

11226  
201

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
HOSP. GRAL. ZONA II No. 1**

**REPERCUSION DE LA INFERTILIDAD,  
EN LA DINAMICA FAMILIAR**

Trabajo de Investigación que con carácter  
de Tesis Profesional presenta el  
Doctor:

**JESUS CARLOS GALLEGOS LEYVA**

Como requisito para obtener la Especialidad de:

**MEDICINA FAMILIAR**

**MEXICALI**

**TESIS CON  
FALLA DE ORDEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## I N D I C E .

1.- INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	1
2.- INFERTILIDAD	5
2.1 Concepto de Infertilidad	6
2.2 Infertilidad diferente de Esterilidad	6
2.3 Etiología de la Infertilidad	6
2.4 Fisiopatología, Cuadro Clínico, Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.	7
2.5 Manejo de la Paciente Infértil.	18
3.- LA FAMILIA	20
3.1 Origen y evolución histórica de la familia.	21
3.2 Definiciones de Familia	23
3.3 Estructura Familiar y Clasificación.	24
3.4 Funciones de la Familia	26
3.5 Ciclo de la Vida de la Familia	28
4.- LA INFERTILIDAD COMO CAUSA DE ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.	30
5.- LA INVESTIGACION.	35
5.1 Material y Método	36
5.2 Cuestionario como Parámetro	38
5.3 Análisis de Datos	44
5.4 Conclusiones	57
5.5 Alternativas de Solución	59
5.6 Comentarios	61
6.- BIBLIOGRAFIA	63

\* 1.- INTRODUCCION Y JUSTIFICACION.

La natalidad es una situación que ha movido los intereses humanos desde el misterio mismo de la creación - del primer hombre hasta nuestros días. De acuerdo con -- puntos de vista relacionados con los sentimientos, con -- las habilidades, con las necesidades y preocupaciones, - estimula diversas expresiones artísticas y motiva plan-- teamientos distintos acerca de su trascendencia y signi-- ficado. Desde el punto de vista médico la gama de enfo -- que es igualmente inacabable.

Lo anterior es para nosotros un motivo especial de preocupación, que la mujer que padece enfermedades, que sufre carencias, o que no puede impedir la agresión del medio ambiente y se constituye en un riesgo para el producto que, unido al riesgo que implican los problemas genéticos ocasionan que la secuencia correcta se interrumpa, se desvíe o se retrase y aparezca el aborto, la malformación, la muerte fetal, la enfermedad o la lesión; - situaciones que en conjunto impiden llevar a término un embarazo y dar a luz un niño con capacidad vital, creando con ello conflictos tanto internos como externos en - la pareja.

Apreciamos que en la actualidad la tecnología médica ha alcanzado grandes avances en lo general, y con -- ello hacia el manejo de la infertilidad, entendiendo a -- ésta exclusivamente desde el punto de vista físico y --

funcional, siendo por lo tanto un manejo parcial por no-considerar factores afectivos y sociales importantes en la pareja con incapacidad para obtener productos viables

La fertilidad es una función donde participan para su buena realización, el aspecto orgánico y funcional, - el aspecto afectivo y la conducta social.

Es para nosotros motivo de inquietud conocer la -- existencia de factores etiológicos de la infertilidad ob-  
teniéndose actualmente con los adelantos tecnológicos --  
asi como con los métodos diagnósticos con los que se --  
cuenta, un gran porcentaje de resultados satisfactorios,  
pero es bien conocido que el clínico continúa omitiendo-  
su metodología diagnóstica impidiendo con ello su correc-  
to manejo.

Con todo lo anteriormente mencionado sobre la infer-  
tilidad, es de nuestro interés conocer las principales -  
repercusiones psicosociales causadas en la pareja.

Es motivo de interés también, el iniciar ésta inves-  
tigación en parejas infértiles en la Consulta Externa --  
del HGZ II número 1 de Mexicali B. Cfa. para llegar a co-  
nocer antecedentes de la pareja infértil y las condicio-  
nes medio-ambientales que a nivel familiar y social han-  
repercutido psicológicamente en la misma.

La finalidad del presente trabajo es pues, obtener-  
bases para lograr mejor control tanto físico como ---

fisiológicos y psicológicos de las parejas infértiles y -  
programación de investigaciones posteriores.

2.- INFERTILIDAD .



## 2.1 CONCEPTO DE INFERTILIDAD.

Se entiende por infértil a toda mujer que si bien concibe, no está en condiciones de llevar a término un embarazo y dar un producto con capacidad vital.

Existen varias formas de infertilidad ocupando el primer lugar el aborto habitual, en segundo prematuros habituales y en tercer lugar la muerte intrauterina habitual de productos antes del parto, o bien el parto de niños no viables. La infertilidad puede ser además primaria y secundaria; primaria cuando la mujer no ha llevado un embarazo a término con producto con capacidad vital después de dos o mas embarazos. Infertilidad secundaria se refiere a toda mujer que después de llevar uno o más embarazos a término con producto viable, es incapáz de dar un producto con capacidad vital.

## 2.2 INFERTILIDAD DIFERENTE DE ESTERILIDAD.

La infertilidad se diferencia de esterilidad ya que éste último término se emplea para personas que presentan un factor que evita absolutamente la fecundación dentro de un período estipulado de tiempo, generalmente admitido de dos años.

## 2.3 ETIOLOGIA DE LA INFERTILIDAD.

Vista globalmente la infertilidad, es un terreno -- que abarca la mayor parte de la patología del ciclo, del embarazo, del embrión y del feto. Dentro de las causas -

de infertilidad, tenemos las debidas a alteraciones en -  
el huevo y las debidas a alteraciones maternas.

Causas por parte del huevo.

- a) Factores Genéticos.
- b) Defecto en la fase Luteínica.
- c) Insuficiencia Placentaria.
- d) Isoinmunización materno-fetal.

Causas maternas de infertilidad; éstas son muy va--  
riadas pero mas raras que las causadas por parte del --  
huevo:

- a) Trastornos del lecho del Huevo.
- b) Hipoplasia Uterina.
- c) Malformaciones Uterinas.
- d) Anomalías de situación del útero..
- e) Miomatosis Uterina.
- f) Desgarros Cervicales.
- g) Incompetencia Itsmico-Cervical.
- h) Trabajo de Parto Prematuro.
- i) Causas Extragenitales de Infertilidad como Enfermedades Metabólicas, Enfermedades Infecciosas, Enfermedades-Endócrinas.
- j) Consumo de cigarrillos durante el Embarazo.

2.4 FISIOPATOLOGIA, CUADRO CLINICO, DIAGNOSTICO Y -  
TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD.

Causas por parte del Huevo:

### A) Factores Genéticos.

Las anomalías cromosómicas son la causa principal de las aberraciones del ser humano y consideradas como las causas más frecuentes de aborto ( de 50 a 60 % ) y en otras literaturas se considera casi estadísticamente imposible de cuantificar. Estas anomalías vistas en los abortos, resultan de errores que ocurren durante la meiosis y algunas veces durante la mitosis.

Se conocen dos categorías de trastornos citogenéticos responsables del aborto:

- a) Aneuploidias o Poliplodias cromosómicas.
- b) Anormalidades citogenéticas cromosómicas estructurales en uno de los padres.

En el primero de los casos tenemos la presencia de trisomías autosómicas preferentemente de los cromosomas pequeños, en particular del grupo D y excepcionalmente del grupo F. En el segundo de los casos, la presencia de anormalidades cromosómicas en una de los progenitores son traslocaciones recíprocas, duplicaciones o deficiencia de la información.

Hoy por hoy no existe tratamiento para este tipo de defectos congénitos, por lo que solo se le puede brindar a esta pareja un consejo genético para valorar las situaciones hereditarias, así mismo debe hacerse un énfasis a las condiciones biológicas de la gestante como-

la talla, la edad, el estado nutricional previo, el número de orden de la gestación, el intervalo de los embarazos, la nutrición durante la gestación; que influyen notoriamente en el crecimiento y desarrollo del producto.

B) Defectos en la Fase Luteínica.

Es una causa relativamente frecuente de abortos de repetición en un porcentaje de 34% y diagnosticados por biopsia de endometrio.

La etiología del trastorno:

- a) Factores Centrales relacionados con Insuficiencia hipofisiaria psicógena.
- b) Trastornos intermedios donde intervienen factores nutritivos, toxicidad medicamentosa, procesos patológicos-crónicos y enfermedades metabólicas.
- c) Insuficiencia Ovárica específica.

Tratamiento: No existe tratamiento específico ya -- que no se han obtenido resultados satisfactorios a base de progesterona y estrógenos.

C) Insuficiencia Placentaria.

Merece atención ya que dentro de las observaciones realizadas se ha visto que en algunas mujeres los fetos mueren rápidamente, sin ningún síntoma previo, casi por lo general de 3 a 4 semanas antes del término del embarazo calculado. A la exploración el feto no proporciona ningún dato patológico. En la exploración histológica de

la placenta se encuentra un estroma veloso espeso y mayor frecuencia de infartos.

D) Isoinmunización Materno-Fetal.

Dentro de éste grupo se encuentran las incompatibilidades a grupos ABO, Rh, y a otros factores eritrocíticos.

Mediante el paso de eritrocitos fetales a la circulación materna, la mujer con una predisposición a la formación de anticuerpos es sensibilizada, originando una formación masiva de anticuerpos maternos que al pasar a la circulación fetal, destruyen grandes cantidades de eritrocitos fetales, presentándose mayor reacción a partir del segundo embarazo. En la actualidad no se cuenta con ningún tratamiento para ésta alteración.

Causas Maternas de Infertilidad.

A) Trastornos del lecho del Huevo.

Dentro de ésta entidad se deben tener en cuenta los problemas inflamatorios como endometritis, adherencias sinequiales después de legrados y otras complicaciones.

Cuando el intervalo de tiempo entre el último aborto y la concepción siguiente es demasiado corto, con frecuencia el endometrio no alcanza nuevamente el funcionamiento óptimo que requiere como lecho de huevo. Debe tomarse en orden de importancia los trastornos hormonales que ocasionan una insuficiencia funcional del endometrio.

Esta alteración se ha observado con mayor frecuencia en mujeres con trastornos endócrinos y en mayores de 35 años.

La profilaxis de éstos trastornos consiste en esperar mínimo de 4 a 6 meses para una nueva concepción.

Los trastornos del ciclo deben ser cuidadosamente corregidos. Después de la curación de una endometritis, no debería ocurrir demasiado pronto una concepción. Las sinequias uterinas deben ser eliminadas.

#### B) Hipoplasia Uterina.

Es causa poco frecuente de abortos y es producto de un déficit de hormonas ováricas durante el período de desarrollo.

Se puede sospechar al encontrar en la historia clínica menarquia tardía y dismenorrea primaria. Por lo general es una hipoplasia genital aislada.

El tratamiento con estrógenos a dosis bajas es raramente efectivo.

#### C) Malformaciones Uterinas.

Dentro de éstas anomalías encontramos el útero arcuato, didelfo, bicorne y doble; de los cuales el más frecuente y que produce abortos en mayor porcentaje son las formaciones dobles de útero. El diagnóstico de éstas malformaciones se establece con la ayuda de la Histerografía. El tratamiento consiste en la operación según-

Strassmann.

D) Anomalías de Situación del Utero.

Sólo se acepta como causa justificada de infertilidad la retroflexión uterina fija, la cual debe corregirse quirúrgicamente fuera del embarazo.

La retroflexión no fija suele corregirse espontáneamente en el tercero o cuarto mes de embarazo por lo que no se considera causa de infertilidad.

E) Miomatosis Uterina.

Entre los tumores genitales de la mujer, deben considerarse éstos como importante causa de infertilidad. Son demostrables mediante palpación o con ayuda de la -- histerografía; éstos deben extirparse quirúrgicamente - con preferencia fuera del embarazo.

F) Desgarros Cervicales.

Son causa de abortos habituales, su importancia como causa de aborto habitual predomina en la segunda mitad del embarazo o bien ocasionando partos prematuros.

Su etiopatogenia producto de los traumatismos del - cervix causados por dilatación brusca del orificio interno, expulsión rápida del producto, aplicación de fórceps desgarros del cuello o histerotomía vaginal.

Se tratan con la ayuda de técnicas quirúrgicas operatorias según Emmet o Traqueloplastia de Lash-Palmer.

G) Incompetencia Istmico-Cervical.

Es una de las alteraciones mas importantes como causa de infertilidad por el alto porcentaje de pérđidas fetales, reconocida como causa curable de aborto habitual y partos prematuros.

Numerosos estudios e investigaciones han aparecido de numerosos científicos que pusieron su atención en el papel que juega el cervix en algunos casos de aborto de repetición, afirmando que alteraciones anatómicas y fisiológicas, sean congénitas o adquiridas eran capaces de ocasionar alteraciones uterinas insuficientes para mantener el embarazo. Estos estudios se iniciaron desde 1939- en que Schultze observa por primera vez la incompetencia del cérvix.

La incompetencia istmico-cervical se clasifica en:

- a) Traumática.
- b) Congénita.
- c) Fisiológica o Disfuncional.

Traumática: La región del istmo uterino está expuesta a múltiples traumatismos de origen obstétrico, siendo los mas frecuentes: partos precipitados espontáneos o --conducidos, versiones, extracción podálica, aplicación de fórceps, dilatación del cervix, cicatrices uterinas --mal consolidadas, amputación y conización del cervix.

Congénitas: Pacientes con historia obstétrica aceptable y normal, con etiología traumática ausente por lo-



que se piensa en una debilidad básica de los tejidos de sostén del cervix.

Fisiológica o disfuncional: Es difícil de demostrar pues no existe evidencia anatómica y congénita, y sólo se diagnostica por exclusión.

Diagnóstico: 1) Historia Clínica completa con exploración ginecológica adecuada fuera del embarazo, aplicado como método para el diagnóstico la prueba de Hegar -- (paso con facilidad de un dilatador 8 a través del cervix).

2) Prueba de tracción del balón descrita por Bergman.

3) Histerosalpingografía.

Durante el embarazo: 1) Evaluación semanal del cervix.

2) Investigación exhaustiva para descartar otras causas como disfunción hormonal, endócrina; generales como anemia y desnutrición acentuada; isoinmunización materno-fetal a factor Rh, diabetes, enfermedades infecciosas, -detección oportuna de cáncer y hormonal.

Tratamiento: Manejo específico para mantener en -- óptimas condiciones para el acto quirúrgico a efectuar.

Dentro de las técnicas quirúrgicas más frecuentes-utilizadas tenemos la operación tipo Shirodkar, Lash -- Palmer, de Mac Donald y la modificada por el doctor Espinoza Flores.

Contraindicaciones precisas para el tratamiento --

quirúrgico durante el embarazo:

- 1) Irritabilidad Uterina.
- 2) Ruptura de Membranas.
- 3) Infecciones.
- 4) Huevo Muerto Retenido.

Complicaciones:

- 1) Hemorragia posoperatoria.
- 2) Infección.
- 3) Ruptura de Membranas.
- 4) Contractilidad Uterina.
- 5) Deslizamiento de las ligaduras.
- 6) Ruptura Uterina.
- 7) Fístulas del Canal Cervical.

H) Trabajo de Parto Prematuro.

Frecuentemente la causa permanece desconocida. A veces parecen existir relaciones con estados tetaniformes.

El tratamiento consiste en riguroso descanso en cama y utilización de útero-inhibidores.

I) Causas extragenitales de Infertilidad.

Se incluyen esencialmente las enfermedades infecciosas, metabólicas y endócrinas.

Las elevadas pérdidas en niños de madres diabéticas se deben ante todo, a la muerte intrauterina del producto durante las seis últimas semanas del embarazo. Sin medidas obstétricas especiales, la mortalidad perinatal --

alcanzaba del 40 al 50%, o sea que alrededor de un cuarto de las madres y un medio de los fetos y recién nacidos morían.

Su frecuencia es mayor en mujeres de edad entre 35- a 44 años en cinco veces mas que en mujeres cuyas edades oscilan entre 15 y 24 años.

Actualmente el manejo de la paciente diabética embarazada es única y exclusivamente a base de insulina, por lo que el manejo de éstas pacientes debe caer en la responsabilidad del médico internista y del ginecobstetra para alcanzar un pronóstico materno-fetal satisfactorio bajando así la mortalidad perinatal de un 10 a un 15%.

El Hipertiroidismo se cuenta también entre las causas frecuentes de infertilidad presentando abortos habituales en un porcentaje de casi 50%, aunque mediante el tratamiento moderno fueron reducidas al 20%.

La mejor profilaxis consiste en la tiroidectomía total fuera del embarazo, eventualmente también durante la primera mitad del embarazo.

Las enfermedades renales son también causa frecuente de pérdidas fetales. Entre éstas tenemos infección de vías urinarias, cistitis, pielitis, recidivante crónica-pielonefritis etc. Su manejo es a base de antibióticos de acuerdo con el antibiograma.

Entre otras de las causas infecciosas se encuentra-

la Lúes materna dando abortos tardíos no antes del sexto mes de embarazo. En madres no tratadas muere aproximadamente el 50% de los fetos (abortos, prematuros, nacidos muertos). La profilaxis de la mortalidad fetal disminuye con el tratamiento específico de la madre en el embarazo.

Otra de las causas de infertilidad es la Toxoplasmosis, que es una enfermedad protozoaria, sufrida asintóticamente por la población adulta, que puede transmitirse al feto por migración trasplacentaria ocasionando abortos habituales por la existencia de una endometritis toxoplasmática latente. El diagnóstico se hace a base de la prueba de Sabín Feldman. El tratamiento es a base de una combinación de sulfonamidas con dosificaciones de 2 a 4 gr y 50 mg de Daraprim.

Otra de las infecciones intrauterinas que se considera causa de Infertilidad son las Listeriosis, Brucelosis y otras de causa desconocida.

J) Consumo de Cigarrillos durante el Embarazo.

Recientemente varios investigadores encontraron una frecuencia de abortos dos veces mas elevada en fumadoras ( 37.3% ), frente a las no fumadoras ( 15.3% ); así mismo el porcentaje de prematuros es de seis veces mayor en fumadoras que en las no fumadoras.

Por lo anterior el consejo para la profilaxis es-

dejar de fumar durante el embarazo.

#### 2.5 MANEJO DE LA PACIENTE INFERTIL.

La infertilidad es una patología ginecobstétrica poco definida, su dimensión etiológica cubre un espectro clínico completo y versificado que ha motivado avances importantes en su manejo, diagnóstico y tratamiento.

Se considera de suma importancia llevar a cabo ante una paciente portadora de ésta entidad un estudio integral y no detenerse al encontrar el primer factor causal pues con frecuencia se encuentran dos o mas factores presentes que de ser ignorados harían fracasar el tratamiento.

El manejo integral consiste en ver tanto las alteraciones anatómicas, fisiológicas y las repercusiones psicosociales creadas por la entidad antes mencionada.

El estudio médico integral consiste en lo siguiente

a) Historia clínica general con antecedentes ginecobstétricos muy precisos.

b) Examen ginecológico intencionado.

c) Laboratorio clínico con :

- |                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| 1) Exámenes básicos                 | 2) Urocultivo   |
| 3) Curva de tolerancia a la glucosa |                 |
| 4) Reacciones febriles              | 5) VDRL         |
| 6) Sabin Feldman                    | 7) Espermograma |
| 8) Espermocultivo                   |                 |

d) Laboratorio de Hormonas:

- 1)  $T_3$  y  $T_4$
- 2) Pregnandiól.

e) Laboratorio de Citopatología:

- 1) Citología Funcional.
- 2) Citomegalovirus.
- 3) Biopsia de Endometrio.
- 4) Cariotipo.

f) Estudios de Gabinete:

- 1) Urografía Excretora.
- 2) Histerosalpingografía.

g) Estudios Especiales:

- 1) Laparoscopia.
- 2) Curva de temperatura Basal.
- 3) Prueba de dilatadores.

h) Psicoterapia Familiar.

3.- LA FAMILIA .

### 3.1 ORIGEN Y EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

El origen de la palabra familia viene de famulus --- que significa esclavo doméstico, por lo que se consideraba familia al conjunto de esclavos propiedad de un solo hombre.

Actualmente existen múltiples diferencias de la familia ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familia, así como los individuos y la sociedad varían de cultura a cultura, así también la familia.

Mientras el término ha sido definido de múltiples maneras, el grupo hombre-mujer-niño, presente como la unidad social, con principal responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, darles soporte físico, emocional e integrarlos a la sociedad.

La familia como forma de agrupación humana, es la más antigua, puesto que su desarrollo corresponde a los tres estadios fundamentales de la evolución humana.

Estos estadios son :

- a) Salvajismo.
- b) Barbarie.
- c) Civilización.

En el Salvajismo, la promiscuidad reinaba junto con la poligamia constituida por hordas de modo natural, consistiendo el matrimonio por grupos , en el cual la --



descendencia solo podía establecerse por la línea materna.

En el estadio de la Barbarie, ya se constituían parejas conyugales por un tiempo mas o menos prolongado; - el hombre tenía una mujer principal entre sus numerosas-esposas, la poligamia y la infidelidad ocasional son derecho para los hombres, exigiendo al mismo tiempo fidelidad a las mujeres; ésto se debía a que el hombre ya se - hacía cargo de la familia.

En el último estadio, el de la civilización, la familia se funda en el predominio del hombre, su fin es ex profeso, la de procreación de hijos, cuya paternidad sea indiscutible, surge la monogamia solidarizante a los lazos conyugales, la insolubilidad del matrimonio establecido por la religión, que sólo es cedida en casos muy -- extremos y sea necesario el divorcio.

La preponderancia del hombre en el matrimonio, se - ve más marcado como consecuencia de su ingreso económico la mujer se encarga del hogar y de asistir a su esposo y sus hijos, así como de su educación.

En la época contemporánea vemos que la familia ha - sufrido crisis según su sociedad, su cultura; conforme - van surgiendo cambios sociales, la familia aunque sigue- formando grupos humanos con intereses, necesidades y -- afecto en común, también ha sufrido cambios determinados

por todos los factores que conforman la realidad social.

Este conjunto de crisis han llevado a pensar a los científicos a las siguientes conclusiones: La desaparición de la familia por separación o divorcio, o bien la conformación mas estructurada de la familia, como grupo y como principal institución socializadora y precursora de la humanidad.

### 3.2 DEFINICIONES DE FAMILIA.

a) Concepto de familia desde el punto de vista antropológico: Son grupos que viven unidos por vínculos de parentesco y regidos por las reglas del matrimonio, tradiciones, costumbres, su cultura general y desde luego el medio geográfico en el que se desarrollan ya que los deberes han ido variando en cada época y cultura.

b) Concepto de familia desde el punto de vista psicológico: En la familia la madre es la primera inspiradora de los valores y la creatividad humana, el padre es el inmediato responsable del sustento material y de la dirección y coherencia de la familia; el hijo pronto y a temprana edad, va a sentir y asimilar la guía de sus padres desarrollando o no los sentidos de estabilidad emocional.

c) Concepto de familia desde el punto de vista social: Es una institución fundamental de la sociedad y -- compuesta por dos tipos de relaciones esenciales:

la conyugal y parentesco directo de consanguinidad y la de parentesco por alianza.

Los cuatro tipos mas generales de la familia son: - la monogámica, la poligámica, la poliándrica y la deriva da del matrimonio por grupos.

d) Definición de familia según el Censo Canadiense: La familia es el esposo y la esposa con o sin hijos, o padre o madre solos con uno o mas hijos que viven bajo el mismo techo.

e) Definición de Familia según el Censo Americano: Es un grupo de tipo primario formado por dos o mas personas que viven juntos y relacionados unos con otros por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran como unidad.

f) La familia es una unidad socioeconómica, compuesta por padre, madre e hijos productos de la unión o adoptivos, que viven bajo el mismo techo e interactúan intensamente para lograr el bienestar general de todos los miembros de la familia, que es dinámica, cambiante, evolutiva de acuerdo a las transformaciones que sufren los individuos que la integran acordes a la sociedad a la que pertenecen.

### 3.3 ESTRUCTURA FAMILIAR Y CLASIFICACION.

a) Desde el punto de vista de desarrollo se ---

clasifican en primitiva, tradicional y moderna.

b) Desde el punto de vista demográfico, podríamos clasificar a la familia como rural y urbana.

c) En cuanto a su composición existen :

La familia Nuclear que es aquella constituida por padres e hijos exclusivamente.

La familia Extensa está constituida por padres, hijos y otras personas como abuelos, tíos, etc; es decir, además del grupo nuclear se incluyen personas con algún parentesco.

La familia Extensa Compuesta es aquella igual a la anterior, pero que incluye además personas sin parentesco, o parentesco menos importante que los anteriores como compadres o amigos.

d) Desde el punto de vista de integración se clasifican en :

Familia Integrada cuando los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Familia Semi-Integrada es aquella en que los cónyuges viven pero no cumplen adecuadamente con sus funciones.

Familia Desintegrada es aquella en la cual falta uno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

e) Desde el punto de vista Tipológico, o sea referente a la ocupación pueden ser campesinos, obreros o profesionistas.

### 3.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la sobrevivencia familiar.

Las funciones de la familia son cinco:

- a) Socialización.
- b) Cuidado.
- c) Afecto.
- d) Reproducción.
- e) Estatus y Nivel Socioeconómico.

A) La Socialización es la interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y -- por ende, de la sociedad.

La madre tiene la responsabilidad primaria de socializar al niño a través de los años pre-escolares, teniendo el padre un papel de soporte durante éste tiempo. La responsabilidad es mas tarde compartida por escuelas, parientes, iglesias, guarderías, clubes, etc. Parte del -- proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud.

B) Cuidado: significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia; está íntimamente ligado con el nivel socioeconómico de la familia

C) Afecto. La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros.

Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades de los niños.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica es difícil la separación ya que ambos son parte del proceso de socialización.

D) Reproducción. Una función básica de la familia es la reproducción y proveer nuevos miembros a la sociedad.

El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción a través de :

- 1) Interacción personal.
- 2) Educación Sexual.
- 3) Control de la Natalidad.
- 4) Consejo Genético.

E) Estatus y Nivel Socioeconómico. Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo un nivel socioeconómico y cultural cada vez mayor.

Estas funciones se pueden realizar desde un punto de vista estático, así como con los cambios que tienen con el tiempo; si los problemas de la familia cambian, -

consecuentemente las prioridades de las funciones familiares. Las funciones de la familia varían con el ciclo de vida de la familia.

### 3.5 CICLO DE LA VIDA DE LA FAMILIA.

Se divide en cinco fases:

- a) Fase de Matrimonio.
- b) Fase de Expansión.
- c) Fase de Dispersión.
- d) Fase de Independencia.
- e) Fase de Retiro y Muerte.

A) Fase de Matrimonio: consiste en la formación de la pareja conyugal siendo su principal preocupación, el de prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan -- los recursos de las dos personas, sus roles se alteran y se asumen nuevas funciones. Las principales áreas de -- atención en ésta fase son: ajuste sexual, información -- sobre control de la natalidad e interacción de las perso -- nalidades. Resulta obvio que los consejos deberían ser -- ofrecidos antes del matrimonio evitando un número mayor -- de hijos ilegítimos, enfermedades venéreas, miedo y sen -- sación de culpa.

B) Fase de Expansión: Consiste en la adquisición de nuevos miembros de la familia. La llegada de un nuevo -- ser en la familia crea tensiones porque el patrón de re -- laciones debe ser ajustado. Las principales áreas de --

atención en ésta fase son: educación prenatal, atención de parto, cuidado postnatal, control del niño, temprano reconocimiento y apropiado manejo de síntomas, inmunizaciones, desarrollo del niño así como interacciones familiares.

El problema del niño indeseado es grande; en ésta fase el aborto provocado aumenta en gran porcentaje, -- principalmente en mujeres casadas con niños.

C) Fase de Dispersión: En ésta fase los padres tienen que conseguir que el niño esté socializado, ayudarlo a tener autonomía y cubrir sus necesidades. Esta fase se inicia con la salida del primer hijo a la escuela.

D) Fase de Independencia: Es cuando la familia se dispersa y la pareja original tiene que aprender a ser independiente otra vez; para que ésta fase sea independiente de las demás y completa, los hijos deben ser independientes mientras se mantengan lazos con los padres.

E) Fase de Retiro y Muerte: Consiste en la planeación del fin de la vida familiar; es tan difícil como -- planear el principio, y es obvio que se hace con un entusiasmo diferente y solo queda esperar la muerte.



4.- LA INFERTILIDAD COMO CAUSA DE ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.

El discurrir biológico, social y psíquico del ser humano, es decir lo que llaman vida, es dinámico y complejo.

Por ser dinámico cada una de sus etapas integra los avances acumulados hasta entonces, lo mismo que sus fracasos en la perspectiva de convertirlos en resorte para un nuevo salto en el crecimiento global.

Por ser complejo, cada estudio de su desarrollo --- abarca la intrincada relación de procesos físicos y mentales, de interacción entre lo interno y lo externo, de sentimientos individuales y de vinculaciones colectivas, en fin que permiten al individuo dotarse de una identidad y desplegarla entre los demás.

Pero ese proceso tiene un punto de partida que es anterior al individuo: el acto de la procreación, que en determinados momentos o por diversas causas se ve interrumpido no lográndose la viabilidad del producto y trayendo consigo cambios en la mujer, así como a su pareja.

Es por lo tanto necesario un estudio amplio biopsicosocial, con la finalidad de ayudarles a atender sus capacidades y sus limitaciones; comprendiendo que son capaces de ser producto de amor y de ser amados, haciéndoles ver a ellos y a su grupo familiar (cónyuges y amigos) -- que la ausencia de hijos no significa una desaparición - de sentimientos, ni ser producto de agresión, presiones,

conflictos que en última instancia producirán crisis familiar.

Es importante hacer mención de los aspectos o factores que hacen posible las alteraciones dentro de la familia:

- a) Que todo aquel individuo que contrae un compromiso conyugal, lleva en su mente que perdure la familia a la que pertenece.
- b) La maternidad es un instinto que se encuentra adscrito a lo más íntimo del ser humano.
- c) Presión de los padres de la pareja para que les den un nieto.
- d) Mantener el apellido.
- e) Sentirse plenamente identificados con su sexo.

La infertilidad por cualquier causa, sea ésta materna o fetal, trae como consecuencia frustración que va a repercutir en cada uno de los esposos sobre sus relaciones y en el sentido de la vida en común.

La privación de los hijos, así como la ausencia involuntaria de ellos, constituye un vacío sentido de modo muy diverso según las edades, caracteres y opiniones según el grado de unión que media entre la pareja. Es por ésta causa que la pareja se encierra consigo misma, frustrándose y transformándola en obsesión y depresión alterando el buen funcionamiento de la familia. Entre ---

las alteraciones de la Dinámica Familiar producto de la infertilidad tenemos:

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| a) Incomprensión.       | g) Sentimiento de Culpa. |
| b) Infidelidad.         | h) Frustración.          |
| c) Dominio.             | i) Abandono.             |
| d) Ansiedad.            | j) Separación.           |
| e) Angustia.            | k) Alcoholismo.          |
| f) Cambios de Conducta. | l) Divorcio.             |

Por lo que es importante mencionar que para evitar-ésta problemática expuesta anteriormente:

La mujer debería tratar de resolver sus problemas, ser feliz y hacer felices a los demás con quienes vive, comprender que hay sustitutivos al alcance de la mano, que existen muchas maneras de hacer de la vida algo bueno, útil. Siendo la mujer muy creativa y sociable, dedicarse a un trabajo o una ocupación voluntaria que ensanche sus conocimientos, su horizonte y seguridad; así mismo dedicarse a su esposo y su hogar.

Luchar contra los estados de depresión, angustia,-- ansiedad y soledad ya que son estados negativos que encierran al ser en un estado de impotencia.. En lugar de angustiarse por la falta de descendencia, buscar el lado positivo, conocer de lo que uno es capaz: buena ama de casa, mejor en todas sus ocupaciones y profesiones, ingresar a organizaciones, que se llegue a experimentar -

la sensación de ser útil.

Así mismo el hombre, aunque las frustraciones son en menor grado que en la mujer debido a su trabajo y al círculo en que se desenvuelven, también se desarrolla en él un sentimiento de ausencia, creando conflictos internos, ya que lo que estriba en el hombre es el poder, la perenidad de la especie; y la fecundidad lo pone en consonancia con una ley natural que lo hace feliz.

Pero si la pareja infértil sabe evitar los escollos de la dislocación, del repliegue dentro de sí mismo o de la amargura, canalizándolo hacia otras actividades, adentrándose en ellas, además de la atención del hogar y del cónyuge, la pareja unida fortalecerá sus lazos de unión y hará crecer el mutuo afecto que les hará encontrar la felicidad.

5.- LA INVESTIGACION .

### 5.1 MATERIAL Y METODO.

Dentro de las técnicas para recopilar información - tuvimos los recursos humanos que estuvieron compuestos - por un médico Residente de segundo año de la Especiali-- dad de Medicina Familiar y como asesor un Médico Gine -- cobstetra y una Bibliotecaria.

Dentro de los recursos materiales contamos con el - apoyo del taller gráfico del IMSS, las hojas y el resto- del material como consultorios, estudio médico integral; cuestionarios que se elaboraron posteriormente a la pro- tocolización del proyecto de investigación que consta de 60 reactivos, que se manejaron como instrumento para la- variable independiente.

Nuestra variable dependiente son las respuestas ob- tenidas por 60 reactivos.

El cronograma de actividades fué planteado de la -- siguiente forma:

a) Planteamiento del problema	2 sem.
b) Estructuración Marco-Teórica y Conceptual.	2 sem.
c) Formulación de Hipótesis.	1 sem.
d) Operacionalización de Variables	1 sem.
e) Diseño de Instrumentos para recopilar información.	2 sem.
f) Levantamiento de la Encuesta.	3 mes.
g) Procesamiento de la Información.	2 sem.
h) Redacción del Informe.	1 mes.

El lugar donde se obtuvo el material de estudio fué en el HGZ II número 1 de Mexicali B. Cfa.

Las personas a estudiar deberían reunir los siguientes requisitos:

- a) Encontrarse entre los 15 a 40 años.
- b) Haber sufrido de dos abortos o más con las siguientes características:

- 1) que sean consecutivas sin límite de tiempo.
- 2) con embarazos sin lograrse ningún producto viable, (Infertilidad primaria).

3) posterior a embarazo a término con producto viable normal, (Infertilidad Secundaria).

- c) Querer participar en el estudio.

El total de pacientes entrevistadas fueron 320 mujeres que ingresaron a ésta institución por presentar abortos espontáneos; 291 era su primer aborto, siendo un total de 176 primigestas y 115 su segunda o tercera gestapor lo que se excluyeron del estudio. El resto, 29 mujeres presentaban abortos habituales u óbitos habituales - por lo que se eligieron para éste estudio.

El procedimiento a seguir fué el siguiente: En un principio se captaba a la paciente en ésta institución, en la consulta externa a 12 de ellas y en hospitalización a 17, se hizo revisión de su expediente clínico y posteriormente se le efectuó el cuestionario en visitas-



a su domicilio.

## 5.2 EL CUESTIONARIO COMO PARAMETRO.

El cuestionario fué dividido en seis secciones:

- 1) Ficha de Identificación.
- 2) Nivel Socioeconómico.
- 3) Antecedentes Heredo-Familiares.
- 4) Antecedentes Personales patológicos.
- 5) Antecedentes Ginecobstétricos.
- 6) Antecedentes Psicosexuales.

Se valorarán las siguientes áreas:

- a) Aspectos socioeconómicos con cuatro preguntas, siendo dos abiertas y dos de opción múltiple.
- b) Aspectos Hereditarios y Familiares con 19 preguntas, tres de afirmación-negación y 16 respuestas directas, todas encaminadas a buscar alguna causa de la infertilidad así mismo se les dió información al respecto.
- c) Historial de Enfermedades presentadas desde su nacimiento hasta la actualidad para la cual se utilizaron 28 reactivos, ocho de afirmación-negación y 20 de respuesta directa.
- d) Antecedentes Ginecobstétricos, donde se elaboraron 29 reactivos, siendo tres de afirmación-negación y 26 directos.
- e) Historial de actividades Sexuales así como influencia familiar y social, éstos se valoraron por 15 reactivos -

siete de afirmación-negación y ocho de respuesta directa

A continuación presentaremos el Cuestionario que se aplicó:



Qué tipo de problemas?

Tiene usted familiares con alguna genopatía?

3.- Con respecto a su esposo, trabaja?

SI NO

En qué?

Tiene contacto con fumigantes? pesticidas?

calor excesivo? drogas?

Tabaquismo?

Alcoholismo?

Padece él alguna enfermedad? Cuál?

Ha llevado algún tratamiento?

Antecedentes Personales Patológicos:

1.- Ha padecido usted alguna enfermedad?

Cuál?

Tratamientos llevados.

2.- Ha recibido usted radiaciones?

SI NO

Cuándo? Por qué causa?

Tabaquismo?

Cuántos cigarrillos?

Desde Cuándo?

4.- Alcoholismo?

Tipo de bebida Cantidad Desde cuándo?

5.- Se le ha practicado alguna operación?

SI NO De que tipo? Por qué?

6.- Se le ha transfundido sangre?

SI NO

Cuándo? Qué cantidad?

Por que causa? Presentó reacción?

7.- Ha padecido usted alguna infección genital?

SI NO

Qué tipo? Tratamientos llevados

8.- Drogadicción Si No

Qué tipo?

Desde cuándo? En que cantidad?

Antecedentes Ginecobstétricos.

1.- A qué edad presentó usted su primera menstruación?

Qué regularidad ha tenido?

Con qué frecuencia se presenta?

Duración en días Cantidad de sangrado.

2.- FUR 3.- IVSA

4.- G P C A

5.- FUP FUC FUA

6.- Obitos.

7.- Conoce usted la causa de la cesárea, aborto u óbito-  
en caso de que los haya habido?

8.- Medicamentos que tomó durante su embarazo?

9.- Recibió radiaciones durante su embarazo?

SI NO

A qué edad de la gestación?

Por qué motivo?

10.- Llevó usted algún método anticonceptivo?

SI NO

Cuál? Por cuánto tiempo?

11.- Número de compañeros sexuales.

12.- Ha visitado usted algún médico por causa de su infertilidad?

SI NO

13.- Qué estudios se le practicaron?

14.- Conoce usted los resultados obtenidos?

15.- Que tratamientos ha llevado?

16.- Por cuánto tiempo?

Antecedentes Sexuales.

1.- IVSA.

2.- Frecuencia de relaciones sexuales.

3.- Posiciones y prácticas antes y después del coito.

4.- Actividades sexuales extramaritales.

Antecedentes Psicosexuales.

1.- Cuánto tiempo duró su noviazgo?

2.- Cuánto tiempo tienen de casados?

3.- En caso de haber tenido otro compañero sexual cuánto duró la relación?

4.- Tuvo relación la infertilidad con la separación anterior? SI NO

5.- Ha tenido presiones o problemas con sus familiares o amigos por causa de su infertilidad?

SI NO

Qué problemas?

7.- Ha tenido problemas con su pareja por causa de su infertilidad?

SI NO

De qué tipo?

8.- Qué piensa su esposo del problema?

9.- Ha cambiado su comportamiento para con usted?

10.- Ha recurrido a otras compañías o vicios por ésta -- causa?

### 5.3 ANALISIS DE DATOS.

En el presente estudio participaron 29 pacientes -- con infertilidad sea ésta primaria o secundaria, muestra que se recabó en el Instituto Mexicano del Seguro Social HGZ II número 1 de Mexicali B. Cfa., encontrando sólo -- los casos reportados y excluyendo completamente del estudio a las pacientes con un solo aborto, con un óbito o -- de esterilidad.

A las pacientes se les aplicó el cuestionario que -- se incluye en éste estudio obteniéndose los siguientes -- datos:

De las pacientes investigadas el 100% son del sexo -- femenino.

En cuanto a la edad se obtuvo lo siguiente:

Grupos por edad.	Número	Porcentaje
de 15 a 19 años	2	6.8%
de 20 a 24 años	7	24.2%
de 25 a 29 años	11	37.9%
de 30 a 34 años	6	20.7%
de 35 a 39 años	<u>3</u>	<u>10.4%</u>
	29	100.0%

Según estado Civil, se obtuvo lo siguiente:

Estado Civil	Número	Porcentaje
casados	20	68.9%
Unión Libre	5	17.3%
Separados	3	10.4%
Divorciados	<u>1</u>	<u>3.4%</u>
	29	100.0%

Con respecto a escolaridad se estudiaron los niveles de primaria, a profesional, encontrándose lo siguiente:

Escolaridad	Número	Porcentaje
Primaria	8	27.6%
Secundaria	9	31.0%
Preparatoria	5	17.2%
Comercio	3	10.4%
Profesional	<u>4</u>	<u>13.8%</u>
	29	100.0%



En el área laboral se obtuvo lo siguiente:

Ocupación	Número	Porcentaje
Estudiante	0	0
Hogar	19	65.5%
Empleada.	<u>10</u>	<u>34.5%</u>
	29	100.0%

En lo que se refiere a religión se valoraron tres-  
áreas; obteniéndose los siguientes datos:

Religión	Número	Porcentaje
Católica	22	76.0%
Protestante	6	20.6%
Ateo	<u>1</u>	<u>3.4%</u>
	29	100.0%

Según el tipo de familia encontramos:

Familia	Número	Porcentaje
Integrada	21	72.5%
Desintegrada	<u>8</u>	<u>27.5%</u>
	29	100.0%

Se auscultó el ingreso Familiar Mensual encontran-  
do lo siguiente:

Ingreso Mensual	Número	Porcentaje
Menor de 5 000	0	0
5 001 a 10 000	2	6.8%
10 001 a 15 000	9	31.0%
15 001 a 20 000	5	17.3%
mas de 20 001	<u>13</u>	<u>44.9%</u>
	29	100.0%

En lo que se refiere a padecimientos relacionados -- con las causas de Infertilidad en familiares, se obtuvieron los siguientes resultados:

Enfermedades	Número
Diabetes	11
Tuberculosis	2
Hipertiroidismo	4
Hipotiroidismo	1
Cáncer	6
Ninguno	5
Otras	12

En lo relacionado a antecedentes familiares que no - hayan procreado tenemos:

Solamente tres parejas de las estudiadas tuvieron antecedentes de esterilidad primaria de las que se ignora si se les practicaron estudios.

No se reportó ningún antecedente de Infertilidad.

Dentro de éstas tres parejas, una de ellas se divorció, otra se encuentra separada y la última continúa unida pero con problemas conyugales.

En cuanto a los antecedentes del esposo, se encontró que la totalidad de ellos tenía tabaquismo positivo de 10 cigarrillos o más por día; alcoholismo positivo en 27 sujetos, lo que corresponde al 93.2% en mas de dos veces -- por semana, y solo dos sujetos ( 6.3% ) no tomaban -

bebidas embriagantes.

De los familiares por parte del esposo en cuatro pacientes hubo antecedentes de genopatías, dos de labio-paladar hendido y dos de Síndrome de Down.

Se interrogó sobre las enfermedades padecidas por la esposa reportándose los siguientes datos:

Enfermedad	Número	Porcentaje
Infección de vías Urinarias	9	31.0%
Amibiasis Intestinal	4	13.7%
Herpes Zoster	1	3.4%
Cuadros faringo-amigdalinos	5	17.2%
Alergias	2	6.8%
Tuberculosis Pulmonar	1	3.4%
Diabetes Mellitus	1	3.4%
Ninguna	<u>6</u>	<u>21.1%</u>
	29	100.0%

Los tratamientos utilizados fueron a base de antibióticos principalmente la penicilina y antiparasitarios -- del tipo del metronidazol.

Sobre radiaciones recibidas durante el embarazo solamente se reportaron tres mujeres que se les efectuaron placas radiográficas en la primera mitad del embarazo.

En cuanto al parámetro de tabaquismo se encontró:

Si lo practican	19	65.5%
No lo practican	<u>10</u>	<u>34.5%</u>
	29	100.0%

Referente al alcoholismo observamos lo siguiente:

Alcoholismo Positivo	7	24.1%
Alcoholismo Negativo	<u>22</u>	<u>75.9%</u>
	29	100.0%

Se preguntó sobre los antecedentes quirúrgicos reportándose lo siguiente:

Cirugías	Número	Porcentaje
Cesáreas	5	17.2%
Laparatomía Exploradora	4	13.7%
Otras	4	13.7%
Ninguna	<u>16</u>	<u>55.4%</u>
	29	100.0%

Al interrogar sobre las infecciones genitales padecidas nos informaron:

Enfermedad	Número	Porcentaje
Moniliasis Vaginal	11	37.8%
Tricomoniasis Vaginal	3	10.3%
Trico-Moniliasis Vaginal	5	17.2%
Ninguna	<u>10</u>	<u>34.7%</u>
	29	100.0%

Se encontró que los tratamientos utilizados se repartieron de la siguiente manera:

Mujer	17
Hombre	0
Mujer-Hombre	<u>12</u>
	29

Entrando en los antecedentes Ginecobstétricos, se interrogó sobre la edad en la que se presentó la primera menstruación: el 100% la presentó dentro del límite considerado como normal, entre los 10 y los 14 años. En cuanto a la menstruación, 18 pacientes fueron regulares con ciclos de 30/4 y 11 pacientes reportaron irregularidades con ciclos de 20-30-60/3-4-6 días.

Se investigó también sobre el número de embarazos obteniendo los siguientes resultados:

Número de Embarazos	Mujeres	Porcentaje
2	7	24.1%
3	14	48.3%
4	<u>8</u>	<u>27.6%</u>
	29	100.0%

En lo referente al número de partos se obtuvieron los siguientes resultados:

Partos con productos vivos	8
Obitos	6
Cesáreas con productos vivos	3
Cesáreas con productos muertos	

Resultados encontrados sobre el número de abortos:

Número de abortos	Número de Pacientes
1	3
2	14
3	8
4	4

Y haciendo una relación de embarazos, abortos, óbi\_  
tos, cesáreas, partos y productos nacidos vivos, se obtu  
vo la siguiente estadística:

Pac.	Emb.	Aborto	Obito	Cesárea	Partos	Prod. Nac. V.
7	2	2	0	0	0	0
4	3	3	0	0	0	0
1	3	2	0	1	0	0
3	3	1	1	0	2	1
3	3	2	0	0	1	1
2	3	2	1	0	1	0
4	4	4	0	0	0	0
2	4	3	0	0	1	1
2	4	3	0	1	0	0
<u>1</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
29	88	71	6	3	14	8

Se preguntó acerca de las causas por las cuales se  
habían practicado las cesáreas, se encontró la siguiente  
información:

Causa

Desproporción Céfalopélvica 2

Diabetes 1

En cuanto a las causas de aborto se obtuvo lo siguiente:

Causa	Número de Mujeres	Porcentaje
Infección de Vías		
Urinarias	8	27.5%
Miomatosis Uterina	3	10.3%
Infección Genital	4	13.7%
Incompetencia Istmico-		
Cervical	7	24.1%
Malformaciones Uterinas	1	3.4%
Causa desconocida	<u>6</u>	<u>21.0%</u>
	29	100.0%

Tomando en cuenta las causas de óbito, se observó - que en los seis casos las causas de los productos obitados fueron de origen desconocido.

Se investigó lo referente a la administración de medicamentos durante el embarazo, se obtuvo lo siguiente:

Polivitaminas	29
Antibióticos (penicilinas)	12
Metronidazol	3

Al interrogar sobre radiaciones durante el embarazo se obtuvo los siguientes resultados:

Radiaciones	Número	Edad Gestacion.
Si	1	a término
No	<u>28</u>	
	29	

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos se reportó la siguiente estadística:

Método	Número	Porcentaje
Dispositivo Intra Uterino	4	13.7%
Hormonal	13	44.8%
Ninguno	<u>12</u>	<u>41.5%</u>
	29	100.0%

Interrogamos sobre la visita al médico por causa de la infertilidad, se encontró lo siguiente:

El 100% de las pacientes visitaron al médico para consultar sobre su infertilidad.

En cuanto al manejo realizado por los médicos por causa de la infertilidad, se encontró lo siguiente:

BH, QS, EGO.	29
Urocultivo	29
Cultivo Vaginal	23
Rx de Torax y Abdomen	14
Urografía Excretora	3
Laparoscopia	8
Hiterosalpingografía	7

Nota: Estos estudios fueron realizados tanto en el IMSS como en particulares.

Sobre los resultados obtenidos se comentó en el inciso correspondiente a las causas mencionadas.



Se investigó sobre los tratamientos llevados y se -  
encontró lo siguiente:

Tratamientos	Número de mujeres
Antibioticoterapia	18
Ovulos Vaginales	12
Cerclaje	5

Respecto al inicio de la vida sexual activa se ---  
observó lo siguiente:

Edad en años	Número	Porcentaje
16 años	2	6.8%
17 años	4	13.7%
18 años	3	10.3%
19 años	7	24.6%
20 años	6	20.6%
21 años	3	10.3%
22 años	<u>4</u>	<u>13.7%</u>
	29	100.0%

Tomando en cuenta la frecuencia de relaciones sexua  
les durante el embarazo, se observó:

Frecuencia	Número	Porcentaje
Cada tercer día	9	31.0%
Dos veces por semana	13	44.8%
Una vez por semana	<u>17</u>	<u>24.2%</u>
	29	100.0%

En relación al tiempo de noviazgo encontramos:

Tiempo	Número	Porcentaje
Menor de 1 años	17	58.5%
Mayor de 1 año.	<u>12</u>	<u>41.5%</u>
	29	100.0%

En cuanto al tiempo de unión conyugal tenemos:

Tiempo en años	Número	Porcentaje
2	2	6.8%
3	3	10.3%
4	2	6.8%
5	3	10.3%
6	3	10.3%
7	5	18.0%
8	2	6.8%
9	3	10.3%
10	2	6.8%
13	1	3.4%
14	2	6.8%
18	<u>1</u>	<u>3.4%</u>
	29	100.0%

Se investigó sobre la problemática creada por familiares en la pareja a causa de la infertilidad, se observó lo siguiente: Presiones, burlas y preguntas constantes que crearon en la pareja angustia, ansiedad y depresión: SI

SI	17	58.5%
NO	<u>12</u>	<u>41.5%</u>
	29	100.0%

Se investigó sobre los problemas existentes en la -  
pareja y que son causados por la infertilidad, se obtuvo  
lo siguiente:

En 19 parejas existen problemas.

En 10 parejas no existen problemas.

Dentro de los problemas se encontraron los siguien-  
tes:

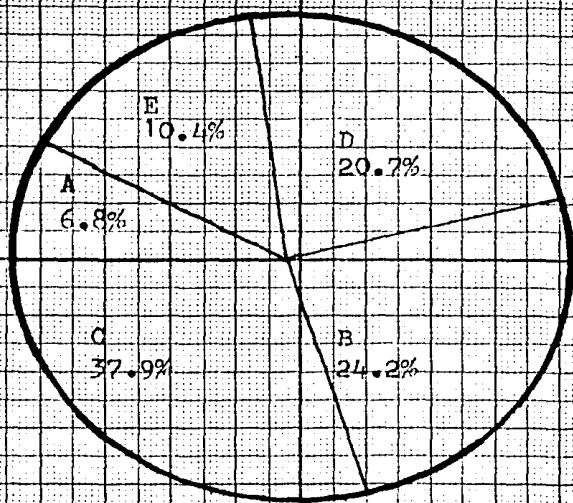
- |                  |                        |
|------------------|------------------------|
| a) Ansiedad      | e) Cambios de conducta |
| b) Angustia      | f) Infidelidad         |
| c) Incomprensión | g) Alcoholismo         |
| d) Separación    | h) Divorcio/.          |

En cuanto a la mujer, si ha recurrido a otras compa-  
ñías o vicios observamos:

SI	12
NO	<u>17</u>
	29

Nota: Las que recurrieron a otras compañías lo hicieron-  
con otras mujeres que tenían el mismo problema o de ma-  
yor edad que ellas. En cuanto a los vicios a los que re-  
currieron se mencionaron el alcoholismo y el tabaquismo.

TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS POR EDAD.

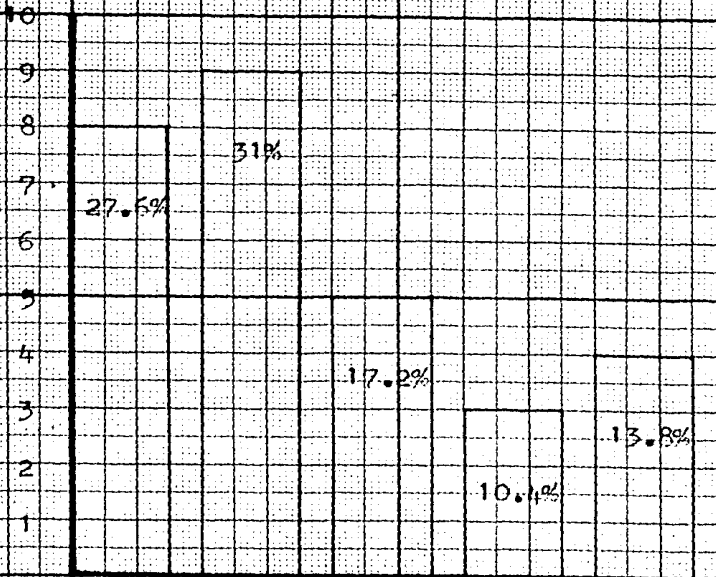


Edad	Fac
A.- de 15 a 19 años...	2
B.- de 20 a 24 años...	7
C.- de 25 a 29 años...	11
D.- de 30 a 34 años...	6
E.- de 35 a 39 años...	3
Total	29

FUENTE DIRECTA.

E S C O L A R I D A D .

P  
A  
C  
I  
E  
N  
T  
E  
S

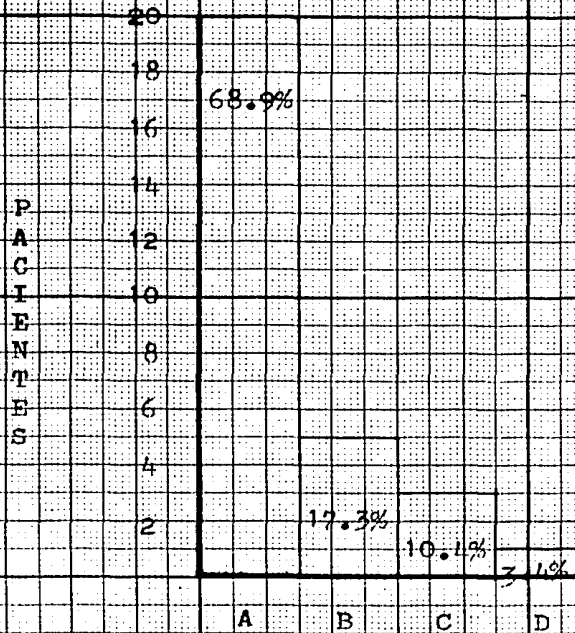


- A.- Primaria.
- B.- Secundaria.
- C.- Preparatoria.
- D.- Comercio.
- E.- Profesional.

Escala 1 cm = 1 paciente

FUENTE DIRECTA.

ESTADO CIVIL.



- A.- Casadas.
- B.- Unión Libre.
- C.- Separadas.
- D.- Divorciadas.

ESTADO CIVIL.

Escala 1 cm = 2 pacientes.

FUENTE DIRECTA.

EMBARAZOS.

EMBARAZOS

10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

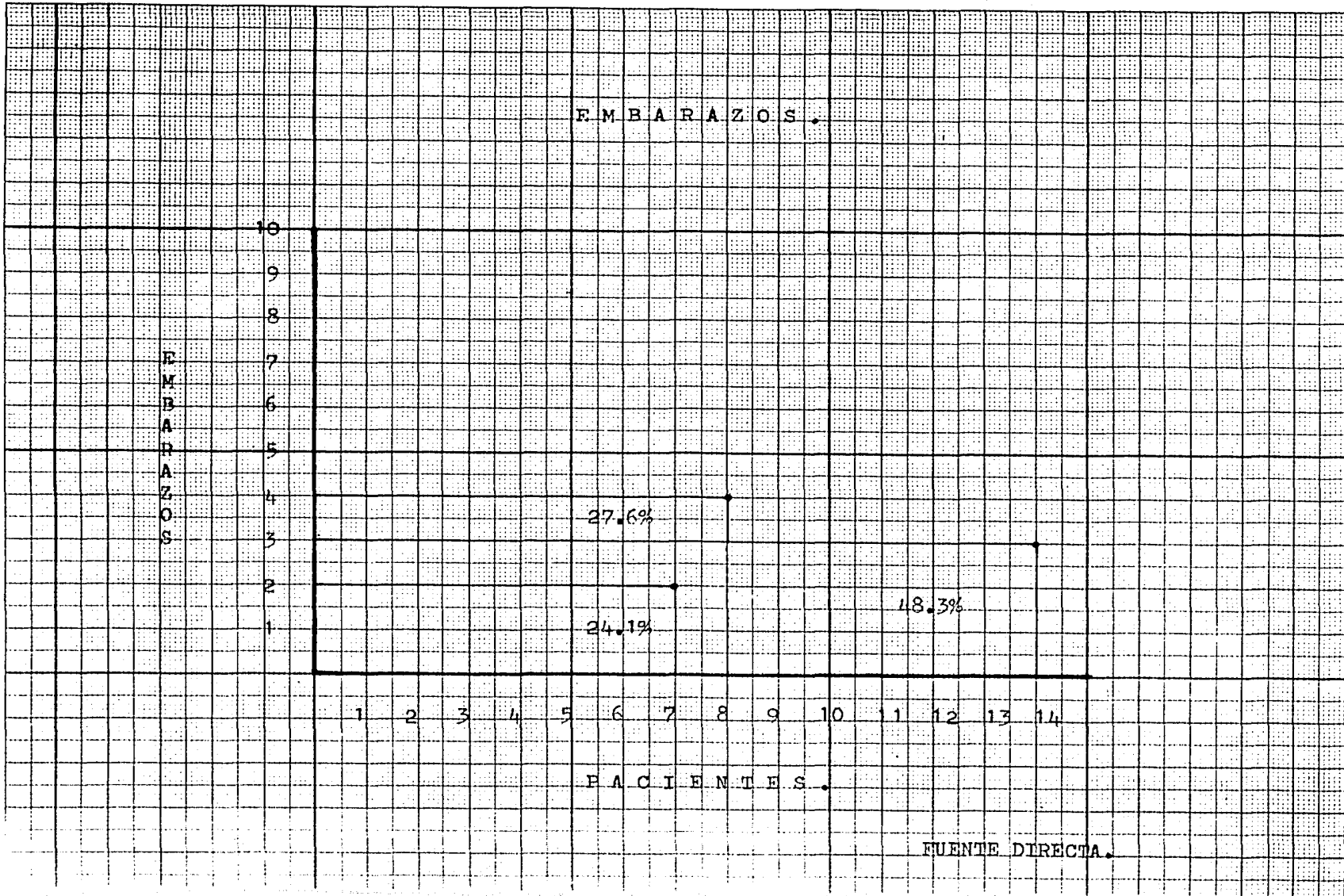
PACIENTES.

FUENTE DIRECTA.

27.6%

24.1%

48.3%



A B O R T O S .

A  
B  
O  
R  
T  
O  
S

10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

P A C I E N T E S .

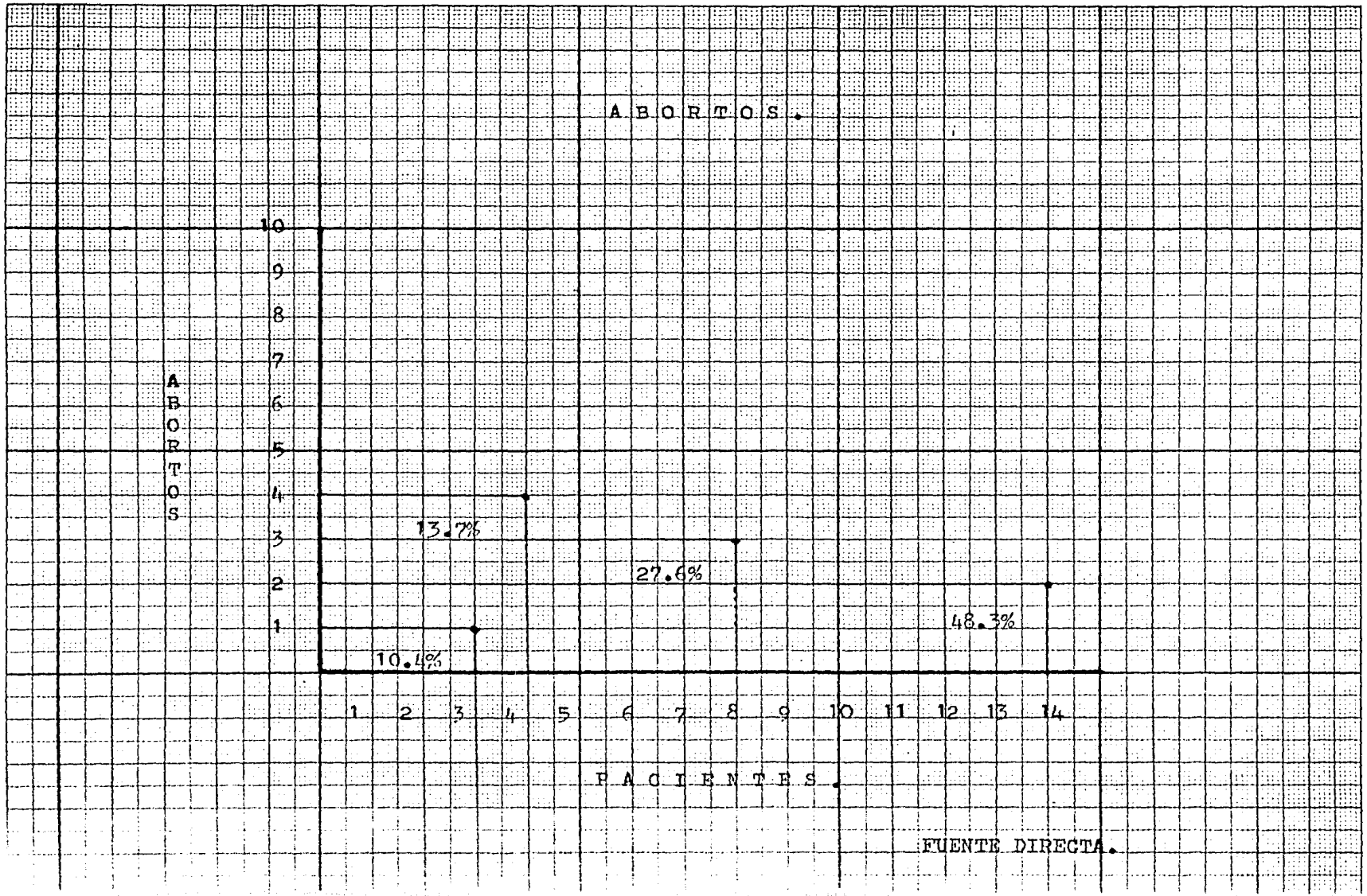
FUENTE DIRECTA.

10.4%

13.7%

27.6%

48.3%





RELACION DE PACIENTES  
ESTUDIADAS.

NUMERO DE PACIENTES	29
NUMERO DE EMBARAZOS	88
NUMERO DE ABORTOS	71
NUMERO DE OBITOS	6
NUMERO DE CESAREAS	3
NUMERO DE PARTOS	14
NUMERO DE PRODUCTOS NACIDOS VIVOS	8

FUENTE DIRECTA.



PRESION DE LA FAMILIA SOBRE  
LA PAREJA INFERTIL.

SI	17	58.5%
NO	12	41.5%
TOTAL	29	100.0%

FUENTE DIRECTA.

REPERCUSION EN LA DINAMICA FAMILIAR  
POR CAUSA DE LA INFERTILIDAD

SI	19	65.5%
NO	10	34.5%
TOTAL	29	100.0%

FUENTE DIRECTA.

PRINCIPALES ALTERACIONES EN LA PAREJA  
CAUSADAS POR LA INFERTILIDAD.

ANSIEDAD

INFIDELIDAD

ANGUSTIA

CAMBIOS DE CONDUCTA

INCOMPRESION

ALCOHOLISMO

SEPARACION

DIVORCIO

FUENTE DIRECTA.

#### 5.4 CONCLUSIONES.

Después de haber analizado los datos que se recolectaron durante las entrevistas efectuadas, se llegó a las siguientes conclusiones:

- De nuestras 29 pacientes estudiadas, el 100% correspondió al sexo femenino, situación que corrobora lo estudiado, ya que la mujer juega el papel mas importante para la presentación de la condición actual, encontrando en la Literatura que el hombre interviene en forma indirecta cuando existe alteración a nivel genético.

- Todas las pacientes afectadas se encuentran en edad reproductiva ( 15 a 39 años ).

- Con un índice cultural bajo, tomando en cuenta que el 58.6% se encuentra con escolaridad entre primaria y secundaria, situación que determina la problemática de la pareja, aunada a su condición económica enmarcada en un estrato social medio y bajo.

- Con respecto a nuestro estudio observamos que de las mujeres estudiadas ( 29 ), 11 de ellas, o sea el 37.9% correspondieron a infertilidad secundaria, y las 18 mujeres restantes, o sea el 62.1% presentaron infertilidad primaria.

- Se encontró que el factor causal de Infertilidad mas frecuente fué la Infección de Vías Urinarias con un 27.5% de mujeres infértiles, seguido de incompetencia

istmico-cervical con el 24.1%. Los de causa desconocida, infecciones genitales, miomatosis uterina y malformaciones uterinas corresponden al resto del porcentaje, lo -- que se corrobora con la literatura; así mismo dentro de éstos factores entraría el tabaquismo.

- Sobre la repercusión en la Dinámica familiar en la pareja por presiones familiares, encontramos que en el 58.5% de los casos, la familia interviene creando angustia, ansiedad, sentimiento de culpa, depresión y esto -- ocasiona conflictos y con ello la crisis en la pareja.

- Así mismo, la infertilidad repercute en el núcleo de la familia ya que en resultados obtenidos se encontró que el esposo en un 65.5% de las familias presentaba: Cambios de conducta para con su pareja, infidelidad, incompreensión, distanciamiento y alcoholismo, trayendo --- consigo la separación en el 10.4% y en el 3.4% la crisis fatal de la familia: el divorcio.

### 5.5 ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

- La mujer que presenta el problema de infertilidad debe considerársele integralmente, unida con su pareja, sin dejar área sin tratar y tomando muy en cuenta el aspecto psicológico.

- Concientizar a la sociedad, la familia y el esposo, de la necesidad de aceptar, comprender, darse apoyo y confianza en sí mismos para evitar y no caer en la crisis familiar.

- Información al personal médico para que trasmita sus conocimientos sobre el problema a tratar y encaminarlo para la obtención de confianza en la pareja, mediante un estudio integral dado por un grupo multidisciplinario.

- Ofrecer a la pareja infértil todas las posibilidades de manejo y tratamiento para la infertilidad con los que se cuenta para obtener resultados satisfactorios.

- Hacer del conocimiento de la pareja infértil de las garantías que como derecho-habiente tiene de un sistema de seguridad social.

- Tomando en cuenta cada conflicto que trae consigo la infertilidad, surge la necesidad de concientizar a la pareja sobre la posibilidad de la adopción, ya que la comunicación de un mal pronóstico determina frecuentemente situaciones desesperadas o graves discusiones matrimoniales o incluso el divorcio.



-Por ésta razón creemos que éstos pacientes han de -  
ser advertidos en el momento adecuado sobre la posibili-  
dad de adopción, la última solución antes de renunciar -  
totalmente a la descendencia. Por ésto el conocimiento -  
de las indicaciones y los requisitos legislativos no de-  
berían estar reservados unicamente a los asistentes so-  
ciales, sino extenderse de modo especial a los médicos,-  
jueces, y religiosas para una mejor ayuda y comprensión  
de la pareja infértil.

- 1.- Novak, E.R., Seegar, J.G., Jones, H.W. : Infertilidad y Aborto. Tratado de Ginecología. Editorial: Nueva -- Editorial Interamericana México, pág. 608, 1980
- 2.- Kaser, O., Friedberg, V., Ober, K.G., Thomsen, K. : - Infertilidad y Esterilidad. Ginecología y Obstetricia Salvat Editores, S.A. Barcelona-México, pág. 555, -- 1974.
- 3.- Benson, R. : Infertility. Obstetrics and Gynecology ; Edición Sexta, pág. 671, 1978.
- 4.- Hellman, L.M., Pritchard, J.A.: Anomalías del Embarazo. Williams Obstetricia. Salvat Editores S.A. Barcelona-México, pág. 683, 1980
- 5.- Díaz del Castillo, C.E. Dr. Factores Genéticos y -- Ambientales que afectan el crecimiento y desarrollo - del Embrión y Feto. Ginecología y Obstetricia. México 27: 285, 1970.
- 6.- Rosas, A.J., Ruiz, V.U., Armendares, S., Donville, E. Velasco, O.M.: Aborto Habitual de causa Genética. Ginecología y Obstetricia. México. 47: 411, 1980.
- 7.- Elizondo, E.F., González, BMR, López, B.R.: Sinequias Uterinas en los trastornos de la Infertilidad. Ginecología, Obstetricia. México. 49: 359, 1981.
- 8.-Siegler, M.A.: Surgical Treatment for Tuboperitoneal -- causes of Infertility. Fertility and Sterility. 28: - 1019, 77.
- 9.- Babaknia, A.: Pregnancy Success following abdominal -- Myomectomy for Infertility. Fertility and Sterility. 30: 644, 78.

## 5.6 COMENTARIO.

Con respecto a las limitaciones que cualquier investigación llega a tener, vemos una muy importante que es la inexperiencia del investigador, así como la falta de información sobre la infertilidad y más aún de las repercusiones que ésta acarrea a la pareja afectada, dejando pasar ciertas variables que pudieran ser complementarias para la investigación.

Referencia de los pacientes acerca del trato o mejor dicho de una mala relación médico-paciente y con ello un deficiente y tardado estudio sobre el problema a tratar.

Vemos también que el manejo de éstos pacientes es en forma inadecuada, ya que no existe una conducta uniforme en los ginecobstetras para tratar ésta problemática. Esto se comenta en base a que en nuestra casuística las pacientes fueron estudiadas sin llevar una organización en cuanto a su manejo.

Es de suma y trascendental importancia dejar a una mujer que ha presentado dos o mas abortos sin estudios tendientes a determinar la causa de infertilidad, causada de una u otra manera va a afectar psicológicamente a la pareja, sabiendo que en nuestro medio contamos con los recursos humanos y materiales para establecer un diagnóstico y así poder ofrecer un tratamiento adecuado-

y con ello la satisfacción de la maternidad y paternidad

Observamos que estadísticamente concuerda la casuística encontrada en éste hospital con la literatura revisada (15), observando que las causas principales de infertilidad como son la Infección de Vías Urinarias y la incompetencia istmico-cervical son susceptibles de curación.

También observamos que la incompetencia istmico-cervical, segunda causa mas frecuente de infertilidad, debe de ser diagnosticada de acuerdo con antecedentes obstétricos así como con la Prueba de Hegar que consiste en el paso de un dilatador número 8 con facilidad a través del cervix.

Es conveniente hacer mención de la necesidad de crear una clínica de la mujer infértil para que con ello se formule un manejo y tratamiento uniforme, así como disminuir las tensiones y hacerles ver que no solamente ellos presentan éste problema.

Se observó también la agresión o resentimiento que algunos entrevistados tienen hacia el IMSS, por causas diferentes, y que por el hecho de que en éste laboramos, nos identificaron como punto de agresión.

## 6.- BIBLIOGRAFIA .

- 10.- Espinoza, F.C., Fernández, S.A., Salazar, H., Garza, R.: El Cérvix Uterino como factor de Esterilidad e - Infertilidad. Ginecología, Obstetricia. México. 27:- 383, 1970.
- 11.- Pérez, R.L.: Infertilidad por Incompetencia Istmico-Cervical. Ginecología, Obstetricia. México. 29: 223, 1971.
- 12.- Delgado, U.J., Ricaud, R.L., Castro, C.F., Torres, - M.M., Arroyo, H.R.: Tratamiento de la Incompetencia-Istmico-Cervical. Ginecología, Obstetricia. México - 27: 605, 1970.
- 13.- Krupp, A.M., Chatton, M.J.: Toxoplasmosis. Diagnósti - co Clínico y Tratamiento. Editorial Manual Moderno. - S.A., México, pág. 985, 1983.
- 14.- Elizondo, E.F., González, B.M.R., García, M.A., Her - nández, A.S., González de León, E.: Aborto Habitual. Ginecología, Obstetricia. México. 43: 311, 1978.
- 15.- Paz, R.R.: La Familia. Sociología. pág. 71, 1983.
- 16.-Unidad Didáctica de la Familia: En la Residencia de - Medicina Familiar, 1982.
- 17.- Merani L.A.: Alteraciones Psicosexuales de la Mujer - ante la Maternidad. Colección Pedagógica. Editorial - Grijalbo. S.A., pág. 62, 1981.
- 18.- Palomares J.M., Tobias G.A.: Cambios Psicosexuales. Esterilidad e Infertilidad. Ginecología, Obstetri - cia. México. 39: 385, 1979.
- 19.- Satir, V.: Psicoterapia Familiar Conjunta. La Prensa Médica Mexicana, México. 1983.