lógicas, excusas o explicaciones que justifiquen el aborto; b) represión: la cual es la manera de evitar que la

información inconsciente alcance un nivel consciente, a través de la reminiscencia de sentimientos dolorosos relativos al aborto; c) compensación: luego del aborto surgen deseos por compensar el error haciendo cosas moralmente buenas, tales como un excesivo interés en actividades religiosas, trabajar en causas sin ánimo de lucro, convertirse en una mejor esposa y madre, etc.; y d) formación reactiva: se reprimen exageradamente los sentimientos de culpa y pensamientos perturbadores relacionados con el aborto, por medio de expresar lo contrario, es decir, tratando de convencerse de que hizo lo correcto. La mujer puede volverse manifiestamente defensora del aborto para convencer a otros y a sí misma de que ella hizo lo correcto.

Según Alva (1999), la mujer que ha abortado se bloquea ante el proceso de la muerte de su hijo, negando su responsabilidad ante la interrupción del embarazo. Esta circunstancia suele ser el factor psicológico más importante posterior al aborto y se convierte en una barrera para la búsqueda de apoyo psicológico.

Por otra parte, Bankole (1999) manifiesta que existe en estas mujeres una profunda convicción de desesperanza frente a su vida. Para ellas, pensar en el aborto es remover sentimientos de culpa y de dolor que generan malestar, debido a que haber destruido intencionalmente a su hijo, resulta ser una experiencia traumática difícil de asimilar. Así mismo, la abortante, puede llegar a romper relaciones o a distanciarse de las personas que tomaron parte en el aborto directa o indirectamente, o que tan solo conocieron de su embarazo no deseado. A partir de esta actitud, se produce una falta de confianza en el sexo opuesto, debido a la falta de apoyo en un momento tan difícil para ella o por

la pareja a practicarse el aborto.

Del mismo modo, se puede generar fobias respecto a las consultas ginecológicas, las relaciones sexuales, la cercanía con infantes, las conversaciones sobre nacimientos, madres embarazadas, clínicas o incluso embarazos posteriores. Esto es consecuencia de la angustia y la alteración psicológica que sucede cuando alguien se expone a eventos que simbolizan o se asemejan a la experiencia del aborto.

Otras consecuencias psicológicas del aborto pueden ser:

1. Aislamiento, porque la mujer cree que nadie la comprenderá o perdonará por lo que ha hecho; incluso, buscará aislarse de ella misma y con ello evitar reflexionar o recordar en los momentos de soledad.

2. Deterioro de las Relaciones Afectivas, porque los sentimientos asociados con el aborto son abrumadores y para ser capaz de funcionar en su vida diaria, la mujer dejará muchos sentimientos no resueltos.

3. Revivencia del Trauma, los sentimientos y los daños que le ocasionó el aborto, constituyéndose en los padecimientos más angustiantes que vivirá la mujer, ya que además estarán revestidos de afecciones patológicas que requerirán incluso de tratamientos psiquiátricos.

4. Las fantasías repetitivas en la vigilia, en las que se imaginan como instigadores de violencia hacia su hijo (vivo) , que producen horror ante la idea de que fueron capaces de hacer algo semejante a su hijo.

5. Se vuelve a vivir emocional o físicamente la experiencia del aborto, a causa de estímulos externos, como el sonido de una aspiradora, al ver una clínica, o al oír el llanto de un niño, o al ver alguno que tiene la edad que tendría el suyo.

6. Fobias a enfermedades o a la muerte, que pueden manifestarse a través de limpieza compulsiva por un sentimiento de suciedad, hambre excesiva, anorexia, o bien, mediante reacciones de aniversario. Estas últimas son especialmente graves, ya que sirven como elemento perpetuador del trastorno experimentado por la mujer.

7. Recelo hacia los hijos vivos o abusos frente a estos.

También se presentan pesadillas recurrentes, insomnio, irritabilidad, déficit de la atención, respuesta exagerada de sobresalto, ideas suicidas, ansiedad, conductas autodestructivas y tendencias suicidas, abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, desórdenes alimentarios (anorexia o bulimia), baja autoestima y disfunciones sexuales.

Sin embargo, como lo señalan Alva (1999) y Bankole (1999), estos síntomas no se presentan en todos los casos, ya que en algunos el aborto es considerado como una solución por parte de la mujer y se manifiesta que habría sido mayor la crisis al haber llevado la gestación a término. Aunque no lo expresan de este modo, los autores consideran que las consecuencias dependen en un alto grado de la posición asumida por la mujer frente a su accionar, es decir, de su actitud frente al aborto, la cultura, la legislación y la familia.

Como se pudo apreciar a lo largo del marco teórico, la selección del material y de los referentes científicos estuvo dirigida a abarcar los tres ejes temáticos principales, sin excluir aspectos jurídicos, sociológicos, metodológicos y de otra índole que enriquecieran el análisis de los resultados, permitiendo la producción de un documento interdisciplinario.

Metodología

Para establecer el tipo y diseño de investigación se tomaron como referentes los trabajos de Salkind (1997) y Hernández, Fernández y Baptista (1998) pues sus modelos investigativos se adaptan al presente trabajo.

Tipo de Diseño de Investigación

La investigación es no experimental, de tipo descriptivo-transversal. Es descriptiva porque su propósito es describir las actitudes de las estudiantes universitarias hacia la sexualidad y el embarazo no deseado; a juicio de Hernández, Fernández y Baptista (1998) en un estudio de tipo descriptivo lo que se propone es "medir o evaluar dimensiones o componentes del fenómeno a investigar". Se considera transversal porque recoge la información en un solo momento, en un tiempo único, sin llevar a cabo un seguimiento sobre la evolución cronológica del fenómeno indagado.

Población

La población esta constituida por 3.276 estudiantes universitarias, de género femenino, inscritas en el primer semestre de 2003 en los programas de pregrado de 15 facultades. Es una población homogénea, comprendida en un rango de edad entre los 16 y 25 años.

Muestra

Por las características de la población se optó por establecer una muestra probabilística estratificada según la fórmula detallada por Hernández, Fernández y Baptista (1998).

Para lograr lo anterior se tuvo en cuenta:

N = Tamaño de la población (3276)

Se = Error estándar (0,015)

V = Varianza de la población = $Se^2 = 0.0225$

S^2 -- Varianza muestra probabilidad de ocurrencia de \hat{y}
 $= p(1-p)$

n' = Tamaño provisional de la muestra S^2 / V

n = Tamaño ajustado de la muestra = $n' / (1 + (n' / N))$

Sustituyendo para hallar el tamaño provisional de la muestra (n') se halló que:

$$n' = \frac{S^2 p(1-p)}{V} = \frac{0.9(1-0.9)}{(0.015)^2} = \frac{0.09}{0.000225} = 400$$

Con este valor, se reemplaza la fórmula para hallar el tamaño ajustado de la muestra (n):

$$n = \frac{n'}{(1 + n' / N)} = \frac{400}{(1 + 400 / 3276)} = \frac{400}{1.12} = 357.14$$

Una vez obtenida la muestra ($n = 357$) se determinó exactamente el número de estudiantes a seleccionar en cada facultad, lo cual se llevó a cabo por medio del muestreo probabilístico estratificado, con ayuda de la siguiente fórmula:

$$\sum fh = \frac{n}{N} = Ksh$$

En donde la muestra **n** es igual a la suma de los elementos muestrales **nh**; es decir, que el tamaño de **n** y la varianza de y se minimizan al calcular submuestras proporcionales a la desviación estándar de cada estrato (facultad), o sea,

$$fh = \frac{nh}{Nh} = Ksh$$

En donde **nh** y **Nh** son muestras y población de cada facultad, y Sh es la desviación estándar de cada elemento en determinada facultad. Entonces se estableció:

$$Ksh = \frac{n}{N} = \frac{357}{3276} = 0.1089$$

De manera que el total de la muestra de cada facultad se obtiene de multiplicar la cantidad de estudiantes inscritas en cada una de estas por 0.1089, y se obtienen los números descritos en la tabla 1.

Tabla 1

Población y Muestras Ajustadas para cada una de las Facultades

FACULTAD	TOTAL MUJERES MATRICULADAS	MUESTRA POR FACULTAD	REDONDEADA
Administración de Empresas	305	33.2145	33
Administración Hotelera y Turística	81	8.8209	9
Comunicación Social	181	19.7109	20
Contaduría Pública	222	24.1758	24
Derecho	579	63.0531	63

Tabla 1

Población y Muestras Ajustadas para cada una de las Facultades (Cont.)

FACULTAD	TOTAL MUJERES MATRICULADAS	MUESTRA POR FACULTAD	REDONDEADA
Ingeniería de Mercados	276	30.0564	30
Ingeniería de Sistemas	100	10.89	11
Ingeniería de Energía	10	1.089	1
Ingeniería Financiera	597	65.0133	65
Ingeniería Mecatrónica	25	2.7225	3
Educación	181	19.7109	20
Medicina	342	37.2438	37
Música	38	4.1382	4
Producción Audiovisual	9	0.9801	1
Psicología	330	35.937	36
TOTALES	327 6	356.7564	357

Cabe anotar que para los totales de las mujeres matriculadas en cada facultad, se tuvieron en cuenta las jornadas nocturna y diurna; En el caso de Educación y Comunicación Social se estableció un consolidado de los programas que manejan dichas facultades. Además, no fueron tenidos en cuenta los programas de Preparatorio en Música, Preuniversitarios Básicas y Preuniversitario Medicina, por no considerarlos como programas de pregrado.

Instrumentos

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un cuestionario o encuesta semiestructurada (ver anexo B) que detecta actitudes frente a sexualidad y el aborto, compuesto por 52 preguntas que fueron sometidas a la calificación de jueces con experiencia en psicología clínica, investigación en psicología y/o psicometría: María Beatriz Luna, psicóloga de Bienestar de la UNAB; Martha Ortega; Elvira Franco de Umaña, Germán Solís y Eddie Amaya.

Sobre la base de un diseño inicial que fue modificado según las recomendaciones de los jueces y de la asesora de proyecto, se estableció el formato final de la encuesta semiestructurada con preguntas cerradas para facilitar la tabulación de los datos, la cual consta de 5 partes enumeradas de la siguiente manera:

1. Información socio-demográfica y familiar: recopila información acerca de la edad, el estado civil, personas con quienes viven, estrato socioeconómico, lugar de procedencia, credo religioso, autopercepción de la práctica religiosa, situación laboral, procedencia de los ingresos y autopercepción de la situación económica.

2. Información educativa: recopila información acerca del semestre académico y la facultad a la cual se pertenece, también abarca una valoración de la educación sexual recibida en el colegio, en la universidad, en la familia, y de los amigos. Finalmente indaga acerca de la utilidad de ésta en el ejercicio de la sexualidad.

3. Información sobre comportamiento sexual: recopila información sobre relaciones sexuales, edad de su inicio, relación de pareja, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual,

4. Información Sobre el Aborto Inducido: se tuvo en cuenta la posición actual personal en caso de embarazo, si se ha abortado, el costo de este, la posible experiencia, las causas de éste, los métodos para llevarlo a cabo y actitudes de la pareja y de la familia. Finalmente, si se contempla la posibilidad de recurrir nuevamente al aborto en caso de un nuevo embarazo.

5. Actitudes frente al aborto: contiene una serie de preguntas con una escala de valoración Likert encaminadas a definir la opinión que se tiene frente al aborto.

Dependiendo del tipo de información a recopilar y de la capacidad de discriminación de la población, la cantidad de categorías puede ser diferente de cinco. Hernández, Fernández y Baptista (1997) establecen entre 2 y 7 la cantidad de opciones por afirmación tomando como base el nivel educativo de los encuestados y su capacidad de discriminación.

Por la forma de aplicación, las escalas tipo likert pueden ser auto administradas o administradas mediante entrevista. Este último caso es muy común en poblaciones analfabetas o con niveles mínimos de educación.

Cada una de estas temáticas enumeradas anteriormente, evalúa un tipo de variable diferente, dependiendo de la naturaleza de la información que se pretende recolectar. La definición operacional de tales variables se presenta a continuación.

Variables

Hernández, Fernández y Baptista (1998) definen a las variables como "la propiedad que se puede variar y cuya variación es susceptible de medirse." Así mismo, la definición del tipo de variables depende del tipo y diseño de la investigación y de la naturaleza de la información a recolectar.

En este caso por tratarse de un estudio no experimental —es decir, en el que no se analiza la influencia de una variable independiente sobre los cambios producidos en la variable dependiente— se tienen:

Variables Nominales Dicotómicas

Se trata de aquellas variables que solo admiten dos niveles diferenciados de medición sin valores intermedios, por ejemplo: si-no, dia-noche, blanco- negro. , etc.

VARIABLES NOMINALES CATEGÓRICAS

Son aquellas que admiten más de dos categorías, como por ejemplo: estrato socioeconómico (estrato 1, estrato 2, estrato 3, estrato 4, estrato 5, estrato 6), edad (entre 16 y 18, entre 19 y 20, entre 21 y 22, y más de 23), confesión religiosa: se establecieron cuatro opciones (católica, protestante, ninguna, otra), el aborto inducido pone en riesgo el bienestar psicológico de la mujer: se establecieron cinco categorías (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo, y totalmente en desacuerdo), etc.

PROCEDIMIENTO Y ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

Con miras a que la investigación consistiese en un proceso ordenado y coherente se establecieron unas etapas procedimentales, caracterizadas por el tipo de actividades a desarrollar en cada una de ellas. Estas etapas fueron:

1. Revisión de la bibliografía existente sobre el tema, para determinar la pertinencia del estudio y las posibles fuentes para la elaboración del marco teórico y de la estructura metodológica.
2. Definición del problema de investigación, teniendo en cuenta los planteamientos surgidos durante la primera etapa y las posibilidades de realización del trabajo.
3. Definición de la población y la muestra, realizada

por medio de procedimientos estadísticos que garantizaran la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos, así como la representatividad de la muestra.

4. Elaboración del marco teórico, como base sobre la cual se estableció la metodología, se diseñó el instrumento y se analizó objetivamente la información recolectada para establecer la posterior discusión teórica y las conclusiones del estudio.

5. Establecimiento de marco metodológico, como estructura sobre la que se construyó el proyecto y se llevó a cabo, garantizando la rigurosidad científica que exige la labor del investigador en psicología.

6. Revisión de las encuestas utilizadas en estudios anteriores afines a la presente investigación, para establecer si existían previamente algunas pruebas que pudiesen ser adaptadas al modelo de la investigación o que sirviesen como fundamento para diseñar un instrumento propio.

7. Diseño de la encuesta semiestructurada, sobre la base de los instrumentos utilizados en otros estudios y los lineamientos metodológicos de McGuigan (1993), Salkind (1997) y Hernández, Fernández y Baptista (1998).

8. Evaluación de la encuesta por parte de los jueces, seleccionados por su condición de psicólogos con experiencia en la línea teórica del estudio o investigación en psicología.

9. Aplicación del instrumento ajustado y corregido a la muestra representativa.

10. Tabulación y análisis de los resultados por medio de la estadística descriptiva y la confrontación de los referentes teóricos consultados.

11. Realización de la discusión, como producto

definitivo del proceso investigativo, en la cual se presentan los hechos observados, se establece el cumplimiento de los objetivos y se aportan las conclusiones de la investigación.

12. Recomendaciones dirigidas a las autoridades universitarias, profesionales en psicología, estudiantes, investigadores y demás personas o entidades interesadas en la problemática estudiada.

13. Elaboración del informe final escrito de la investigación con su respectiva sustentación pública.

Resultados

Los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta acerca de actitudes hacia la sexualidad y el aborto a la muestra conformada por 357 universitarias, se presentan por medio de tablas e histogramas, siguiendo el orden propuesto en el instrumento, el cual está dividido en cinco partes que son: a) información sociodemográfica, del ítem 1 al 10; b) información educativa, del ítem 11 al 16; c) información sobre comportamiento sexual, del ítem 17 al 31; d) información sobre el aborto, del ítem 32 al 40; y e) actitudes hacia el aborto, del ítem 41 al 52.

Dentro del análisis de resultados, se realiza la presentación de los datos obtenidos y, finalmente, se hace la presentación de los aspectos más relevantes observados en las diferentes facultades, teniendo en cuenta los porcentajes por ítem más representativos de cada una de éstas.

Presentación General

A continuación se presentan los datos por bloques guardando el orden sugerido en la encuesta. Se escogieron los datos más relevantes y en el apéndice C se presentan los datos completos para una mayor información del lector interesado en escudriñarlos.

Parte A: Información Sociodemográfica

De las variables socioeconómicas que se tuvieron en cuenta en el diseño del cuestionario para la obtención de información acerca de estos tópicos en la muestra

seleccionada se seleccionaron los siguientes dada su relevancia: edad, estado civil, personas con quien convive, estrato socioeconómico, lugar de procedencia, credo religioso, y procedencia de los ingresos. Los demás resultados se hallan consignados en el apéndice C.

En lo referente a la edad, dentro de la tabla 2 se aprecia que el grupo con mayor porcentaje encontrado dentro de la muestra fue el de las mujeres de 19 y 20 años con el 40% (f = 140), seguido por el grupo que esta entre 21 y 22 años con el 32% (f =116); las otras dos categorías tuvieron puntajes significativamente menores, correspondiendo el 16% (f =59) al grupo de las mayores de 23 y el 12% (f = 42) al grupo entre 16 y 18 años.

Tabla 2

Edad

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16~ 18	42	12
19-20	140	40
21-22	116	32
23 0 +	59	16

Esto significa que el segmento de edad mayoritario en esta población comprende entre los 16 y 23 años de edad, que corresponde a la etapa de la adolescencia tardía y la adultez temprana (Davidoff, 1997).

Dentro de la variable Estado Civil (Tabla 3), se puede observar que la distribución mayoritaria de la muestra en esta variable correspondió a la categoría Soltera, con un porcentaje del 96% (f =344), seguida de un 3% (f =3) que corresponde a la categoría Casada y, finalmente, un 1% (f =2) en la categoría viuda.

Tabla 3

Estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	344	96
Casada	11	3
Viuda	2	1

De esto se concluye que una fracción mayoritaria de las mujeres que se encuentran estudiando en la universidad y que forman parte del presente estudio son solteras, dato que coincide con los resultados obtenidos por González (2002) en sus diversos estudios a nivel nacional.

Con relación a lo anterior, la tabla 4 muestra que el 62% de la muestra (f = 222) está compuesta por mujeres que conviven con sus padres, siendo esta categoría la que mostró una mayor distribución, seguida por el 19% (f = 67) que convive con otros familiares, el 10% (f = 31) que comparten su vivienda con amigos, el 5% (f = 16) que se alojan en residencias universitarias, y el 3% (f = 11) que convive con una pareja estable. El 2% (f = 9) afirmó no convivir con ninguna persona.

Tabla 4.

Personas con quienes convive

CONVIVE CON:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padres	222	62
Pareja	11	3
Familiares	67	19
Amigos	31	10
Residencias Universitarias	16	4
Ninguno	9	3

Las cifras demuestran que la mayoría de las estudiantes conviven con los padres, en parte debido al hecho de la generalidad son solteras y proceden de Bucaramanga.

Otro factor analizado es el estrato socioeconómico (Tabla 5), donde el mayor porcentaje corresponde al estrato 4 con el 47% (f = 167), seguido por el estrato 5 con un porcentaje del 21% (f = 76); posteriormente se encuentran los estratos 3 y 6 con 18% (f = 64) y 13% (f = 47), respectivamente. En los estratos 1 y 2 los resultados fueron muy poco significativos, alcanzando el 1% (f = 2) y el 0.2% (f = 1) respectivamente.

Tabla 5

Estrato socioeconómico

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	Menos de 1
2	2	1
3	64	18
4	167	47
5	76	21
6	47	13

La mayoría de las estudiantes pertenecen a los estratos tres, cuatro y cinco, lo que quiere decir que poseen un nivel económico medio-alto, con la consecuente y presumible facilidad de acceso a la educación-información y poder adquisitivo de métodos contraceptivos.

Como se comentaba anteriormente, la mayor parte de la muestra es originaria de Bucaramanga 60% (f ~ 215) siendo significativamente mayor que las demás categorías. Este valor es seguido por Barrancabermeja con el 10% (f =36) . Otros lugares de procedencia aportados por las participantes fueron Cúcuta 4% (f =16), Bogotá 3.64% (f =13),

Barranquilla, Ocaña y San Gil obtuvieron puntajes similares 3% (f =9 cada uno) y otros destinos con menos de 1% entre los que se destacan: Cali, Arauca, Pereira, Rio de oro, Sincelejo, Sogamoso, y Valledupar (Tabla 6).

Tabla 6

Procedencia

CIUDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bucaramanga	215	60
Barrancabermeja	36	10
Florida blanca	5	1
Sangil	9	3
Bogotá	13	4
Cúcuta	16	4
Barranquilla	9	3
Cali	1	Menos de 1
Ocaña	9	3
Arauca	3	Menos de 1
Sogamoso	4	Menos de 1
Pereira	2	Menos de 1
Sincelejo	1	0
RiÓ De Oro	2	Menos de 1
Valledupar	3	Menos de 1
Otros	29	7

Debido a la ubicación geográfica de la universidad gran parte de las estudiantes muestreadas son de la misma ciudad o zonas aledañas a esta. En este sentido, la cercanía geográfica de las zonas de procedencia permite suponer una idiosincrasia o entorno social similar, si se tiene en cuenta la homogeneidad de la muestra en otros aspectos como estrato, rango de edad, etc.

En materia de credo religioso (Tabla 7), la religión católica fue la opción que con más frecuencia se obtuvo, representada con un 82% (f = 296); para las otras tres categorías se obtuvieron puntajes inferiores al 10% así:

para la categoría Ninguna un 9% (f = 31), Otras religiones deferentes a la católica y la protestante con un valor de 5% (f = 17) y la categoría Protestante con un valor de 4% (f = 13) .

Tabla 7

Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	296	82
Protestante	13	4
Ninguna	31	9
Otra	17	5

En acuerdo con las características propias del país y la región, es comprensible la mayor frecuencia de aparición de la religión católica. Desde el punto de vista que interesa a la investigación, se debe destacar como punto importante que este credo es uno de los más ambivalentes respecto a la práctica sexual, pero es tajante en su posición de rechazo a la anticoncepción y el aborto.

Laboralmente hablando el 81% de las mujeres de la muestra (f = 288) no se encuentran vinculadas laboralmente en la actualidad, mientras que el 19% restante (f = 69) articula la actividad académica con el trabajo formal, como se puede apreciar en la tabla 8.

Tabla 8

Trabajo

Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	19
No	288	81

En general las universitarias no se encuentran laborando en la etapa actual de sus vidas, probablemente

debido a que todavía conviven con sus padres y éstos proveen todas las necesidades económicas de las mismas. Para confrontar lo anterior, se indagó a las participantes acerca de la procedencia de sus ingresos económicos, obteniendo como resultado que la mayor parte, correspondiente al 86% (f = 304), dependen económicamente de su familia; en menor proporción, el 14% (f = 51) obtiene sus ingresos de la actividad laboral, mientras que el 1% (f = 2) dependen de las becas institucionales.

Tabla 9

Ingresos

INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Familia	304	85
Trabajo	51	14
Beca	2	1

Resumen Parte A

En la parte A de la encuesta aplicada se encontró que las universitarias de la muestra están en un rango de edad mayoritario entre 19 a 22 años, predominando la soltería como estado civil, lo cual determina que en muchos casos aún se encuentran conviviendo con sus padres; pertenecen a estratos socioeconómicos 3, 4, y 5, procedentes en su mayoría de Bucaramanga y su área de influencia; profesan y practican la religión católica, no trabajan y dependen económicamente de sus padres (Figura 1).

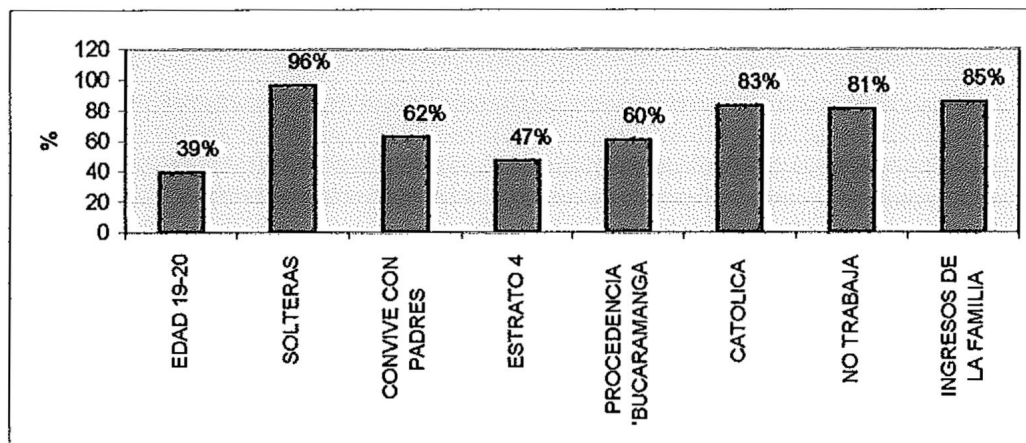


Figura 1. Resumen información sociodemográfica.

Parte B: Información Educativa

Esta parte de la encuesta tuvo por objeto determinar características propias del proceso educativo de las mujeres encuestadas con relación a la recepción, las fuentes y utilidad de la educación sexual adquirida.

Las variables educativas que se tuvieron en cuenta para la obtención de la información en la muestra seleccionada fueron: educación sexual en el colegio, educación sexual en la universidad, orientación de la familia, orientación de los amigos, y utilidad de la percepción sobre la utilidad de la educación sexual.

Al preguntar a las mujeres si habían recibido educación sexual durante el bachillerato (tabla 10), el 47% (f =167) afirmó que solo sucedió algunas veces, siendo este el porcentaje mayoritario, seguido por el 26% (f =92) que dijeron haber recibido educación siempre durante bachillerato y el 15% (f =52) que dijeron haberla recibido casi siempre. Para cada una de las categorías casi nunca y nunca se obtuvo un porcentaje de 6% (f =23).

Tabla 10

Educación Sexual en el Colegio

E. SEXUAL EN EL COLEGIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	92	26
Casi Siempre	52	15
Algunas Veces	167	47
Casi Nunca	23	6
Nunca	23	6

Se aprecia que un porcentaje importante de las estudiantes universitarias recibió algún tipo de educación sexual en los colegios, lo que indica que tienen al menos bases teóricas en esta área, aunque la frecuencia de esta educación no fue la que cabría esperar, ya que el 59% se ubicó entre las categorías Nunca, Casi Nunca y Algunas Veces.

Del mismo modo que en el ítem anterior, se exploró la frecuencia con la que las participantes han recibido clases de orientación sexual en la universidad. En este sentido, el 55% (f = 195) afirmó nunca haber recibido educación sexual durante la carrera, mientras que el 27% (f = 95) dice haberlo hecho algunas veces y el 14% (f = 50) dijo que esto no había ocurrido casi nunca. Los porcentajes correspondientes a las categorías siempre y casi siempre alcanzaron el 3% (f = 9) y el 2% (f = 8) respectivamente, como se evidencia en la tabla 11).

Tabla 11

Educación sexual en la universidad

E. SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	9	3
Casi Siempre	8	2
Algunas Veces	95	27
Casi Nunca	50	14
Nunca	195	55

En la tabla 11 se puede observar que alrededor del 95% de la muestra no ha obtenido asesoría institucionalizada a través de una cátedra de educación sexual desde su ingreso a la universidad. En este sentido, se debe destacar que si se suma este hecho a la infrecuente educación sexual previa a la educación superior, la ausencia de ésta en la universidad aumenta las desventajas y riesgos de las menos informadas.

Como parte de la exploración sobre las fuentes a partir de las cuales las participantes obtuvieron su educación sexual, se indagó la frecuencia con la que las participantes han obtenido información sobre la sexualidad de parte de su familia (Tabla 12) . En esta variable el 30% (f = 108) refirió haber recibido sus primeras orientaciones acerca de sexualidad de la familia sólo algunas veces, mientras que el 24% (f =79) afirma que siempre la información provenía de la familia, el 22%) dice que la información la recibió de la familia casi siempre. Para las categorías casi nunca y nunca se obtuvieron puntajes menores 13% (f =45) 11% (f =40) respectivamente.

Tabla 12

Orientación Sexual de la familia

ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	85	24
Casi Siempre	79	22
Algunas Veces	108	30
Casi Nunca	45	13
Nunca	40	11

En la mayoría de casos la familia, desempeña un papel importante en cuanto a la educación sexual de sus hijas; a pesar de que todas pertenecen a hogares católicos, pocos practican la religión lo que probablemente favorezca este hecho, como ya lo había observado González (2002) desde la década de 1970. Esta información esta relacionada, además, con la suministrada por la directora del banco de datos del centro de investigaciones sociológicas de la universidad Externado de Colombia, Margarita Delgado (1992), quien concluye que las adolescentes más informadas conviven con padres católicos no practicantes o indiferentes ante la religión, los cuales conceden bastante libertad y asesoría.

Otra fuente de información sobre la sexualidad que fue tomada en cuenta es el grupo de amigos, del cual también se exploró la frecuencia con la que las participantes recibieron de ellos orientación sexual (Tabla 13). La mayoría de las participantes, correspondientes al 42% (f =149), expresaron que casi siempre la información relacionada con la sexualidad provenía de los amigos; el siguiente porcentaje, 36% (f =128), correspondió a quienes dijeron que los amigos eran algunas veces las fuentes de orientación sexual. Con porcentajes significativamente menores aparecieron las categorías siempre 12% (f = 42), casi nunca 6% (f = 23) y nunca 4% (f = 15).

Tabla 13

Orientación Sexual de los amigos

ORIENTACIÓN AMIGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	42	12
Casi Siempre	149	42
Algunas Veces	128	36
Casi Nunca	23	6
Nunca	15	4

Frente a este factor, se puede observar que las universitarias obtienen la información sobre sexualidad, frecuentemente de los amigos conservando la tendencia de las investigaciones previas, y obedeciendo a la etapa psicosocial y el marco educativo en que se encuentran, incrementando el riesgo en el ejercicio de la sexualidad, al contar con preconceptos erróneos.

La última variable relacionada con la información educativa fue sobre la percepción de las participantes acerca de la utilidad de los conocimientos sobre la sexualidad en su vida. Con referencia a esto el 36,4% refirió que las orientaciones acerca de sexualidad son útiles para el ejercicio de esta sólo algunas veces, el 27,7% refiere que esta información es útil siempre, el 25,2% que casi siempre lo son. Para las categorías casi nunca y nunca, los porcentajes son inferiores al 10% (6,44% y 4,2%, respectivamente).

Tabla 14

Utilidad de la información y orientación sexual

UTIL. INFORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	99	28
Casi Siempre	90	25
Algunas Veces	130	36
Casi Nunca	23	6
Nunca	15	4

La población universitaria confirma que la educación sexual ha tenido un cierto grado de utilidad hasta el momento/ corroborando la información brindada por Guerrero (1994) en la cual expresa que los colombianos nacidos después de la década de los 80 se han convertido en los primeros receptores de dicha educación. Aunque las cifras obtenidas en las categorías Algunas Veces y Casi Nunca permiten inferir que la información recibida por las mujeres encuestadas ha sido fragmentaria y no satisface todas las dudas y necesidades de las mismas.

Resumen Parte B

En el segmento B de la encuesta, se estableció que el semestre que concentro mayor población de mujeres fue el sexto. En cuanto a la educación sexual en el bachillerato, la mayoría dijo haberla recibido algunas veces, mientras que en la universidad más de la mitad de la muestra asegura no haberla recibido nunca o casi nunca; algunas veces obtuvieron la información de orientación sexual de la familia, y casi siempre se ha obtenido de los amigos. Respecto a la utilidad de la misma, se considera mayoritariamente que en algunas ocasiones o casi siempre ésta les fue útil (Figura 2).

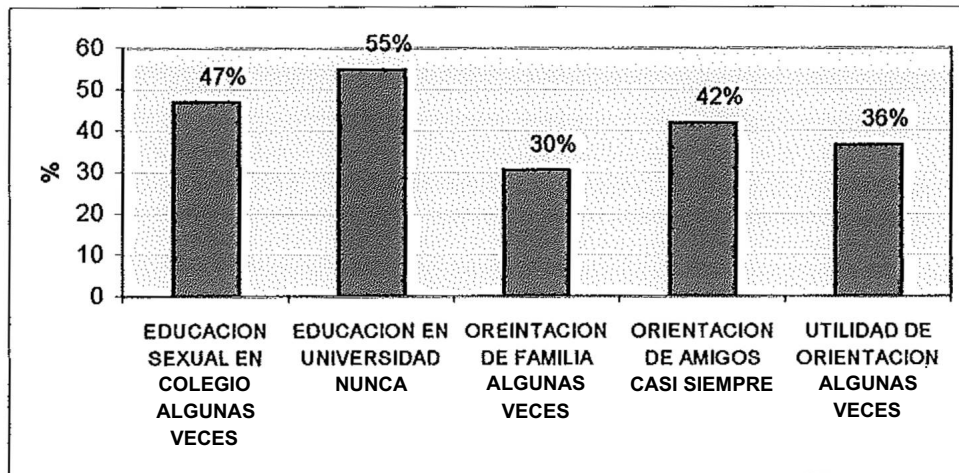


Figura 2« Resumen información educativa.

Parte C. Información sobre el Comportamiento Sexual

Las variables tenidas en cuenta para recoger información sobre este tópico fueron: presencia/ausencia de relaciones sexuales genitales, edad de la primera relación sexual, primera pareja sexual, cantidad de compañeros sexuales desde el inicio de la actividad, frecuencia de relaciones sexuales en la actualidad, métodos utilizados para prevenir el embarazo, autopercepción acerca de la importancia de las relaciones sexuales en las relaciones de pareja, satisfacción en las relaciones sexuales, necesidad de utilizar métodos anticonceptivos, y autopercepción acerca de la participación del compañero sexual en la utilización de métodos anticonceptivos.

Respecto a la presencia/ausencia de relaciones sexuales genitales, el 75% (f = 269) refirió haber tenido relaciones sexuales, mientras que el 25% (f = 88) afirmó no haberlas tenido aun, como se aprecia en la tabla 15.

Tabla 15

Presencia/ausencia de relaciones sexuales

RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	269	75
No	88	25

La población universitaria encuestada es en su mayoría activa sexualmente, según datos arrojados por la investigación, los cuales corroboran las estadísticas expuestas por García (2001) ante el Foro sobre Educación Sexual. La mayor presencia de relaciones sexuales incrementa los riesgos potenciales, si se tiene en cuenta que el rango de edad de las participantes las sitúa en una etapa en la que la madurez psicológica y las necesidades socio-afectivas pueden constituir fuente de conflicto, como lo afirman Papalia y Wendkos (1997).

De las 269 mujeres que son sexualmente activas, se analizaron otros aspectos relativos a su vivencia de la sexualidad.

Con respecto a la edad de inicio de la vida sexual, se observa que la distribución mayoritaria en esta variable correspondió a las categorías 18 años, con 16% (f =58); 17 años, con el 15% (f =52); 16 años, con el 10% (f =34); 19 años, con un 9% (f =33); y 20 años con un 8% (f =30). Otros porcentajes menos significativos se encontraron en para las edades de 15 años, con un porcentaje de 7% (f = 25) , y 21 años, con un porcentaje de 4% (f =15) . La edad más temprana de iniciación de las relaciones sexuales fue de 12 años con un 1.5% (f = 2) y la mas tardía de 25 con un 0.2% (f = 1).

Tabla 16

Edad de Inicio de la Sexualidad

EDAD DE INICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	2	1
13	4	1
14	11	4
15	25	9
16	34	13
17	52	19
18	58	22
19	33	12
20	30	11
21	15	6
22	3	1
23	1	0
25	1	0

La tabla 16 muestra que esta población se inició sexualmente entre los 12 y los 25 años de edad, lo que corresponde a los inicios de la adolescencia e inicios de la adultez. La mayoría se ubica entre los 17 y 18 años, periodo en el cual se ingresa a la universidad, pero todavía hay mujeres vírgenes dentro de este rango, dato que se ha relacionado con los encontrados en la investigación realizada por Vanguardia Liberal (2003).

Por otro lado, la tabla 17 muestra que el 68% (f = 244) de las mujeres universitarias refieren haber iniciado su actividad sexual con su novio, siendo esta categoría la que mostró una mayor distribución, seguida por el 4% (f=15) que iniciaron su actividad sexual con un amigo, el 2% (f «7) con otra persona diferente a las anteriores y el 1% (f = 3) con un familiar.

Tabla 17

Compañero iniciador de actividad sexual

COMPAÑERO INICIADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Novio	244	91
Amigo	15	6
Familiar	3	1
Otro	7	3

En la mayoría de los casos las estudiantes se inician sexualmente con su novio, ya que esta es la fuente de presión más común a esta edad, según indica González (2002). Así mismo, dada la influencia del entorno social y cultural del país y la región, los valores llevan a las mujeres a iniciar sus relaciones con la persona con quien mantienen un lazo afectivo, a diferencia de lo reportado por múltiples investigaciones con respecto a los varones»

Es así como la mayoría de las estudiantes universitarias refieren haber tenido un solo compañero sexual (32%; $f = 115$); seguidas de aquellas que han tenido 2 compañeros sexuales, con el 19% ($f = 67$), y las opciones 3 y 4 o más compañeros sexuales, con un porcentaje de 10% cada una ($f = 37$); la categoría 4 compañeros sexuales obtuvo un porcentaje de 4% ($f = 13$). Estos datos se presentan en la tabla 18.

Tabla 18

Número de compañeros sexuales

NÚMERO DE COMPAÑEROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	115	43
2	67	25
3	37	14
4	13	5
4 0 +	37	14

La mayor parte de las universitarias presentan uno o dos compañeros sexuales, lo que quiere decir que la mayoría no son promiscuas y que tienden a conservar las mismas parejas sexuales, Al respecto, González (1997) estableció que las mujeres tienen una tendencia mayor a relacionar la genitalidad con la afectividad y por esto presenta mayor resistencia a establecer nuevas uniones sexuales. Estos datos concuerdan, a su vez, con los arrojados en el estudio realizado por Vanguardia Liberal.

También se indagó a las participantes por la frecuencia con que utilizaban los métodos para prevenir el embarazo obteniendo como resultado un 39% (f = 139) para aquellas que los utilizan siempre, un 15% (f = 53) para las que los utilizan casi siempre, un 13% (f = 47) para las que no los utilizan nunca, un 6% (f = 23) para las que los utilizan algunas veces y un 2% (f = 7) para las que no los utilizan casi nunca.

Tabla 19

Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos

F. U. ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	139	52
Casi Siempre	53	20
Algunas Veces	23	9
Casi Nunca	7	3
Nunca	47	17

Un 72% de las participantes utilizan métodos anticonceptivos siempre o casi siempre que tienen relaciones sexuales. Este es un indicador muy positivo, por cuanto

evidencia que el riesgo de embarazos no deseados o no planeados en la población encuestada es inversamente proporcional al uso constante de preservativos.

Al preguntar a las mujeres acerca de si sus compañeros sexuales utilizaban métodos anticonceptivos el 67% (f =179) contesta afirmativamente, mientras que el 33% (f =90) refiere que sus compañeros sexuales no utilizan métodos anticonceptivos, como se aprecia en la tabla 20.

Tabla 20

Utilización de métodos por parte del compañero

MÉTODOS USADOS POR LOS HOMBRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	179	67
No	90	33

La mayoría de compañeros sexuales de las mujeres indagadas utilizan alguna forma de protección, presumiblemente preservativos, para prevenir embarazos; sin embargo, según la encuesta las mujeres tienden a responsabilizarse mayoritariamente de esta tarea. No obstante, la tasa significativa de participación masculina en la prevención de embarazos influye también en la protección contra E.T.S., ya que el método más común para los hombres y más utilizado durante la adolescencia y adultez temprana es el preservativo, que cumple el doble propósito.

Esto se refrenda al observar que el 58% afirmó utilizar el condón; mientras que el 29% (f = 77) la inyección, el 20% (f = 53) la pildora diaria, y el 9% (f = 25) el ritmo ovulatorio. También se encontraron otros puntajes menos significativos para los espermicidas, la pastilla del día después y el coito interrumpido. Algunas estudiantes

utilizan más de dos tipos de métodos de protección, siendo la combinación más utilizada el condón y la inyección (Tabla 21) .

Tabla 21

Métodos anticonceptivos utilizados

MÉTODO MAS UTILIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Píldora	53	20
Inyección	77	29
Condón	157	58
Diafragma	1	0
Espermicida	2	1
Ritmo Ovulatorio	25	9
P. Día Después	2	1
Ot ro	14	5

El condón es un método de anticoncepción y prevención de E.T.S. que ha tenido considerable aceptación en la población universitaria, convirtiéndose en el método anticonceptivo mas utilizado por ésta, seguido por la inyección y la píldora. Las universitarias también utilizan frecuentemente el ritmo ovulatorio que es un método poco confiable frente a los embarazos e inútil con las E.T.S., al igual que el coito interrumpido el cual es ubicado dentro del valor otros.

Al preguntar a las mujeres por su actitud a cerca de la importancia de las relaciones sexuales en las relaciones de pareja (Tabla 22), el 39% (f = 139) responde que son importantes siempre, el 34% (f = 120) afirman que son importantes casi siempre, el 23% (f = 82) responde que algunas veces son importantes. Otros valores menos representativos son el 3% (f = 11) afirman que nunca son importantes y el 1% (f = 5) dice que casi nunca son importantes. La mayoría de las mujeres universitarias

perciben las relaciones sexuales como importantes dentro de la relación de pareja.

Tabla 22

Importancia de las Relaciones Sexuales

IMPORTANCIA	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	139	39
Casi Siempre	120	34
Algunas Veces	82	23
Casi Nunca	5	1
Nunca	11	3

La mayoría de las universitarias consideran que las relaciones sexuales son un componente importante dentro de las relaciones de pareja; por esto responden de manera positiva frente a ellas, viéndolas como un componente importante en la estabilidad de la relación y como fuente de placer, que es su último fin.

Al preguntar por la frecuencia de la satisfacción en las relaciones sexuales el 33% considera que satisfacen siempre, el 40% (f = 118) afirma que son satisfactorias casi siempre y el 22% (f = 80) asegura que algunas veces son satisfactorias. Otros puntajes menos significativos son el 3% (f = 10) que afirma que casi nunca son satisfactorias, y el 1% (f = 5) dice que las relaciones sexuales no son satisfactorias nunca.

Tabla 23

Satisfacción en las Relaciones sexuales

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	118	33
Casi Siempre	144	40
Algunas Veces	80	22
Casi Nunca	10	3
Nunca	5	1

La generalidad de universitarias piensan que las relaciones sexuales son satisfactorias en algún momento, por esto se convierten en un reforzador el cual lleva a que se repitan frecuentemente, con el fin de compensar el deseo sexual. Adicionalmente, el disfrute de las relaciones sexuales se convierte en un factor reforzador de la autoestima y el autoconcepto, que de estar acompañado de campañas que apunten en este sentido puede ser aprovechado como un medio para reducir el impacto de problemas y riesgos asociados a la sexualidad en esta población.

Ante la frecuencia de la actitud hacia la utilización de métodos el 85% (f = 304) responde que siempre, el 10% (f = 37) responde casi siempre, el 4% (f = 15) dice que algunas veces y el 1% (f = 1) afirma que no es necesario utilizarlos. Como se puede ver en la tabla 24, hay una actitud marcada hacia la utilización de métodos anticonceptivos.

Tabla 24

Percepción de la necesidad de Métodos Anticonceptivos

PERCEPCIÓN UTILIZA MÉTODOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	304	85
Casi Siempre	37	10
Algunas Veces	15	4
Casi Nunca	1	1
Nunca	0	0

La tabla 24 muestra que entre las universitarias la actitud hacia la utilización de anticonceptivos es positiva, ya que la generalidad piensa que se deben utilizar siempre. Esto se debe posiblemente al condicionamiento privado del ejercicio de la sexualidad, el cual permite su ejercicio, pero critica la irresponsabilidad dentro de ésta, teniendo

en cuenta que tanto la mujer como el hombre se encuentran en una etapa que alberga una gran capacidad reproductiva.

Como complemento de las preguntas anteriores, se indagó acerca de la auto percepción de la participación del hombre en la utilización de métodos anticonceptivos, ante lo cual el 84% (f = 299) respondió que éste debía participar siempre, el 12% (f = 44) afirmó que el hombre debe participar casi siempre, el 3% (f = 12) refiere que el hombre debe participar algunas veces y el 1% (f =2) expresa que el hombre no de participar casi nunca. La actitud de las estudiantes frente a esta afirmación esta dada hacia la aceptación.

Tabla 25

Participación activa del compañero sexual en la anticoncepción

PARTICIPA EL COMPAÑERO	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	299	84
Casi Siempre	44	12
Algunas Veces	12	3
Casi Nunca	2	1
Nunca	0	0

La mujer universitaria cree que el hombre debe compartir con ella la responsabilidad del uso de anticonceptivos, ya sea de manera directa por medio del condón o indirecta apoyando el uso de estos, por parte de su compañera.

Resumen Parte C

En este tercer segmento se encontró que el 75% de la población es activa sexualmente e iniciaron su vida sexual

la mayoría entre los 16 y los 20, con su novio. En la actualidad un porcentaje alto ha tenido entre 1 y 2 parejas sexuales, utilizan un método anticonceptivo siempre o casi siempre, aunque algunos a pesar de mantener relaciones sexuales no los utilizan. La mitad de los compañeros sexuales utilizan métodos de protección, siendo los más populares el condón, la inyección y la píldora diaria. Una gran cantidad de la población cree que las relaciones sexuales son importantes en la relación de pareja, que son satisfactorias casi siempre o siempre, que se debe utilizar métodos anticonceptivos y que el compañero sexual debe participar en la utilización de los mismos.

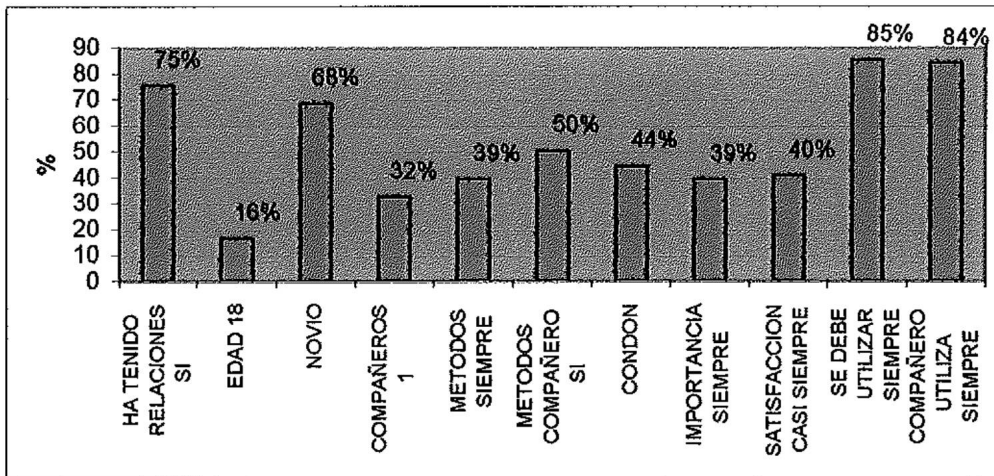


Figura 3. Resumen información sobre comportamiento sexual.

Parte D. Información sobre el Aborto

En este segmento se tuvo en cuenta la posición de las universitarias frente al aborto, la posibilidad de aborto, las causas, el método empleado, actitudes de la pareja y de la familia, y si se recurriría nuevamente a el en caso de un

embarazo.

Como parte de la exploración sobre el área del aborto se introdujo la pregunta acerca de la conducta actual ante un embarazo, frente a esto el 59% (f = 210) responde que no abortaría y el 41% (f = 147) refiere que si lo baría. Este porcentaje es significativo ya que compromete casi la mitad de la población (Tabla 26).

Tabla 26

Aborto en la actualidad

ABORTO EN ACTUALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	147	• 41
No	210	59

Más de la mitad de las universitarias piensan que no abortarían en este momento si se encontraran en embarazo, pero poco más del 40% si lo haría o contempla esta posibilidad, posiblemente por encontrarse dependiendo de la familia y por su vinculación con la actividad académica. Cabe anotar que la universitaria posee conocimientos acerca de la implicación de un aborto, mas lo contempla dentro de sus posibles soluciones.

La tabla 27 muestra que el 91% (f = 326) de las mujeres encuestadas no han abortado nunca, mientras que el 9% refirió haberlo hecho (f = 31).

Tabla 27

Presencia/Ausencia de Aborto

ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	31	9
No	326	91

Un total de 31 mujeres refirieron haber abortado, lo cual constituye un segmento importante de la muestra. El hecho de que el porcentaje sea cercano al 10% abre dos posibilidades igualmente preocupantes: la primera es que los métodos a los que recurren las estudiantes no sean los adecuados y, la segunda, que si se toma en cuenta el hecho de que siempre existe un subregistro que duplica a las personas que contestan afirmativamente, se podría estar hablando de una cantidad de entre el 10 y el 30% en una población relativamente pequeña, con el consiguiente riesgo de salud pública.

Los datos que se presentan en adelante se obtuvieron de las participantes que afirmaron haber abortado. Con relación a la variable anterior, se indagó acerca de las causas por las cuales se toma la decisión de abortar, obteniendo como resultado que el 71% (f = 22) lo hizo por que un hijo no les permitiría terminar sus estudios, el 58% (f = 18) lo hizo por presión de la familia o por iniciativa personal, el 55% (f = 17) abortó ante la imposibilidad de mantener el bebe, el 45% (f = 14) por presión de la pareja, el 26% (f = 8) por presión social y el 13% (f = 4) por ante la posibilidad de perder un trabajo futuro. Cabe agregar que las participantes podían seleccionar varias de las opciones, por lo cual los porcentajes se obtuvieron independientemente, como se aprecia en la Tabla 28.

Tabla 28

Motivo de aborto

MOTIVO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Iniciativa Personal	18	58
Presión De La Pareja	14	45
Presión Social	8	26
No Poder Mantener El Bebe en Ese Momento	17	55
Presión Familiar	18	58
Si Tenia el Bebe No Podría Terminar Los Estudios	22	71
Trabajo Futuro	4	13

El motivo más frecuente que se encontró dentro de las 31 universitarias que abortaron para tomar la decisión fue el de la culminación de sus estudios, la presión familiar, la incapacidad económica para mantener el bebe y la presión de la pareja. Estas razones son propias de la etapa de la adolescencia y la adultez temprana, donde se depende económicamente de los padres y la finalidad de las relaciones de pareja es netamente hedonista. Sin embargo, llama la atención que, a pesar de que la presión de la familia es fuerte en esta época, solo se ejerció en la mitad de los casos, posiblemente esto se deba a que la censura moral por parte de la familia ha disminuido en la actualidad o a que no se les haya revelado el hecho.

La mayoría de las 31 estudiantes que refirieron haber abortado utilizaron como método para interrumpir el embarazo la inyección abortiva con un 52% (f « 16), este puntaje es seguido por el legrado con el 26% (f = 8), el aborto autoinducido con el 13% (f = 4) y, finalmente, la aspiración con el 10% (f = 3).

Tabla 29

Método utilizado

MÉTODO UTILIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inyección Abortiva	16	52
Aspiración	3	10
Legrado	8	26
. Autoinducido	4	13

El método más utilizado para interrumpir el embarazo fue la inyección abortiva, posiblemente porque se consigue fácilmente en el mercado y es una técnica que aparentemente es sencilla, al igual que el método autoinducido, probablemente utilizando pastillas o medicamentos orales. Posteriormente, esta el legrado junto con la aspiración con puntajes más bajos; en estos caso las universitarias recibieron asistencia medica, a pesar de estar prohibida por la ley* Cabe anotar que los métodos utilizados por la mayoría de la población son los que menos garantías ofrecen a la mujer en cuanto a su salud.

En la mayoría de los 31 casos registrados, la reacción de la pareja fue de apoyo en el 89% (f =26), lo que quiere decir que la pareja estaba de acuerdo con que se llevara a cabo el aborto; el 10% (f = 3) rechazaron o no estaban de acuerdo con el aborto y el 6% (f = 2) mostraron indiferencia ante el hecho o no se enteraron del embarazo.

Tabla 30

Actitud de la pareja

ACTITUD DE PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rechazo	3	10
Apoyo	26	89
Indiferencia	2	6

En la tabla se evidencia que la mayoría de las parejas mostraron una actitud de apoyo frente al aborto. Este apoyo se puede interpretar como sentimiento de rechazo hacia el embarazo y la responsabilidad que esto implicaría, o un sentimiento contrario pero con una actitud de apoyo ante la decisión tomada por la mujer. La actitud descrita inicialmente es la que genera distanciamiento o ruptura de relaciones según Bankole (1999).

En la mayoría de los casos la reacción de la familia fue de rechazo o indiferencia, registrando un 39% (f = 12); en el 35% de los casos (f = 11) la reacción familiar fue de indiferencia, mientras que el 26% (f = 8) de las familias mostraron una actitud de apoyo frente a la situación.

Tabla 31

Actitud de la familia

ACTITUD DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rechazo	12	39
Apoyo	8	26
Indiferencia	11	35

La actitud de rechazo por parte de la familia probablemente se haya dado ante el conocimiento de la problemática y la indiferencia se podría interpretar como un desconocimiento de ésta. La actitud de apoyo revela que son pocas las universitarias que mantienen una comunicación estrecha con sus familias y que son pocas las familias bumanguesas que aceptan que sus hijas en particular mantengan relaciones sexuales.

En la mayoría de los casos de las estudiantes que abortaron refirieron que volverían a recurrir al aborto en caso de otro embarazo no deseado 68% (f = 21), mientras que

el 32% (f = 10) afirmaron lo contrario.

Tabla 32

Reincidencia del Aborto

REINCIDENCIA DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	21	68
No	10	32
Total	31	100

Más de dos terceras partes de las participantes que han abortado afirman que lo volverían a hacer si es necesario, lo cual contradice los postulados que hablan a cerca de las consecuencias negativas a nivel psicológico, ya que según estos, el individuo que ha vivido un hecho traumático tiende a evitarlo o evadirlo, como se da por ejemplo en el trastorno de estrés postraumático. Frente a esto la Federación Nacional de Aborto (2001), afirma que el estrés asociado con el aborto es un estrés agudo, el cual desaparece al finalizar el procedimiento y que está relacionado con el periodo inicial del embarazo y no al postabortivo.

Resumen Parte D

En este cuarto segmento sobre la información acerca del aborto, la mayoría de las mujeres refieren que en caso de embarazo actual no abortarían; según su criterio, consideran que el costo de un aborto esta entre 101.000 y 500.000 pesos. Del total de la muestra, el 9% (f = 31) de las mujeres han abortado por varias causas, entre las que se destacan no poder terminar los estudios, por presión de la familia y la imposibilidad de mantener al bebe. El método más utilizado fue la inyección abortiva, aplicada por ellas

mismas o por un médico. La actitud de la pareja fue de apoyo en la mayoría de los casos, mientras que la familia mostró una actitud de rechazo o desconocimiento de la problemática. En la mayoría de los casos, las mujeres que abortaron afirmaron que volverían a hacerlo.

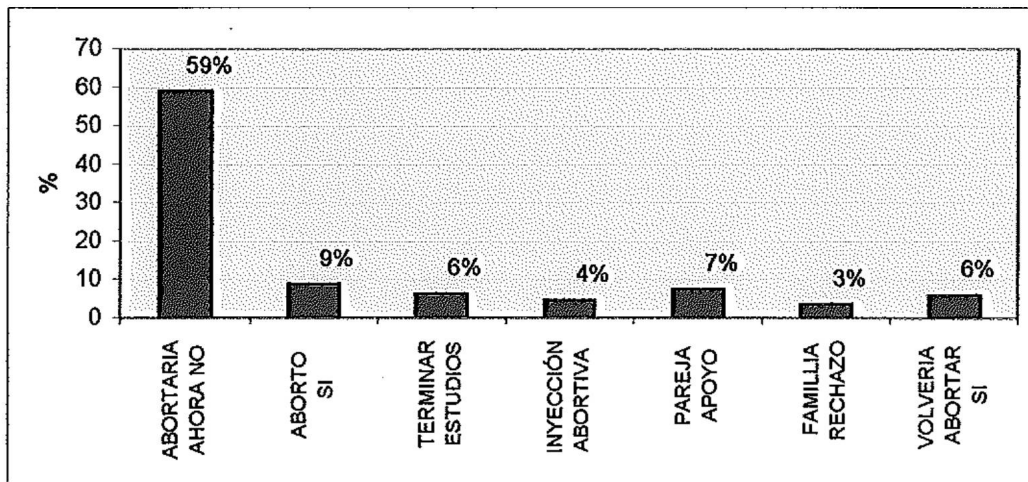


Figura 4. Resumen Información Sobre el Aborto.

Parte E. Actitudes Frente Al Aborto

Como parte de la exploración a cerca de las actitudes de las universitarias frente al aborto, se tuvieron en cuenta afirmaciones en cuanto a la aceptación, consecuencias y penalización de éste.

El aborto como una solución aceptable fue una afirmación que las estudiantes evitaron o evadieron en un 34% (f = 123), otras refirieron estar totalmente de acuerdo con la afirmación 27% (f = 97) , el 16% (f = 58) está totalmente en desacuerdo la afirmación, el 14% (f = 50) están de acuerdo con ésta, y el 8% (f = 29) está en desacuerdo.

Tabla 33

El Aborto como solución aceptable

EL ABORTO ACEPTABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente de Acuerdo	97	28
De Acuerdo	50	14
Neutral	123	34
En Desacuerdo	29	8
Totalmente en Desacuerdo	58	16

Las posiciones están divididas. Sin embargo, hay una tendencia marcada hacia la aceptación de la afirmación por parte de las mujeres universitarias, las cuales consideran el aborto como una posible solución. El mayor porcentaje se registró frente a la posición neutral

En cuanto a la libertad de la mujer para decidir si aborta o no, en la mayoría de los casos las estudiantes refirieron estar totalmente de acuerdo con esta afirmación obteniendo un puntaje de 45% (f « 160), el 20% (f = 72) mostraron una posición neutral o de evasión, el 20% (f = 72) están de acuerdo con ella, el 10% (f = 35) se mostró en desacuerdo y el 5.04% (f = 18) está totalmente en desacuerdo.

Tabla 34

Libertad de la Mujer Para Decidir

LIBERTAD PARA DECIDIR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente de Acuerdo	160	45
De Acuerdo	72	20
Neutral	72	20
En Desacuerdo	35	10
Totalmente en Desacuerdo	18	5

Hay una tendencia hacia la aceptación de la afirmación ,

ya que en últimas es la mujer quien dispone de su cuerpo.

Al indagar si el aborto podía ser considerado un método de planificación familiar, el 34% (f = 121) está totalmente en desacuerdo, el 27% (f = 96) se mostró neutral, el 24% (f = 86) está en desacuerdo, el 11% (f = 40) estuvo de acuerdo y el 4% (f = 14) responde estar totalmente de acuerdo.

Tabla 35

El Aborto como Método de planificación

ABORTO COMO MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	14	4
De Acuerdo	40	11
Neutral	96	27
En Desacuerdo	86	24
Totalmente En Desacuerdo	121	34

En la tabla 35 se observa una tendencia muy marcada hacia la oposición con relación a esta afirmación; sin embargo, el 15 % (11% + 4%) de la población considera el aborto como un método de control de natalidad, lo cual es casi coincidente con el porcentaje de mujeres que ha abortado.

Al considerar el hecho de que se deba consultar la decisión de abortar con la pareja, en la mayoría de los casos las universitarias se mostraron totalmente de acuerdo con esta afirmación obteniendo un 60% (f = 215), el 27% (f = 98) está de acuerdo, el 10% (f = 35) se mostró neutral y el 2% (f = 7) está totalmente en desacuerdo.

Tabla 36

Pareja y aborto

PAREJA Y ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	215	60
De Acuerdo	98	27
Neutral	35	10
En Desacuerdo	2	1
Totalmente En Desacuerdo	7	2

Frente a esta afirmación se observa una clara tendencia a la aceptación, ya que en esta etapa juega un papel muy importante la influencia de la pareja en la toma de decisiones.

También se exploró la opinión sobre el hecho de consultar con la familia la decisión de abortar; ante esta afirmación en la mayoría i de los casos las <estudiantes se mostraron neutrales 38% (f =137) lo que indica que prefirieron no opinar o evitar esta afirmación, este puntaje fue seguido por el 20% (f =72) quienes están en desacuerdo; mientras tanto, el 18% (f =63) se muestra totalmente de acuerdo, el 15% (f =52) está totalmente en desacuerdo y el 9% (f =33) está de acuerdo.

Tabla 37

Familia y aborto

FAMILIA Y ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	63	18
De Acuerdo	33	9
Neutral	137	38
En Desacuerdo	72	20
Totalmente En Desacuerdo	52	15

Se aprecia que hay tendencia hacia el rechazo de esta

afirmación, ya que generalmente se encuentran discrepancias entre las actitudes de la familia y las de los adolescentes frente a la sexualidad y en particular frente al aborto. Como se apreció al explorar las fuentes de información sobre sexualidad, en esta edad es más fácil acudir a hablar sobre la sexualidad con amigos u otros adultos diferentes del ámbito familiar.

Se exploró la opinión de las mujeres respecto a que el aborto afecta el bienestar físico de la mujer. En la mayoría de los casos las estudiantes se mostraron totalmente de acuerdo con esta afirmación, con un 52% (f =187), seguido por las opciones De Acuerdo, con 36% (f =127) y neutral, con 11% (f =39) . Otros puntajes menos significativos fueron el 2% (f =3) en desacuerdo y el 1% (f =1) totalmente en desacuerdo.

Tabla 38

Bienestar físico de la Mujer

BIENESTAR FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	187	52
De Acuerdo	127	36
Neutral	39	11
En Desacuerdo	3	2
Totalmente En Desacuerdo	1	1

Como se puede apreciar en la tabla 48, hay una tendencia muy marcada hacia la aceptación de la afirmación, probablemente porque los medios de comunicación y las distintas fuentes de orientación así lo manifiestan, y también por las condiciones de salud en que se llevan a cabo estos procedimientos, ya que son realizados en la clandestinidad y bajo irregulares condiciones de asepsia.

Del mismo modo se preguntó sobre el bienestar psicológico. En la mayoría de los casos las estudiantes se mostraron totalmente de acuerdo con la afirmación, con el 57% (f =208); esta opción fue seguida las opciones De Acuerdo, con 28% (f =102) y neutral 12% (f =42). Los porcentajes menos significativos fueron el 2% (f =4) en desacuerdo y el 1% (f =1) totalmente en desacuerdo.

Tabla 39

Bienestar psicológico de la mujer

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	208	57
De Acuerdo	102	28
Neutral	42	12
En Desacuerdo	4	2
Totalmente En Desacuerdo	1	1

En esta afirmación también hay una tendencia marcada hacia la aceptación, ya que la sociedad y los medios masivos de comunicación, dirigidos en especial por movimientos en contra del aborto, hacen intensas campañas sobre las implicaciones negativas que puede acarrear un aborto, sea en condiciones adecuadas o de manera clandestina. No obstante, hoy en día se sabe que las consecuencias psicológicas van ligadas estrechamente a las características expresas del caso, las características de personalidad y del entorno. Frente a esto, los estudios mas científicamente rigurosos, encontraron que no hay un trazo de "Síndrome Después del Aborto"¹¹ y más aun, que ese síndrome no es reconocido ni por Iqs científicos ni por los médicos (Federación Nacional de Aborto, 2001) .

Otro punto que fue objeto de escrutinio fue la

repercusión negativa del aborto en la relación de pareja. Ante esta afirmación en la mayoría de los casos las universitarias mostraron una posición neutral 42% (f =152), mientras que el 22% (f =79) se encuentra de acuerdo; por otro lado, el 16% (f =58) se muestra en desacuerdo, el 10% (f =35) totalmente en desacuerdo y el 9% (f =33) afirma estar totalmente de acuerdo.

Tabla 40

El Aborto y la Relación de Pareja

RELACIÓN DE PAREJA Y ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	33	9
De Acuerdo	79	22
Neutral	152	43
En Desacuerdo	58	16
Totalmente En Desacuerdo	35	10

Hay una tendencia muy leve hacia la aceptación de esta afirmación; esto corrobora lo expuesto por Bankole (1999), donde afirma que el aborto genera un sentimiento de culpa que hace que la mujer se distancie de la pareja que, de un modo u otro, no aceptó la responsabilidad que el embarazo implicaba.

Al preguntar si el aborto es un hecho inmoral, la mayoría de las universitarias mostraron una posición neutral ante la afirmación con un porcentaje de 32% (f = 115); también hubo un segmento de la población que expresó estar totalmente de acuerdo con esta (27%; f = 97), mientras que el 18% (f = 65) se mantiene de acuerdo, el 13% (f = 46) en desacuerdo y el 10% (f =34) totalmente en desacuerdo.

Tabla 41

El aborto como hecho inmoral

ABORTO COMO HECHO INMORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	97	27
De Acuerdo	65	18
Neutral	115	32
En Desacuerdo	46	13
Totalmente En Desacuerdo	34	10

En esta afirmación hay una tendencia marcada hacia la aceptación. Esta actitud esta posiblemente influenciada por las creencias culturales, sociales y religiosas que son trasmitidas con la interacción del entorno. Además, en un medio principalmente católico, es comprensible que el rechazo abierto de esta congregación al aborto influya en las mujeres proporcionalmente con el nivel de práctica religiosa en que se encuentran.

Al preguntar si el aborto debería despenalizarse, el 34% (f =123) de las mujeres se mostró neutral, mientras que 23% (f =82) mostró estar en desacuerdo; de otro lado, el 17% (f =60) se mantiene totalmente de acuerdo, el 15% (f =54) totalmente en desacuerdo y el 11% (f =38) de acuerdo.

Tabla 42

Despenalización del Aborto

DESPENALIZADO EL ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente De Acuerdo	60	17
De Acuerdo	38	11
Neutral	123	34
En Desacuerdo	82	23
Totalmente En Desacuerdo	54	15

En esta afirmación el 38% se muestra en desacuerdo, el 28% acepta y la mayoría de las mujeres se muestran neutrales o prefieren no opinar acerca del tema. Se puede observar una disonancia cognitiva entre lo que se piensa y lo que se hace o se tiende a hacer, ya que se rechazan muchas de las implicaciones del aborto, pero se sigue considerando como una opción, aunque lejana.

Resumen Parte E

En este último segmento de la encuesta, las universitarias refirieron en su mayoría que el aborto es una solución aceptable en caso de un embarazo no deseado y que las mujeres tienen libertad para decidir si abortan o no. En caso de que el embarazo interfiera con los planes de la mujer el aborto no es considerado como la opción que menos prejuicios trae, aunque tampoco es considerado como un método de control de natalidad. Ante la afirmación acerca de la necesidad de consultar a la pareja en caso de aborto, la mayoría dice estar totalmente de acuerdo; pero por consultar con la familia la mayoría dice estar en desacuerdo. La generalidad de universitarias afirma que el aborto pone en peligro la salud física y psicológica de la mujer, además, afirma un segmento considerable de la población que el aborto afecta la relación de pareja y es un hecho inmoral. Más de la mitad de la población esta en desacuerdo con la despenalización del aborto y finalmente un porcentaje considerable afirma que el aborto ocasiona cambios en las relaciones personales.

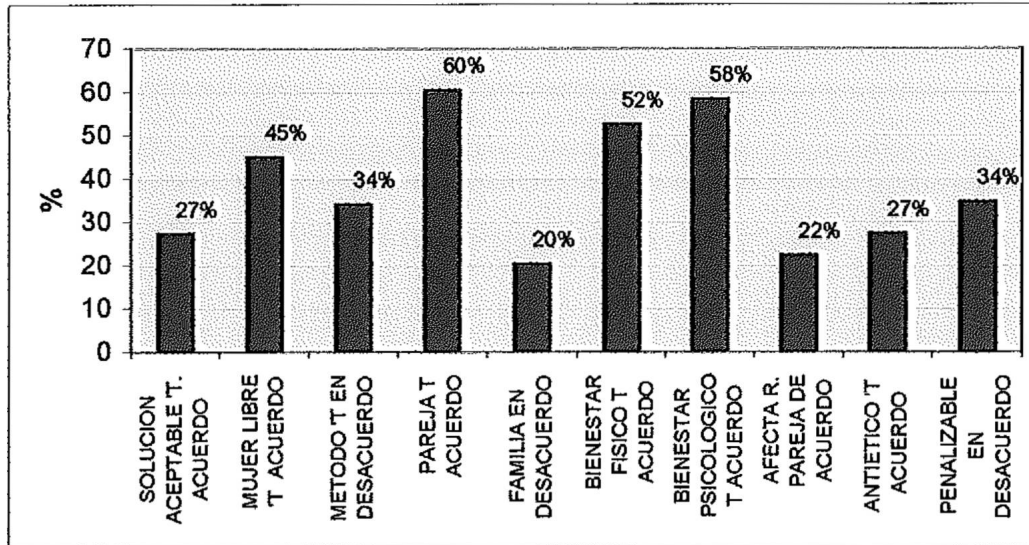


Figura 5. Resumen Actitudes Frente al Aborto.

Resumen de Resultados por facultades

Para las autoridades académicas de la universidad, puede resultar de mucha utilidad conocer los aspectos más resaltantes hallados por las investigadoras en cada una de las facultades, razón por la cual en el siguiente aparte de la exposición de los resultados se destacan los puntos en los que las diferentes facultades presentaron evidencias que deben ser subrayadas.

Para lograr lo anterior se establece un perfil modal, en el que se compendian los ítems que obtuvieron porcentajes significativos; los demás ítems poco significativos para ser mencionados se pueden hallar del apéndice D en adelante.

Facultad de Administración de Empresas

A continuación se presentan los datos más relevantes de

dicha facultad y posteriormente en el apéndice D se presentan más explícitamente.

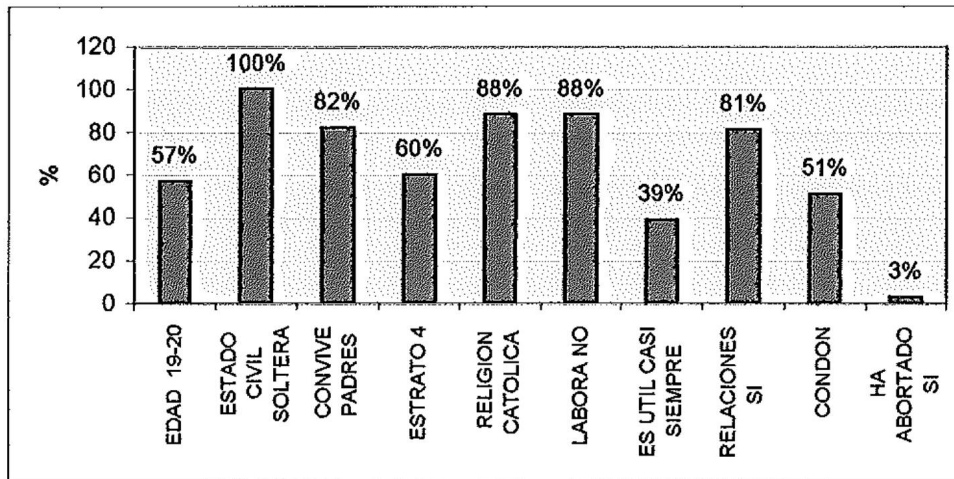


Figura 6. Resumen de Resultados Facultad de Administración.

La submuestra de esta facultad estuvo conformada por 33 mujeres universitarias escogidas al azar, En esta población, la mayoría de mujeres se encuentran ubicadas entre rangos de edades de 19 y 20 años, son en su totalidad solteras; el 80% vive con sus padres y dependen económicamente de ellos. El 60% pertenece al estrato 4 y más del 80% son de religión católica. Este segmento expresa que la orientación sexual le ha sido útil casi siempre. El método anticonceptivo más utilizado es el condón y solo el 3% ha abortado.

Facultad de Artes Audiovisuales

Esta submuestra está conformada únicamente por una mujer, la cual se encuentra ubicada en el rango de 23 o más años, es soltera y convive actualmente con sus familiares. Es de estrato 4 y de religión católica; actualmente se encuentra laborando y argumenta que la información sobre

orientación sexual no le ha sido útil nunca. Esta universitaria tiene relaciones sexuales, pero no ha abortado nunca. (Ver apéndice E)

Facultad de Comunicación Social.

Está conformada por 20 universitarias de diferentes semestres, donde la mayoría se encuentra ubicado entre los 19-20 y 21-22 años puntuando cada uno con el 35%. La generalidad de estudiantes son solteras, el 70% convive con sus padres y dependen de ellos económicamente en un 80%. Pertenecen en su mayoría a los estratos 4 y 5, y la religión a la que pertenecen es la católica en un 70%. En cuanto a la utilidad de la información brindada acerca de sexualidad expresan que les ha sido útil casi siempre. El 80% es activo sexualmente y la mitad de estas utilizan el condón como método anticonceptivo. Cinco de las participantes afirman haber abortado, constituyendo un 25%. (Ver apéndice F)

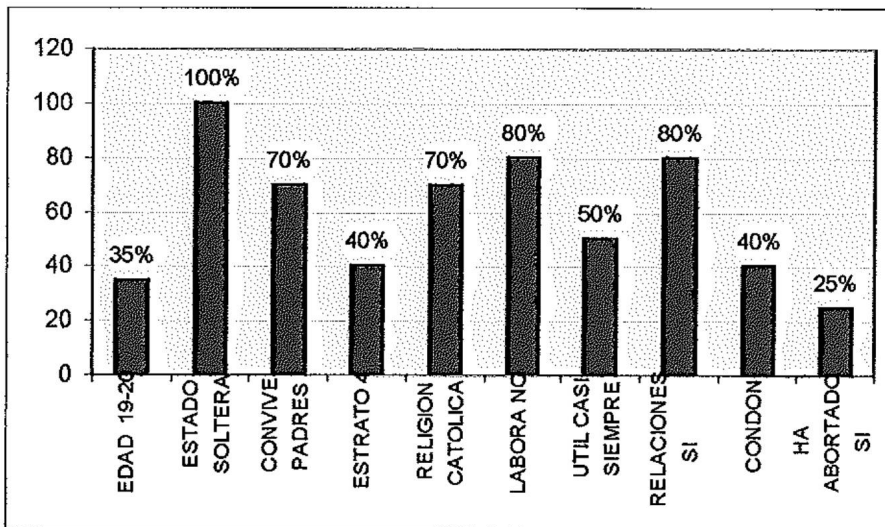


Figura 7. Resumen de Facultad de Comunicación Social.

Facultad de Contaduría

Se contó con la participación de 24 universitarias, con edades superiores a los 21 años, la mayor parte son solteras y conviven con sus padres o familiares; hay dos casos de mujeres casadas. Se encuentran ubicadas dentro de los estratos 3 al 6, y mayoritariamente son católicas. Actualmente, la mayoría no labora y por ende dependen económicamente de los padres. La información sobre sexualidad les ha sido útil casi siempre y en cuanto al aborto, sólo una ha recurrido a esta práctica. (Ver apéndice G)

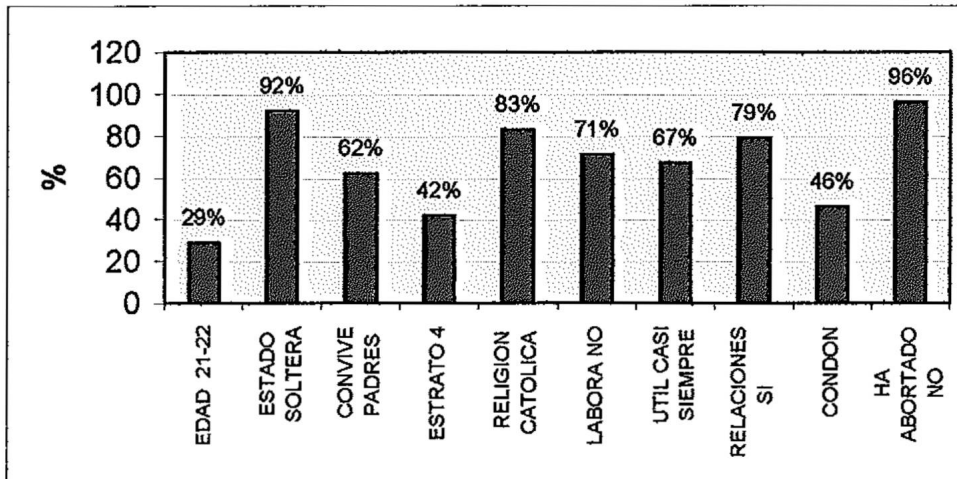


Figura 8. Resumen de Facultad de Contaduría.

Facultad de Derecho

En esta facultad se seleccionó una submuestra de 63 universitarias con edades entre los 19 y 22, las cuales son solteras, en su mayoría conviven con sus padres, dependiendo económicamente de ellos. Este segmento se encuentra ubicado en los estratos 4 y 5. La religión que profesan es mayoritariamente católica. La mayoría es activa sexualmente y reconoce que la información sobre el comportamiento sexual ha sido útil casi siempre, siempre o algunas veces. También utilizan el condón como método anticonceptivo; sin embargo, 10 de ellas refieren haber abortado, siendo esta la tasa más alta con respecto a otras facultades. (Ver apéndice H)

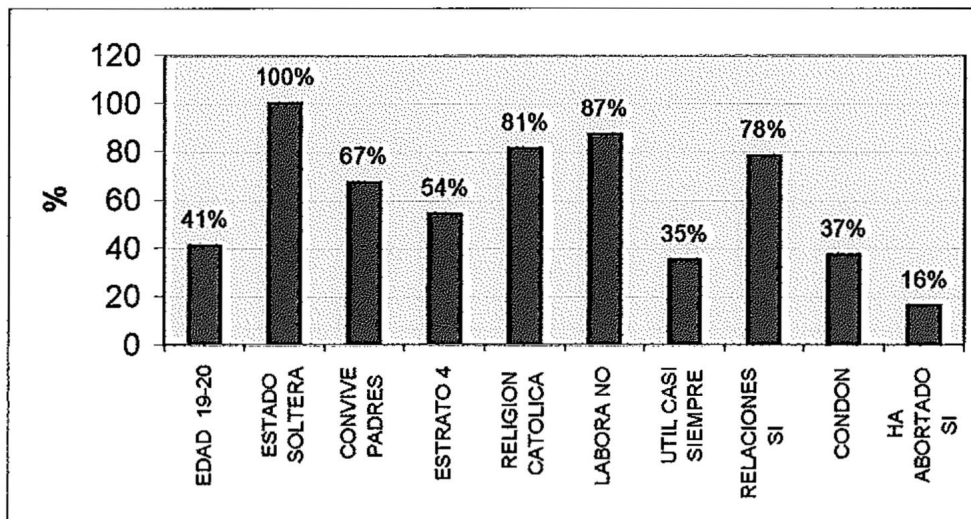


Figura 9. Resumen de Facultad de Derecho.

Facultad de Educación

Este segmento está conformado por 20 mujeres de edades entre 19 y 22 años, siendo todas ellas solteras. La mayoría conviven con sus padres, mientras que en menor proporción algunas viven con familiares o en residencias universitarias; la mayor parte pertenece al estrato 4, profesan la religión católica y no se encuentran laborando. La información sobre sexualidad les ha servido casi siempre o algunas veces. 14 participantes son activas sexualmente y la mitad de éstas utilizan el condón como método anticonceptivo, y en menor proporción la inyección o el ritmo ovulatorio. No se presentan casos de aborto. (Ver apéndice I)

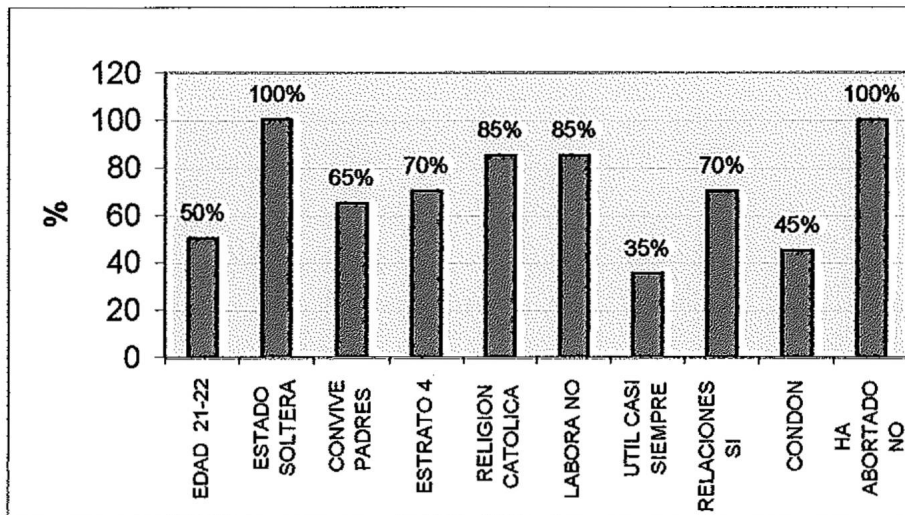


Figura 10. Resumen de Facultad de Educación.

Facultad de Energía

Sólo se tuvo en cuenta una mujer dado el tamaño de la población de esta carrera. La participante tiene entre 21 y

22 años, es soltera y convive con los amigos; es de estrato 4, de religión católica, se encuentra laborando actualmente y de ahí provienen sus ingresos. La información que recibió acerca de educación sexual le ha sido útil casi siempre. Es activa sexualmente, utiliza el condón como preservativo y no ha abortado nunca. (Ver apéndice J)

Facultad de Ingeniería Financiera

La submuestra está conformada por 65 mujeres. La mayoría son solteras, 5 de ellas son casadas. Conviven con los padres, familiares y amigos; son de estratos 3 a 5, y son mayoritariamente católicas. Un porcentaje considerable se encuentra laborando, rasgo común en las estudiantes de carreras nocturnas. La información acerca de sexualidad les ha servido casi siempre, siendo el condón el método más utilizado para prevenir el embarazo y las E.T.S. Se encuentran 5 casos de aborto. (Ver apéndice K)

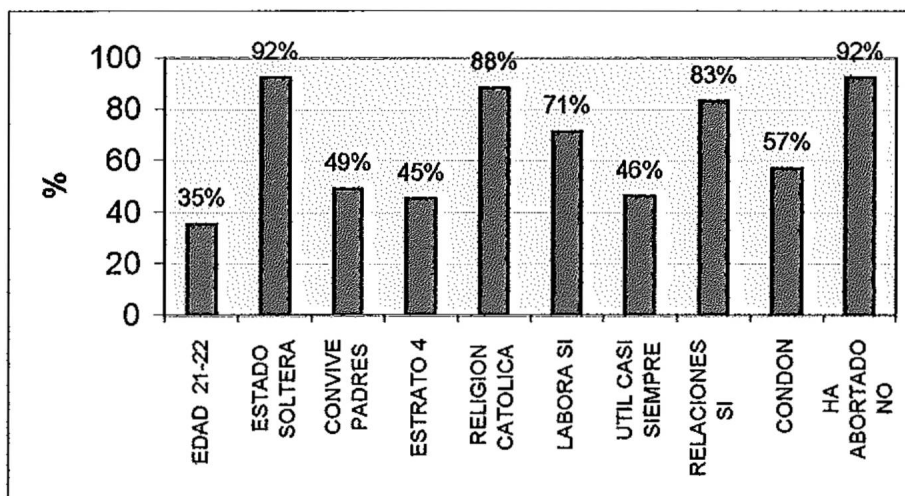


Figura 11. Resumen de Facultad de Ingeniería Financiera.

Facultad de Hoteleria y Turismo

Se contó con 9 participantes, en su mayoría con un rango de edad entre 19 y 20 años. Todas las participantes son solteras, cerca del 80% convive con sus padres y 2 de ellas viven con familiares. Pertenecen a los estratos 3 y 4, son católicas y no laboran. La información suministrada acerca de orientación sexual les ha sido útil casi siempre, 6 de ellas son activas sexualmente y utilizan para prevenir embarazos el condón y la píldora. Se presentó un caso de aborto. (Ver apéndice L)

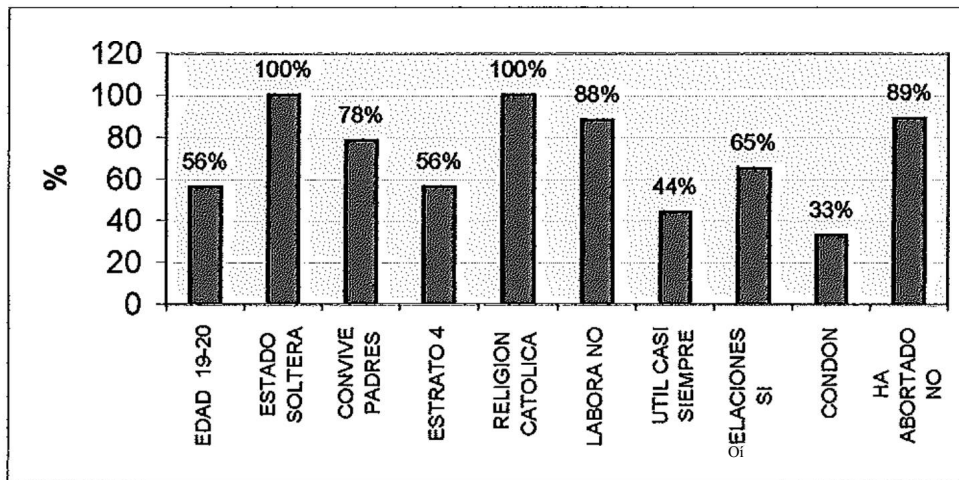


Figura 12. Resumen de facultad de hoteleria y turismo.

Facultad de Ingeniería Mecatrónica

Tres estudiantes conforman esta submuestra. Dos participantes se encuentran entre 19 y 20 años y una entre los 16 y 18. Todas son solteras y dependen económicamente de los padres. Viven con en mayor medida con familiares diferentes de los padres, pero dependen económicamente de éstos, ya que ninguna labora. Pertenecen a los estratos socioeconómicos 3, 4 y 5, y son de religión católica. La información sobre sexualidad les ha servido casi siempre y sólo en un caso se registró actividad sexual utilizando el condón. Ninguna de las participantes refiere haber abortado. (Ver apéndice M)

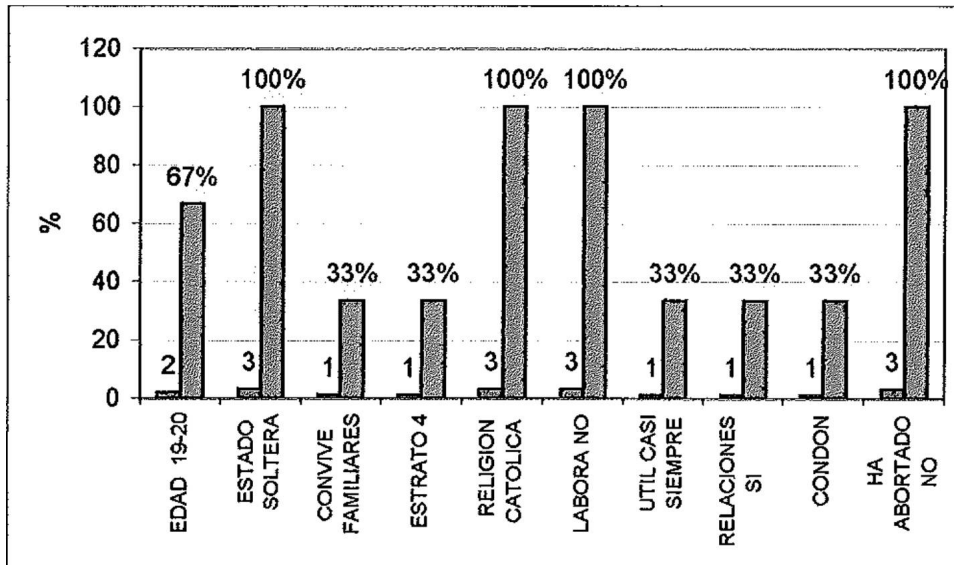


Figura 13. Resumen de Facultad de Ingeniería Mecatrónica.

Facultad de Medicina

Este segmento contó con 37 participantes, con edades entre los 16 y los 20 años, las cuales son en su totalidad solteras y conviven con sus padres o familiares. Son de estratos socioeconómicos 3, 4, 5 y 6, profesan la religión católica, y actualmente dependen económicamente de sus padres. La utilidad de la educación sexual se dio casi siempre. El 60% de la población es activa sexualmente y utilizan para prevenir embarazos el condón, la inyección y la pildora. Sólo una estudiante de esta facultad ha abortado. (Ver apéndice N)

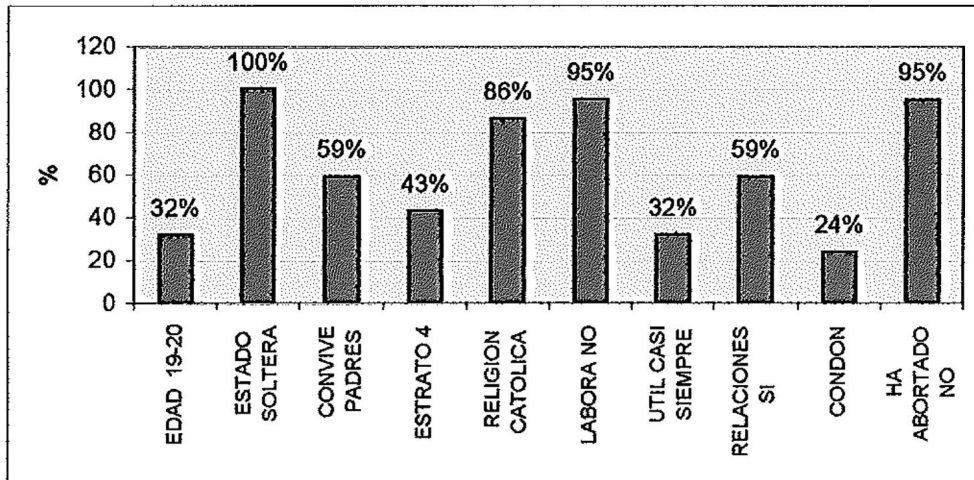


Figura 14. Resumen de Facultad de Medicina.

Facultad de Ingeniería Mercados

Se tuvo en cuenta 30 mujeres seleccionadas estadísticamente, las cuales se encuentran ubicadas dentro del rango de edad de 16 a 20 años; son en su mayoría solteras y conviven con los padres. Pertenecen al estrato 4 y profesan la religión católica. Un porcentaje considerable labora y expresa que la orientación recibida le ha sido útil casi siempre. Dos de las participantes han abortado. (Ver apéndice Ñ)

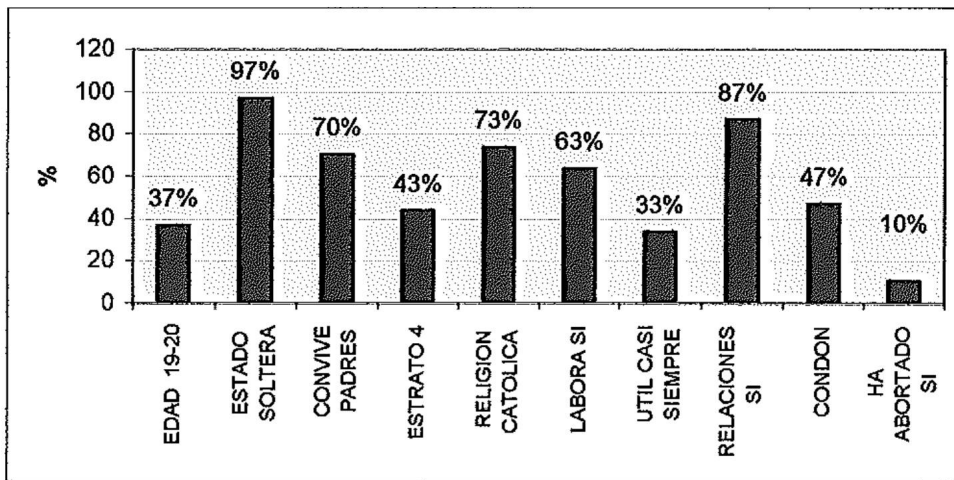


Figura 15. Resumen de Facultad de Ingeniería de Mercados.

Facultad de Música

Son 4 las participantes de esta carrera. Están ubicadas entre los 19 y 20 años de edad, solteras y conviven con padres o sus parejas. Son de estrato 4, profesan la religión católica y dependen económicamente de sus padres o esposos. Las clases de educación sexual les han servido casi siempre, 3 de las participantes son sexualmente activas y se protegen con el condón de embarazos no seseados. Ninguna de las participantes ha abortado. (Ver apéndice 0)

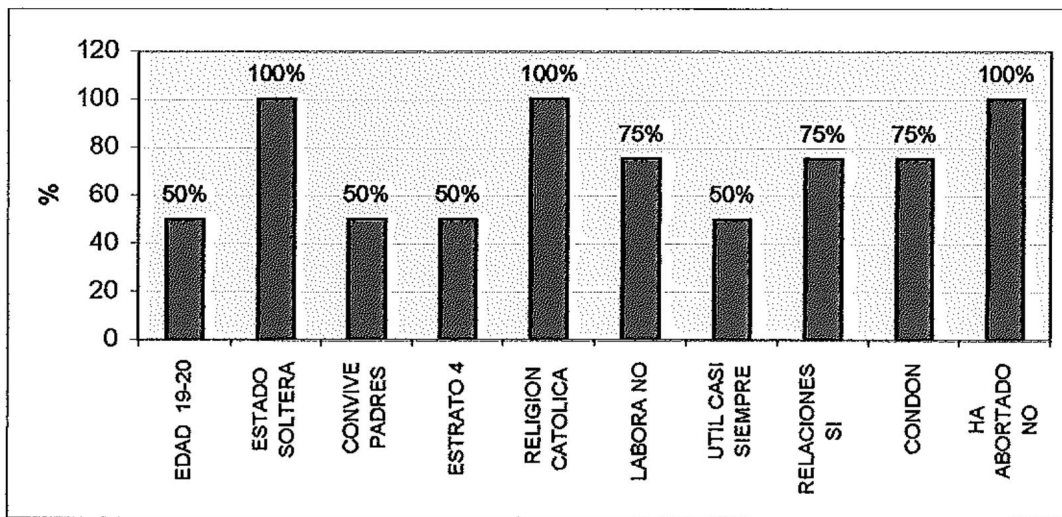


Figura 16. Resumen de Facultad de Música.

Facultad de Psicología

La submuestra está conformada por 36 mujeres, las cuales se encuentran entre los 19 y 22 años de edad. En su mayoría son solteras a excepción de 2 casos de casadas y uno de viuda. La mayoría convive con sus padres, familiares o residencias universitarias y son de estratos 3, 4 y 5. La religión que profesan es predominantemente católica y en

cuanto al área laboral 9 mujeres se encuentran laborando, mientras que las demás dependen económicamente de sus padres. Las orientaciones acerca de sexualidad les han sido útiles casi siempre, 25 de las participantes son activas sexualmente y 11 son vírgenes aun. El método mayormente empleado es el condón, seguido por la inyección. 6 de las mujeres que conforman la muestra han abortado. (Ver apéndice P)

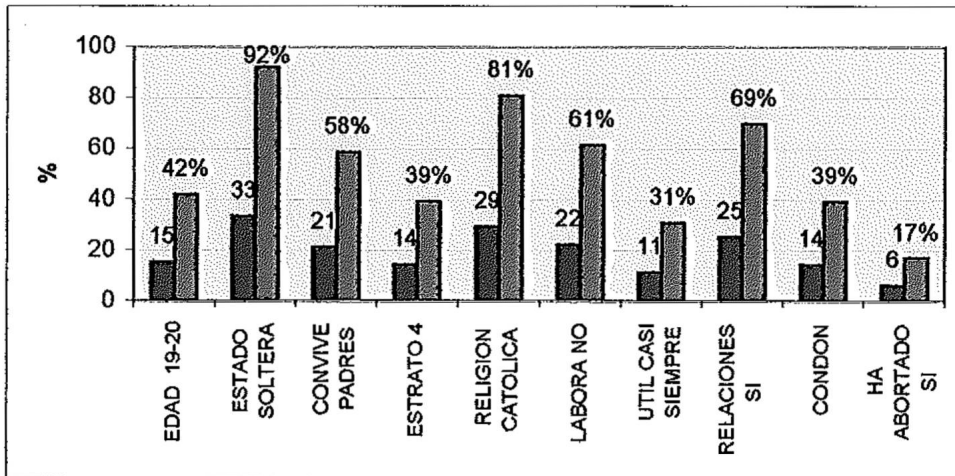


Figura 17. Resumen de Facultad de Psicología.

Una vez expuestos los resultados a nivel general y los perfiles modales de las diferentes facultades, en el siguiente capítulo se desarrolla la discusión teórica de los resultados, dentro de la cual se evalúa el cumplimiento de los objetivos, se responde a la pregunta de investigación y se proponen las conclusiones de las investigadoras.

Discusión y Conclusiones

La investigación presentada en este documento tuvo como principal finalidad la descripción de las actitudes de las estudiantes universitarias frente al embarazo no deseado y sus resultados permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados, tanto el general como los específicos♦

De este modo, se logró describir las actitudes de las estudiantes frente a la sexualidad y el embarazo no deseado, por medio del diseño de una encuesta semiestructurada que demostró ser útil para la finalidad propuesta, con excepción de las opciones intermedias (neutras) de las preguntas tipo Likert, ya que en algunas preguntas hubo grandes porcentajes de mujeres que no se inclinaban ni a favor ni en contra del argumento propuesto; no obstante, esta actitud puede interpretarse como ambivalencia, lo cual también resulta interesante de analizar, ya que según lo afirmado por Arias (1996), las actitudes no predeterminan la conducta, pero si ofrecen un margen para predecir el comportamiento; así, se puede inferir que esta negativa a optar por favorecer o rechazar el aborto de forma categórica puede indicar que las mujeres mantienen al aborto como una opción desagradable, pero no la descartan del todo ante la eventualidad de un embarazo no planificado♦

Los antecedentes recopilados indicaron que el tema de la sexualidad, los embarazos a edad temprana y las consecuencias sociales, psicológicas y médicas de estos no han recibido la atención requerida y su estudio se ha limitado a la epidemiología. De ahí que se fortaleciera la necesidad de lograr una aproximación a las actitudes de las universitarias frente a su sexualidad, con un alto nivel

éxito, que se ve reflejado en hechos como la sinceridad con que muchas mujeres hablaron de aspectos complejos de su vida sexual —como haber abortado, por ejemplo— con lo cual se superaron las expectativas planteadas al principio, sustentadas en afirmaciones de teóricos que como Bankole (1999) destacan la tendencia al subregistro de las mujeres abortantes.

Otro objetivo que se cumplió de manera cabal fue el de la caracterización sociodemográfica de la muestra empleada, pudiendo afirmar que son mujeres de un estrato socioeconómico medio-alto, donde la mayoría depende económicamente de sus padres, lo que disminuye sus responsabilidades, pero al mismo tiempo genera dependencia de su entorno familiar. A este respecto, Papalia y Wendkos (1997) afirman que la edad adulta temprana se va definiendo por el aumento de las responsabilidades, lo cual en ocasiones aumenta el temor por parte de las universitarias de perder dicho apoyo, lo cual se vio manifestado en las mujeres que afirmaron haber abortado por presiones directas de la familia o ante la posibilidad de perder el apoyo económico y académico.

De la misma manera, Ardila, Peña y Rueda (2001), en su trabajo de grado sobre creencias acerca de relaciones sexuales, afirman que el adolescente siente constante tensión entre la necesidad de alejarse de los padres para forjar su identidad y su dependencia de ellos para la satisfacción de sus necesidades, aunque procurando salirse de la esfera de su control, ante lo cual el ejercicio de la sexualidad se constituye en ocasiones en una especie de válvula de escape. De ahí que las mujeres que abortaron se sintieran en algunos casos presionadas por la posible reacción de la familia, pero no le comunicaron a ésta ni el

hecho de estar embarazadas ni el de haber interrumpido la gestación.

En cuanto a la religión, se encontró que la mayoría de las universitarias provienen de familias católicas, lo cual hace suponer que éstas tienen criterios morales medianamente definidos con respecto a las relaciones prematrimoniales y al aborto, teniendo en cuenta que la posición oficial del Vaticano es contraria al sexo extramatrimonial, la planificación familiar y el aborto, en cualquiera de las formas en que estas situaciones puedan darse. En este sentido, el estudio realizado por el Centro de Investigaciones sobre la Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia (1995), plantea que las adolescentes menos informadas suelen tener padres católicos practicantes que les brindan información escasa o tardía; pero en el caso de las universitarias, este factor no se observa probablemente por el nivel educativo en que se encuentran y el círculo social al que pertenecen; es decir, que las mujeres de la muestra son presumiblemente hijas de hogares poco practicantes de la religión, en los cuales se da información parcializada sobre sexualidad y libertad poco controlada las mujeres, lo que podría explicar el elevado índice de utilización de anticonceptivos y métodos barrera por iniciativa de las mujeres (a causa de la información recibida), pero al mismo tiempo el escaso conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, por lo cual no exigen de su pareja una participación más activa en la prevención del embarazo y las E.T.S.

En este sentido, frente a la información educativa se encontró que las universitarias pocas veces reciben información sexual suficiente por parte de la familia, debido a los escasos canales de comunicación existentes al

respecto al interior de las familias, como lo indica Guerrero (1994) . Esto se suma al hecho de que se evidenció un gran vacío dejado por el sistema educativo, ya que ni en el colegio ni en la universidad estas mujeres han recibido información suficiente y constante.

En contrapartida, la joven universitaria se inclina a recibir la información sobre sexualidad a partir del grupo de amigos con mayor frecuencia, debido posiblemente a la disminución de la censura por parte de estos y a que las mujeres que se encuentran en la adolescencia y la adultez temprana experimentan como característica propia de estas etapas una orientación hacia el desarrollo de un vínculo fuerte hacia sus pares o iguales, con los que pasan largos periodos de tiempo; por esto es frecuente que se comente y se reciba orientación por parte de ellos, como lo coligió -a partir de múltiples investigaciones- González (2002)♦ Según el diagnóstico inicial que fundamentó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Protección Social, 2003), este hecho se convierte en un factor de riesgo para el embarazo no deseado y sus demás consecuencias, ya que la calidad de la información brindada a las adolescentes no es la adecuada.

En materia de actitudes frente a la sexualidad, lo que constituyó otro de los objetivos planteados, se encontró que las mujeres universitarias piensan que las relaciones sexuales son un componente intrínseco importante en las relaciones de pareja, cuyo fin último es el placer más que la procreación, lo cual contrasta con la posición frecuente antes de la década de 1970, cuando las mujeres tendían a considerar el sexo más como una obligación con su pareja que como un derecho, según lo afirma Guerrero (1994) al realizar un recorrido histórico sobre la educación sexual en

Colombia. Teniendo en cuenta lo anterior, la tendencia hacia el ejercicio de las relaciones sexuales en las universitarias es alta, lo cual es corroborado por el hecho de que la mayoría ejerce la sexualidad libre y constantemente e, incluso, es capaz de hablar abiertamente sobre el tema.

Por otro lado, se observó entre las mujeres universitarias una disonancia cognitiva entre sus pensamientos y sus conductas frente al uso de los anticonceptivos, ya que la mayoría piensa que en una relación sexual, tanto el hombre como la mujer, deben utilizar métodos anticonceptivos, pero en la práctica sexual en si la frecuencia con que se usan no es suficiente, si se considera que un buen número recurre a métodos de dudosa utilidad frente al embarazo y absolutamente ineficaces frente a las E.T.S., como son el coito interrumpido y el ritmo ovulatorio. Cabe aclarar que el preservativo se usa con mucha frecuencia, pero su uso está lejos de ser generalizado; esto puede deberse a información errónea manejada por las mujeres, ya que se evidencian casos de algunas que afirman que métodos como la pildora, la inyección, el coito interrumpido y el ritmo las protegen del contagio de E.T.S., lo cual puede agruparse dentro del grupo de creencias irracionales sobre la sexualidad que suelen manejar las mujeres, como lo afirma Burt y Melks (1994), lo cual hace crecer los riesgos de salud, pues estos conocimientos equivocados se transmiten a otras adolescentes e influyen en las actitudes y posteriores comportamientos de éstas frente a su vida sexual •

Esto se puede explicar como parte del proceso de la transición a la edad adulta que vive la universitaria, al cual se debe adaptar. En la etapa psicosocial actual, no se

cuenta con el soporte económico para asumir la responsabilidad de un matrimonio, pero se tiene la madurez sexual, por lo cual el ejercicio de la sexualidad es una aproximación a la adultez, pero sin implicar las responsabilidades mínimas, como son el uso de anticonceptivos y la concertación con el compañero sexual.

En cuanto a anticonceptivos se refiere se evidencia una actitud muy favorable frente al uso del condón, convirtiéndose en el método más popular entre las mujeres de la muestra, pero como se mencionó con anterioridad, hace falta crear una cultura de uso continuo de este método, clarificando que es el más efectivo frente al embarazo (cerca del 98%, según los folletos informativos de Profamilia) y el único que ofrece un amplio margen de protección al contagio de E.T.S. La utilización conjunta de otros métodos que se evidenció en un porcentaje importante de las mujeres puede interpretarse como un buen indicador del surgimiento de una cultura sexual basada en la mutualidad en materia de placer, pero también respecto de las responsabilidades.

Al indagar sobre la presencia/ausencia de casos de aborto, se pudo establecer una incidencia en la población universitaria del 9%, o sea, que por cada 12 mujeres universitarias, 1 ha interrumpido voluntariamente un embarazo no planeado. Si bien la cifra es preocupante, al comparar este dato con los índices nacionales de aborto manejados por entidades como Profamilia y el Ministerio de Protección Social, se encuentra que la incidencia en la universidad es menor, lo cual permite inferir que el acceso a la educación superior se convierte en un factor protector frente al aborto. Cabe decir que se debe tener en cuenta el hecho de que todos los sondeos sobre el tema presentan

subregistro, por lo que la cifra podría oscilar entre el 9% obtenido y el 27%, ya que entidades como la ONU (2000) y autores como Bankole (1999) han establecido que aproximadamente por cada caso registrado, existen dos que se mantienen en la clandestinidad, por lo menos cuando se habla de la población general.

Al preguntar sobre las causas más comunes de aborto, las participantes que afirmaron haberse practicado uno mencionaron principalmente la dificultad consiguiente para terminar los estudios, la presión real o eventual de la familia y la imposibilidad de mantenerse y mantener el hijo. Estas causas son básicamente familiares, por lo que se aprecia que la actitud de las mujeres frente al aborto tiene un importante componente familiar, que puede ser real o hacer parte de los temores que la mujer alberga con motivo de la dependencia de los padres. En este sentido, el aborto en universitarias se constituye principalmente como una manera de evitar la pérdida del apoyo de los padres, tanto en términos materiales, como en lo moral y afectivo.

Un aspecto que reduce los riesgos asociados con el aborto, radica en el hecho de que las mujeres universitarias—dadas sus condiciones socioeconómicas— acuden a la ayuda profesional con más frecuencia, lo cual permite predecir unas mejores condiciones de asepsia y un personal capacitado para atender cualquier emergencia. Este dato es corroborado por Burt y Melks (1994), quienes además agregan que generalmente las adolescentes pertenecientes a estratos medio y alto, interrumpen la gestación voluntariamente debido a que se ejerce sobre ellas mayor presión social, la cual en el caso de la muestra indagada, procede principalmente de la familia y del padre del neonato.

En cuanto a actitudes frente al embarazo no deseado y

aborto se encontró que la mujer universitaria piensa que el aborto es una solución aceptable en caso de embarazo no deseado, pero sabe que trae consecuencias negativas de tipo físico y psicológico. Esto permite ver una actitud positiva frente al aborto, lo que permite predecir que frente a un embarazo no deseado este grupo de mujeres tiene un alto índice de probabilidad de manifestar esta conducta, el cual se incrementa en aquellas que ya han abortado antes. Estos datos son contrarios a los expresados por Alva (1999) y Bankole (1999), en el sentido de que ellos prevén una serie de consecuencias crónicas de tipo traumático que al parecer no afectan a estas mujeres; vale aclarar que Alva (1999) lanza la hipótesis sobre la relatividad de la gravedad de los síntomas posteriores al aborto en función de la opinión que evidencie la mujer sobre el carácter problemático de estar embarazada, pues si para ella el aborto fue una solución anhelada, incluso las consecuencias emocionales posteriores podrían ser positivas.

En apoyo de lo anterior, se aprecia cómo aún a pesar de que se maneja la creencia de que el aborto trae consecuencias físicas y psicológicas negativas, la mayoría de las mujeres que lo han practicado afirma que en caso de ser necesario, lo volverían a hacer. Pero también se aprecia en ellas una mayor constancia en el uso de anticonceptivos, lo cual podría interpretarse como un "seguro" para evitar repetir episodios desagradables del pasado.

Un punto en el que se aprecia una ambivalencia frente al aborto se da entre las mujeres que consideran que el aborto es inmoral, pero al mismo tiempo presentan una actitud desfavorable frente a la despenalización del aborto, ante lo cual la única explicación que parece plausible es la de un conflicto entre el sistema de valores y la eventual

necesidad de terminar un embarazo, por lo cual las mujeres no son categóricas y prefieren asumir una posición intermedia, cuando no ambivalente.

A nivel de facultades, se aprecia que el mayor índice de aborto se presentó entre las estudiantes de Derecho, lo que al parecer está en contradicción con los fines últimos de la carrera, ya que son las leyes las que son taxativas en prohibir y castigar su práctica. Sin embargo, esto puede deberse al gran debate jurídico existente sobre si el no nacido es depositario de derechos en todo el sentido de la palabra o si, por el contrario, sólo se le aplican cuando se hay vulneración de las garantías que le asistirían si efectivamente hubiese aspirado la primera bocanada de aire (a lo que se conoce como *nasciturus*). Sin embargo, se debe aclarar que entre los alcances del diseño de esta investigación no está el establecer correlaciones, por lo cual la primacía en la tasa de las estudiantes de Derecho puede deberse meramente al azar.

Retomando el modelo ABC de Rajecki (1989, citado por Feldman, 1999), es posible concluir que la dimensión afectiva (A) de estas jóvenes está condicionada por las convenciones y normas de su entorno social, que ejercen presión e influyen en las actitudes frente a la sexualidad, las cuales predisponen a su vez la posibilidad de que se presenten determinadas conductas (B). Adicionalmente, la articulación entre lo afectivo y lo conductual de las mujeres de la muestra, determina sus pensamientos sobre lo que representa la sexualidad, permitiendo que la ejerzan dentro de una media autonomía, matizada por las exigencias del entorno, el grupo de pares, la familia y la pareja. Cabe destacar que en el aspecto afectivo y cognitivo, la universidad no parece ejercer una influencia diferente a la

de ser un espacio en el que se experimentan nuevas formas y estilos de vida y se da una libertad sexual sin precedentes en la vida de estas mujeres.

Como conclusión final, las investigadoras quieren destacar los beneficios obtenidos de la realización de este trabajo de grado, ya que además de convertirse en un espacio óptimo para la utilización de habilidades profesionales de la carrera de psicología y generales en conocimientos de investigación, sistemas, idiomas, etc., les permitió ahondar en un campo que se ha convertido en parte vital del conocimiento integral del ser humano: la sexualidad, vista desde una de las etapas más complejas de la vida, como es la adolescencia tardía. Igualmente, les permitió evaluar y replantear sus propias actitudes frente a la sexualidad e interactuar dentro de un ámbito profesional en el cual podrán ejercer muy pronto.

El fin último de las realizadoras de este trabajo es que sus resultados beneficien a dependencias cuya labor se vea relacionada con esta población y que este beneficio se refleje en estrategias de investigación, prevención, promoción en salud e intervención, que sean más eficientes y oportunos para la población objetivo.

Para terminar, se puede concluir que la investigación cumplió con cada uno de los objetivos trazados al inicio de la misma, convirtiéndose así, en un aporte metodológico y teórico para la línea de investigación en salud, dentro de la línea que se abre en investigación sobre actitudes frente a la sexualidad y al embarazo no deseado que adelanta la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB).

Sugerencias

A fin de que se profundice mas en los hallazgos del estudio de actitudes frente a sexualidad y embarazo no deseado que se viene adelantando por parte de la Facultad de Psicología, del cual hace parte esta investigación, es necesario que se realicen algunos cambios en el instrumento utilizado para recolectar la información. Estos cambios son:

1. Eliminar de la escala tipo Likert utilizada el valor neutral, ya que este sesgó la información y facilitó la pérdida de datos valiosos para la investigación.

2. Incluir el valor "No lo supo" en las preguntas 38 y 39, ya que el valor "Indiferencia" no transmite una información clara acerca de la reacción tanto de la pareja como de la familia.

3. Cambiar el sentido ambiguo de la pregunta 51 ya que produce confusión en algunos casos.

Por otra parte, según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), el hecho de que la información sexual sea transmitida por los amigos se convierte en un factor de riesgo hacia el embarazo no deseado, ya que la calidad de la información brindada no es la adecuada. Al modo de ver de las investigadoras, teniendo en cuenta la actitud positiva de los adolescentes a recibir la información de sus pares, este factor se podría convertir en un factor de protección si se capacitan jóvenes que realicen la función de transmitir la misma información, pero manejando conceptos claros. Esta estrategia ha funcionado en otras campañas "diseñadas por estudiantes para estudiantes", en riesgos Psicosociales para la salud pública, como el alcoholismo y el consumo de tabaco.

Referencias

- Alva MC. (1999). Y Después del Aborto ¿Qué?. México: Trillas
- Anónimo. (2002). Embarazo No Deseado y Aborto Inseguro. En: Revista Panamericana de la Salud Pública; 3, (11)
- Arenas T y Ojeda LM. (1980). Factores Socioculturales Determinantes del Aborto Inducido. Trabajo de Grado, Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander
- Arias J. (1996). Estudio de Actitudes Frente a Sexualidad en Estudiantes de Medicina. Trabajo de Grado. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Bankole A. (1999). Características de la Mujer que se Somete a Aborto Inducido. [En Red] Disponible en: <http://Proquest.umi.com>
- Barón R. (1995). Psicología. México: Editorial Hispanoamérica S.A.
- Bellak L. (1993). Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México: Manual Moderno
- Burt JJ y Melks LB. (1994). Educación Sexual. México: Interamericana
- CEPAM (2000) . Políticas para la Protección de la Mujer. [En Red] Disponible en; www.cepam.org.co
- Craig J y Grace J. (1992). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall
- Congreso Nacional de la República de Colombia (2000)• Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000). Bogotá: Códigos Leyer
- Davidoff L. (1997). Introducción a la Psicología. México: McGraw Hill
- Dawes R. (1983). Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes. México: Limusa
- Diaz J. (1985). Aborto Séptico. En: Revista Colombiana de

- Obstetricia y Ginecología. 1, (33)
- Duarte S y Rueda A. (1975). Análisis de las Causas del Aborto Provocado. Trabajo de Grado. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander
- Federación Nacional del Aborto (2001). Después del Aborto. [En Red] Disponible en: [http://www.Prochoise.org/Facctsheets /SPG.htm](http://www.Prochoise.org/Facctsheets/SPG.htm)
- Feldman R. (1999). Psicología con Aplicaciones a los Países de Habla Hispana. México: McGraw Hill
- Freud S. (1912-13). Tótem y Tabú. Buenos Aires: Amorrortu
- Gallegos C y Monsvelisky H. (2001). Aborto como Violación del Derecho a la Vida. Trabajo de Grado. Costa Rica: Universidad de Costa Rica
- García MC. (2001). Investigación sobre Demografía y Salud. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional
- Gómez JG y Rivillas J. (2001). Obstetricia y Ginecología. Medellín: Universidad de Antioquia
- González JG. (1979). Comportamiento Sexual: Un Estudio Exploratorio. En Revista Latinoamericana de Psicología; 8, (1), 13-20
- González JM. (1981). Hablemos del Sexo. Barranquilla: Antillas
- González JM. (2002). Educación de la Sexualidad. Barranquilla: Antillas
- Gotwald W y Golden G. (1983). Sexualidad. México: Manual Moderno
- Guerrero P. (1994). Educación Sexual en Colombia. En: Educación Integral; 1, 7-11
- Herandez R, Fernández C, y Batista P. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill
- Lozano A. (1981) Clasificación y Tratamiento del Aborto

- Séptico. En Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia; 2, (32)
- McGuigan FJ. (1993) Psicología Experimental; Métodos de Investigación. México: Prentice Hall
- Ministerio de Protección Social (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [En Red] Disponible en: www.minsalud.gov.co
- Navarro H. (1982) Aborto Séptico. En: Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia; 1, (33)
- OPS/OMS (1998). Diagnóstico de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud
- Organización Mundial de la Salud (1970). Aborto Espontáneo y Provocado. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2002). World Health Report 2002 "Reducing Risks, Promoting Healthy Life". [En Red] Disponible en: www.who.int/whr/2002/summary_riskfactors_chp4.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (2000)* Informe Mundial Sobre Salud Sexual y Derechos Reproductivos. [En Red] Disponible en: www.un.org
- Papalia D y Wendkos S. Desarrollo Humano. México: McGraw Hill
- Posada N. (2002). Redacción de Artículos sobre el Aborto. [En Red] Disponible en: www.alapsacolombia@yahoo.com
- Publicaciones. (1985). Revista Latinoamericana de Psicología/ Volumen 17 No. 1 pp. 7-56)
- Publicaciones. (Agosto 2001). Revista de Postgrado de la Cátedra Vía medicina No. 107 pp. 11-23
- Publicaciones. (Octubre 24 de 1994). El país

- Ramírez S. (2000). Realidades y Magnitudes del Aborto Inducido: Colombia Santiago de Chile FEMPRESS [En Red]
Disponible en: <http://www.weis.nedwrrspanis/complica>
- Rivero MI. (1993)» Aportes del Psicoanálisis a la Discusión Sobre la Educación Sexual. En: Perspectiva; 1, (8)
- Salkind NJ. (1997). Métodos de Investigación. México: Trillas
- Summers G. (1984), Medición de Actitudes. México: Trillas
- Universidad del Externado de Colombia - CIDS (1995) . La Incidencia del Aborto en Colombia, Bogotá: Universidad Externado de Colombia
- Viveros M. (1997). El Aborto en Colombia: Debate Público y Dimensiones Socioculturales. [En Red] Disponible en: http://www.google.com/search?q=cache:_JehUMyAqC:136.142.158.105/LASA97/viveros.pdf+sexualidad+universarios+colombia&I=lang_es&ie=UTF8

Apéndices



Apéndice A. El Aborto en el Mundo

ARGENTINA
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes*
Rape or incest	Yes*
Fetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements

An abortion must be performed by a licensed physician with the consent of the pregnant woman.

* The Penal Code allows abortions to be performed for health reasons but does not differentiate between physical and mental health. In addition, controversy exists as to whether the Penal Code allows abortions to be performed in all cases of rape or only in cases of the rape of a woman who is an idiot or insane.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level: Satisfactory

Government intervention concerning fertility level: No intervention

Government policy on contraceptive use: No government support

Percentage of currently married women using

Modern contraception (aged 15-49):	..
Total fertility rate (1995-2000):	2.6
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19,1995-2000):	65
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	..
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):	
National	100
South América	200
Female life expectancy at birth (1995-2000):	77

BACKGROUND

Decree No. 3992/84 of 21 December 1984 approving the ordered text of Law No. 11179, the Penal Code (Articles 85-88) prohibits abortion except when performed to prevent endangerment of the mother's life or health, when this cannot be achieved by other means, or if the pregnancy results from a rape or an attack on the chastity of a woman who is an idiot or insane. The latter indication for abortion has been a matter of some controversy. It is unclear from the language whether it permits abortions in the case of pregnancies that result from rape as well as pregnancies that result from an attack on the chastity of a woman who is an idiot or insane or only in the case of pregnancies that result from the rape or attack on the chastity of a woman who is an idiot or insane. The latter Opinión is held by the majority of commentators, particularly since an earlier versión of the Code clearly permitted abortion when the pregnancy resulted from rape, provided criminal proceedings had been initiated. In 1984, this versión was replaced with the current versión.

Abortions must be performed by a licensed physician and with the consent of the pregnant woman, or her legal representative, in the case of a rape or attack on the chastity of a woman who is an idiot or insane. A person inducing an abortion is subject to imprisonment for a period

of 3-10 years if the abortion is performed without the woman's consent and for 15 years if the woman dies. If the abortion is induced with the woman's consent, the person is subject to one to four years' imprisonment, or six years' imprisonment if the woman dies. A woman inducing her own abortion or consenting to its inducement is subject to one to four years' imprisonment. Physicians, surgeons, midwives and pharmacists performing unlawful abortions are also subject to suspension from practising their profession for a period of time twice as long as the prison term to which they have been sentenced.

Despite the restrictive nature of its abortion laws, Argentina has one of the highest abortion ratios in the world, with one abortion estimated to occur for every two live births. Studies have found abortion to be the most important cause of maternal death in all groups over 20 years of age. Prosecution for unlawful abortion is rare. The requirement of legal proof of pregnancy as a precondition for prosecution allows abortion to be performed despite current prohibitions.

The high incidence of abortion has been partly attributed to both the limited availability of contraceptive methods and limited access to information about contraception. Family planning activities were prohibited by the military Government in 1974 and remained so until 1986, when Decree No. 2274 (5 December 1986) was introduced, repealing the 1974 decree. The 1986 decree stipulated that the Ministry of Health and Social Action should develop and implement programmes to improve maternal and child health. Resolutions No. 463/88 of 23 November 1988 and No. 8535 of 2 August 1996 went a step further, approving the development of a reproductive health programme. The programme's primary objective is to provide women of high reproductive risk with family planning information and services.

Despite advancements in the legal climate concerning access to contraception, the Government has not passed legislation permitting the implementation of those resolutions. Thus, although family planning is now legal and available in the private sector, it is not easily available to women who, for economic reasons, must rely upon the public sector.

SOLIVIA
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes*
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements

An abortion must be performed by a physician, and judicial authorization must be obtained. If the abortion is performed in the case of rape or incest, legal action must have been initiated.

* The Code does not specify whether preservation of health includes both physical and mental health.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	No official position
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-49,1994):	45
Total fertility rate (1995-2000):	4.4

Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19,1995-2000): 79

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion Yes

Complications of childbearing and childbirth Yes

Maternal mortality ratio (per 100,000 live births; 1990):

National (1990) 650

South América (1990) 200

Female life expectancy at birth (1995-2000): 63

BACKGROUND

In Bolivia, the performance of an abortion by a physician is not punished (a) when the abortion is the result of the crime of rape, abduction not followed by marriage, statutory rape or incest; or (b) when the abortion is performed for the purpose of preventing any danger to the life or the health of the mother, and this danger cannot be prevented by other means (Penal Code, the ordered text under Law No. 1768 of 10 March 1997, Articles 263-269). In both cases, judicial authorization must be obtained and, in the case of (a), a legal action must have been initiated. The Code does not specify whether danger to health includes danger to physical and mental health.

A person who performs an illegal abortion with the consent of the pregnant woman or when the woman is under sixteen years of age is punishable by one to three years' imprisonment. If the pregnant woman does not consent, the punishment is two to six years' imprisonment. A pregnant woman who consents to the performance of an illegal abortion is punishable by one to three years' imprisonment. Higher penalties are imposed on the person performing the abortion if the injury or death of the pregnant woman occurs or if the person performs abortions on a regular basis. A reduced sentence is imposed if the abortion was performed, with the pregnant woman's consent, to save her honour.

The Government of Bolivia has traditionally been opposed to the provision of family planning. Only minimal contraceptive services were provided at public clinics. In response to pressure from religious authorities and to the disclosure that census population figures in 1976 were 1 million short of population projections, the Government introduced a decree in 1977 prohibiting the provision of family planning services in public institutions (Presidential Resolution No. 184393 of 5 August 1977). Thereafter, the few services available were provided by the private sector.

In 1982, however, the Government became so concerned about the growing number of unsafe abortions and resulting maternal mortality that it reversed the 1977 decree. On 15 March 1982, the Government issued new regulations concerning family health activities in the country. The 1982 regulations permit the provision of family planning information and some services as part of a post-partum programme. Post-abortion patients are also included. In 1986, the Government of Bolivia issued a child-spacing policy, stating that it was the responsibility of the Government to provide family planning information and services to high-risk women. In 1996, the Government issued the Integral Women's Health Programme. It foresaw the provision of family planning services, information and gynaecological services to all women, as well as comprehensive assistance to pregnant women, including prenatal care, assistance to delivery, post-partum care and information.

BRAZIL
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements

An abortion must be performed by a physician. If an abortion is performed in the case of a pregnancy resulting from rape, the consent of the pregnant woman must be obtained or, if she is incompetent, the consent of her legal representative.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	No official position
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-49; 1996):	77
Total fertility rate (1995-2000):	2.3

Age-specific fertility rate(per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000): 72

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	Yes

Maternal mortality ratio (per 100,000 live births; 1990):

National	220
South América	200

Female life expectancy at birth (1995-2000): 71

BACKGROUND

The legality of the performance of abortion in Brazil is governed by the Brazilian Penal Code, dating from 1940. Under the Code, a physician may perform an abortion when it is the only means to save the life of the pregnant woman or when the pregnancy is the result of rape. In the latter case, the pregnant woman must consent or, if she is incompetent, her legal representative must consent. The Code replaced legislation dating from 1890 that expressed no exceptions to a general prohibition of abortion, but was understood to allow abortion to save the life of the pregnant woman under the general criminal law principles of necessity. In addition, Article 20 of the Decree Law of 3 October 1941, as amended by Law No. 6734 of 4 December 1979, prohibits the advertising of a process, substance or object designed to cause an abortion or to prevent pregnancy.

Illegal abortion in Brazil is punishable by one to four years of imprisonment for the person performing the abortion; the penalty is higher if the pregnant woman's consent is not obtained, if the woman suffers serious injury or dies, or if the woman is under 14 years of age. Abortion performed by a pregnant woman on herself or performed by another person with her consent is punishable by one to three years' imprisonment. Efforts to ease restrictions on abortion began in 1975 and to date have been unsuccessful. At present, there are eight legal proposals related to abortion; some of them seek to expand the legal framework and others to protect medical actions related to objections of conscience.

Despite the restrictive nature of Brazil's abortion law, abortions are widely performed. According to most recent estimates, approximately 1 to 4 million women a year obtain abortions in Brazil. The majority of women seeking abortions are married. Prosecution for unlawful abortion is rare. The requirement of legal proof of pregnancy as a precondition for prosecution allows abortion to be performed despite current prohibitions. Moreover, although not authorized to do so by the law, judges in approximately 350 cases in recent years have allowed abortions to be performed in cases of severe foetal defect.

Although the public health system has expended its support of legal abortion since 1994, increasing from 2 locations to 12, and has improved the quality of post-abortion care, the great majority of abortions are still carried out illegally under unsafe medical conditions. In practice, few women are able to obtain legal abortions owing to the resistance of hospitals. Most hospitals require a legal decision on the cause of pregnancy before they will perform an abortion. Consequently, mortality and morbidity resulting from abortion appear to be high. In the mid-1980s, for example, the percentage of maternal deaths related to abortion in one hospital was estimated to be 44 per cent; in 1997, the state of São Paulo published statistics indicating that between January and September of 1997, 24,000 cases of post-abortion complications were treated in the State's health care system.

A recent legal development relating to abortion in Brazil involves the drug Cytotec, a prostaglandin, that was introduced in Brazil for the treatment of ulcers. In addition to the effect that it produces on ulcers, the drug also causes uterine muscles to contract and is sometimes employed to induce childbirth and abortion. In some countries, in fact, the drug has recently been used in conjunction with mifepristone or RU-486, to terminate early pregnancies. Owing to its abortive properties, Cytotec began to be widely used in Brazil to induce illegal abortions. Such use was particularly easy since the drug was sold without restriction in drugstores and pharmacies. By the end of 1991, almost 600,000 boxes of twenty-eight pills each were being sold each year, with estimates that between 34 and 72 per cent of all women admitted to hospitals in selected cities for complications resulting from abortion had used this drug to induce abortion.

CANADA
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	Yes
Economic or social reasons	Yes
Available on request	Yes

Additional requirements

Given the absence of abortion legislation, abortion is available on request with no stipulations as to who must perform it and where.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	Satisfactory
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Indirect support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-49, 1995):	75
Total fertility rate (1995-2000):	1.6
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	23

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion	No
Complications of childbearing and childbirth	No

Maternal mortality ratio(per 100,000 live births; 1990):

National	6
Northern América	11

Female life expectancy at birth (1995-2000): 82

BACKGROUND

Canadian abortion laws have undergone significant changes in the past two decades. Prior to 1969, abortion was governed by the provisions of the Criminal Code of 1892, as amended (Sections 272-274). Under these, no exception was expressed to a general prohibition of abortion, although it was understood that one could be performed on the criminal law principle of necessity to save the life of the pregnant woman. In response to the mounting public debate, the Government of Canada instituted a review of its abortion law in 1967 and, in 1969, amended the Criminal Code to liberalize the law. Under the amended and recodified provisions of the Code (Section 251), abortion was permitted if the continuation of the pregnancy would or would be likely to endanger the woman's life or health. Although the new provisions broadened the grounds under which abortion was permitted, they also imposed some restrictions. An abortion was required to be carried out by a qualified medical practitioner in an accredited or approved hospital that had a therapeutic abortion committee comprised of no fewer than three qualified medical practitioners (not including the one performing the abortion). The Committee was responsible for determining whether a specific abortion could be performed legally, how long into a pregnancy it could be performed, and whether a married woman had to obtain the consent of her husband, or a minor, the consent of her parents. A physician who performed an abortion in violation of the law could be sentenced to life imprisonment, and a woman who consented to an abortion to two years' imprisonment.

One consequence of the law was a major disparity in the availability of legally performed abortions in the various parts of the country. By the mid-1980s, 75 per cent of all abortions were performed in 15 per cent of the hospitals, and in certain provinces such as Prince Edward Island and Newfoundland and Labrador it was almost impossible to obtain an abortion. Moreover, only

43 per cent of the hospitals in the country were accredited hospitals and only 52 per cent of these had decided to establish abortion committees. The law rendered generally impossible the performance of abortions in free-standing clinics, although the Government of Quebec in the early 1970s took the step of deciding not to prosecute safely performed abortions, no matter where performed.

In 1988, the Supreme Court of Canada ruled that Section 251 was unconstitutional because it violated Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, which guarantees the right to "life, liberty, and security of the person" (*R. v. Morgentaler*, 1988). The Court objected to the provisions of Section 251 governing the procedures of therapeutic abortion committees and the requirement that all abortions be performed in approved or accredited hospitals. It concluded that these features of the law were manifestly unfair, caused unnecessary delays, prevented access to abortion clinics, and subjected women to additional health risk and increased uncertainty and emotional distress. Although the Government of Canada tried to introduce new legislation to replace Section 251, it was unable to achieve a majority of Parliament members' approval for its proposal. In 1991, the Government abandoned these efforts, leaving the country without a federal criminal abortion law or any restrictions on the performance of abortions.

Despite the absence of a federal abortion law, a number of provinces have tried to step into the void left by the Supreme Court's ruling that Section 251 was unconstitutional and put into place their own restrictions on the performance of abortions. One area targeted by some provinces has been the practice of performing abortions in free-standing clinics. In 1989, for example, the Province of Nova Scotia enacted legislation having the effect of prohibiting the performance of abortions outside hospitals, thus precluding

their performance in free-standing clinics. The Province claimed that this legislation was enacted for the purpose of protecting health, rather than restricting access to abortions. In 1993, however, the Supreme Court of Canada held that this legislation was unconstitutional because it was essentially criminal law and thus outside the jurisdiction of provincial legislation (*R. v. Morgentaler*, 1993). Under Canadian law, criminal legislation is under the exclusive jurisdiction of the federal Government, while health legislation is partly under provincial jurisdiction. To support its decision, the Court pointed to legislative debates demonstrating that the major purpose of the legislation was to prevent the performance of abortions—a criminal matter—not to protect health, as the Province argued.

Another area targeted by provinces has been the funding of abortions under government-mandated health insurance. In 1988, for example, the Province of Prince Edward Island enacted legislation denying payment for abortions unless performed in a hospital and certified to be necessary by a panel of physicians. In 1995, the Supreme Court of the Province niled that these restrictions were invalid because they were designed to prevent the performance of legal abortions for reasons considered undesirable, and thus were outside the powers given to health officials to regulate health under the provincial Health Services Payment Act (*Morgentaler v. Prince Edward Island*, 1995). It rejected the Province's argument that the restrictions were based on health considerations or intended to contain costs rather than restrict abortion. Similar decisions have been reached by courts in other Canadian Provinces, although the Supreme Court of Cañada has yet to rule on this issue or on the question of the denial of funding for all abortions under provincial legislation. Consequently, the provinces still do not provide complete funding of all abortions.

In the wake of the Supreme Court's ruling that Canada's criminal abortion law was unconstitutional, the number of abortions performed on Canadian women increased from 70,000 in 1987 to 106,000 in 1995, with a trend toward stabilization at this level; the number performed in 1995 was only 0.4 per cent greater than in the previous year. Of these abortions, approximately one third are performed in clinics and two thirds in hospitals. Access to abortion is still limited, despite the Supreme Court's decision. No abortions are performed in the Province of Prince Edward Island, and no free-standing clinics have been established in Saskatchewan, the Northwest Territories or the Yukon Territory.

CHILE
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	No*
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	No
Fetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements

Not applicable.

*Abortion law in Chile has been amended to remove all indications for the legal performance of abortions; however, it is a matter of dispute whether a defense of necessity might be allowed to justify an abortion performed to save the life of the woman.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	No official position
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception:	

Total fertility rate (1995-2000):	2.4
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	49
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	..
Complications of childbearing and childbirth	Yes
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births; 1990):	
National	65
South América	200
Female life expectancy at birth (1995-2000):	78

BACKGROUND

Abortion in Chile is governed by the Chilean Penal Code (12 November 1874, sections 342-345). Although the Code prohibits all abortions that are performed with *maliciosamente*, historically it was understood that an abortion could be performed to save the life of the pregnant woman. Moreover, the Health Code (Decree No. 725 of 11 December 1967, section 119) expressly permitted a therapeutic abortion to save the life of the woman. The performing physician was required to obtain the written consent of two physicians.

On 15 September 1989, however, the Government of Chile amended section 119 of the Health Code to provide that "No action may be executed that has as its goal the inducement of abortion" (Law No. 18,826). The justification provided for the new restrictions was that, given the advances in modern medicine, an abortion was no longer needed to save the life of a pregnant woman. Owing to this amendment, it is generally, although not unanimously, believed that no abortions can now be legally performed in Chile.

Under the Penal Code, anyone who performs an abortion with the woman's consent is subject to the normal length of short-term imprisonment. If the abortion is performed without the woman's consent, the penalty is the maximum length of short-term imprisonment. A woman inducing her own

abortion or consenting to it is subject to the maximum length of short-term imprisonment. Harsher penalties are imposed on physicians. Despite these penalties, few convictions are made for performing abortions because physical proof of abortion, such as traumatic injury to internal organs, is necessary to obtain a conviction.

Since 1988, some attempts have been made to increase the penalties for abortion and make them equal to the penalties for the offences of infanticide and homicide. To date, these attempts have been unsuccessful.

Despite these restrictions, Chile has had very high rates of abortion during the last three decades. In fact, the high rates of abortion and the resulting high rates of maternal mortality led the Chilean Government to be one of the first Latin American countries to give official support to family planning activities. Surveys conducted in the early 1960s indicated that one of every four women in Chile had undergone an abortion. After the introduction of family planning in the mid-1960s, fertility declined significantly, as did the incidence of induced abortion and maternal mortality resulting from complications of abortion; deaths from illegal abortion declined from 118 to 24 per 100,000 live births between 1964 and 1979. Current rates, however, are still considered to be too high. Maternal deaths from abortion are also viewed as too high, with abortion complications accounting for up to 40 per cent of all maternal deaths.

Family planning services in Chile are provided mostly to married women. In 1996, the Ministry of Education created and implemented a sex education programme, despite opposition from conservative groups. In the same year, the Ministry of Health started a programme for adolescent health that does not, however, include reproductive health services. The on-going privatization of the health care system in Chile is having an impact on the availability of family planning services for the poorest sectors of society.

ECUADOR
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes'
Rape or incest	Yes''
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements

Consent of the legal representative of the pregnant woman is required if she is an idiot or insane. The abortion must be performed by a physician with the consent of the woman or that of her husband or close family members if she is unable to consent.

* The Penal Code does not specify whether health encompasses both physical and mental health.

** An abortion may be performed on these grounds only when the pregnant woman is an idiot or insane.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	To lower
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using in modern contraception (aged 15-49, 1994):	57

Total fertility rate (1995-2000):	3.0
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	72
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	Yes
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births; 1990):	
National	150
South América	200
Female life expectancy at birth (1985-1990):	70

BACKGROUND

Sections 441-447 of the 1971 Penal Code of Ecuador prohibit abortion except in the case of a threat to the life or health of a pregnant woman, when this danger cannot be averted by other means, or when the pregnancy is the result of a rape or statutory rape of a woman who is an idiot or insane. In the latter case, the legal representative of the pregnant woman must consent. Anyone performing an abortion without the consent of the pregnant woman is subject to imprisonment for three to six years. If the abortion is performed with the woman's consent, the person performing it is subject to imprisonment for two to five years. If the woman dies, the punishment is increased to three to six years in prison if the woman consented to the abortion and to eight to twelve years in prison if she did not. A woman who induces her own abortion or consents to its inducement is subject to one to five years in prison. If she does so to hide her dishonour, she is subject to six months to two years in prison. Medical and paramedical personnel performing an abortion are subject to harsher penalties.

Although abortion is only permitted on therapeutic and limited juridical grounds, it is widely practised in Ecuador. The few studies available examining the incidence and prevalence of abortion do not distinguish between spontaneous and induced abortion and do not employ representative samples of the population. The scanty information available, however, suggests that the actual levels of induced abortion are greatly underestimated. Nevertheless, despite this high incidence, mortality associated with abortion is slightly lower than in other countries in the region.

On 4 June 1984, Ecuador adopted a new Constitution that guarantees the protection of life from conception (article 25) and the right of parents to have the number of children that they can support and educate (article 24). The constitutional right to determine family size was first introduced in the Constitution of January 1978. The National Population Action Plan launched in 1994 re-emphasized the importance of providing universal access to health services, with particular attention to maternal and child health care and family planning. Family planning has been available in government clinics since 1968, as well as in the private sector, and in clinics of the Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) since 1967. A number of other private organizations also provide family planning services. The most prevalent contraceptive method used by married women is female sterilization, which in 1989 accounted for 35 percent of all contraceptive use.

FRANCE
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	Yes
Economic or social reasons	Yes
Available on request	Yes*

Additional requireinents

An abortion must be performed before the end of the tenth week of pregnancy by a physician in an approved hospital. Beyond the tenth week of pregnancy, it may be performed only if the pregnancy poses a grave danger to the woman's health or there is a strong probability that the expected child will suffer from a particularly severe illness recognized as incurable. In this case, two physicians must attest to the risk to the health of the woman or foetus.

* The Law requires a woman seeking an abortion to state that she is in a state of distress as a result of her situation; the decision to have an abortion, however, is entirely the decision of the woman.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	Too low
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Indirect support provided
Percentage of currently married women using	

modern contraception (aged 20-49,1990/94):	79
Total fertility rate (1995-2000):	1.7
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19,1995-2000):	8.5
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	No
Complications of childbearing and childbirth	..
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births; 1990):	
National	15
Developed countries	17
Female life expectancy at birth (1995-2000):	82

BACKGROUND

Law No. 75-17 of 18 January 1975 liberalized the abortion law of France. Prior to 1975, the performance of abortions was governed by legislation that prohibited abortion except to save the life of a pregnant woman when it was seriously endangered. Law 75-17 was introduced for a five-year trial period and was adopted as a permanent law by the Parliament in December 1979, with some amendments.

Although the law begins by providing that “the law guarantees the respect of every human being from the commencement of life⁵”, it nonetheless allows an abortion to be performed before the end of the tenth week of pregnancy by a physician in an approved hospital when a woman who is “in a situation of distress” because of her pregnancy requests the abortion. The physician must inform the woman about the risks involved and provide her with a guide to the rights and assistance provided by law to families, mothers and their children, as well as inform her of the possibilities for adoption should she decide not to terminate the pregnancy. The woman must consult an appropriate social worker or family counsellor about the interruption of the pregnancy, and if she still desires to terminate the pregnancy, she should renew her request in writing, no earlier than one week from the time of the first request. If the woman is an unmarried minor, consent of one of the persons who exercises parental authority over her or, if this is not

possible, the consent of her legal representative is required. The abortion may be performed by the physician whom the woman first consulted or by another physician.

If the pregnancy poses a grave danger to the woman's health or if a strong probability exists that the expected child will suffer from a particularly severe illness recognized as incurable, an abortion may be performed at any time during pregnancy provided that two physicians certify, after an examination, that the health of the mother or foetus is at risk.

Law No. 79-1204 of 31 December 1979 amended the 1975 Law. Many of the amendments introduced serve to clarify the procedures to be followed in the application of the law. Others are designed to ensure that women desiring to terminate a pregnancy are fully informed as to the alternatives to abortion and the availability of assistance. The 1979 law specifies that, should the one-week waiting period for consultation cause the 10-week period of pregnancy to be exceeded, the physician may accept the renewed request as early as two days after the initial request. The law clarifies that, if the woman is a minor, she must consent to the abortion outside the presence of her parents or legal representative.

The 1979 law also amended section 317 of the Penal Code, under which a person performing or attempting to perform an illegal abortion on a pregnant or supposedly pregnant woman, with or without her consent, is subject to one to five years' imprisonment and payment of a fine of 1,800-100,000 French francs. If this person habitually performs such acts, he or she is subject to five to 10 years* imprisonment and payment of a fine of 18,000-250,000 francs. The 1979 law also made a woman who performed or attempted to perform an abortion on herself subject to six months to two years in prison and payment of a fine of 360-20,000 francs.

After 1979, further legislation relating to abortion was approved. Decree No. 80-285 of 17 April 1980 required regional hospital centres and general hospital centres to have facilities to perform abortion and to provide information and medical procedures related to birth control. Decree No. 88-59 of 18 January 1988 added public hospital establishments with surgical or obstetric units to this list. Law No. 82-1172 of 31 December 1982 extended social security coverage to 70 per cent of the costs of care and hospitalization associated with lawful termination of pregnancy. Perhaps the most significant legal development since the passage of the 1975 abortion legislation, has been the approval by the French Government in late 1988 of RU-486, the so-called "abortion pill", manufactured by Roussel-UCLAF. The use of the drug is closely regulated. On 29 December 1988

the Government issued an order setting forth strict requirements on the purchase, storage, dispensing, and recording of use of RU-486. On 22 February 1990 it issued Circular 90-06, which outlines the procedures to be followed with regard to the use of RU-486. The drug can be used no later than the forty-ninth day of amenorrhoea and it must be taken in the presence of a physician. The patient must be examined by a physician 48 hours afterwards to be administered a prostaglandin, and one week later to verify the termination of pregnancy. Currently, RU-486 is used to induce 19 per cent of all abortions and 46 percent of all abortions performed in the first seven weeks of pregnancy.

The most recent development in French abortion law was occasioned by the activities of a small number of anti-abortion protesters. In the early 1990s, they began a campaign of harassment of clinics where abortions were performed and of persons performing abortions. They blockaded and invaded a number of hospitals and tried to discourage individual physicians from performing abortions. To respond to such attacks, the Government in late 1992 enacted legislation establishing new criminal penalties in the Penal Code to combat disruptive activities. Under these provisions, persons who prevent or attempt to prevent a voluntary termination of pregnancy by disrupting access to or the free movement of persons into and out of clinics or hospitals by threatening or engaging in any act of intimidation against medical and non-medical personnel are subject to fines and imprisonment. The provisions also apply to acts directed towards abortion counselling and requests for abortion and allow organizations established to protect the right to contraception and abortion to join as a party in suits brought against such obstruction.

In addition, the law introduced one substantive amendment into the abortion laws dating from the 1970s. It repealed provisions of the Penal Code that criminalized a woman's performing or attempting to perform an abortion on herself. The rationale of the sponsors for this provision was that women who resorted to self-abortion through despair or ignorance or because they lacked resources should not be further penalized.

**GUATEMALA
ABORTION POLICY**

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	No
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

Consent of the woman is necessary and third-party authorization is required. The physician performing the abortion must consult with another licensed general practitioner prior to the procedure.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	To lower
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-44, 1995):	27
Total fertility rate (1995-2000):	4.9

Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000): 119

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion Yes

Complications of childbearing and childbirth Yes

Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):

National 200

Central América 140

Female life expectancy at birth (1995-2000): 67.2

BACKGROUND

Until 1973, there were no stated exceptions to the general prohibition of abortion contained in the Penal Code of Guatemala. A person who performed an abortion and a woman who consented to an abortion were subject to imprisonment, with medical personnel performing abortions subject to harsher punishment.

In September of 1973, the Penal Code was amended by Congressional Decree 17-73 to authorize the performance of therapeutic abortions for the sole purpose of preventing danger to the life of the woman when all other scientific and technical measures had been exhausted. The abortion must be performed by a physician, with the consent of the woman and the agreement of at least one other physician, without the intent directly to procure the death of the product of conception. Abortion remains illegal, however, on all other grounds.

Since the amendment to the Penal Code in 1973, the Government has expressed concern about the high rate of occurrence of induced abortion. This concern reflects the Government's firm opposition to the procedure, as also illustrated in the country's Constitution. Although article 47 of the Constitution emphasizes the right of persons to decide freely on the number and spacing of their children, article 3 protects human life from conception. Also, despite this legal framework, public reproductive health services are insufficient to cover the needs of the population, and strong attacks on family planning services occur periodically. The main provider of family planning services is the

Internacional Planned Parenthood Federación affiliate, the Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM).

One of the objectives of Guatemala's reproductive health programme is to lower maternal and infant mortality. Although the Government has advocated the utilization of contraceptives as a preventive measure, the level of contraceptive use was only 27 per cent in 1995. Among native Indian women, the contraceptive prevalence rate was only 7.3 per cent. Sterilization was by far the most prevalent method, accounting for 60 per cent of all contraceptive use.

HONDURAS
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes*
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	No
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

Consultation with a physician or a group of physicians is prerequisite to obtaining a legal abortion. The woman's consent, as well as that of her husband or closest relative, is also required.

* The Honduras penal code makes no exceptions to the general prohibition on the performance of abortions; the Code of Medical Ethics, however, allows abortions to be performed for therapeutic purposes.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	To lower
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using moderate contraception (aged 15-44, 1996):	41
Total fertility rate (1995-2000):	4.3

Age-specific fertility rate(per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000): 115

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	Yes

Maternal mortality ratio (per 100,000 livebirths, 1990):

National	220
Central América	140

Female life expectancy at birth (1995-2000): 72.3

BACKGROUND

Until 1983 abortion in Honduras was governed by the provisions of the Penal Code of 1906. Under these provisions, there were no stated exceptions to the general prohibition of the performance of abortions. Nonetheless, under the 1964 Fundamental Law with regard to the Association of Physicians of Honduras, the performance of therapeutic abortions was permitted if all other methods to preserve the health of the pregnant woman had been tried without success. Whether these provisions, in effect, sanctioned the performance of abortions for general therapeutic reasons, as the wording of the Code suggests, or only to save the life of the pregnant woman is unclear.

In 1983, the Government enacted a new Penal Code that designated certain limited circumstances under which abortions could be legally performed: (a) if the pregnancy was the result of rape; (b) if the abortion was performed to save the life of the mother or for the benefit of health that was seriously disturbed or threatened by the pregnancy; and (c) if the abortion was performed to prevent the birth of a potentially defective being. The second of these circumstances was apparently an expansion of the therapeutic exception contained in the 1964 Law relating to physicians» The new Code was to have come into effect on 13 March 1985.

Two years later, however, just before the new provisions were to come into force, the same legislators who had liberalized the law changed their minds and enacted new legislation repealing the provisions of the 1983 law that had created exceptions to the general prohibition on abortion.

The turnabout was evidently due to the great controversy engendered by the changes. In the preamble to the 1985 legislation, the legislature explained its action by asserting that the repealed provisions were unconstitutional because they violated the articles of the Constitution providing that human life was inviolable, that the unborn should be considered born for all purposes that benefit them within the limits established by law, and that all persons had a right to have their physical, psychological, and moral integrity respected. The net result was that the law on abortion in Honduras remained the same as it had been before the 1983 reforms.

This situation remained unchanged until 1996 when the Legislature of Honduras extensively amended its Penal Code. Among other changes, it introduced three amendments that were intended to decrease further the number of abortions performed. First, it greatly increased penalties for the performance of abortions. Second, it increased penalties imposed on health personnel and students in the health professions who failed immediately to report to the appropriate authorities the fact that they had provided assistance to a person whom they suspected of having participated in the commission of a crime. Third, it redefined the crime of abortion as the murder of a human being during pregnancy or at the moment of delivery. Under the 1983 provisions that were not repealed and had come into force, abortion was defined as the interruption of pregnancy by means of the preinature and violent expulsion of the product of gestation or its interruption in the mother's womb. The first two changes were designed to make persons, particularly health professionals, more reluctant to become involved in abortions, even after the fact, while the second, by its replacement of the term of "product of gestation" with "human being" and characterization of abortion as "murder," was intended to convey the idea that abortion was in some ways equivalent to the killing of a person who was already born.

Under the revised Penal Code, a person who intentionally causes an abortion is subject to three to six years' imprisonment if the woman consented and six to eight years' imprisonment if she did not. If violence, intimidation, or deceit is used, the penalty is eight to 10 years' imprisonment. A woman who causes her own abortion or consents to another person's causing it, is subject to three to six years' imprisonment.

As to the legal status of abortions performed for therapeutic purposes, the situation is not entirely clear. The Penal Code now in force provides no stated exceptions to the general prohibition against abortion. However, the Code also contains provisions on necessity. A person who commits an act that would otherwise be considered illegal may go unpunished if he or she

raises the defence that its performance was necessary to protect another legal good—i.e., in this case, the life of the pregnant woman. Moreover, the provisions of the 1964 Fundamental Law with regard to the Association of Physicians of Honduras are presumably still in effect. These allow a physician to perform an abortion for therapeutic reasons when all other methods have been tried without success. On the basis of these two texts, it is not unreasonable to infer that an abortion can be legally performed to save the life of the pregnant woman, despite the recent strengthening of penalties against illegal abortion.

MEXICO
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	No ⁷
To preserve mental health	No*
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	No*
Economic or social reasons	No ⁷
Available on request	No

Additional requirements:

Under most state provisions on abortion, legal abortions must generally be performed during the first 12 weeks (or 90 days) of gestation. Except in emergency cases, all induced abortions must be performed by a physician whose opinion on the necessity of the abortion is corroborated by another physician. Consent of the woman, or in certain instances (minors, etc.), that of her husband, parents or guardians, is required before the abortion is performed.

*Abortion law in México is determined at the state level. The grounds checked refer only to the abortion law of the Federal District; some other states allow abortions to be performed on grounds (2), (3), (5) and (6).

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	To lower
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using	

modern contraception (aged 15-49, 1995):	58
Total fertility rate (1995-2000):	2.8
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	69
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	Yes
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):	
National	110
Central América	140
Female life expectancy at birth (1995-2000):	75.5

BACKGROUND

Although efforts were made during the 1980s to liberalize abortion, the Mexican Criminal Code for the Federal District (Decree of 2 January 1931, as amended) remains in force. It applies to offences committed in the Federal District of México and to all offences that fall within the jurisdiction of the Federal Courts throughout México. Other offences are governed by the provisions of state criminal codes.

Under Articles 329-334 of the Code of the Federal District, the performance of abortions is illegal except when caused by the negligence of the pregnant woman during pregnancy, when the pregnancy is the result of rape, or when the continuation of the pregnancy endangers the life of the pregnant woman. Before performing an abortion to save the life of a pregnant woman, a physician must obtain the opinion of another physician unless there is a danger in delay. In 1976, the Federal Ministry of Public Health issued regulations that expressly prohibit qualified lay birth attendants from inducing an abortion.

Articles 320-332 of the Code set out varying degrees of punishment for the illegal performance of abortion. They provide that any person performing an abortion with the consent of the woman is

subject to one to three years' imprisonment and without her consent, to three to six years' imprisonment. If the abortion is brought about by physical or moral violence, the person performing it is subject to six to eight years' imprisonment. In addition to these penalties, a physician, surgeon, or midwife xvho performs an illegal abortion is subject to two to five years' suspensión from exercising his or her profession.

A woman who willfully induces her own abortion or consents to its being induced is subject to one to five years' imprisonment. However, if she is a woman of good reputation, she has hidden her pregnancy and the pregnancy is the result of ¡ilegitimate relations, the tenn of imprisonment is reduced to six months to a year.

Many of the abortion provisions of the state criminal codes are nearly identical to those of the Criminal Code of the Federal District. However, some states have more liberal abortion provisions. For example, in addition to the permitted grounds for abortion enumerated in the Criminal Code of the Federal District, certain states allow abortions to be performed for the following reasons: when the pregnancy results from artificial insemination neither requested ñor assented to by the woman, provided that the abortion is carried out within the first 90 days of pregnancy (article 219 of the Criminal Code of Chihuahua, 18 February 1987); when there is good reason to believe that the unborn child will suffer from severe physical or mental disabilities of genetic or congenital origin (article 293 of the Criminal Code of Coahuila, 19 September 1982); when the woman's health would be seriously jeopardized by continuation of the pregnancy (article 229 of the Criminal Code of Jalisco, 2 August 1982); or when an abortion is performed for serious and substantial economic reasons in cases where the woman has at least three children (article 391 of the Social Welfare Code of Yucatán, 27 Nóvember 1987).

In contrast, a few states allow abortions only on more restrictive grounds. Article 228 of the Criminal Code of Guanajuato (27 February 1987) and article 342 of the Criminal Code of Querétaro (18 July 1987), for example, authorize abortions to be performed only when the pregnancy is a result of rape. In certain states, abortions permitted in cases of rape must be performed within the first 90 days of pregnancy.

Despite the restrictive nature of the law in México, abortion is widely practised, owing in part to the liberal interpretation of the medical indications for abortion. According to estímales from several studies conducted in the early 1980s, each year approximately 800,000 illegal abortions were

induced, and each year about 24 per cent of the women of reproductive age were estimated to have undergone an abortion. Although more legal abortions occurred in urban areas among middle-class women, a higher proportion of poor, illiterate women and women from rural areas obtained illegal abortions. Another study found that, at about the

same period, about 65 out of 100,000 annual maternal deaths were due to illegally induced abortions performed in unsanitary conditions and by unqualified personnel.

The Government of México has expressed serious concern about unplanned pregnancies, particularly among adolescents, and about the relatively high maternal mortality and morbidity associated with illegally induced abortion. The Decree of 25 April 1987 revised and amended the General Law on Health, underlining the Government's efforts to encourage greater contraceptive use, particularly among adolescents. Pressure to reform abortion laws has also been increasing along with the growth of the women's movement in México.

A law passed in October 1990 in the state of Chiapas broadened the indications for the performance of legal abortion during the first 12 weeks of pregnancy. It allowed abortions to be performed on medical grounds, in cases of rape or genetic defect, for family planning purposes agreed upon by a couple, and when the pregnant woman was single. The new law was, however, regarded as "revolutionary" because, in effect, it allowed abortion on request early in pregnancy, a situation existing nowhere else in México. For that reason, it was denounced by both the Catholic Church and by conservative political groups. In December 1991, the Chiapas legislature voted to suspend this attempt at liberalizing abortion law in México. Since then, the abortion debate in México has intensified.

NICARAGUA
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	No
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

Consultation with a professional or group of professionals is prerequisite to obtaining a legal abortion. The woman's consent, as well as that of three physicians, is also required. Nicaragua's abortion law allows the performance of "therapeutic abortions", but does not specify which abortions are therapeutic.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	Too low
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-49, 1998):	57
Total fertility rate (1995-2000):	4.4
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	152
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes

Complications of childbearing and childbirth	Yes
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):	
National	160
Central América	140
Female life expectancy at birth (1995-2000):	70.6

BACKGROUND

Under the Criminal Code of Nicaragua, the performance of an abortion is generally illegal. A person who performs an abortion without the consent of the woman or when the woman is under 16 years of age is subject to three to six years' imprisonment. If the woman consents, both she and the person performing the abortion are subject to one to four years' imprisonment. If, as a result of the abortion or the performance of methods on the woman inadequate to produce the abortion, the death of the woman results, the person performing the abortion is subject to six to ten years' imprisonment; if any injury results, the person performing the abortion is subject to four to ten years' imprisonment. Persons who commonly perform abortions are subject to the maximum penalty, and medical personnel who perform an abortion are subject to harsher penalties. If the abortion is performed by the woman herself or by others with her consent in order to hide her dishonour, the person performing the abortion is subject to one to two years' imprisonment.

Nonetheless, the Criminal Code provides for the performance of legal abortions. Article 165 stipulates that therapeutic abortions for legal purposes shall be determined scientifically, with the intervention of three physicians and the consent of the spouse or the nearest relative of the woman. The Code does not, however, define which abortions will be considered therapeutic, although it can be presumed that an abortion performed to save the life of the pregnant woman would fall within that category.

Family planning services, which were initiated in Nicaragua in 1967, were limited in scope. Under the Sandinista Government, family planning activities were indirectly promoted through non-governmental organizations.

In the mid-1980s, 45 per cent of all admissions to the largest maternity hospital at Managua were the result of illegal abortion. Media attention generated discussion over the possible liberalization of the abortion law, which medical experts largely favoured on health grounds. It was noted that, whereas the number of abortions had remained more or less constant, the number of abortion-related deaths had actually increased, mainly

because poorer women were unable to afford the fees charged by private clinics and therefore resorted to traditional midwives.

Since 1989, the Government has supported family planning activities directly through public-health facilities. The Ministry of Health provides 30 per cent of the country's reproductive health services through a network of 900 health posts. The 1992-1993 Family Health Survey found that knowledge of contraception in Nicaragua was very high, with 97 per cent of women of reproductive age knowing at least one modern method of contraception. The 1998 Demographic and Health Survey reported that 57 per cent of married women aged 15-49 were using a modern contraceptive. Rural women, and particularly those with less education, were the least familiar with contraceptives.

PANAMA
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	No
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

A multidisciplinary commission appointed by the Ministry of Health must authorize an abortion on the grounds of averting a health risk that would endanger the life of the mother or the foetus; in the case of rape, the authorities must be aware of the crime and the abortion must be performed within the first two months of pregnancy. An abortion must be performed by a physician in a government health-care centre.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Satisfactory
Government intervention concerning fertility level:	To maintain
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modera contraception (aged 15-44,1984):	54
Total fertility rate (1995-2000):	2.6
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	82

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	Yes

Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):

National	55
Central América	140

Female life expectancy at birth (1995-2000): **76.4**

BACKGROUND

Until 1982, abortion was generally illegal in Panama under the Criminal Code of 17 November 1922. Anyone who performed an abortion was subject to imprisonment for 20 months to 3 years. A woman who induced her own abortion was subject to imprisonment for 8-30 months. Harsher penalties were prescribed for medical personnel who performed abortions. Under general criminal law principles of necessity, however, abortion was permitted to save the life of the pregnant woman.

On 22 September 1982, a new Penal Code was enacted that liberalized Panama's abortion law and set new penalties for abortions performed illegally. Under the Code, a woman who causes her own abortion or consents to another person carrying it out is subject to one to three years' imprisonment. Anyone inducing an abortion with the woman's consent is subject to three to six years' imprisonment. The penalty for inducing an abortion without the woman's consent or against her will is four to six years' imprisonment. If the woman dies as a result of the abortion or the means used to induce it, the penalty is 5-10 years' imprisonment. These penalties are increased by one sixth if the person guilty of inducing the abortion is the woman's husband.

There is no penalty if an abortion is performed, with the consent of the woman, in order to destroy the product of conception resulting from rape, provided that the rape has been evidenced in a court proceeding. In such cases, the competent authorities must be aware of the crime and the abortion must be performed within the first two months of pregnancy. There is also no penalty if

the abortion is performed, with the consent of the woman, for serious health reasons that endanger the life of the mother or the product of conception. In such cases, a multidisciplinary commission appointed by the Ministry of Health is to determine the serious health reasons and authorize the abortion. Under Ministry of Health Resolution No. 02007 of 2 August 1988, the multidisciplinary commission is composed of representatives from various health professions as well as a lawyer from the legal department of the Ministry of Health. The Resolution authorizes the commission to seek aid from other health professions and to establish rules approving therapeutic abortions.

On 21 April 1989, the Ministry of Health (Resolution No. 1) approved the rules of the multidisciplinary commission established to authorize therapeutic abortions. In order for a petition for a therapeutic abortion to be considered, a written request must be submitted by the pregnant woman. This request must be accompanied by a medical record which specifies and supports the diagnosis motivating the petition and by laboratory tests and/or supplementary information confirming the request. Women who are minors or who are incapacitated for legal reasons must have the consent of a legal representative. If necessary, the multidisciplinary commission may request the written opinion of other health professionals, who must cooperate with its members. In each region, the chief of gynaecology and obstetrics of each hospital must analyse the requests of patients in that region and verify the fulfilment of the requirements. The documents must be sent to the national commission, which must meet within the shortest possible time for review and a final decision. Once authorized by the commission, the abortion must be performed by a medical specialist in the state hospital of the health region where it is requested. A therapeutic abortion can never be performed without the written consent of the multidisciplinary commission.

The Government of Panama has strongly supported family planning and has been providing subsidized services since 1973. The Government promotes natural and modern methods of family planning through the Ministry of Health and a private family planning organization of the country, the Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAF), which was founded in 1965. The modern contraceptive prevalence rate was estimated at 54 per cent in 1984. Adolescent fertility is a major concern of the Government and a programme of sex education in the schools has been implemented. Parental participation and the dissemination of information on sex education through the press also encouraged. Despite these efforts, it is estimated that more than 20 per cent of declared abortions in Panama involve adolescents.

APLAFSA is confronting the problem of adolescent pregnancy with a wide range of activities that focus not only on the prevention of unwanted pregnancies but also on the provision of prenatal and postnatal care for those choosing to carry an unwanted pregnancy to term. Sterilization is legal in Panama. The program also includes an educational component offering employment services, vocational training, and social and recreational activities, as well as extensive reproductive health services.

Efforts to promote family planning in Panama have been generally successful. Between 1965 and 1985, for example, the total fertility rate decreased from 6.0 to 3.0 children per woman. The total fertility rate is currently (1995-2000) at 2.6 children per woman while the population growth rate has slowed to an estimated 1.8 per cent.

PARAGUAY
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	No
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

Information is not readily available.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-44,1998):	49*
Total fertility rate (1995-2000):	4.2
Age-specific fertility late (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	76
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes

Complications of childbearing and childbirth	Yes
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1995):	
National	190
South América	260
Female life expectancy at birth (1995-2000):	72.0

* Preliminary or provisional.

BACKGROUND

The Paraguayan Penal Code (Law No. 1160/97) of 26 November 1997 in general prohibits the performance of abortions. Anyone who performs an abortion, including a woman who causes her own abortion or consents to it, is subject to fifteen to thirty months' imprisonment. If the abortion is performed without the consent of the woman, the penalty is increased to two to five years' imprisonment. If the abortion results in the death of the woman, the penalty is increased to four to six years' imprisonment if the woman consented and to five to ten years' imprisonment if she did not consent. Penalties are increased by 50 per cent if the abortion is performed by the husband of the woman or by a member of a health profession. A woman who causes her own abortion to preserve her honour is subject to six to twelve months' imprisonment, and the penalties imposed on a person who performs an illegal abortion are decreased by one half if the abortion is performed to preserve the honour of that person's spouse, daughter, or sister.

Nonetheless, the Penal Code explicitly allows an abortion to be performed to save the life of a woman. It provides that a member of the health professions shall be exempt from punishment if he or she justifies having indirectly caused an abortion for the purpose of saving the life of a woman endangered by pregnancy or childbirth. Moreover, article 109 of the Code provides that a person who indirectly causes the death of a foetus during acts relating to childbirth does not act illegally if, taking into consideration the knowledge and experiences of the medical profession, this is necessary and inevitable to prevent serious danger to the life or health of the mother.

Clandestine abortion is common in Paraguay. It is estimated that approximately 26,000 illegal abortions are performed annually and that 35 per cent of Paraguayan women have had at least one

abortion, Illegal abortion, together with a lack of adequate prenatal and obstetric care, has contributed to a high maternal mortality rate. The maternal mortality ratio has, however, been declining, from 300 deaths per 100,000 live births in 1986 to the most recent 1995 government estimate of 190 deaths per 100,000 live births. Surveys in 1979 and 1984 estimated the abortion rate at around 145 abortions per 1,000 pregnancies.

Family planning services were illegal or discouraged for decades in Paraguay but started expanding in the late 1980s, and the right to family planning was guaranteed under the 1992 Constitution of Paraguay. The expansion of family planning services occurred primarily through the efforts of the national family planning association, the Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), founded in 1966, which provides subsidized family planning services and operates clinics that offer gynaecological services, prenatal and postnatal care, and contraceptivos. The association sponsors campaigns to involve rural community leaders in family planning and provides training to physicians in remote frontier regions. In an effort to increase public knowledge and to improve the image of family planning, CEPEP disseminates information in magazines and on radio and televisión programmes.

The use of modern contraceptivos has increased steadily from an estimated 35 per cent in 1990 to 41 per cent in 1995/1996 and a provisional 49 per cent in 1998. The 1990 Demographic and Health Survey found that 93 per cent of women knew of at least one modern family planning method. The most frequently used contraceptive methods were the pill (14 per cent), female sterilization (7 per cent), the intrauterine device (6 per cent) and contraceptive injections (5 per cent). Thirteen per cent used a traditional method.

The Government of Paraguay considers the current rates of population growth and fertility (estimated at 4.2 children per woman in 1995-2000) to be too high but pursues a general policy of non-intervention on fertility levels. The public sector has provided natural family planning services as a health measure and as part of maternal and child health care, while other modern methods of contraception are available on the commercial market. In 1988, the Government decided to expand the provision of family planning to include other methods. Although there are no specific legal provisions in regard to sterilization, it is believed that the law prohibiting corporal injury applies.

The Government has formulated policies to improve population welfare through improved health services and family planning activities. It has implemented programmes to promote responsible parenthood and to improve the provision of family planning services as an integral part of maternal and child health (MCH) care, primarily to promote child spacing and maternal health. Family life education has been introduced into the school curricula, and information, education and communication programmes have been implemented. In 1994, following the International Conference on Population and Development, the Government established a National Council for Reproductive Health, responsible for formulating a national reproductive health plan.

PERU**ABORTION POLICY****Grounds on which abortion is permitted:**

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes
Rape or incest	No
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

An abortion must be performed by a physician, with the consent of the pregnant woman and after consultation with two physicians.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	To lower
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-49,1996):	41
Total fertility rate (1995-2000):	3.0
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19,1995-2000):	58

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	Yes

Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):

National	280
South América	260

Female life expectancy at birth (1995-2000): 70.9

BACKGROUND

Abortion in Peni is governed by the provisions of the Criminal Code of 11 January 1924, as amended in 1991, and the Health Code of 1969, as amended in 1981. Under the Criminal Code, the performance of abortions is generally illegal. A woman who causes her own abortion or consents to its performance by another person is subject to not more than two years* imprisonment or to the provision of community service for 52 to 104 days. A person who causes the abortion of a pregnant woman with her consent is subject to one to four years' imprisonment, and to three to five years' imprisonment if she does not consent. Harsher penalties are applied if the pregnant woman dies, and health personnel who perform abortions are subject to suspension from practising their profession. The performance of abortions is not punishable if carried out by a physician with the consent of the pregnant woman when it is the only means of saving her life or preventing serious and permanent injury to her health.

The Health Code provides that human life and the right to health begin with conception. Thus, the process of pregnancy is to terminate in birth, except in the case of an unavoidable natural occurrence or a danger to the life or health of the mother, and abortions performed on moral, social, or economic grounds or as a means of birth control are prohibited. Like the Criminal Code, the Health Code allows the performance of abortions when carried out by a physician with the consent of the pregnant woman as the only means of saving the life of the pregnant woman or preventing serious and lasting injury to her health. Moreover, the Code requires two physicians to approve the abortion before it is performed.

Abortion is also mentioned to in Peru's National Population Policy, Legislative Decree No. 346 of 6 July 1995. The Policy guarantees the individual the right to life from the time of conception and excludes abortion as a method of family planning.

In recent years there have been minor changes to the abortion law. The 1991 amendment of the Criminal Code reduced the penalties imposed on a woman who performed her own abortion or consented to its performance from up to four years' imprisonment to not more than two years' imprisonment or to the provision of community service for 52 to 104 days, as noted above. In addition, it greatly reduced the maximum sentence (three months) for the performance of an illegal abortion when the pregnancy is the result of rape or "involuntary artificial insemination" outside of marriage reported to the police; or when a medical diagnosis points to a probable risk of serious physical or mental defects in the child if it were born.

The Government of Perú considers the current rates of population growth and fertility to be too high and seeks to lower them through direct support of contraception. The National Population Policy Law of 1985 outlined a government plan of action concerning population, focused on promoting a balanced relation between population and socio-economic development and encouraging responsible parenthood. During the 1990s, the Government increasingly emphasized the crucial role of family planning in the development process. The modern contraceptive prevalence rate increased from 33 per cent in 1992 to 41 per cent in 1996. The government's target fertility rate of 3.0 births per woman for the period 1995-2000 and target rate of population growth of about 2 per cent per by the year 2000 have both been met according to current estimates.

The Directorate-General of Family Planning within the Ministry of Health oversees the national programme and the coordination of all activities in the public and private sectors. The main targets of family planning services are the poor living in the suburbs of Lima and in other urban areas. Although adolescent fertility is a major concern, access to contraception is forbidden to unmarried adolescents. Female sterilization was legalized as a method of family planning in August 1995. The maternal mortality ratio, though in decline, continues to be one of the highest in South America, 1990 estimates place it at 280 deaths per 100,000 live births.

SPAIN
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	Yes
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

An abortion must be performed by or under the supervision of a physician in an approved public or private health centre or establishment, provided the pregnant woman gives her express consent and one of the legal indications for abortion is met. A qualified specialist, other than the physician performing or supervising the abortion, must certify (that the abortion is necessary to avoid a serious risk to the physical or mental health of the pregnant woman. If the pregnancy is a result of rape, the rape must first be reported to the police and the abortion must be performed within the first 12 weeks of pregnancy. In case of foetal impairment, two specialists from an approved health centre, other than the physician performing or supervising the abortion, must certify that the foetus, if carried to term, would suffer from severe physical or mental defects. Such an abortion must be performed within the first 22 weeks of pregnancy. In case of an emergency involving a risk to the life of the mother, an abortion may be performed without the expressed opinion of the physician and without the consent of the woman. All abortions must be reported to the national health authorities.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Too low
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 18-49*, 1995):	67
Total fertility rate (1995-2000):	1.2
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	8
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	..
Complications of childbearing and childbirth	No
Maternal mortality ratio (per 100,000 livebirths, 1990):	
National	7
Developed countries	27
Female life expectancy at birth (1995-2000):	81.5

* Respondents whose contraceptive status is unknown are considered non-users of contraception.

The percentage of respondents in this category is 0.1 in Spain.

BACKGROUND

Under Spanish criminal law provisions first enacted in the 1800s and in effect until 1985, there were no stated exceptions to the prohibition against the performance of abortions, although one

could be carried out on the grounds of necessity under general principles of criminal law to save the life of the pregnant woman. A person who performed an illegal abortion was subject to imprisonment, as was a woman who performed her own abortion or consented to its performance. Various medical personnel who performed illegal abortions were subject to harsher penalties.

In 1983, the Government of Spain enacted legislation that allowed the performance of abortions in cases of a serious threat to life or health, pregnancy resulting from rape and serious foetal impairment. Before the legislation could take effect, however, its validity was challenged by legislators opposed to its enactment. In 1985, the Constitutional Court held that the legislation was unconstitutional because it did not adequately protect prenatal life. It objected, in particular, to the lack of procedural safeguards to protect such life and suggested provisions that could be included in future legislation to establish such safeguards.

On 5 July 1985, new abortion legislation was adopted (Organic Law No. 9 of 1985), containing more extensive procedural safeguards than the old legislation. Under the legislation, an abortion can be legally performed by or under the direction of a physician in an approved public or private health centre or establishment, provided that the woman gives her express consent to the procedure and one of the following conditions is met: (a) the abortion is necessary to avert a serious risk to the physical or mental health of the pregnant woman, in accordance with an opinion expressed prior to the abortion by a physician, other than the one performing the abortion or under whose direction the abortion is to be performed, and who holds an appropriate specialist qualification; (b) the pregnancy is the result of rape, provided that the rape has been reported to the police and the abortion is performed within the first 12 weeks of pregnancy; or (c) the foetus, if carried to term, will suffer from severe physical or mental defects, provided that the abortion is performed within the first 22 weeks of pregnancy and the medical opinion, communicated prior to the abortion, is expressed by two specialists of an approved public or private health centre or establishment, neither of whom is the physician by whom or under whom the abortion is to be performed.

Under the above circumstances, a pregnant woman is penalized if the abortion is not performed in an approved public or private health centre or establishment, or if the prescribed medical opinions have not been expressed. In the case of an emergency that involves a risk to the life of the pregnant woman, an abortion can be performed without the expressed opinion of a second physician and without the consent of the woman.

for that purpose. This accreditation is to be granted by the competent agency of the Autonomous Community and is distinct from and independent of the accreditation for performing abortion. Section 9 requires health professionals to inform applicants for abortion of the medical, psychological and social consequences of continuation of pregnancy and of its termination, as well as of the existence of social assistance and family counselling available to applicants. Applicants must also be informed of the various requirements that must be fulfilled, the date of the abortion and the name of the health centre or establishment where it can be performed. A woman must immediately be notified if abortions are not carried out in the department that she attends, so that she may have sufficient time to consult another physician. The confidentiality of consultations must be guaranteed in all cases.

In January 1991, the Supreme Court of Spain sanctioned abortion for the first time on social grounds. The Court dismissed a criminal case brought against a married couple and the friend who helped them, concluding that if the woman had been forced to give birth, her right to the free development of her person would have been violated. The Court pointed to the fact that the couple could not support another child and that the woman was suffering both physically and mentally. This decision, however, does not mean that the abortion law in Spain has changed, especially since the Court upheld the conviction of the physician. It indicates that, in some cases, if a court so chooses, it may exonerate a pregnant woman from guilt on the basis of social grounds.

Since 1991 several attempts have been made to enact legislation liberalizing Spain's abortion law further, including the publication of a draft Penal Code permitting abortions to be performed on socio-economic grounds and the submission to Parliament of a bill allowing abortion to be performed on request after a compulsory three-day waiting period. None has received final approval by Parliament.

There are no public clinics that offer family planning and abortion services; as a result, most abortions in Spain are performed in private clinics. In 1988, an estimated 94 per cent of all abortions were carried out in private clinics. Approximately 85 per cent of the abortions performed in private clinics are performed on the grounds of averting severe danger to the woman's physical or mental health (especially mental health), which may conceal reasons prohibited by law. The relatively large proportion of hospitals where only a few abortion procedures are performed reflects a general tendency in those institutions to perform abortions only on medical indications. The abortion rate in 1996 was estimated to be 5.7 abortions per 1,000 women aged 15-44.

The Government of Spain considers fertility to be an individual matter and has no explicit policy of intervention with regard to population growth and fertility, although it is aware that various social and economic policies designed to improve the situation of families with children and working mothers can have an impact on demographic trends. The total fertility rate for the period 1995-2000 was 1.2 children per woman. The Government desires to achieve lower levels of infant and maternal mortality through an improved health-care system, including maternal health care during pregnancy. Health promotion activities include programmes connected with family planning and sex education. In fact, Government priorities are directed towards improving the health situation in the country through a network of family planning centres. The Government believes that instruction, information and assistance should be made accessible to the entire population so that couples may decide the number and spacing of their children. Contraception was legalized in Spain in 1978, and sterilization has been permitted since 1983. The contraceptive prevalence rate for modern methods was estimated at 67 per cent in 1995.

**UNITED STATES OF AMERICAN
ABORTION POLICY**

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	Yes
Economic or social reasons	Yes
Available on request	Yes

Additional requirements:

Abortion is available in all states on request prior to foetal viability. After foetal viability, a state may prohibit abortion only if it provides exceptions for endangerment to the woman's life or health. Although federal law grants a woman the constitutional right to terminate her pregnancy before foetal viability, individual states are permitted to impose restrictions on abortion throughout pregnancy if they do not unduly burden a woman's right to choose.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Satisfactory
Government intervention concerning fertility level:	No intervention
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-44,1990):	67
Total fertility rate (1995-2000):	2.0
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19,1995-2000):	59
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	..
Complications of childbearing and childbirth	Yes
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):	
National	12
Developed countries	27
Female life expectancy at birth (1995-2000):	80.1

BACKGROUND

In the United States of América, abortions before “quickening” were permitted by traditional common law until 1845, when the first of many states passed laws prohibiting all or most abortions. By the early 1960s, 41 states permitted abortion only if the life of the pregnant woman was threatened by continuation of the pregnancy, while the remaining states permitted abortion only if the woman’s life or physical health was in jeopardy. In the mid-1960s, when the pregnant woman’s mental health gained acceptance as a valid justification for abortion, more legal abortions were performed, a trend that accelerated with the passage of liberalized abortion legislation in various states. In the five years leading up to the landmark Supreme Court decision of January 1973, which legalized abortion throughout the United States, 18 states had reformed or repealed their anti-abortion legislation. In the other 32 states and the District of Columbia, laws remained on the statute books that made abortion a crime unless performed to save the life or health of the woman.

In 1973, two decisions of the Supreme Court of the United States (*Roe v. Wade* and *Doe v. Bolton*) legalized abortion nationwide. In those cases, the Court ruled that a woman’s decision to have an abortion in the first trimester of pregnancy should be exclusively between herself and her physician, but that individual states could regulate abortion in the second trimester in ways designed to preserve and protect the woman’s health; and that after foetal viability, or the third trimester of pregnancy, the states could regulate or even proscribe abortion unless the procedure was necessary to preserve the life or health of the mother. Lastly, the Supreme Court held that a foetus was not a person and was therefore not entitled to protection guaranteed by the United States Constitution until it reached the point of viability. Viability was defined as occurring between 24 and 28 weeks of gestation.

The effect of *Roe v. Wade* on women in the United States seeking to terminate pregnancies was profound. After *Roe*, abortion procedures in the United States became widely available, legal, safe and simple. Within a few years of the decision, data indicated that the mortality rate for women undergoing legal abortions was 10 times lower than the mortality rate for women that had illegal abortions and five times lower than the rate for women undergoing childbirth.

The *Roe v. Wade* decision also had an immediate impact on the abortion debate. The right-to-life movement, which had existed in a nascent form prior to *Roe*, became very active after the ruling, and with the reversal of *Roe* as its ultimate objective. The right-to-life movement also began a campaign directed to creating as many legal barriers to abortion as possible. The abortion-rights movement was similarly engaged and campaigned to make safe and legal abortion available throughout the country.

These two opposing movements have been involved in constant legal and political battles over the abortion issue ever since, and their representatives have regularly appeared before the United States Supreme Court to argue cases concerning the nature and meaning of the constitutional protection afforded by the *Roe* decision. Over the years, the rulings of the Supreme Court have cut back on the constitutional guarantees in *Roe v. Wade*. The first of these significant decisions was the *Webster* ruling of 3 July 1989 (*Webster v. Reproductive Health Services*). By a vote of 5 to 4, the Supreme Court upheld a Missouri statute that barred the use of public funds, employees or buildings for abortions and required abortion providers to conduct tests to determine whether a foetus believed to be at least 20 weeks old was viable.

By upholding the Missouri law requiring physicians to conduct extensive viability tests on women at least 20 weeks pregnant before performing an abortion, the Webster decision weakened to give individual states far greater latitude in placing restrictions on a woman's right to have an abortion. Following the *Webster* decision, restrictive statutes were introduced in a number of state legislatures. For example, within five months of the decision, Pennsylvania enacted a law requiring a woman to notify her husband, receive state-prepared information concerning adoption and child-support alternatives from her physician and delay the procedure for a minimum of 24 hours before obtaining an abortion. Kansas, Mississippi, North Dakota and Ohio likewise imposed similar restrictions requiring anti-abortion information to be provided and imposing mandatory delays. Louisiana, Utah and the territory of Guam went even further and enacted sweeping criminal abortion bans with exceedingly narrow exceptions. Other states, such as Connecticut, moved in the opposite direction by enacting legislation guaranteeing a woman the right to an abortion under the state law.

Abortion law in the United States is currently governed by the Supreme Court decision of 29 June 1992 (*Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*). The Supreme Court ruling in *Casey* reaffirmed the holding in *Roe v. Wade* that a woman has a constitutional right to obtain an abortion prior to foetal viability and that a state may prohibit abortion thereafter only if it provides exceptions for endangerment to the woman's life or health. Although the *Casey* ruling left no doubt that laws prohibiting abortion were unconstitutional, the Court rejected the trimester framework set forth in *Roe* and held that states have legitimate interests in protecting the health of the woman and the life of the unborn child from the outset of pregnancy.

The Supreme Court decision in *Casey* also adopted a more lenient standard for analysing the constitutionality of abortion restrictions than had been articulated in previous rulings. The Court ruled that a state may act to regulate abortion throughout pregnancy if it does not "unduly burden" a woman's right to choose. "Undue burden" was defined as a substantial obstacle in the path of a woman seeking an abortion before the foetus attains viability. In applying the "undue burden" standard, the Court in *Casey* upheld portions of the Pennsylvania abortion law that had required a woman to delay an abortion for 24 hours after hearing a state-prepared presentation on adoption and child-support alternatives and required teenagers to obtain the consent of one parent or the approval of a judge before obtaining an abortion. The only provision in the Pennsylvania statute struck down by the *Casey* decision was a husband notification requirement, which the Court found to be an "undue burden" on a married woman's right to obtain an abortion.

Following the *Carey* decision, abortion restrictions in the United States continued to vary by state. As of October 1999, forty states have laws that prevent a minor from obtaining an abortion without parental consent or notice. Thirty-six of these states provide for a judicial bypass procedure as an alternative to parental consent or notification, and eleven provide some alternative to both parental involvement and judicial bypass. In 11 of these states, these laws have been enjoined by courts from enforcement. Of the remaining states, one requires that minors receive counselling that includes discussion of the possibility of consulting her parents before obtaining an abortion and the other allows a minor to receive counselling in place of obtaining parental consent for an abortion.

Twenty-nine states have abortion-specific informed consent laws, many of which require that women be given anti-abortion information and state-prepared materials intended to discourage them from obtaining an abortion. Seventeen states have specific mandatory waiting periods of at least 24 hours between the time at which information is provided and the time at which an abortion may be performed. In five of these states, these laws have been enjoined by courts from enforcement.

Under federal law, states that accept federal Medicaid funds (matching funds provided to the states for health insurance for the poor) are required to pay for abortions sought by Medicaid recipients in cases of pregnancy that is life-endangering or the result of rape or incest. Thirty-two states have declined to use their own funds to pay for abortions for Medicaid recipients other than in these circumstances, and two states (Mississippi and South Dakota) are in violation of federal law by refusing to fund abortions except in case of pregnancy that is life-threatening. Sixteen states use their own funds to pay for medically necessary abortions sought by Medicaid recipients.

The presidential administration that came into office in January 1993 took early action on the issue of federal limitations on abortions. On 22 January 1993, the policies of the previous administrations that were intended to discourage women from obtaining abortions were rescinded. First, the President of the United States lifted restrictions on abortion counselling at federally financed family planning clinics that had been in effect since 1988, as well as the ban on federal research using foetal tissue from aborted fetuses that was imposed in 1989. Another presidential order allowed physicians at United States military hospitals to resume performing abortions for armed services personnel and for their dependants who paid the cost. Federally financed abortions for military personnel have been barred since 1979 except in cases where the life of a pregnant woman is in danger. A fourth order cleared the way for United States funds to flow to international efforts providing abortions and other family planning services. Previously, the 1984 "México City Policy" stipulated that the United States Government would not support international programmes that offered abortion services. Lastly, the President directed the Department of Health and Human Services to review the import ban on the French-made abortion pill, RU-486, and to rescind it if there were grounds for doing so.

However, congressional efforts continued to be directed at restricting the legality of abortion in the United States. One was the reinstatement of the prohibition against physicians at United States military hospitals performing abortions for armed services personnel and their dependants who paid for such abortions. Another was the enactment of legislation prohibiting federal employees' health insurance from including abortion coverage except in the case of life endangerment, rape or incest

Perhaps the most visible area of congressional activity, though, was reflected in its efforts to restrict the performance of the dilation and extraction procedure for the performance of late-term abortions. Most recent estimates indicate that there were probably some 650 such procedures performed in 1996, accounting for about 0.03-0.05 per cent of all abortions. Legislation was introduced to prohibit the procedure entirely except when necessary to save the life of the pregnant woman. Proponents of the ban characterized the procedure as a brutal act that inflicted unnecessary suffering on the foetus and argued that there were alternative methods that could be used. Opponents of the ban contended that in a small number of cases, the procedure was both necessary to protect the health of the woman and safer than any other procedure employed to induce an abortion. Some, although opposed to the procedures, sought to include within the proposed legislation an additional exception to the ban when necessary to protect the health of the pregnant woman. The legislation was approved by Congress without this health exception by wide margins twice between 1996-1998, but the President of the United States vetoed the legislation, and Congress was unable to override the veto.

A number of states' efforts designed to prohibit the procedure were more successful. By October 1999, thirty states had enacted various versions of legislation to ban the procedure, most of them facing an immediate challenge in court. In twelve states the bans are partially or fully in effect, while in eighteen states, they have been enjoined from enforcement by courts. The great

majority of the courts that have considered the validity of such laws have ruled that the laws are deficient in one of three ways: they define the procedure in terms that have no clear medical meaning; the procedures that they do define are so vague as to encompass the performance of abortions before foetal viability, which a woman has a constitutional right to have performed, and thus constitute an "undue burden" on woman's ability to obtain such a pre-viability abortion; and, even if precise in definition, the laws do not provide for a health exception to the prohibition as required by *Roe*, *Casey*, and other Supreme Court decisions.

On the other hand, in one area, Congress acted to protect the right of access to abortion services. In 1994, it enacted the Freedom of Access to Clinics Act (FACE) in order to counteract the more extreme activities of pro-life advocates picketing clinics where abortions are performed. The express purpose of the Act is to protect and promote public safety and health by establishing federal criminal penalties and civil remedies for certain violent, threatening, obstructive and destructive conduct that is intended to injure, intimidate or interfere with persons seeking to obtain or provide reproductive health services. To this end, the Act imposes fines and/or imprisonment on persons who contravene its provisions and authorizes persons who are "aggrieved" by conduct prohibited by the Act to sue those engaging in the conduct to obtain injunctions and compensatory and punitive damages. The Act also authorizes the federal Attorney General and states' attorneys general to institute suits on behalf of individuals and groups.

The Act was immediately criticized by some pro-choice individuals and groups as a violation of their constitutional first amendment right to freedom of speech and a violation of the Commerce Clause of the Constitution which restricts the authority of the federal Government to enact legislation unless such legislation regulates interstate activity that has a substantial effect on interstate commerce. As yet the Supreme Court has not ruled on any challenge to the Act, although lower courts have generally upheld its provisions as constitutional. In addition, courts have generally upheld the validity of similar laws enacted by thirteen individual states to protect access to clinics.

Despite the fact that abortion has been legal in the United States since 1973, economic forces, political pressures, geography and the shortage of physicians trained and willing to perform abortions constitute a major barrier to women's access to abortion services. This problem is more acute among low-income women and women living in rural areas where there are few clinics or hospitals that provide abortion services. For many low-income women, abortion has effectively been out of reach since 1977, when Congress barred the use of federal funds to pay for abortions; and as of 1992 only 13 state governments paid for abortions for low-income women. In June 1993, the House of Representatives endorsed a continuation of the long-standing ban on federal funding of abortions for indigent women under the Medicaid programme, adding exceptions only for cases of rape or incest to the previous exception of life endangerment. Although a law went into effect in October 1993 requiring state Medicaid programmes to pay for the abortions of low-income women in cases of rape or incest, at least six states have indicated that they would flout the new law. Obstetrics-gynaecology residency programmes have made abortion an elective or have stopped offering abortion training altogether. Also, some physicians are opposed to the practice of abortion.

The United States Centres for Disease Control and Prevention reported 1,184,758 legal induced abortions in 1997, a 3 per cent decrease from 1996. These figures translate into an abortion rate of 20 abortions per 1,000 women aged 15-44. The abortion rate rose from 13 to 25

abortions per 1,000 women aged 15-44 between 1972 and 1980, and remained stable during much of the 1980s before declining in the 1990s. The 1997 rate of 20 is the lowest since 1975. In 1997, 20 per cent of women obtaining abortions were aged 19 or under, and 32 per cent were aged 20-24. In terms of gestation, 55 per cent of the 1997 abortions were performed within the first 8 weeks, and by 12 weeks that number had increased to 88 per cent. The Alan Guttmacher Institute reports that 49 per cent of pregnancies among American women are unintended and of that number, half are terminated by abortion. African-American women remain three times as likely as white women to have an abortion, and Hispanic women are roughly twice as likely. An estimated 14,000 abortions are obtained each year for rape or incest.

URUGUAY
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	Yes
To preserve mental health	Yes
Rape or incest	Yes
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

An abortion must be carried out within the first three months of pregnancy. The penalty for undergoing an abortion may be reduced or waived if the pregnancy results from rape or when there is economic hardship.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Too low
Government intervention concerning fertility level:	To raise
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-49):	..
Total fertility rate (1995-2000):	2.4
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19,1995-2000):	70

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion	No
Complications of childbearing and childbirth	No

Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):

National	85
South América	260

Female life expectancy at birth (1995-2000): 78.0

BACKGROUND

Under the Criminal Code of 4 December 1933, as amended, abortion is generally illegal in Uruguay. A woman who causes her own abortion or consents to its being caused by another person is subject to three to nine months' imprisonment. Anyone who participates in the abortion of a woman with her consent in a principal or secondary manner is subject to 6-24 months' imprisonment. A person who causes the abortion of a woman without her consent is subject to two to eight years' imprisonment. Harsher penalties are imposed if, as a result of the abortion, the woman suffers serious injury or dies; or if the abortion is committed through violence or fraud, on a woman under eighteen years old deprived of her reason or senses, or by a husband.

A physician is exempt from punishment for committing the offence of abortion if the abortion is performed at any time during pregnancy with the woman's consent for serious health reasons or to save the life of the woman, whether she consents or not. A physician is also exempt from punishment if the abortion is performed during the first three months of pregnancy with the woman's consent in cases of rape. A judge may exempt a physician from punishment if the abortion is performed during the first three months of pregnancy with the woman's consent to save the honour of the woman or in cases of economic hardship.

Uruguay is believed to have a high rate of abortion; most of these abortions are illegal. In fact, abortion appears to be a major means of fertility control in the country, as well as the single most important cause of maternal mortality. Despite the lack of precise statistics on abortion, the most conservative estimates indicate that there are at least as many abortions as live births.

The total fertility rate for the period 1995-2000 was 2.4 children per woman, while the population growth rate was estimated at 0.7 per cent. The Government of Uruguay considers the rates of fertility and population growth to be too low. A number of incentives to increase fertility levels are provided, including a maternity benefit of 100 per cent of wages payable for up to 12 weeks (which can be extended up to an additional five months if confinement occurs after the expected date or in case of illness), a family allowance of not less than 8 per cent of the monthly minimum wage and nursing breaks for working mothers. The Government provides support for modern methods of contraception.

The Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana (AUPFIRH) was founded in 1961 as the first family planning association in South América. It cooperates with local public-health authorities in service delivery programmes to poor urban and rural areas, operating mobile clinics to reach remote areas and directing a community-based contraceptive distribution programme. AUPFIRH offers family planning services in many government health-care facilities and manages a women's programme and an adolescent centre where teenage mothers are given social, medical and legal aid. It also discusses adolescent and women's issues in the media, holds sex education training workshops and offers courses for parents, teachers and institutional and community leaders.

Unmet demand for family planning and sex education has contributed to high rates of unwanted pregnancies, adolescent pregnancies, induced abortions and infertility due to sexually transmitted diseases. Following the International Conference on Population and Development, held in Cairo in* 1994, the Government inaugurated a National Programme on Reproductive Health with a family planning component that focused on information and improved access to contraception. Projects have been established in the capital and in ten regions to provide training in sex education, reproductive health and income-generating skills for women, while another project is examining adolescents' knowledge and attitudes concerning sexuality and reproduction.

VENEZUELA
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted:

To save the life of the woman	Yes
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	No
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements:

An abortion may be performed only with the written consent of the woman, her husband or her legal representative. The procedure must be carried out in a suitable environment, using all possible scientific resources.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view on fertility level:	Satisfactory
Government intervention concerning fertility level:	To lower
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-44,1977):	38
Total fertility rate (1995-2000):	3.0
Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19, 1995-2000):	98
Government has expressed particular concern about:	
Morbidity and mortality resulting from induced abortion	No

Complications of childbearing and childbirth	No
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 1990):	
National	120
South América	260
Female life expectancy at birth (1995-2000):	75.7

BACKGROUND

Under the Criminal Code of 2 June 1964, the performance of abortions is generally illegal in Venezuela. A person who provokes the abortion of a woman with her consent is subject to 12 to 30 months' imprisonment. If the woman does not consent, the penalty is increased to 15 months' to three years' imprisonment. A woman who intentionally performs her own abortion or consents to its performance by another person is subject to six months' to two years' imprisonment. Harsher penalties are applied if the abortion results in the death of the woman or if it is performed by the husband of the woman or by a health professional. Decreased penalties are applied if the abortion was carried out by a woman to preserve her own honour or carried out by another person to preserve the honour of a spouse, mother, descendant, sister or adoptive child.

Nonetheless, under the Criminal Code, an abortion may be legally performed by a health professional if necessary to save the life of a pregnant woman. Moreover, the Code of Medical Ethics of 1971 authorizes an abortion to be performed for "therapeutic purposes," although it does not define what therapeutic purposes are. Such an abortion may be performed only with the written consent of the woman, her husband or her legal representative. In case of emergency, however, the favourable opinion of another physician may suffice, if this can be obtained. A therapeutic abortion must be performed in a suitable environment, using all possible scientific resources. The physician selected to perform the abortion must inform the relatives if the pregnant woman is suffering from major obstetric complications and must clearly explain the procedure to be followed, with a view to obtaining their consent. In the event of a divergence of opinion, the physician must, where possible, transfer the case to another professional practitioner; otherwise, except in an emergency, the physician must request the relatives of the woman to make a written statement that they do not consent to the proposed procedure.

Proposals to reform the Venezuelan Penal Code, which were introduced in the National Congress in 1986, included recommendations to permit abortion on therapeutic grounds to preserve the physical and mental health of the mother; in cases of rape or incest; for eugenic reasons, in cases where either of the parents suffers from oligophrenia or epilepsy and a foetal injury is suspected, according to the opinion of three specialists; and in cases where the mother has suffered any sickness or exposure to radiation that might produce mental or physical defects in the foetus. These proposals, however, have not been incorporated into the Penal Code.

According to official data, complications from illegal abortions, which are often performed with unsterilized instruments by untrained persons, accounted for 24.6 per cent of all maternal deaths in Venezuela during the period 1980-1983. By 1995, that number had declined to 13.6 per cent, according to the Pan American Health Organization.

The Government of Venezuela has permitted the gradual expansion of family planning, for health-related reasons as well as to lower fertility. The total fertility rate has fallen in the period 1970-2000 from 5.9 children per woman to 3. The health-related aims of the national maternal and child health and family planning programme include providing safe and efficient contraceptivos to help women avoid unwanted pregnancies; and contributing to the reduction of fertility rates among high-risk groups, such as adolescents and women with pregnancies spaced less than two years apart. A 1977 study reported a modern contraceptive prevalence rate of 38 per cent.

Sterilization is permitted in Venezuela only for medical or eugenic reasons. The Government views the high incidence of illegitimate births and abortion as a social problem that can be alleviated by the increased provision of family life education and family planning services. In 1987, the Government created the Ministry of the Family, the first and only institution of its type in Latin América, to coordinate sectoral programmes dealing with youth, women and the elderly. A project promoting family life and sex education in the informal sector was begun through the Ministry of Youth in 1987. Recognizing the social and health problems associated with adolescent childbearing, the Government established the permanent Commission for the Prevention of Adolescent Pregnancy.

COLOMBIA
ABORTION POLICY

Grounds on which abortion is permitted

To save the life of the woman	Yes*
To preserve physical health	No
To preserve mental health	No
Rape or incest	No
Foetal impairment	No
Economic or social reasons	No
Available on request	No

Additional requirements

An abortion requires the woman's consent.

*The abortion law does not expressly allow abortions to be performed to save the life of the woman, but the general principles of criminal legislation allow abortions to be performed for this reason on grounds of necessity.

REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT

Government view of fertility level:	Too high
Government intervention concerning fertility level:	To lower
Government policy on contraceptive use:	Direct support provided
Percentage of currently married women using modern contraception (aged 15-49 ₃ 1995):	72
Total fertility rate (1995-2000):	2.8

Age-specific fertility rate (per 1,000 women aged 15-19,1995-2000): 88

Government has expressed particular concern about:

Morbidity and mortality resulting from induced abortion	Yes
Complications of childbearing and childbirth	Yes

Maternal mortality ratio (per 100,000 live births; 1990):

National	100
South América	200

Female life expectancy at birth (1995-2000): 74

BACKGROUND

Abortion in Colombia is governed by provisions of the Penal Code of 1980. Under Articles 343-345 of the Code, no exceptions are stated to the general prohibición against abortion. Nonetheless, under general principles of criminal law, an abortion can be performed to save the life of the pregnant woman. Penalties for illegal abortions vary according to the circumstances in which the abortion is performed. A woman who causes her own abortion or allows another person to cause it, as well as a person performing an abortion with the consent of the woman, is subject to one to three years' imprisonment. The punishment is greater when the abortion is performed without the consent of the woman or when the woman is under 14 years of age. In these cases, the person performing the abortion is subject to three to ten years* imprisonment.

The language of the Penal Code of 1980 follows closely that of the Penal Code of 1936; the 1936 Code had eliminated a previously expressed exception to the general prohibition of abortion when this procedure was absolutely necessary to save the pregnant woman's life. The major change introduced by the 1980 Code was the removal of reduced penalties, including pardon, when the abortion was performed to save the honour of the woman. In their place, the 1980 Code inserted provisions allowing for reduced penalties to be imposed on a woman who caused her own abortion or allowed it be caused when she had become pregnant as a result of

violent or abusive sexual relations or through artificial insemination performed on her without her consent. In these cases, she is subject to four months' to one year's imprisonment.

Since the enactment of the 1980 Code, a number of attempts have been made to liberalize its provisions on abortion, the most recent of them in 1997 as part of a larger law on sexual and reproductive health proposed by a Colombian legislator. At the same time, those opposed to the performance of abortions have introduced legislation to increase the penalties for illegal abortions. None of the proposed legislation has achieved any success.

Two individuals have also attempted to change the abortion provisions of the Penal Code of Colombia through the medium of the courts. Their actions were made possible by the 1991 Constitution, which significantly expanded the opportunities for court challenges to existing legislation. One sought to have the provisions of the Code prohibiting abortions declared unconstitutional for violating the constitutional rights of couples to freely and responsibly determine the number of their children and the rights to freedom of conscience and religion. The other sought to have provisions of the Code authorizing reduced penalties for abortion in cases of rape, abusive sexual relations, or forced artificial insemination declared unconstitutional as violating the constitutional right to life. The Constitutional Court denied relief in both suits, and in the process forcefully rejected the idea of legalized abortion in Colombia.

Despite the current restrictions on abortion in Colombia, it is widely practised. Although official abortion statistics are not available after 1974, it was estimated that, in 1975, 18 per cent of all pregnancies ended in illegal abortion. Estimates in the late 1980s placed this figure at 25 per cent. In addition, 60 per cent of all maternal deaths in the late 1980s in Colombia resulted from induced abortion. However, prosecution for unlawful abortion is relatively rare.

Although the National Constitution of 1991 includes an article about the human right to family planning, services provided by the Government were marginal until recent years. However, the Colombian Basic Health Care Plan, compulsory until 2000, contains reproductive health services such as maternal/perinatal care and family planning, including a wide range of contraceptive methods. To complement this plan, a new sexual and reproductive health policy was approved in

1998 which aims, among other things, at reducing maternal mortality as well as the number of deaths due to illegal abortions. To achieve this goal, the plan intends to regulate emergency care services, improve the capacity to respond in case of complications and ensure timely hospitalization and care. Sex education for adolescents was made compulsory in 1993. However, no regulations or reproductive health care programs specifically target adolescents. The Colombian Association for Family Well-being (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana/PROFAMILIA) is an important provider of family planning services, accounting for some 70 percent of family planning services nationwide as of 1995.

Apéndice B. Cuestionario de Actitudes Frente a Sexualidad y
Aborto.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES FRENTE A LA SEXUALIDAD Y EL ABORTO**Fecha: Participante No.**

Antes de diligenciar el presente cuestionario, por favor lea atentamente la siguiente información:

El objetivo de este cuestionario es obtener información destinada a descubrir de manera general las actitudes frente a la sexualidad y el aborto en estudiantes universitarias. En ningún caso se realizará un perfil individual de las personas que participen en el estudio y como medio para mantener la reserva de las participantes no es necesario aportar el nombre u otros datos que permitan una identificación individual. Sus respuestas serán mantenidas en secreto.

La participación en esta investigación es voluntaria y no trae repercusión alguna para Ud. Si accede a colaborar, es muy importante que conteste a todas las preguntas, sin dejar espacios en blanco, haciéndolo de la forma más honesta posible. Recuerde que los resultados de esta investigación repercutirán de manera positiva en la intervención desde la Psicología, por lo cual Ud. es agente activa en el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad académica.

De antemano se agradece su colaboración y su contribución a esta investigación.

En la primera parte aparece un formulario de información sociodemográfica y familiar en el cual deberá llenar los datos en la casilla correspondiente.

La segunda parte se refiere a información educativa: recopila información acerca de el semestre académico y la facultad a la cual pertenece, también abarca una valoración de la educación sexual recibida en el colegio, en la universidad, en la familia, y de los amigos. Finalmente indaga acerca de la utilidad de esta en el ejercicio de la sexualidad.

La tercera parte información sobre comportamiento sexual: recopila información sobre relaciones sexuales edad de inicio, relación de pareja, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

La cuarta parte hace referencia acerca de la información del aborto que usted maneja y en donde tendrá opción de elegir la respuesta que crea más conveniente.

La quinta y última parte se trata de actitudes frente al aborto donde su respuesta dependerá de qué tan de acuerdo o en desacuerdo esté con la afirmación que se hace. Asegúrese de leer y comprender completamente cada pregunta del cuestionario y conteste aplicando una equis (X) en la opción que considere más acertada, según su propio criterio. En caso de cambio de respuesta, borre completamente la primera selección y luego marque la opción seleccionada.

En caso de que exista alguna duda, por favor consulte con la persona que le ha entregado el cuestionario.

A. Información Sociodemográfica y Familiar

1. Edad:

16-18 ____

19-20 ____

21-22 ____

23 o + ____

2. Estado civil:

Soltera ____

Casada ____

Viuda ____

Separada ____

Unión libre ____

3. Convive con:

Padres ____

Pareja ____

Familiares ____

Amigos ____

Residencias U. ____

Ninguno ____

Otro ____ Cuál? _____

4. Estrato socioeconómico:

1 ____ 2 ____

3 ____

4 ____ 5 ____

6 ____

5. Lugar de procedencia:

6. Religión a la que pertenece:
 Católica _____ Protestante _____ Ninguna _____ Otra _____
 Cuál? _____
7. Se considera practicante de su religión?
 Si _____ No _____
8. Trabaja Ud. actualmente?
 Si _____ No _____
9. Sus ingresos provienen de:
 Familia _____ Trabajo _____ Beca _____ Otro _____
 Cuál? _____
10. Su situación económica es:
 Buena _____ Regular _____ Mala _____

B. Información Educativa

11. Semestre académico: _____ Facultad: _____

12. Recibió clases de orientación sexual alguna vez durante el bachillerato?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

13. Ha recibido clases de orientación sexual en la universidad?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

14. Las primeras orientaciones sobre sexualidad provienen de la familia?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

15. La información sobre sexualidad que uno recibe la obtiene de los amigos?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

16. La información que se obtiene en las clases de orientación sexual es útil para el ejercicio de la sexualidad

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

C. Información sobre el Comportamiento Sexual

17. Ha tenido Ud. relaciones sexuales?
 Si _____ No _____

(Si su respuesta es No, pase directamente a la pregunta 28; de lo contrario continúe en el orden establecido)

18. A qué edad tuvo su primera relación sexual? años.

19. Con quién tuvo su primera relación sexual?
 Novio _____ Amigo _____ Familiar _____ Otro _____
 ¿Cuál? _____

20. Desde el inicio de su actividad sexual, ¿cuántos compañeros sexuales ha tenido?
 12 _____ 3 _____ 4 _____ Más de 4 _____

21. En la actualidad, tiene un compañero estable con quien mantiene relaciones sexuales?
 Si ___ No ___
22. Con qué frecuencia tiene Ud. relaciones sexuales en la actualidad?
 A diario Cada 6 meses ___ 1 vez por semana Cada año ___ 1 vez al mes Fines de semana ___
23. Ha sido contagiada alguna vez con una enfermedad de transmisión sexuales?
 Si ___ No ___
24. Utiliza métodos de protección para prevenir el embarazo? Si No
 Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia?
 Siempre ___ Casi siempre ___ Algunas veces ___ Casi nunca ___
 Nunca ___
25. Utiliza su compañero métodos de protección al tener relaciones sexuales?
 Si ___ No ___
26. Qué métodos utiliza con mayor frecuencia para prevenir el embarazo?
 Píldora ___ Inyección ___ Condón ___ Diafragma ___
 Espennicidas ___ Ritmo ovulatorio P. día después ___ Otro ___
 Cuál? _____
27. Cree que el método de protección empleado también le ayuda en la prevención de enfermedades de transmisión sexual?
 Si ___ No ___ Porqué? _____

28. Las relaciones sexuales son siempre satisfactorias

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

29. Las relaciones sexuales son plenamente satisfactorias

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

30. En las relaciones sexuales se debe utilizar métodos anticonceptivos

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

31. El compañero sexual debe participar activamente en la utilización de métodos anticonceptivos

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

D. Información sobre el Aborto

32. Si Ud. quedara embarazada en la actualidad, contemplaría la posibilidad del aborto?
 Si ___ No ___ Por qué? _____

33. Según su criterio, el costo de un aborto en Bucaramanga está:
 Entre \$50.000 y \$ 100.000
 Entre \$ 101.000 y \$500.000
 Entre \$501.000 y \$ 1.000.000
 Más de \$1.000.000

34. Ha abortado alguna vez?
 Si ___ No ___

(Si su respuesta es No, pase directamente a la pregunta 41; de lo contrario continúe en el orden establecido)

35. La decisión de abortar se toma por:

- Iniciativa personal.
- Presión de la pareja.
- Presión social.
- No poder mantener al bebé en ese momento.

Presión familiar, ya que ellos se enojarían, estarían desilusionados, y hasta podrían echarla de la casa.

- Si tenía al bebé no podría terminar sus estudios.
- Trabajo futuro.

36. Qué método fue empleado para interrumpir el embarazo?

- Inyección abortiva Sonda Aspiración Legrado
- Autoinducido Otro Cuál? _____

37. Quién inicio el aborto?

- Usted Su pareja Enfermedad Médico
- Otro Cuál? _____

38. La actitud de su pareja fue de:

- Rechazo Apoyo Indiferencia

39. La actitud de su familia fue de:

- Rechazo Apoyo Indiferencia

40. Ante un nuevo embarazo, volvería a recurrir al aborto inducido?

- Si No

E. Actitudes frente al Aborto

41. El aborto es una solución aceptable en caso de un embarazo no deseado

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

42. La mujer está en libertad de decidir si tiene o no hijos y, por ende, de decidir si aborta o no

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

43. Si un embarazo no deseado interfiere con los planes y las posibilidades actuales de una mujer el aborto es la opción que menos perjuicios puede traerle

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

44. El aborto es un método de control de la natalidad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

45. La decisión de abortar debe ser consultada con la pareja

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

--	--	--	--	--

46. La decisión de abortar debe ser consultada con la familia

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

47. El aborto inducido pone en **peligro** el bienestar físico de la mujer

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

48. El aborto inducido pone en **peligro** el bienestar psicológico de la mujer

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

49. Es posible continuar con una relación afectiva después de haber recurrido al aborto inducido como **contraceptivo**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

50. El aborto es un hecho **inmoral y antiético**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

51. **Ninguna de las** formas de aborto debería estar **penalizada por la Ley**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

52. El aborto ocasiona cambios en las relaciones interpersonales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Observaciones

¡Gracias por su valiosa colaboración!

Apéndice C. Resultados Generales.

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 241

RESULTADOS GENERALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE
A INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR			
1. EDAD			
16-18	42	12	
19-20	140	39	
21-22	116	32	
23 0 +	59	17	
TOTAL	357	100	
2. ESTADO CIVIL			
SOLTERA	344	96	
CASADA	11	3	
VIUDA	2	1	
	357	100	
3. CONVIVE CON			
PADRES	222	62	
PAREJA	11	3	
FAMILIARES	67	19	
AMIGOS	31	9	
RESIDENCIAS U	16	4	
NINGUNO	9	3	
OTRO	1	0	
	357	100	
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO			
1	1	0	
2	2	1	
3	64	18	
4	167	47	
5	76	21	
6	47	13	
	357	100	
5. LUGAR DE PROCEDENCIA			
BUCAR AMANGA	215	60	
BARRANCABERMEJA	36	10	
FLORIDABLANCA	5	1	
SANGIL	9	3	
BOGOTA	13	4	
CÚCUTA	16	4	

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 242

BARRANQUILLA	9	3	
CALÍ	1	0	
OCAÑA	9	3	
ARAUCA	3	1	
SOGAMOSO	4	1	
PEREIRA	2	1	
SINCELEJO	1	0	
RÍO DE ORO	2	1	
VALLEDUPAR	3	1	
OTROS	29	8	
TOTAL	357	100	
3. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE			
CATÓLICA	296	83	
PROTESTANTE	13	4	
NINGUNA	31	9	
OTRA	17	5	
TOTAL	357	100	
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN			
SI	202	57	
NO	155	43	
TOTAL	357	100	
8. TRABAJA ACTUALMENTE			
SI	69	19	
NO	288	81	
TOTAL	357	100	
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE			
FAMILIA	304	85	
TRABAJO	51	14	
BECA	2	1	
TOTAL	357	100	
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES			
BUENA	294	82	
REGULAR	60	17	
MALA	3	1	
TOTAL	357	100	
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA			

11. SEMESTRE ACADÉMICO			
1	44	12	
2	22	6	
3	38	11	
4	44	12	
5	44	12	
6	68	19	
7	25	7	
8	19	5	
9	45	13	
10	8	2	
	357	100	
FACULTAD			
ADMÓN. DE EMPRESAS	33	9	
HOTELERIA	9	3	
C. SOCIAL	20	6	
CONTADURÍA P.	24	7	
DERECHO	63	18	
MERCADOS	30	8	
SISTEMAS	11	3	
ENERGÍA	1	0	
FINANCIERA	65	18	
MECATRONICA	3	1	
EDUCACIÓN	20	6	
MEDICINA	37	10	
MÚSICA	4	1	
PRODUCCIÓN AUDIOVISUALES	1	0	
PSICOLOGÍA	36	10	
	357	100	
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN EL BACHILLERATO			
SIEMPRE	92	26	
CASI SIEMPRE	52	15	
ALGUNAS VECES	167	47	
CASI NUNCA	23	6	
NUNCA	23	6	
	357	100	
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD			
SIEMPRE	9	3	
CASI SIEMPRE	8	2	
ALGUNAS VECES	95	27	

CASI NUNCA	50	14	
NUNCA	195	55	
	357	100	
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA			
SIEMPRE	85	24	
CASI SIEMPRE	79	22	
ALGUNAS VECES	108	30	
CASI NUNCA	45	13	
NUNCA	40	11	
	357	100	
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS			
SIEMPRE	42	12	
CASI SIEMPRE	149	42	
ALGUNAS VECES	128	36	
CASI NUNCA	23	6	
NUNCA	15	4	
	357	100	
16. LA INFORM. QUE SE OBTIENE EN G. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA ÉL EJERCICIO DE SEXUALIDAD			
SIEMPRE	99	28	
CASI SIEMPRE	90	25	
ALGUNAS VECES	130	36	
CASI NUNCA	23	6	
NUNCA	15	4	
	357	100	
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL			
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES			
SI	269	75	
NO	88	25	
	357	100	
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA			
12	2	1	1
13	4	1	1
14	11	3	4
15	25	7	9
16	34	10	13
17	52	15	19

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 245

18	58	16	22
19	33	9	12
20	30	8	11
21	15	4	6
22	3	1	1
23	1	0	0
25	1	0	0
NO CONTESTARON	88	25	0
	357	100	100
CON QUIEN		0	
		0	
NOVIO	244	68	91
AMIGO	15	4	6
FAMILIAR	3	1	1
OTRO	7	2	3
NO CONTESTARON	88	25	100
TOTAL	357	100	
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO			
1	115	32	43
2	67	19	25
3	37	10	14
4	13	4	5
40 +	37	10	14
NO CONTESTARON	88	25	100
TOTAL	357	100	
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL			
SI	177	50	
NO	92	26	
NO CONTESTARON	88	25	
TOTAL	357	100	
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD			
A DIARIO	30	8	
3 VECES POR SEMANA	128	36	
MENSUAL	63	18	
SEMESTRAL	28	8	
ANUAL	18	5	
NO CONTESTARON	90	25	
TOTAL	357	100	
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA			
SI	13	4	

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 246

NO	256	72	
NO CONTESTARON	88	25	
TOTAL	357	100	
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS			
SI	233	65	
NO	36	10	
NO CONTENTARON	88	25	
TOTAL	357	100	
CON QUE FRECUENCIA			
SIEMPRE	139	39	52
CASI SIEMPRE	53	15	20
ALGUNAS VECES	23	6	9
CASI NUNCA	7	2	3
NUNCA	47	13	17
NO CONTESTARON	88	25	
TOTAL	357	100	100
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN			
SI	179	50	67
NO	90	25	33
NO CONTESTARON	88	25	
TOTAL	357	100	100
		0	
		0	
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS			
		0	
		0	
PÍLDORA	53	15	20
INYECCIÓN	77	22	29
CONDÓN	157	44	58
DIAFRAGMA	1	0	0
ESPERMICIDA	2	1	1
RITMO OVULATORIO	25	7	9
P. DIA DESPUÉS	2	1	1
OTRO	14	4	5
NO CONTESTARON	88	25	0
TOTAL	419	117	123
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S			
SI	156	44	
NO	113	32	

NO CONTESTARON	88	25	
TOTAL	357	100	
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA			
SIEMPRE	139	39	
CASI SIEMPRE	120	34	
ALGUNAS VECES	82	23	
CASI NUNCA	6	1	
NUNCA	11	3	
TOTAL	357	100	
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS			
SIEMPRE	118	33	
CASI SIEMPRE	144	40	
ALGUNAS VECES	80	22	
CASI NUNCA	10	3	
NUNCA	5	1	
TOTAL	357	100	
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR METODOS ANTICONCEPTIVOS			
SIEMPRE	304	85	
CASI SIEMPRE	37	10	
ALGUNAS VECES	15	4	
CASI NUNCA	1	0	
NUNCA	0	0	
TOTAL	357	100	
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS			
SIEMPRE	299	84	
CASI SIEMPRE	44	12	
ALGUNAS VECES	12	3	
CASI NUNCA	2	1	
NUNCA	0	0	
TOTAL	357	100	
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO			
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA			
SI	147	41	
NO	210	59	
TOTAL	357	100	

33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:			
ENTRE 50.000 Y 100.000	63	18	
ENTRE 101 Y 500.000	223	62	
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	49	14	
1.000.000 0 +	22	6	
	357	100	
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ			
SI	31	9	
NO	326	91	
TOTAL	357	100	
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR			
INICIATIVA PERSONAL	18	5	58
PRESIÓN DE LA PAREJA	14	4	45
PRESIÓN SOCIAL	8	2	26
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	17	5	55
PRESIÓN FAMILIAR	18	5	58
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	22	6	71
TRABAJO FUTURO	4	1	13
NO CONTESTARON	326	91	0
TOTAL	427	120	326
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.			
INYECCIÓN ABORTIVA	16	4	52
ASPIRACIÓN	3	1	10
LEGRADO	8	2	26
AUTOINDUCIDO	4	1	13
NO CONTESTARON	326	~ 91	0
TOTAL	357	100	100
		0	
		0	
37. QUIEN INICIO EL ABORTO			
		0	
USTED	13	4	
SU PAREJA	5	1	
ENFERMERA	0		
MEDICO	13	4	
OTRO	5	1	
NO CONTESTARON	326	91	
TOTAL	362	101	

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 249

38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE			
RECHAZO	3	1	10
APOYO	26	7	84
INDIFERENCIA	2	1	6
NO CONTESTARON	326	91	0
TOTAL	357	100	100
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE			
RECHAZO	12	3	39
APOYO	8	2	26
INDIFERENCIA	11	3	35
NO CONTESTARON	326	91	0
TOTAL	357	100	100
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO			
SI	21	6	68
NO	10	3	32
NO CONTESTARON	326	91	0
TOTAL	357	100	100
E ACTITUDES FRENTE AL ABORTO			
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO			
TOTALMENTE DE ACUERDO	97	27	
DE ACUERDO	50	14	
NEUTRAL	123	34	
EN DESACUERDO	29	8	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	58	16	
TOTAL	357	100	
42. LA MUJER ESTA EN LIBERTAD DE DECIDIR SI TIENE O NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO			
TOTALMENTE DE ACUERDO	160	45	
DE ACUERDO	71	20	
NEUTRAL	72	20	
EN DESACUERDO	36	10	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	18	5	
TOTAL	357	100	
43. SI UN EMBARAZO INTERFIERE CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABORTO ES LA OPCIÓN QUE MENOS PERJUICIOS TRAE			
TOTALMENTE DE ACUERDO	48	13	

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 250

DEACUERDO	60	17	
NEUTRAL	112	31	
EN DESACUERDO	93	26	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	44	12	
TOTAL	357	100	
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD			
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	4	
DEACUERDO	40	11	
NEUTRAL	96	27	
EN DESACUERDO	86	24	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	121	34	
TOTAL	357	100	
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.			
TOTALMENTE DE ACUERDO	215	60	
DEACUERDO	98	27	
NEUTRAL	35	10	
EN DESACUERDO	2	1	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	2	
TOTAL	357	100	
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA			
TOTALMENTE DE ACUERDO	63	18	
DEACUERDO	33	9	
NEUTRAL	137	38	
EN DESACUERDO	72	20	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	52	15	
TOTAL	357	100	
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER			
TOTALMENTE DE ACUERDO	187	52	
DE ACUERDO	127	36	
NEUTRAL	39	11	
EN DESACUERDO	3	1	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	0	
TOTAL	357	100	
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER			
TOTALMENTE DE ACUERDO	208	58	
DEACUERDO	102	29	
NEUTRAL	42	12	
EN DESACUERDO	4	1	

TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	0	
TOTAL	357	100	
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.			
TOTALMENTE DE ACUERDO	33	9	
DE ACUERDO	79	22	
NEUTRAL	152	43	
EN DESACUERDO	58	16	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	35	10	
TOTAL	357	100	
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIETICO			
TOTALMENTE DE ACUERDO	97	27	
DE ACUERDO	65	18	
NEUTRAL	115	32	
EN DESACUERDO	46	13	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	34	10	
TOTAL	357	100	
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY			
TOTALMENTE DE ACUERDO	60	17	
DE ACUERDO	38	11	
NEUTRAL	123	34	
EN DESACUERDO	82	23	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	54	15	
TOTAL	357	100	
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES			
TOTALMENTE DE ACUERDO	93	26	
DE ACUERDO	120	34	
NEUTRAL	96	27	
EN DESACUERDO	33	9	
TOTALMENTE EN DESACUERDO	15	4	
TOTAL	357	100	

Apéndice D. Resultados Facultad de Administración.

RESULTADOS FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	3	9
19-20	19	58
21-22	8	24
23 0 +	3	9
TOTAL	33	100
2. ESTADO CIVIL		
SOLTERA	33	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
	33	100
3. CONVIVE CON		
PADRES	27	82
PAREJA	0	0
FAMILIARES	5	15
AMIGOS	0	0
RESIDENCIAS U	1	3
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
	33	100
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	0	0
2	0	0
3	4	12
4	20	61
5	6	18
6	3	9
	33	100
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
BUCARAMANGA	23	70
BARRANCABERMEJA	2	6
FLORIDABLANCA	2	6

SANGIL	1	3
BOGOTA	1	3
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	1	3
CALI	1	3
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	2	6
TOTAL	33	100
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		
CATÓLICA	29	88
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	1	3
OTRA	3	9
TOTAL	33	100
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		
SI	19	58
NO	14	42
	33	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		
SI	4	12
NO	29	88
	33	100
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		
FAMILIA	33	100
TRABAJO	1	3
BECA	1	3
TOTAL	35	106
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		
BUENA	32	97

REGULAR	1	3
MALA	0	0
TOTAL	33	100
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		
11. SEMESTRE ACADÉMICO		
1	2	6
2	3	9
3	12	36
4	1	3
5	9	27
6	0	0
7	0	0
8	5	15
9	1	3
10	0	0
	33	100
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		
SIEMPRE	10	30
CASI SIEMPRE	7	21
ALGUNAS VECES	15	45
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	0	0
	33	100
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	3
ALGUNAS VECES	5	15
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	27	82
	33	100
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		
SIEMPRE	9	27
CASI SIEMPRE	7	21
ALGUNAS VECES	9	27
CASI NUNCA	4	12
NUNCA	4	12

	33	100
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		
SIEMPRE	3	9
CASI SIEMPRE	17	52
ALGUNAS VECES	8	24
CASI NUNCA	3	9
NUNCA	2	6
	33	100
16. LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJERCICIO DE SEXUALIDAD		
SIEMPRE	13	39
CASI SIEMPRE	13	39
ALGUNAS VECES	6	18
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	0	0
	33	100
C . INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		
SI	27	82
NO	6	18
	33	100
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	1	3
16	6	18
17	8	24
18	5	15
19	4	12
20	1	3
21	1	3
22	0	0
23	1	3
25	0	0
NO CONTESTARON	6	18

	33	100
CON QUIEN		
NOVIO	25	76
AMIGO	1	3
FAMILIAR	1	3
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	6	18
TOTAL	33	100
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		
1	14	42
2	5	15
3	5	15
4	0	0
4 0 +	3	9
NO CONTESTARON	6	18
TOTAL	33	100
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		
SI	14	42
NO	13	39
NO CONTESTARON	6	18
TOTAL	33	100
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		
A DIARIO	2	6
3 VECES POR SEMANA	11	33
MENSUAL	8	24
SEMESTRAL	0	0
ANUAL	5	15
NO CONTESTARON	7	21
TOTAL	33	100
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		
SI	0	0
NO	27	82
NO CONTESTARON	6	18
TOTAL	33	100

TOTAL	33	100
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		
SIEMPRE	10	30
CASI SIEMPRE	12	36
ALGUNAS VECES	10	30
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	3
TOTAL	33	100
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		
SIEMPRE	13	39
CASI SIEMPRE	9	27
ALGUNAS VECES	10	30
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	0	0
TOTAL	33	100
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
SIEMPRE	26	79
CASI SIEMPRE	4	12
ALGUNAS VECES	2	6
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	0	0
	33	100
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.		
SIEMPRE	29	88
CASI SIEMPRE	4	12
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	33	100
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		
SI	11	33

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 260

NO	22	67
TOTAL	33	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 60.000 Y 100.000	5	15
ENTRE 101 Y 500.000	17	52
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	9	27
1.000.000 0 +	2	6
	0	0
	33	100
34. ¿A ABORTADO ALGUNA VEZ		
SI	1	3
NO	32	97
TOTAL	33	100
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		
INICIATIVA PERSONAL	0	0
PRESIÓN DELA PAREJA	1	3
PRESIÓN SOCIAL	1	3
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	0	0
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	0	0
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	32	97
TOTAL	34	103
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		
INYECCIÓN ABORTIVA	0	0
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIOO	1	3
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	32	97
TOTAL	33	100
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		
USTED	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 261

SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	
MEDICO	1	3
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	32	97
TOTAL	33	100
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	1	3
NO CONTESTARON	32	97
TOTAL	33	100
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		
RECHAZO	1	3
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	32	97
TOTAL	33	100
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		
SI	1	3
NO	0	0
NO CONTESTARON	32	97
TOTAL	33	100
E ACTITUDES FRENTE AL ABORTO		
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	21
DE ACUERDO	4	12
NEUTRAL	11	33
EN DESACUERDO	6	18
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	15
TOTAL	33	100
42. LA MUJER ESTA EN LIBERTAD DE DECIDIR SI TIENE O NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO		

TOTALMENTE DE ACUERDO	13	39
DE ACUERDO	6	18
NEUTRAL	11	33
EN DESACUERDO	3	9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	33	100
43. SI UN EMBARAZO INTERFIERE CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABORTO ES LA OPCIÓN QUE MENOS PERJUICIOS TRAE		
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	12
DE ACUERDO	3	9
NEUTRAL	16	48
EN DESACUERDO	6	18
TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	12
TOTAL	33	100
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	6
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	7	21
EN DESACUERDO	8	24
TOTALMENTE EN DESACUERDO	16	48
TOTAL	33	100
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	55
DE ACUERDO	8	24
NEUTRAL	5	15
EN DESACUERDO	1	3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	33	100
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	21
DE ACUERDO	6	18
NEUTRAL	12	36
EN DESACUERDO	3	9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	15
TOTAL	33	100
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		

TOTALMENTE DE ACUERDO	21	64
DE ACUERDO	7	21
NEUTRAL	6	15
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	33	100
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		
TOTALMENTE DE ACUERDO	23	70
DE ACUERDO	5	15
NEUTRAL	5	15
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	33	100
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	12
DE ACUERDO	4	12
NEUTRAL	20	61
EN DESACUERDO	4	12
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	33	100
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO		
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	33
DE ACUERDO	5	15
NEUTRAL	15	45
EN DESACUERDO	2	6
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	33	100
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	15
DE ACUERDO	1	3
NEUTRAL	17	52
EN DESACUERDO	8	24
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	6
TOTAL	33	100

62. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	36
DE ACUERDO	9	27
NEUTRAL	10	30
EN DESACUERDO	2	6
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	33	100

Apéndice E. Resultados Facultad de Audiovisuales

RESULTADOS FACULTAD DE AUDIOVISUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	0	0
19-20	0	0
21-22	0	0
23 o +	1	100
TOTAL	1	100
2. ESTADO CIVIL		
SOLTERA	0	0
CASADA	1	100
VIUDA	0	0
	1	100
3. CONVIVE CON		
PADRES	0	0
PAREJA	0	0
FAMILIARES	1	100
AMIGOS	0	0
RESIDENCIAS U	0	0
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	1	100
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	100
5	0	0
6	0	0
	1	100
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
BUCARAMANGA	1	100
BARRANCABERMEJA	0	0
FLORIDABLANCA	0	0

SANGIL	0	0
BOGOTA	0	0
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	0	0
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	1	100
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		
CATÓLICA	1	100
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	0	0
OTRA	0	0
TOTAL	1	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	0	0
NO	1	100
	1	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	1	100
NO	0	0
	1	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	0	0
TRABAJO	1	100
BECA	0	0
TOTAL	1	100
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	1	100

REGULAR	0	0
MALA	0	0
TOTAL	1	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	0	0
2	1	100
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
	1	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	1	100
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	1	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	100
	1	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0

CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	100
	1	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	100
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	1	100
		0
16. LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJER DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	100
	1	100
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		
SI	1	100
NO	0	0
	1	100
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		
12	0	0
13	1	100
14	0	0
15	0	0
16	0	0
17	0	0
18	0	0
19	0	0
20	0	0
21	0	0
22	0	0
23	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 270

25	0	0
NO CONTESTARON	0	0
	1	100
CON QUIEN		
NOVIO	0	0
AMIGO	1	100
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
4o +	1	100
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		
SI	1	100
NO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		
A DIARIO	1	100
3 VECES POR SEMANA	0	0
MENSUAL	0	0
SEMESTRAL	0	0
ANUAL	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		
SI	0	0
NO	1	100
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100

24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		
SI	0	0
NO	1	100
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
CON QUE FRECUENCIA		
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI "NUNCA	0	0
NUNCA	1	100
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		
SI	0	0
NO	1	100
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		
PÍLDORA	0	0
INYECCIÓN	0	0
CONDÓN	0	0
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	0	0
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	1	100
TOTAL	1	100
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		
SI	0	0
NO	1	100

NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	1	100
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	1	100
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	1	100
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	1	100
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		

SI	0	0
NO	1	100
TOTAL	1	100
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		
ENTRE 50.000 Y 100.000	0	0
ENTRE 101 Y 500.000	0	0
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	0	0
1.000.000 0 +	1	100
	1	100
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ.		
SI	0	0
NO	1	100
TOTAL	1	100
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		
INICIATIVA PERSONAL	0	0
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	0	0
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	0	0
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	1	100
TOTAL	1	100
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		
INYECCIÓN ABORTIVA	0	0
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRA	0	0
NO CONTESTARON	1	100
TOTAL	1	100
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		

USTED	0	0
SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	0
MEDICO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	1	100
TOTAL	1	100
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	1	100
TOTAL	1	100
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	1	100
TOTAL	1	100
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURIR AL ABORTO INDUCIDO		
SI	0	0
NO	0	0
NO CONTESTARON	1	100
TOTAL	1	100
E ACTITUDES FRENTE AL ABORTO		
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	100
TOTAL	1	100
42. LA MUJ ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE O NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO		

TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPCIÓN QUE MENOS PERJTRAE		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	100
TOTAL	1	100
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	a
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	100
TOTAL	1	100
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA		
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100

47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DEACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	100
TOTAL	1	100
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIETICO		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	100
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DEACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	100
TOTAL	1	100

52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTER PERSONALES		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	100
TOTAL	1	100

Apéndice F. Resultados Facultad de Comunicación social

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 279

RESULTADOS FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	2	10
19-20	7	35
21-22	7	35
23 0 +	4	20
TOTAL	20	100
2. ESTADO CIVIL		
SOLTERA	20	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
TOTAL	20	100
3. CONVIVE CON		
PADRES	14	70
PAREJA	0	0
FAMILIARES	2	10
AMIGOS	3	15
RESIDENCIAS U	1	5
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	20	100
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	0	0
2	0	0
3	4	20
4	8	40
5	6	30
6	2	10
TOTAL	20	100
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
BUCARAMANGA	10	50
BARRANCABERMEJA	0	0
FLORIDABLANCA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 280

SANGIL	2	10
BOGOTÁ	2	10
CÚCUTA	1	5
BARRANQUILLA	1	5
CALÍ	0	0
OCAÑA	3	15
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	1	5
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	20	100
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		*
CATÓLICA	14	70
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	5	25
OTRA	1	5
TOTAL	20	100
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		
SI	6	30
NO	14	70
	20	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		
SI	4	20
NO	16	80
	20	100
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		
FAMILIA	19	95
TRABAJO	1	5
BECA	0	0
TOTAL	20	100
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	17	85

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 281

REGULAR	3	15
MALA	0	0
TOTAL	20	100
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		
11. SEMESTRE ACADÉMICO		
1	1	5
2	2	10
3	3	15
4	3	15
5	2	10
6	3	15
7	2	10
8	1	5
9	2	10
10	1	5
	20	100
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		
SIEMPRE	5	25
CASI SIEMPRE	1	5
ALGUNAS VECES	10	50
CASI NUNCA	2	10
NUNCA	2	10
	20	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	4	20
CASI NUNCA	4	20
NUNCA	12	60
	20	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		
SIEMPRE	8	40
CASI SIEMPRE	4	20
ALGUNAS VECES	4	20

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 282

CASI NUNCA	2	10
NUNCA	2	10
	20	100
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		
SIEMPRE	5	25
CASI SIEMPRE	10	50
ALGUNAS VECES	4	20
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	5
	20	100
16. LA INFOR. QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJER DE SEXUALIDAD		
SIEMPRE	5	25
CASI SIEMPRE	2	10
ALGUNAS VECES	10	50
CASI NUNCA	2	10
NUNCA	1	5
	20	100
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		
SI	16	80
NO	4	20
	20	100
		0
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		
		0
12	0	0
13	1	5
14	2	10
15	3	15
16	2	10
17	1	5
18	6	30
19	1	5
20	0	0
21	0	0
22	0	0
23	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 283

25	0	0
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
CON QUIEN		
NOVIO	13	65
AMIGO	3	15
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		
1	5	25
2	3	15
3	2	10
4	2	10
4 o +	4	20
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		
SI	9	45
NO	7	35
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		
A DIARIO	1	5
3 VECES POR SEMANA	7	35
MENSUAL	3	15
SEMESTRAL	4	20
ANUAL	1	5
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		
SI	0	0
NO	16	80
NO CONTESTARON	4	20

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 284

TOTAL	20	100
		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	13	65
NO	3	15
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	8	40
CASI SIEMPRE	3	15
ALGUNASVECES	2	10
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	3	15
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		
SI	9	45
NO	7	35
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		
PILDORA	4	20
INYECCIÓN	3	15
CONDÓN	8	40
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	3	15
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	2	10
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	24	120
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		
SI	9	45

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 285

NO	7	35
NO CONTESTARON	4	20
TOTAL	20	100
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		
SIEMPRE	7	35
CASI SIEMPRE	7	35
ALGUNAS VECES	6	30
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	20	100
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		
SIEMPRE	6	30
CASI SIEMPRE	9	45
ALGUNAS VECES	4	20
CASI NUNCA	1	5
NUNCA	0	0
TOTAL	20	100
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
SIEMPRE	19	95
CASI SIEMPRE	1	5
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	20	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		
		0
		0
SIEMPRE	18	90
CASI SIEMPRE	2	10
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	20	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		
		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 286

		0
SI	10	50
NO	10	50
TOTAL	20	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	5	25
ENTRE 101 Y 500.000	12	60
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	1	5
1.000.000 0 +	2	10
	20	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	5	25
NO	15	75
TOTAL	20	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	2	10
PRESIÓN DE LA PAREJA	3	15
PRESIÓN SOCIAL	1	5
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	1	5
PRESIÓN FAMILIAR	3	15
SI TENIA EL BEBE NO PODRIA TERMINAR LOS ESTUDIOS	2	10
TRABAJO FUTURO	1	5
NO CONTESTARON	15	75
TOTAL	28	140
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	4	20
ASPIRACION	0	0
SONDA	1	5
LEGRADO	0	0
AUTÓINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	15	75
TOTAL	20	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 287

		0
USTED	2	10
SU PAREJA	2	10
ENFERMERA	0	
MEDICO	1	5
OTRO	1	5
NO CONTESTARON	15	75
TOTAL	21	105
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	2	10
APOYO	3	15
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	15	75
TOTAL	20	100
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	2	10
APOYO	2	10
INDIFERENCIA	1	5
NO CONTESTARON	15	75
TOTAL	20	100
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERIA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	2	10
NO	3	15
NO CONTESTARON	15	75
TOTAL	20	100
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	40
DE ACUERDO	3	15
NEUTRAL	6	30
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	15
TOTAL	20	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE 0 NO HIJOS Y POR ENDE DÉ DECIDIR SI		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 288

ABORTA O NO		
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65
DE ACUERDO	2	10
NEUTRAL	3	15
EN DESACUERDO	1	5
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	5
TOTAL	20	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJTRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	15
DE ACUERDO	6	30
NEUTRAL	4	20
EN DESACUERDO	5	25
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	10
TOTAL	20	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	5
DEACUERDO	3	15
NEUTRAL	0	30
EN DESACUERDO	3	15
TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	35
TOTAL	20	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65
DEACUERDO	5	25
NEUTRAL	1	5
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	5
TOTAL	20	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	10
DE ACUERDO	1	5
NEUTRAL	9	45
EN DESACUERDO	3	15
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	25
TOTAL	20	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 289

		0
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	60
DE ACUERDO	4	20
NEUTRAL	4	20
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	65
DE ACUERDO	4	20
NEUTRAL	3	15
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	10
DE ACUERDO	6	30
NEUTRAL	8	40
EN DESACUERDO	2	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	10
TOTAL	20	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	20
DE ACUERDO	2	10
NEUTRAL	7	35
EN DESACUERDO	4	20
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	15
TOTAL	20	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	30
DE ACUERDO	3	15
NEUTRAL	6	30
EN DESACUERDO	2	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	15

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 290

TOTAL	20	100
		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	25
DE ACUERDO	6	30
NEUTRAL	5	25
EN DESACUERDO	2	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	10
TOTAL	20	100

Apéndice G. Resultados Facultad de Contaduría

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 292

RESULTADOS FACULTAD DE CONTADURIA PUBLICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	4	17
19-20	6	25
21-22	7	29
23 0 +	7	29
TOTAL	24	100
2. ESTADO CIVIL		
SOLTERA	22	92
CASADA	2	8
VIUDA	0	0
	24	100
3. CONVIVE CON		
PADRES	15	63
PAREJA	2	8
FAMILIARES	4	17
AMIGOS	3	13
RESIDENCIAS U	0	0
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	24	100
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	0	0
2	0	0
3	4	17
4	10	42
5	6	25
6	4	17
	24	100
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
BUCAR AMANGA	19	79
BARRANCABERMEJA	1	4
FLORIDABLANCA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 293

SANGIL	0	0
BOGOTA	1	4
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	0	0
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	3	13
TOTAL	24	100
6. RELIGIÓN A LAQUE PERTENECE		
CATÓLICA	20	83
PROTESTANTE	2	8
NINGUNA	0	0
OTRA	2	8
TOTAL	24	100
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		
SI	14	58
NO	10	42
	24	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		
SI	7	29
NO	17	71
	24	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	21	88
TRABAJO	5	21
BECA	0	0
TOTAL	26	108
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	19	79

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 294

REGULAR	5	21
MALA	0	0
TOTAL	24	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	9	38
2	0	0
3	1	4
4	1	4
5	1	4
6	3	13
7	0	0
8	2	8
9	7	29
10	0	0
	24	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	7	29
CASI SIEMPRE	3	13
ALGUNAS VECES	12	50
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	2	8
	24	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	9	38
CASI NUNCA	2	8
NUNCA	13	54
	24	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	3	13
CASI SIEMPRE	6	25
ALGUNAS VECES	12	50

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 295

CASI NUNCA	0	0
NUNCA	3	13
	24	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	2	8
CASI SIEMPRE	9	38
ALGUNAS VECES	12	50
CASI NUNCA	1	4
NUNCA	0	0
	24	100
		0
16. LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	3	13
CASI SIEMPRE	5	21
ALGUNAS VECES	16	67
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	24	100
		0
C . INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	19	79
NO	5	21
	24	100
		0
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	2	8
15	2	8
16	0	0
17	5	21
18	3	13
19	4	17
20	3	13
21	0	0
22	0	0
23	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 296

25	0	0
NO CONTESTARON	5	21
	24	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	17	71
AMIGO	0	0
FAMILIAR	0	0
OTRO	2	8
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	7	29
2	5	21
3	3	13
4	0	0
4 0 +	4	17
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	18	75
NO	1	4
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	1	4
3 VECES POR SEMANA	15	63
MENSUAL	3	13
SEMESTRAL	0	0
ANUAL	0	0
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	2	8
NO	17	71
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 297

		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	17	71
NO	2	8
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	2	8
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	3	13
NUNCA	14	58
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	11	46
NO	8	33
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PÍLDORA	9	38
INYECCIÓN	3	13
CONDÓN	11	46
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	2	8
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	30	125
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR ETS		0
		0
SI	11	46
NO	8	33

NO CONTESTARON	5	21
TOTAL	24	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	16	67
CASI SIEMPRE	1	4
ALGUNAS VECES	7	29
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	24	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	8	33
CASI SIEMPRE	7	29
ALGUNAS VECES	8	33
CASI NUNCA	1	4
NUNCA	0	0
TOTAL	24	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	21	88
CASI SIEMPRE	3	13
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	24	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA ÚTIL DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	18	75
CASI SIEMPRE	6	25
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	24	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 299

SI	7	29
NO	17	71
NO CONTESTARON		
TOTAL	24	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	6	25
ENTRE 101 Y 500.000	18	75
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	0	0
1.000.000 0 +	0	0
	24	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	1	4
NO	23	96
TOTAL	24	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	1	4
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	1	4
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRIA TERMINAR LOS ESTUDIOS	1	4
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	23	96
TOTAL	26	108
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	1	4
SONDA	0	
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	23	96
TOTAL	24	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 300

		0
USTED	0	0
SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	0
MEDICO	0	0
OTRO	1	4
NO CONTESTARON	23	96
TOTAL	24	100
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	1	4
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	23	96
TOTAL	24	100
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	1	4
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	23	96
TOTAL	24	100
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERIA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	0	0
NO	1	4
NO CONTESTARON	23	96
TOTAL	24	100
		0
E ACTITUDES FRENTE AL ABORTO		0
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	21
DE ACUERDO	2	8
NEUTRAL	13	54
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	17
TOTAL	24	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE 0 NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI		0

ABORTA O NO		
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	38
DEACUERDO	10	42
NEUTRAL	3	13
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	8
TOTAL	24	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	4
DE ACUERDO	5	21
NEUTRAL	13	54
EN DESACUERDO	3	13
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	8
TOTAL	24	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DEACUERDO	4	17
NEUTRAL	9	38
EN DESACUERDO	2	8
TOTALMENTE EN DESACUERDO	9	38
TOTAL	24	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	12	50
DE ACUERDO	12	50
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	24	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	25
DE ACUERDO	1	4
NEUTRAL	11	46
EN DESACUERDO	5	21
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	4
TOTAL	24	100

		0
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	38
DE ACUERDO	13	54
NEUTRAL	1	4
EN DESACUERDO	1	4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	24	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	14	58
DEACUERDO	9	38
NEUTRAL	1	4
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	24	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	13 ^d
DE ACUERDO	6	25
NEUTRAL	9	38
EN DESACUERDO	4	17
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	8
TOTAL	24	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	33
DE ACUERDO	10	42
NEUTRAL	3	13
EN DESACUERDO	2	8
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	4
TOTAL	24	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	5	21
NEUTRAL	10	42
EN DESACUERDO	6	25
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	13

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 303

TOTAL	24	100
		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	25
DEACUERDO	11	46
NEUTRAL	3	13
EN DESACUERDO	4	17
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	24	100

Apéndice H. Resultados Facultad de Derecho

RESULTADOS FACULTAD DE DERECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	6	10
19-20	26	41
21-22	23	37
23 0 +	8	13
TOTAL	63	100
2. ESTADO CIVIL		
		0
SOLTERA	63	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
	63	100
		0
3. CONVIVE CON		
		0
PADRES	42	67
PAREJA	1	2
FAMILIARES	10	16
AMIGOS	6	10
RESIDENCIAS U	3	5
NINGUNO	1	2
OTRO	0	0
TOTAL	63	100
		0
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
		0
1	0	0
2	1	2
3	10	16
4	34	54
5	11	17
6	7	11
	63	100
		0
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
		0
BUCARAMANGA	31	49
BARRANCABERMEJA	3	5
FLORIDABLANCA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 306

SANGIL	5	8
BOGOTA	4	6
CÚCUTA	1	2
BARRANQUILLA	4	6
CALI	0	0
OCAÑA	5	8
ARAUCA	1	2
SOGAMOSO	1	2
PEREIRA	2	3
SINCELEJO	1	2
RÍO DE ORO	2	3
VALLEOUPAR	0	0
OTROS	3	5
TOTAL	63	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	51	81
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	10	16
OTRA	2	3
TOTAL	63	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	29	46
NO	34	54
	63	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
Si	8	13
NO	55	87
TOTAL	63	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	61	97
TRABAJO	4	6
BECA	0	0
TOTAL	65	103
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	57	90

REGULAR	5	8
MALA	1	2
TOTAL	63	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. S EM ESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	2	3
2	8	13
3	11	17
4	6	10
5	6	10
6	15	24
7	3	5
8	5	8
9	6	8
10	2	3
	63	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	14	22
CASI SIEMPRE	9	14
ALGUNAS VECES	27	43
CASI NUNCA	8	13
NUNCA	5	8
	63	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	7	11
CASI NUNCA	9	14
NUNCA	47	75
	63	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	18	29
CASI SIEMPRE	12	19
ALGUNAS VECES	14	22

CASI NUNCA	12	19
NUNCA	7	11
	63	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	11	17
CASI SIEMPRE	29	46
ALGUNAS VECES	19	30
CASI NUNCA	2	3
NUNCA	2	3
	63	100
		0
16. LA INFOR. QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJER DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	21	33
CASI SIEMPRE	15	24
ALGUNAS VECES	22	35
CASI NUNCA	4	6
NUNCA	1	2
	63	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	49	78
NO	14	22
	63	100
		0
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	2	3
14	3	5
16	6	10
16	9	14
17	6	10
18	13	21
19	6	10
20	1	2
21	2	3
22	0	0
23	1	2

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 309

25	0	0
NO CONTESTARON	14	22
	63	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	45	71
AMIGO	4	6
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	18	29
2	13	21
3	4	6
4	3	5
4o +	11	17
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	25	40
NO	24	38
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	5	8
3 VECES POR SEMANA	19	30
MENSUAL	13	21
SEMESTRAL	10	16
ANUAL	2	3
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	0	0
NO	49	78
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100

		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	43	68
NO	6	10
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	26	41
CASI SIEMPRE	10	16
ALGUNAS VECES	5	8
CASI NUNCA	2	3
NUNCA	6	10
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	29	46
NO	20	32
NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PÍLDORA	8	13
INYECCIÓN	13	21
CONDÓN	23	37
DIAFRAGMA	1	2
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	6	10
P. DIA DESPUÉS	2	3
OTRO	6	10
NO CONTESTARON	15	24
	74	117
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S.		0
		0
SI	26	41
NO	23	37

NO CONTESTARON	14	22
TOTAL	63	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	22	35
CASI SIEMPRE	26	41
ALGUNAS VECES	14	22
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	2
TOTAL	63	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	19	30
CASI SIEMPRE	29	46
ALGUNAS VECES	13	21
CASI NUNCA	2	3
NUNCA	0	0
TOTAL	63	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	56	89
CASI SIEMPRE	6	10
ALGUNAS VECES	1	2
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	63	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	55	87
CASI SIEMPRE	6	10
ALGUNAS VECES	2	3
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	63	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0

SI	32	51
NO	31	49
TOTAL	63	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	14	22
ENTRE 101 Y 500.000	38	60
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	7	11
1.000.000 0 +	4	6
	63	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	10	16
NO	53	84
TOTAL	63	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	3	5
PRESIÓN DE LA PAREJA	5	8
PRESIÓN SOCIAL	2	3
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	2	3
PRESIÓN FAMILIAR	6	10
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	5	8
TRABAJO FUTURO	1	2
NO CONTESTARON	53	84
TOTAL	77	122
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	7	11
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	2	3
AUTOINDUCIDO	1	2
OTRO		0
NO CONTESTARON	53	84
TOTAL	63	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0

USTED	4	6
SU PAREJA	3	5
ENFERMERA	0	0
MEDICO	3	5
OTRO	2	3
NO CONTESTARON	53	84
TOTAL	65	103
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	3	5
APOYO	7	11
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	53	84
TOTAL	63	100
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	3	5
APOYO	4	6
INDIFERENCIA	3	5
NO CONTESTARON	53	84
TOTAL	63	100
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	5	8
NO	5	8
NO CONTESTARON	53	84
TOTAL	63	100
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	24	38
DE ACUERDO	12	19
NEUTRAL	16	25
EN DESACUERDO	3	5
TOTALMENTE EN DESACUERDO	8	13
TOTAL	63	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE 0 NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA 0 NO		0

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	35	56
DE ACUERDO	10	16
NEUTRAL	9	14
EN DESACUERDO	6	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	5
TOTAL	63	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJTRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	11
DE ACUERDO	16	25
NEUTRAL	17	27
EN DESACUERDO	18	29
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	8
TOTAL	63	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	6
DE ACUERDO	7	11
NEUTRAL	13	21
EN DESACUERDO	15	24
TOTALMENTE EN DESACUERDO	24	38
TOTAL	63	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	41	65
DE ACUERDO	15	24
NEUTRAL	4	6
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	5
TOTAL	63	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	10
DE ACUERDO	6	10
NEUTRAL	22	35
EN DESACUERDO	13	21
TOTALMENTE EN DESACUERDO	16	25
TOTAL	63	100
		0

47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FISICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	39	62
DE ACUERDO	16	25
NEUTRAL	8	13
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	63	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	42	67
DE ACUERDO	12	19
NEUTRAL	1	2
EN DESACUERDO	8	13
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	63	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	10
DE ACUERDO	15	24
NEUTRAL	25	40
EN DESACUERDO	11	17
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	10
TOTAL	63	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIETICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	21
DE ACUERDO	10	16
NEUTRAL	21	33
EN DESACUERDO	12	19
TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	11
TOTAL	63	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERIA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	20	32
DE ACUERDO	6	10
NEUTRAL	17	27
EN DESACUERDO	14	22
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	10
TOTAL	63	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 316

		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTER PERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	24
DE ACUERDO	20	32
NEUTRAL	16	25
EN DESACUERDO	6	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	10
TOTAL	63	100

Apéndice I. Resultados Facultad de Educación

RESULTADOS FACULTAD DE FACULTAD DE EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	3	15
19-20	7	35
21-22	10	50
23 0 +	0	0
TOTAL	20	100
		0
2. ESTADO CIVIL		
		0
SOLTERA	20	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
	20	100
		0
3. CONVIVE CON		
		0
		0
PADRES	13	65
PAREJA	0	0
FAMILIARES	4	20
AMIGOS	0	0
RESIDENCIAS U	1	5
NINGUNO	2	10
OTRO	0	0
	20	100
		0
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
		0
		0
1	0	0
2	0	0
3	3	15
4	14	70
5	1	5
6	2	10
	20	100
		0
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
		0
		0
BUCARAMANGA	8	40
BARRANCABERMEJA	6	30
FLORIDABLANCA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 319

SANGIL	1	5
BOGOTA	1	5
CÚCUTA	1	5
BARRANQUILLA	0	0
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RIO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	3	15
TOTAL	20	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	17	85
PROTESTANTE	2	10
NINGUNA	0	0
OTRA	1	5
TOTAL	20	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	15	75
NO	5	25
	20	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	3	15
NO	17	85
	20	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	17	85
TRABAJO	3	15
BECA	3	15
TOTAL	23	115
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	19	95

CASI NUNCA	2	10
NUNCA	3	15
	20	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	6	30
CASI SIEMPRE	3	15
ALGUNAS VECES	8	40
CASI NUNCA	3	15
NUNCA	0	0
	20	100
		0
16. LA INFOR. QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJER DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	7	35
CASI SIEMPRE	5	25
ALGUNAS VECES	5	25
CASI NUNCA	3	15
NUNCA	0	0
	20	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	14	70
NO	6	30
	20	100
		0
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	1	5
16	0	0
17	3	15
18	6	30
19	1	5
20	1	5
21	1	5
22	1	5
23	0	0

25	0	0
NO CONTESTARON	6	30
	20	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	13	65
AMIGO	1	5
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	6	30
2	6	30
3	1	5
4	1	5
4 0 +	0	0
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	9	45
NO	5	25
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	1	5
3 VECES POR SEMANA	7	35
MENSUAL	4	20
SEMESTRAL	1	5
ANUAL	1	5
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	0	0
NO	14	70
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100

		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	12	60
NO	2	10
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	6	30
CASI SIEMPRE	3	15
ALGUNAS VECES	2	10
CASI NUNCA	3	15
NUNCA	0	0
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	10	50
NO	4	20
NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PÍLDORA	2	10
INYECCIÓN	3	15
CONDÓN	9	45
DIAFRAGMA	0	0
ESPÉRMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	3	15
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	6	30
	23	115
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S.		0
		0
SI	8	40
NO	6	30

NO CONTESTARON	6	30
TOTAL	20	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	6	30
CASI SIEMPRE	8	40
ALGUNAS VECES	4	20
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	2	10
TOTAL	20	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	7	35
CASI SIEMPRE	8	40
ALGUNAS VECES	3	15
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	2	10
TOTAL	20	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	16	80
CASI SIEMPRE	2	10
ALGUNAS VECES	2	10
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	20	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	15	75
CASI SIEMPRE	3	15
ALGUNAS VECES	2	10
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	20	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0

SI	8	40
NO	12	60
TOTAL	20	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	4	20
ENTRE 101 Y 500.000	9	45
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	5	25
1.000.0000 +	2	10
	20	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	0	0
NO	20	100
TOTAL	20	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	0	0
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	0	0
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	0	0
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	0	0
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0

USTED	0	0
SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	0
MEDICO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	0	0
NO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	5
DE ACUERDO	5	25
NEUTRAL	7	35
EN DESACUERDO	2	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	25
TOTAL	20	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE 0 NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO		0

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	45
DE ACUERDO	2	10
NEUTRAL	5	25
EN DESACUERDO	3	15
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	5
TOTAL	20	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	15
DE ACUERDO	3	15
NEUTRAL	4	20
EN DESACUERDO	7	35
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	15
TOTAL	20	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	2	10
NEUTRAL	4	20
EN DESACUERDO	5	25
TOTALMENTE EN DESACUERDO	9	45
TOTAL	20	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON U PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	90
DE ACUERDO	1	5
NEUTRAL	1	5
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	25
DE ACUERDO	2	10
NEUTRAL	8	40
EN DESACUERDO	3	15
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	10
TOTAL	20	100
		0

47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FISICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	16	80
DE ACUERDO	4	20
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	75
DEACUERDO	4	20
NEUTRAL	1	5
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	2	10
NEUTRAL	8	40
EN DESACUERDO	5	25
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	25
TOTAL	20	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIETICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	45
DEACUERDO	5	25
NEUTRAL	6	30
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	35
DE ACUERDO	4	20
NEUTRAL	5	25
EN DESACUERDO	4	20
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100

		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	10	50
DE ACUERDO	5	25
NEUTRAL	5	25
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	20	100

Apéndice J. Resultados Facultad de Energía

RESULTADOS FACULTAD DE ENERGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	0	0
19-20	0	0
21-22	0	0
23 o +	1	100
TOTAL	1	100
2. ESTADO CIVIL		
SOLTERA	1	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
TOTAL	1	100
3. CONVIVE CON		
PADRES	0	0
PAREJA	0	0
FAMILIARES	0	0
AMIGOS	1	100
RESIDENCIAS U	0	0
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	1	100
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	100
5	0	0
6	0	0
TOTAL	1	100
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
BUCAR AMANGA	1	100
BARRANCABERMEJA	0	0
FLORIDABLANCA	0	0

SANGIL	0	0
BOGOTA	0	0
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	0	0
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RIO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	1	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	1	100
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	0	0
OTRA	0	0
TOTAL	1	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	1	100
NO	0	0
	1	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	1	100
NO	0	0
	1	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	0	0
TRABAJO	1	100
BECA	0	0
TOTAL	1	100
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	1	100

REGULAR	0	0
MALA	0	0
TOTAL	1	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEM ESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	1	100
10	0	0
	1	100
		0
		0
		0
12. RECIBÍ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	100
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	1	100
		0
13. RECIBÍ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	1	100
NUNCA	0	0
	1	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	100
ALGUNAS VECES	0	0

CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	1	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	1	100
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	1	100
		0
16. LA INFOR. QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJER DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	1	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	1	100
NO	0	0
	1	100
		0
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0
17	0	0
18	1	100
19	0	0
20	0	0
21	0	0
22	0	0
23	0	0
25	0	0

NO CONTESTARON	0	0
	1	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	1	100
AMIGO	0	0
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	1	100
2	0	0
3	0	0
4	0	0
4o +	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
si	1	100
NO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	0	0
3 VECES POR SEMANA	1	100
MENSUAL	0	0
SEMESTRAL	0	0
ANUAL	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	0	0
NO	1	100
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0

24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	1	100
NO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	0	0
NO	1	100
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PILDORA	1	100
INYECCIÓN	0	0
CONDÓN	0	0
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	0	0
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	1	100
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		0
		0
SI	0	0
NO	1	100
NO CONTESTARON	0	0

TOTAL	1	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	1	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	1	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	1	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	1	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	1	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0
SI	0	0

NO	1	100
TOTAL	1	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	0	0
ENTRE 101 Y 500.000	1	100
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	0	0
1.000.000 0 +	0	0
	1	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	0	0
NO	1	100
TOTAL	1	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	0	0
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	0	0
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	0	0
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	0	0
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0
USTED	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 339

SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	0
MEDICO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERIA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	0	0
NO	0	0
NO CONTESTARON	0	0
TOTAL	0	0
		0
E ACTITUDES FRENTE AL ABORTO		0
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	100
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE O NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO		0
		0

TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	1	100
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	1	100
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	100
TOTAL	1	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	100
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 341

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	1	100
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	1	100
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	100
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 342

52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTER PERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	1	100

Apéndice K. Resultados Facultad de Ingeniería Financiera

RESULTADOS FACULTAD DE INGENIERIA FINANCIERA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	6	9
19-20	24	37
21-22	23	35
23 o +	12	18
TOTAL	65	100
		0
2. ESTADO CIVIL		0
		0
SOLTERA	60	92
CASADA	5	8
VIUDA	0	0
	65	100
		0
3. CONVIVE CON		0
		0
PADRES	32	49
PAREJA	5	8
FAMILIARES	14	22
AMIGOS	13	20
RESIDENCIAS U	1	2
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
	65	100
		0
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		0
		0
1	0	0
2	0	0
3	10	15
4	29	45
5	15	23
6	11	17
	65	100
		0
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		0
		0
BUCARAMANGA	41	63
BARRANCABERMEJA	7	11
FLORIDABLANCA	1	2

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 345

SANGIL	0	0
BOGOTA	0	0
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	8	12
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	1	2
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	7	11
TOTAL	65	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	57	88
PROTESTANTE	4	6
NINGUNA	0	0
OTRA	4	6
TOTAL	65	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	44	68
NO	21	32
	65	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	46	71
NO	19	29
	65	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	59	91
TRABAJO	19	29
BECA	0	0
TOTAL	78	120
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	50	77

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 346

REGULAR	15	23
MALA	0	0
TOTAL	65	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEM ESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	7	11
2	0	0
3	4	6
4	10	15
5	6	9
6	16	25
7	0	0
8	2	3
9	19	29
10	1	2
	65	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	16	25
CASI SIEMPRE	12	18
ALGUNAS VECES	33	51
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	4	6
	65	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	2	3
CASI SIEMPRE	4	6
ALGUNAS VECES	28	43
CASI NUNCA	2	3
NUNCA	29	45
	65	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	10	15
CASI SIEMPRE	17	26
ALGUNAS VECES	29	45

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 347

CASI NUNCA	1	2
NUNCA	8	12
	65	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	5	8
CASI SIEMPRE	23	35
ALGUNAS VECES	32	49
CASI NUNCA	5	8
NUNCA	0	0
	65	100
		0
16. LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJERCICIO DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	12	18
CASI SIEMPRE	21	32
ALGUNAS VECES	30	46
CASI NUNCA	1	2
NUNCA	1	2
	65	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	54	83
NO	11	17
	65	100
		0
18. A QUE EDAD TUVO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	8	12
16	5	8
17	12	18
18	5	8
19	9	14
20	10	15
21	5	8
22	0	0
23	0	0
25	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 348

NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	60	77
AMIGO	0	0
FAMILIAR	0	0
OTRO	4	6
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	30	46
2	14	22
3	5	8
4	0	0
4o +	5	8
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	46	71
NO	8	12
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	34	52
3 VECES POR SEMANA	7	11
MENSUAL	0	0
SEMESTRAL	2	3
ANUAL	11	17
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	6	9
NO	48	74
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 349

		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	48	74
NO	6	9
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	35	54
CASI SIEMPRE	7	11
ALGUNASVECES	4	6
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	8	12
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
Si	41	63
NO	13	20
NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	65	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PÍLDORA	12	18
INYECCIÓN	18	28
CONDÓN	37	57
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	2	3
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	2	3
NO CONTESTARON	11	17
	82	126
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		0
		0
SI	38	58
NO	16	25

NO CONTESTARON	11	17
TOTAL	85	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	35	54
CASI SIEMPRE	18	28
ALGUNAS VECES	12	18
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	65	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	33	51
CASI SIEMPRE	19	29
ALGUNAS VECES	9	14
CASI NUNCA	4	6
NUNCA	0	0
TOTAL	65	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	54	83
CASI SIEMPRE	10	15
ALGUNAS VECES	1	2
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	65	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	54	83
CASI SIEMPRE	9	14
ALGUNAS VECES	2	3
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	65	100
		0
30. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARIA		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 351

SI	26	40
NO	39	60
TOTAL	65	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	8	12
ENTRE 101 Y 500.000	48	74
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	7	11
1.000.000 0 +	2	3
	65	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	5	8
NO	60	92
TOTAL	5	8
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	5	8
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	5	8
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRIA TERMINAR LOS ESTUDIOS	5	8
TRABAJO FUTURO	5	8
NO CONTESTARON	60	92
TOTAL	80	123
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	1	2
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	4	6
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	60	92
TOTAL	65	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 353

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	34	52
DE ACUERDO	14	22
NEUTRAL	4	6
EN DESACUERDO	7	11
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	9
TOTAL	65	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	10	15
DE ACUERDO	2	3
NEUTRAL	27	42
EN DESACUERDO	13	20
TOTALMENTE EN DESACUERDO	13	20
TOTAL	65	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	14	22
NEUTRAL	22	34
EN DESACUERDO	10	15
TOTALMENTE EN DESACUERDO	19	29
TOTAL	65	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	37	57
DE ACUERDO	26	40
NEUTRAL	1	2
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	2
TOTAL	65	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	20
DE ACUERDO	1	2
NEUTRAL	21	32
EN DESACUERDO	22	34
TOTALMENTE EN DESACUERDO	8	12
TOTAL	65	100
		0

47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	29	45
DE ACUERDO	31	48
NEUTRAL	3	5
EN DESACUERDO	1	2
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	2
TOTAL	65	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	36	55
DE ACUERDO	26	40
NEUTRAL	2	3
EN DESACUERDO	1	2
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	65	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	9
DE ACUERDO	20	31
NEUTRAL	19	29
EN DESACUERDO	12	18
TOTALMENTE EN DESACUERDO	8	12
TOTAL	65	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	28
DE ACUERDO	11	17
NEUTRAL	16	25
EN DESACUERDO	9	14
TOTALMENTE EN DESACUERDO	11	17
TOTAL	65	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	8
DE ACUERDO	9	14
NEUTRAL	20	31
EN DESACUERDO	11	17
TOTALMENTE EN DESACUERDO	20	31
TOTAL	65	100
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 355

52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	17	26
DE ACUERDO	25	38
NEUTRAL	11	17
EN DESACUERDO	12	18
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	65	100

Apéndice L. Resultados Facultad de Hotelería y Turismo

RESULTADOS FACULTAD DE HOTELERIA Y TURISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	1	11
19-20	5	56
21-22	2	22
23 0 +	1	11
TOTAL	9	100
2. ESTADO CIVIL		
SOLTERA	9	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
	9	100
3. CONVIVE CON		
PADRES	7	78
PAREJA	0	0
FAMILIARES	2	22
AMIGOS	0	0
RESIDENCIAS U	0	0
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
	9	100
		0
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
		0
1	0	0
2	0	0
3	2	22
4	5	56
5	2	22
6	0	0
	9	100
		0
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
		0
BUCARAMANGA	5	56
BARRANCABERMEJA	0	0
FLORIDAB LANGA	0	0

SANGIL	0	0
BOGOTA	2	22
CÚCUTA	1	11
BARRANQUILLA	0	0
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RIO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	1	11
TOTAL	9	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	9	100
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	0	0
OTRA	0	0
TOTAL	9	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	4	44
NO	5	56
	9	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	1	11
NO	8	89
	9	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	9	100
TRABAJO	1	11
BECA	0	0
TOTAL	10	111
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	8	89

REGULAR	1	11
MALA	0	0
TOTAL	9	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	2	22
2	1	11
3	1	11
4	1	11
5	1	11
6	0	0
7	0	0
8	2	22
9	0	0
10	1	11
	9	100
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	3	33
CASI SIEMPRE	3	33
ALGUNAS VECES	3	33
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	9	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	2	22
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	3	33
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	4	44
	9	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	3	33
CASI SIEMPRE	2	22
ALGUNAS VECES	3	33
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	11

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 360

	9	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	1	11
CASI SIEMPRE	7	78
ALGUNAS VECES	1	11
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	9	100
		0
16. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE SE OBTIENE DE LOS AMIGOS ES ÚTIL PARA EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	4	44
CASI SIEMPRE	3	33
ALGUNAS VECES	2	22
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	9	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	6	67
NO	3	33
	9	100
		0
18. A QUE EDAD TUVO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	1	11
16	1	11
17	1	11
18	2	22
19	0	0
20	0	0
21	1	11
22	0	0
23	0	0
25	0	0
NO CONTESTARON	3	33

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 361

	9	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	5	56
AMIGO	1	11
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	4	44
2	0	0
3	0	0
4	1	11
4 0 +	1	11
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	3	33
NO	3	33
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	1	11
3 VECES POR SEMANA	2	22
MENSUAL	0	0
SEMESTRAL	2	22
ANUAL	1	11
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	0	0
NO	6	67
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 362

		0
SI	6	56
NO	1	11
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	3	33
CASI SIEMPRE	2	22
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	11
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	4	44
NO	2	22
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PÍLDORA	3	33
INYECCIÓN	0	0
CONDÓN	3	33
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	1	11
RITMO OVULATORIO	0	0
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	4	44
TOTAL	11	122
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		0
		0
SI	4	44
NO	2	22
NO CONTESTARON	3	33
TOTAL	9	100

		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	4	44
CASI SIEMPRE	2	22
ALGUNAS VECES	3	33
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	9	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	4	44
CASI SIEMPRE	4	44
ALGUNAS VECES	1	11
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	9	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	7	78
CASI SIEMPRE	1	11
ALGUNAS VECES	1	11
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	9	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	6	67
CASI SIEMPRE	2	22
ALGUNAS VECES	1	11
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	9	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0
SI	1	11
NO	8	89

TOTAL	9	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	2	22
ENTRE 101 Y 500.000	5	56
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	1	11
1.000.000 0 +	1	11
	9	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	1	11
NO	8	89
TOTAL	9	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	0	0
PRESIÓN DE LA PAREJA	1	11
PRESIÓN SOCIAL	1	11
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	0	0
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRIA TERMINAR LOS ESTUDIOS	0	0
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	8	89
TOTAL	10	111
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	0	0
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	1	11
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	8	89
TOTAL	9	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0
USTED	0	0
SU PAREJA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 365

ENFERMERA	0	
MEDICO	1	11
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	8	89
TOTAL	9	100
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	1	11
NO CONTESTARON	8	89
TOTAL	9	100
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	1	11
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	8	89
TOTAL	9	100
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	1	11
NO	0	0
NO CONTESTARON	8	89
TOTAL	9	100
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	2	22
NEUTRAL	5	56
EN DESACUERDO	1	11
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	11
TOTAL	9	100
		0
		0
42. LA MUG ESTÁ EN LIBER DE DECIR SI TIENE O NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	22

DEACUERDO	2	22
NEUTRAL	5	56
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	3	33
EN DESACUERDO	5	56
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	11
TOTAL	9	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	11
DE ACUERDO	1	11
NEUTRAL	3	33
EN DESACUERDO	4	44
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	33
DE ACUERDO	3	33
NEUTRAL	3	33
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	22
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	7	78
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0
		0

TOTALMENTE DE ACUERDO	5	56
DE ACUERDO	3	33
NEUTRAL	1	11
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	56
DE ACUERDO	3	33
NEUTRAL	1	11
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	22
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	3	33
EN DESACUERDO	4	44
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIETICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	56
DE ACUERDO	2	22
NEUTRAL	1	11
EN DESACUERDO	1	11
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	11
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	4	44
EN DESACUERDO	3	33
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	11
TOTAL	9	100
		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 368

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	33
DE ACUERDO	4	44
NEUTRAL	2	22
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	9	100

Apéndice M, Resultados Facultad de Mecatronica

RESULTADOS FACULTAD DE MECATRONICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA Y FAMILIAR		
1. EDAO		
16-18	1	33
19-20	2	67
21-22	0	0
23 0 +	0	0
TOTAL	3	100
		0
2. ESTADO CIVIL		
		0
SOLTERA	3	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
	3	100
		0
3. CONVIVE CON		
		0
PADRES	0	0
PAREJA	1	33
FAMILIARES	1	33
AMIGOS	1	33
RESIDENCIAS U	0	0
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	3	100
		0
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
		0
1	0	0
2	0	0
3	1	33
4	1	33
5	1	33
6	0	0
	3	100
		0
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
		0
BUCARAMANGA	2	67
BARRANCABERMEJA	1	33
FLORIDABLANCA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 371

SANGIL	0	0
BOGOTA	0	0
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	0	0
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	3	100
		0
		0
6. REUGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	3	100
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	0	0
OTRA	0	0
TOTAL	3	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	0	0
NO	3	100
	3	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	0	0
NO	3	100
	3	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	3	100
TRABAJO	0	0
BECA	0	0
TOTAL	3	100
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	2	67

REGULAR	1	33
MALA	0	0
TOTAL	3	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	0	0
2	0	0
3	1	33
4	1	33
5	0	0
6	1	33
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
	3	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	3	100
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	3	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	2	67
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	33
	3	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	1	33
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	1	33

CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	33
	3	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	33
ALGUNAS VECES	1	33
CASI NUNCA	1	33
NUNCA	0	0
	3	100
		0
16. LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	33
ALGUNAS VECES	1	33
CASI NUNCA	1	33
NUNCA	0	0
	3	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	1	33
NO	2	67
	3	100
		0
18. A QUE EDAD TUVO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0
17	0	0
18	1	33
19	0	0
20	0	0
21	0	0
22	0	0
23	0	0

25	0	0
NO CONTESTARON	2	67
	3	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	1	33
AMIGO	0	0
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	0	0
2	1	33
3	0	0
4	0	0
4o +	0	0
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	0	0
NO	1	33
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	0	0
3 VECES POR SEMANA	0	0
MENSUAL	1	33
SEMESTRAL	0	0
ANUAL	0	0
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	0	0
NO	1	33
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100

		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	0	0
NO	1	33
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	33
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	1	33
NO	0	0
NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PÍLDORA	0	0
INYECCIÓN	0	0
CONDÓN	1	33
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	0	0
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	2	67
		0
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		0
		0
SI	1	33
NO	0	0

NO CONTESTARON	2	67
TOTAL	3	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	1	33
CASI SIEMPRE	1	33
ALGUNAS VECES	1	33
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	3	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	33
ALGUNAS VECES	1	33
CASI NUNCA	1	33
NUNCA	0	0
TOTAL	3	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	3	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	3	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	3	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	3	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 377

SI	2	67
NO	1	33
TOTAL	3	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	1	33
ENTRE 101 Y 500.000	2	67
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	0	0
1.000.000 0 +	0	0
	3	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	0	0
NO	3	100
TOTAL	3	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	0	0
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	0	0
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRIA TERMINAR LOS ESTUDIOS	0	0
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	3	100
TOTAL	3	100
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	0	0
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	3	100
TOTAL	3	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0

USTED	0	0
SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	0
MEDICO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	3	100
TOTAL	3	100
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	3	100
TOTAL	3	100
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	3	100
TOTAL	3	100
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	0	0
NO	0	0
NO CONTESTARON	3	100
TOTAL	3	100
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	67
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	33
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE 0 NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA 0 NO		0

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	67
DE ACUERDO	1	33
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJTRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	33
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	2	67
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	1	33
NEUTRAL	2	67
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	33
DE ACUERDO	2	67
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	33
EN DESACUERDO	1	33
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	33
TOTAL	3	100
		0

47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FISICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	33
DE ACUERDO	2	67
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0 J
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	1	33
NEUTRAL	1	33
EN DESACUERDO	1	33
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIETICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	33
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	33
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	33
TOTAL	3	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	1	33
NEUTRAL	1	33
EN DESACUERDO	1	33
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 381

		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DEACUERDO	3	100
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	3	100

Apéndice N» Resultados Facultad de Medicina

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 383

RESULTADOS FACULTAD DE MEDICINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	12	32
19-20	12	32
21-22	11	30
23 0 +	2	5
TOTAL	37	100
2. ESTADO CIVIL		
		0
		0
SOLTERA	37	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
	37	100
		0
3. CONVIVE CON		
		0
		0
PADRES	22	59
PAREJA	0	0
FAMILIARES	10	27
AMIGOS	0	0
RESIDENCIAS U	1	3
NINGUNO	3	8
OTRO	1	3
TOTAL	37	100
		0
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
		0
		0
1	0	0
2	1	3
3	4	11
4	16	43
5	10	27
6	6	16
TOTAL	37	100
		0
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
		0
		0
BUCARAMANGA	16	43
BARRANCABERMEJA	6	16
FLORÍDABLANCA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 384

SANGIL	1	3
BOGOTA	0	0
CÚCUTA	3	8
BARRANQUILLA	1	3
CALI	0	0
OCAÑA	1	3
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	2	5
OTROS	7	19
TOTAL	37	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	32	86
PROTESTANTE	1	3
NINGUNA	3	8
OTRA	1	3
TOTAL	37	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	25	68
NO	12	32
	37	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	2	5
NO	35	95
	37	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	37	100
TRABAJO	1	3
BECA	1	3
TOTAL	39	105
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	24	65

REGULAR	13	35
MALA	0	0
TOTAL	37	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	13	35
2	3	8
3	0	0
4	2	5
5	6	16
6	6	16
7	5	14
8	1	3
9	0	0
10	1	3
	37	100
		0
		0
		0
12. RECIBÍ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	11	30
CASI SIEMPRE	6	16
ALGUNAS VECES	17	46
CASI NUNCA	2	5
NUNCA	1	3
	37	100
		0
13. RECIBÍ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD.		0
		0
SIEMPRE	1	3
CASI SIEMPRE	2	5
ALGUNAS VECES	9	24
CASI NUNCA	10	27
NUNCA	15	41
	37	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	10	27
CASI SIEMPRE	7	19
ALGUNAS VECES	10	27

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 386

CASI NUNCA	8	22
NUNCA	2	5
	37	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	1	3
CASI SIEMPRE	14	38
ALGUNAS VECES	17	46
CASI NUNCA	5	14
NUNCA	0	0
	37	100
		0
16. LA INFOR. QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJER DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	9	24
CASI SIEMPRE	7	19
ALGUNAS VECES	12	32
CASI NUNCA	7	19
NUNCA	2	5
TOTAL	37	100
		0
C . INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	15	41
NO	22	59
	37	100
		0
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	3	8
17	4	11
18	1	3
19	3	8
20	2	5
21	2	5
22	0	0
23.	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 387

25	0	0
NO CONTESTARON	22	59
	37	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	14	38
AMIGO	1	3
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	8	22
2	5	14
3	1	3
4	0	0
40 +	1	3
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	12	32
NO	3	8
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	0	0
3 VECES POR SEMANA	7	19
MENSUAL	5	14
SEMESTRAL	2	5
ANUAL	1	3
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	1	3
NO	14	38
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100

		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	14	38
NO	1	3
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	11	30
CASI SIEMPRE	1	3
ALGUNAS VECES	3	8
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	10	27
NO	5	14
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PÍLDORA	3	8
INYECCIÓN	6	16
CONDÓN	9	24
DIAFRAGMA	1	3
ESPERMICIDA	1	3
RITMO OVULATORIO	1	3
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	43	116
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		0
		0
SI	10	27
NO	6	14

NO CONTESTARON	22	59
TOTAL	37	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	8	22
CASI SIEMPRE	9	24
ALGUNAS VECES	14	38
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	5	14
TOTAL	37	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	3	8
CASI SIEMPRE	21	57
ALGUNAS VECES	10	27
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	3	8
TOTAL	37	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	31	84
CASI SIEMPRE	4	11
ALGUNAS VECES	2	5
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	37	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	31	84
CASI SIEMPRE	4	11
ALGUNAS VECES	2	5
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	37	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 390

SI	25	68
NO	12	32
TOTAL	37	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	4	11
ENTRE 101 Y 500.000	8	22
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	21	57
1.000.000 0 +	4	11
TOTAL	37	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
Si	2	5
NO	35	95
TOTAL	37	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	2	5
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	2	5
PRESIÓN FAMILIAR	1	3
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	2	5
TRABAJO FUTURO	1	3
NO CONTESTARON	35	95
TOTAL	43	116
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	2	5
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	35	95
TOTAL	37	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 391

USTED	1	3
SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	0
MEDICO	1	3
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	35	95
TOTAL	37	100
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	2	5
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	35	95
TOTAL	37	100
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	1	3
APOYO	0	0
INDIFERENCIA	1	3
NO CONTESTARON	35	95
TOTAL	37	100
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	1	3
NO	1	3
NO CONTESTARON	35	95
TOTAL	37	100
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	16
DEACUERDO	3	8
NEUTRAL	13	35
EN DESACUERDO	5	14
TOTALMENTE EN DESACUERDO	10	27
TOTAL	37	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE O NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO		0

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	35
DEACUERDO	4	11
NEUTRAL	11	30
EN DESACUERDO	4	11
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	14
TOTAL	37	100
		0
43. SI UN EM8 INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	19
DEACUERDO	6	16
NEUTRAL	4	11
EN DESACUERDO	13	35
TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	19
TOTAL	37	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	3
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	3	8
EN DESACUERDO	13	35
TOTALMENTE EN DESACUERDO	20	54
TOTAL	37	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	25	68
DEACUERDO	9	24
NEUTRAL	3	8
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	37	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	24
DE ACUERDO	7	19
NEUTRAL	10	27
EN DESACUERDO	5	14
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	16
TOTAL	37	100
		0

47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	22	59
DE ACUERDO	15	41
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	37	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	49
DE ACUERDO	18	49
NEUTRAL	1	3
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	37	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	8
DE ACUERDO	6	16
NEUTRAL	18	49
EN DESACUERDO	5	14
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	14
TOTAL	37	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	35
DE ACUERDO	6	16
NEUTRAL	13	35
EN DESACUERDO	2	5
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	8
TOTAL	37	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	8
DE ACUERDO	3	8
NEUTRAL	11	30
EN DESACUERDO	14	38
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	16
TOTAL	37	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 394

		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	10	27
DE ACUERDO	13	35
NEUTRAL	12	32
EN DESACUERDO	2	5
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	37	100

Apéndice Ñ. Resultados Facultad de Mercados

RESULTADOS FACULTAD DE MERCADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-13.	3	10
19-20	11	37
21-22	10	33
23 o +	6	20
TOTAL	30	100
		0
2. ESTADO CIVIL		0
		0
SOLTERA	29	97
CASADA	1	3
VIUDA	0	0
TOTAL	30	100
		0
3. CONVIVE CON		0
		0
PADRES	21	70
PAREJA	1	3
FAMILIARES	3	10
AMIGOS	4	13
RESIDENCIAS U	1	3
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	30	100
		0
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		0
		0
1	0	0
2	0	0
3	6	20
4	13	43
5	5	17
6	6	20
	30	100
		0
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		0
		0
BUCAR AMANGA	22	73
BARRANCABERMEJA	0	0
FLORIDABLANCA	1	3

SANGIL	1	3
BOGOTA	1	3
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	2	7
CALI	0	0
OCAÑA	2	7
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RIO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	1	3
TOTAL	30	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	22	73
PROTESTANTE	1	3
NINGUNA	4	13
OTRA	3	10
TOTAL	30	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	19	63
NO	11	37
TOTAL	30	
		0
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	7	23
NO	23	77
	30	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	28	93
TRABAJO	2	7
BECA	0	0
TOTAL	30	100
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0

BUENA	27	90
REGULAR	3	10
MALA	0	0
TOTAL	30	100
		0
8. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	1	3
2	2	7
3	5	17
4	4	13
5	6	20
6	4	13
7	1	3
8	1	3
9	5	17
10	1	3
	30	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	10	33
CASI SIEMPRE	3	10
ALGUNAS VECES	13	43
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	3	10
	30	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	22	73
NUNCA	8	27
	30	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	10	33
CASI SIEMPRE	7	23

ALGUNAS VECES	6	20
CASI NUNCA	3	10
NUNCA	4	13
	30	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	3	10
CASI SIEMPRE	16	53
ALGUNAS VECES	7	23
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	3	10
	30	100
		0
16. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJERCICIO DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	10	33
CASI SIEMPRE	9	30
ALGUNAS VECES	9	30
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	1	3
	30	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HAY TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	26	87
NO	4	13
	30	100
		0
18. A QUE EDAD TUVO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	1	3
14	2	7
15	3	10
16	4	13
17	3	10
18	7	23
19	5	17
20	1	3
21	0	0
22	0	0
23	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 400

25	0	0
NO CONTESTARON	4	13
	30	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	23	77
AMIGO	2	7
FAMILIAR	0	0
OTRO	1	3
NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	11	37
2	5	17
3	5	17
4	1	3
4o +	4	13
NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	13	43
NO	13	43
NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	1	3
3 VECES POR SEMANA	11	37
MENSUAL	6	20
SEMESTRAL	2	7
ANUAL	5	17
NO CONTESTARON	5	17
TOTAL	30	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	1	3
NO	25	83
NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 401

		0
24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	21	70
NO	5	17
NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	16	53
CASI SIEMPRE	3	10
ALGUNASVECES	2	7
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	5	17
NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	17	57
NO	9	30
NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PILDORA	6	20
INYECCIÓN	6	20
CONDÓN	14	47
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	3	10
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	7	23
TOTAL	36	120
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S.		0
		0
SI	16	53
NO	10	33

NO CONTESTARON	4	13
TOTAL	30	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	11	37
CASI SIEMPRE	11	37
ALGUNAS VECES	7	23
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	3
TOTAL	30	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	9	30
CASI SIEMPRE	13	43
ALGUNAS VECES	7	23
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	0	0
TOTAL	30	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	26	87
CASI SIEMPRE	2	7
ALGUNAS VECES	2	7
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	30	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	28	93
CASI SIEMPRE	2	7
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	30	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 403

SI	10	33
NO	20	67
TOTAL	30	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	5	17
ENTRE 101 Y 500.000	19	63
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	3	10
1.000.000 0 +	3	10
	30	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	3	10
NO	27	90
TOTAL	30	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	1	3
PRESIÓN DE LA PAREJA	2	7
PRESIÓN SOCIAL	1	3
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	1	3
PRESIÓN FAMILIAR	3	10
SI TENIA EL BEBE NO PODRÍA TERMINAR LOS ESTUDIOS	2	7
TRABAJO FUTURO	2	7
NO CONTESTARON	27	90
TOTAL	39	130
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	2	7
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	1	3
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	27	90
TOTAL	30	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0

USTED	2	7
SU PAREJA	0	0
ENFERMERA	0	0
MEDICO	1	3
OTRO	1	3
NO CONTESTARON	27	90
TOTAL	31	103
		0
38. LA ACTITUD DE SU PAREJA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	3	10
INDIFERENCIA	0	0
NO CONTESTARON	27	90
TOTAL	30	100
		0
39. LA ACTITUD DE SU FAMILIA FUE DE		0
		0
RECHAZO	0	0
APOYO	2	7
INDIFERENCIA	1	3
NO CONTESTARON	27	90
TOTAL	30	100
		0
40. ANTE UN NUEVO EMBARAZO VOLVERÍA A RECURRIR AL ABORTO INDUCIDO		0
		0
SI	2	7
NO	1	3
NO CONTESTARON	27	90
TOTAL	30	100
		D
E ACTITUDES FRENTE AL ABORTO		0
		0
41. EL ABORTO ES UNA SOLUCIÓN ACEPTABLE EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	10	33
DE ACUERDO	2	7
NEUTRAL	9	30
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	23
TOTAL	30	100
		0
		0
42. LA MUG ESTA EN LIBER DE DECI SI TIENE O NO HIJOS Y POR ENDE DE DECIDIR SI ABORTA O NO		0

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	13	43
DE ACUERDO	6	20
NEUTRAL	5	17
EN DESACUERDO	4	13
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	10
DEACUERDO	4	13
NEUTRAL	10	33
EN DESACUERDO	8	27
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	17
TOTAL	30	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	3
DEACUERDO	2	7
NEUTRAL	10	33
EN DESACUERDO	4	13
TOTALMENTE EN DESACUERDO	13	43
TOTAL	30	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	60
DE ACUERDO	7	23
NEUTRAL	4	13
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	3
TOTAL	30	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA TAMIL A		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	17
DE ACUERDO	3	10
NEUTRAL	14	47
EN DESACUERDO	3	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	17
TOTAL	30	100
		0

47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	60
DE ACUERDO	7	23
NEUTRAL	5	17
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	30	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	19	63
DE ACUERDO	6	20
NEUTRAL	5	17
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	30	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	10
DE ACUERDO	8	27
NEUTRAL	15	50
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	27
DE ACUERDO	5	17
NEUTRAL	13	43
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	30	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	23
DE ACUERDO	2	7
NEUTRAL	12	40
EN DESACUERDO	3	10
TOTALMENTE EN DESACUERDO	6	20
TOTAL	30	100

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 407

		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	30
DE ACUERDO	8	27
NEUTRAL	9	30
EN DESACUERDO	2	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	7
TOTAL	36	100

Apéndice O. Resultados Facultad de Música

RESULTADOS FACULTAD DE MÚSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	1	25
19-20	2	50
21-22	0	0
23 0 +	1	25
TOTAL	4	100
2. ESTADO CIVIL		
SOLTERA	4	100
CASADA	0	0
VIUDA	0	0
TOTAL	4	100
3. CONVIVE CON		
PADRES	2	50
PAREJA	2	50
FAMILIARES	0	0
AMIGOS	0	0
RESIDENCIAS U	0	0
NINGUNO	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	4	100
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	0	0
2	0	0
3	2	50
4	2	50
5	0	0
6	0	0
TOTAL	4	100
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
BUCAR AMANGA	3	75
BARRANCABERMEJA	1	25
FLORIDABLANCA	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 410

SANGIL	0	0
BOGOTA	0	0
CÚCUTA	0	0
BARRANQUILLA	0	0
CALÍ	0	0
OCAÑA	0	0
ARAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0
PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEOUPAR	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	4	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CATÓLICA	4	100
PROTESTANTE	0	0
NINGUNA	0	0
OTRA	0	0
TOTAL	4	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	1	25
NO	3	75
	4	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	1	25
NO	3	75
	4	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	4	100
TRABAJO	1	25
BECA	0	0
TOTAL	5	125
		0
10. SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	2	50

REGULAR	2	50
MALA	0	0
TOTAL	4	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADÉMICO		0
		0
1	1	25
2	0	0
3	1	25
4	1	25
5	0	0
6	0	0
7	1	25
8	0	0
9	0	0
10	0	0
	4	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	2	50
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	1	25
CASI NUNCA	1	25
NUNCA	0	0
	4	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	1	25
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	3	75
	4	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	3	75
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 412

CASI NUNCA	0	0
NUNCA	1	25
	4	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	2	50
CASI NUNCA	1	25
NUNCA	1	25
	4	100
		0
16. LA INFOR. QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJER DE SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	2	50
ALGUNAS VECES	2	50
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	4	100
		0
C . INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0
17. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES		0
		0
SI	3	75
NO	1	25
	4	100
		0
18. A QUE EDAD TUBO LA PRIMERA		0
		0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	1	25
16	1	25
17	0	0
18	1	25
19	0	0
20	0	0
21	0	0
22	0	0
23	0	0
25	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 413

NO CONTESTARON	1	25
	4	100
CON QUIEN		0
		0
NOVIO	2	50
AMIGO	1	25
FAMILIAR	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
20. CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO		0
		0
1	0	0
2	-2	50
3	1	25
4	0	0
4o +	0	0
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
21. EN LA ACTUALIDAD TIENE COMPAÑERO SEXUAL		0
		0
SI	2	50
NO	1	25
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
22. CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES EN LA ACTUALIDAD		0
		0
A DIARIO	1	25
3 VECES POR SEMANA	1	25
MENSUAL	1	25
SEMESTRAL	0	0
ANUAL	0	0
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
23. HA SIDO CONTAGIADA CON ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA		0
		0
SI	0	0
NO	3	75
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0

24. UTILIZA MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
SI	3	75
NO	0	0
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
CON QUE FRECUENCIA		0
		0
SIEMPRE	1	25
CASI SIEMPRE	2	50
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
		0
25. UTILIZA SU COMPAÑERO MÉTODOS DE PROTECCIÓN		0
		0
SI	3	75
NO	0	0
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
		0
26. QUE MÉTODO UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA PARA PREVENIR EMBARAZOS		0
		0
PILDORA	0	0
INYECCIÓN	0	0
CONDÓN	3	75
DIAFRAGMA	0	0
ESPERMICIDA	0	0
RITMO OVULATORIO	0	0
P. DIA DESPUÉS	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	1	25
TOTAL	4	100
		0
		0
27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		0
		0
SI	2	50
NO	1	25
NO CONTESTARON	1	25

TOTAL	4	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	2	50
ALGUNAS VECES	2	50
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	4	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	1	25
CASI SIEMPRE	2	50
ALGUNAS VECES	1	25
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	4	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	3	75
CASI SIEMPRE	1	25
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	a
NUNCA	0	0
	4	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICÓNCEP.		0
		0
SIEMPRE	4	100
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	4	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0
SI	1	25

NO	3	75
TOTAL	4	100
		0
		0
33. SEGÚN SU CRITERIO EL COSTO DE UN ABORTO ES:		0
		0
ENTRE 50.000 Y 100.000	1	25
ENTRE 101 Y 500.000	2	50
ENTRE 501.000 Y 1.000.000	1	25
1.000.0000 +	0	0
	4	100
		0
34. HA ABORTADO ALGUNA VEZ		0
		0
SI	a	0
NO	4	100
TOTAL	4	100
		0
35. LA DECISIÓN DE ABORTAR SE TOMA POR		0
		0
INICIATIVA PERSONAL	0	0
PRESIÓN DE LA PAREJA	0	0
PRESIÓN SOCIAL	0	0
NO PODER MANTENER EL BEBE EN ESE MOMENTO	0	0
PRESIÓN FAMILIAR	0	0
SI TENIA EL BEBE NO PODRIA TERMINAR LOS ESTUDIOS	0	0
TRABAJO FUTURO	0	0
NO CONTESTARON	4	100
TOTAL	4	100
		0
36. QUE MÉTODO FUE EMPLEADO PARA INTERRUPTIR EL EMBARAZO.		0
		0
INYECCIÓN ABORTIVA	0	0
SONDA	0	0
ASPIRACIÓN	0	0
LEGRADO	0	0
AUTOINDUCIDO	0	0
OTRO	0	0
NO CONTESTARON	4	100
TOTAL	4	100
		0
		0
37. QUIEN INICIO EL ABORTO		0
		0
USTED.	0	0

TOTALMENTE DE ACUERDO	4	100
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	4	100
		0
43. SI UN EMB INTERF CON PLAN ACTUAL DE MUJER EL ABOR ES LA OPC QUE MENOS PERJ TRAE		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	25
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	2	50
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	25
TOTAL	4	100
		0
44. EL ABORTO ES UN MÉTODO DE CONTROL DE NATALIDAD		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	25
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	25
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	50
TOTAL	4	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	25
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	2	50
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	25
TOTAL	4	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	50
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	2	50
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	4	100
		0
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FÍSICO DE LA MUJER		0

		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	75
DEACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	25
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	4	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	3	75
DEACUERDO	0	0
NEUTRAL	0	0
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	25
TOTAL	4	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUÉS DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	1	25
NEUTRAL	2	50
EN DESACUERDO	1	25
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	4	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIÉTICO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	25
DEACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	25
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	50
TOTAL	4	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	50
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	1	25
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	25
TOTAL	4	100
		0

52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	25
DE ACUERDO	0	0
NEUTRAL	2	50
EN DESACUERDO	1	25
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	4	100

Apéndice P. Resultados Facultad de Psicología

RESULTADOS FACULTAD DE PSICOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR		
1. EDAD		
16-18	1	3
19-20	15	42
21-22	9	25
23 0 +	11	31
TOTAL	36	100
2. ESTADO CIVIL		
		0
SOLTERA	33	92
CASADA	2	6
VIUDA	1	3
	36	100
3. CONVIVE CON		
		0
PADRES	21	58
PAREJA	1	3
FAMILIARES	7	19
AMIGOS	1	3
RESIDENCIAS U	2	6
NINGUNO	3	8
OTRO	1	3
	36	100
4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
		0
1	0	0
2	0	0
3	10	28
4	14	39
5	9	25
6	3	8
	36	100
5. LUGAR DE PROCEDENCIA		
		0
BUCARAMANGA	22	61
BARRANCABÉRMEJA	5	14
FLÓRIDABLANCA	0	0
SANGIL	1	3
BOGOTÁ	2	6
CÚCUTA	1	3
BARRANQUILLA	0	0
CALI	0	0
OCAÑA	0	0
ÁRAUCA	0	0
SOGAMOSO	0	0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 423

PEREIRA	0	0
SINCELEJO	0	0
RÍO DE ORO	0	0
VALLEDUPAR	0	0
OTROS	5	14
TOTAL	36	100
		0
		0
6. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		0
		0
CÁTOLICA	29	81
PROTESTANTE	1	3
NINGUNA	4	11
OTRA	2	6
TOTAL	36	100
		0
7. SE CONSIDERA PRACTICANTE DE SU RELIGIÓN		0
		0
SI	14	39
NO	22	61
	36	100
8. TRABAJA ACTUALMENTE		0
		0
SI	9	25
NO	27	75
	36	100
		0
9. SUS INGRESOS PROVIENEN DE		0
		0
FAMILIA	34	94
TRABAJO	5	14
BECA	0	0
TOTAL	39	108
		0
10: SU SITUACIÓN ECONÓMICA ES		0
		0
BUENA	28	78
REGULAR	7	19
MALA	1	3
TOTAL	36	100
		0
B. INFORMACIÓN EDUCATIVA		0
		0
11. SEMESTRE ACADEMICO		0
		0
1	1	3
2	3	8
3	2	6
4	6	17
5	1	3
6	7	19
7	7	19
8	1	3

9	6	17
10	2	6
	36	100
		0
		0
		0
12. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL		0
		0
SIEMPRE	4	11
CASI SIEMPRE	6	17
ALGUNAS VECES	18	50
CASI NUNCA	3	8
NUNCA	5	14
	36	100
		0
13. RECIBIÓ CLASES DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD		0
		0
SIEMPRE	1	3
CASI SIEMPRE	0	0
ALGUNAS VECES	7	19
CASI NUNCA	11	31
NUNCA	17	47
	36	100
		0
14. LAS PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE SEXUALIDAD PROVIENEN DE LA FAMILIA		0
		0
SIEMPRE	12	33
CASI SIEMPRE	4	11
ALGUNAS VECES	7	19
CASI NUNCA	8	22
NUNCA	5	14
	36	100
		0
15. LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE UNO RECIBE LA OBTIENE DE LOS AMIGOS		0
		0
SIEMPRE	3	8
CASI SIEMPRE	16	44
ALGUNAS VECES	11	31
CASI NUNCA	3	8
NUNCA	3	8
	36	100
		0
16. LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE EN C. DE O. SEXUAL ES ÚTIL PARA EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD		0
		0
SIEMPRE	7	19
CASI SIEMPRE	6	17
ALGUNAS VECES	11	31
CASI NUNCA	4	11
NUNCA	8	22
	36	100
		0
C. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL		0
		0

27. CREE QUE EL MÉTODO LE AYUDA A PREVENIR E.T.S		0
		0
SI	15	42
NO	10	28
NO CONTESTARON	11	31
TOTAL	36	100
		0
		0
28. LAS RELACIONES SEXUALES SON UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LAS RELACIONES DE PAREJA		0
		0
SIEMPRE	11	31
CASI SIEMPRE	13	36
ALGUNAS VECES	9	25
CASI NUNCA	2	6
NUNCA	1	3
TOTAL	36	100
		0
29. LAS RELACIONES SEXUALES SON PLENAMENTE SATISFACTORIAS		0
		0
SIEMPRE	11	31
CASI SIEMPRE	13	36
ALGUNAS VECES	10	28
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	1	3
TOTAL	36	100
		0
30. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE DEBE UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		0
		0
SIEMPRE	32	89
CASI SIEMPRE	1	3
ALGUNAS VECES	3	8
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	0	0
	36	100
		0
31. EL COMPAÑERO SEX DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA UTILIZACION DE MÉTODOS ANTICONCEP.		0
		0
SIEMPRE	31	86
CASI SIEMPRE	3	8
ALGUNAS VECES	1	3
CASI NUNCA	1	3
NUNCA	0	0
TOTAL	36	100
		0
D. INFORMACIÓN SOBRE ABORTO		0
		0
32. SI QUEDARA EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ABORTARÍA		0
		0
SI	15	42
NO	21	58
TOTAL	36	100
		0

DE ACUERDO	3	8
NEUTRAL	6	17
EN DESACUERDO	12	33
TOTALMENTE EN DESACUERDO	14	39
TOTAL	36	100
		0
45. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA PAREJA.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	18	50
DE ACUERDO	11	31
NEUTRAL	6	17
EN DESACUERDO	1	3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	36	100
		0
46. LA DECISIÓN DE ABORTAR DEBE SER CONSULTADA CON LA FAMILIA		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	14
DE ACUERDO	4	11
NEUTRAL	14	39
EN DESACUERDO	8	22
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	14
TOTAL	36	100
		0
47. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR FISICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	25	69
DEACUERDO	8	22
NEUTRAL	3	8
EN DESACUERDO	0	0
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	36	100
		0
48. EL ABORTO INDUCIDO PONE EN RIESGO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	21	58
DE ACUERDO	9	25
NEUTRAL	5	14
EN DESACUERDO	1	3
TOTALMENTEEN DESACUERDO	0	0
TOTAL	36	100
		0
49. ES POSIBLE CONTINUAR CON UNA RELACIÓN AFECTIVA DESPUES DE ABORTO INDUCIDO.		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	11
DE ACUERDO	7	19
NEUTRAL	18	50
EN DESACUERDO	2	6
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	14
TOTAL	36	100
		0
50. EL ABORTO ES UN HECHO INMORAL Y ANTIETICO		0
		0

Actitudes frente al Embarazo no Deseado 431

TOTALMENTE DE ACUERDO	4	11
DEACUERDO	3	8
NEUTRAL	18	50
EN DESACUERDO	8	22
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	8
TOTAL	36	100
		0
51. NINGUNA DE LAS FORMAS DE ABORTO DEBERÍA ESTAR PENALIZADA POR LA LEY		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	19
DEACUERDO	4	11
NEUTRAL	14	39
EN DESACUERDO	6	17
TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	14
TOTAL	36	100
		0
52. EL ABORTO OCASIONA CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES		0
		0
TOTALMENTE DE ACUERDO	10	28
DEACUERDO	9	25
NEUTRAL	12	33
EN DESACUERDO	2	6
TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	8
TOTAL	36	100