

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

Generación 1979-1981

ESTERILIDAD PRIMARIA: SUS REPERCUSIONES EN LA COMUNICACION CONYUGAL
Y EN EL AJUSTE SEXUAL.

Debo

Dr. José Félix Martínez
Clave: 37-1342

Dpto. de Enseñanza & M. S. C.
Hermosillo, Sonora

TESIS RECEPTIONAL, QUE PARA OBTENER EL
GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presentan:

- Dr. Mariana Hernandez Jimenez
- Dr. Hector M. Delgadillo Vibanco
- Dr. Maximo B. Chiri Janco
- Dr. Juan Ramón Anaya Prado

Asesor:

Vo Bo

Dr. Juan José Feria Goyas
Jefe de Enseñanza e Investigación
Clinica de Especialidades.

BIBLIOTECA CENTRAL

Hermosillo, Son.
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

- I.- RESUMEN
- II.- INTRODUCCION
- III.- OBJETIVOS
- IV.- HIPOTESIS
- V.- METERIAL Y METODOS
- VI.- RESULTADOS
- VII.- DISCUSION
- VIII.- CONCLUSIONES
- IX.- RECOMENDACIONES
- X.- BIBLIOGRAFIA
- XI.- ANEXOS

RESUMEN

Este estudio es analisis de cómo se encuentra la comunicación conyugal y el ajuste sexual en las parejas que cursan con esterilidad primaria y que no tienen ningun otro componente aparente que modifique estas relaciones.

Para su elaboración se tomaron 42 parejas que asistieron a la consulta externa de Gineco-Obstetricia del 1º de octubre de 1979 al 31 de julio de 1980, en la clinica hospital T1 N°2 en Hermosillo Sonora.

Para darle mayor validez al estudio se contrastó con un grupo control, representado por un número igual de parejas, similar a las del grupo caso, con excepción de la presencia de hijos ya que este grupo debería tener uno o mas hijos.

A ambos grupos se les aplicó un cuestionario con la finalidad de medir las actitudes arriba mencionadas.

INTRODUCCION

Existe un importante número de parejas que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar y Gineco-Obstetrica, por verse impedidas en su deseo de procreación y con alteraciones tarde o temprano, en la dinámica de las relaciones familiares, a las cuales los médicos, debemos brindarles todo nuestro apoyo. Si bien es cierto que la tendencia actual se encamina - hacia el control de la fertilidad, dada la explosión demográfica, no podemos pasar por alto la angustia y las frustraciones que estas parejas experimentan por no poder tener descendencia.

Cuando los antropólogos conocieron a los TROBRIANOS nativos de la Melanesia Noroccidental, se sorprendieron de que estos ignorasen lo que es la esterilidad masculina: al igual que otros pueblos de esa región, ignoran el papel masculino en la procreación. En Occidente por su parte, a pesar de conocerse desde los tiempos más remotos la importancia del líquido seminal masculino para la reproducción, si una mujer casada no tenía hijos, se le atribuía a ella la responsabilidad por la falta de descendencia. Hoy se sabe, en cambio que al menos en un 40% de los casos la falta de hijos de la pareja es imputable al varón. (22)

En términos clínicos la Esterilidad es la incapacidad de lograr la concepción, término que debemos diferenciarlo de la Infertilidad, en la cual si se logra la concepción pero no puede llevarse a término el producto de la misma.

Se considera una pareja estéril aquella que ha llevado un año de vida sexual normal, sin que ocurra la fecundación. Se calcula que en Estados Unidos de Norteamérica aproximadamente el 12% de todos los matrimonios

son estériles, de los cuales como ya se dijo antes aproximadamente el 40% es por deficiencia en el varón.

La Esterilidad se clasifica en:

- 1.- Primaria: Cuando no ha sido precedida de ningún proceso gestacional.
- 2.- Secundaria: Cuando es consecutiva a cualquier tipo de proceso gestacional.
- 3.- Absoluta: Cuando la causa que lo produce sea capaz de justificar plenamente la esterilidad (azoospermia y anovulación).
- 4.- Relativa: Cuando se requiere la conjunción de varias circunstancias que disminuyen el índice de fertilidad. (4,5)

Según Bleguer "no hay posibilidad de ninguna tarea correcta en psicología si no es al mismo tiempo una investigación de lo que está ocurriendo y de lo que se está haciendo". "Indagar es estudiar al ser humano en su totalidad, en las situaciones concretas y en sus vínculos interpersonales; en definitiva es indagar en el mundo interno el sujeto que de alguna manera -- está condicionando respuestas en el mundo externo". (9,10)

En lo que se refiere concretamente a la esterilidad se le enfoca como un rasgo de una personalidad total que se conecta como un todo con el mundo externo y en el cual este rasgo es una forma de expresión. (9,10)

Algunas religiones aceptan la procreación como algo necesario dentro del matrimonio, la doctrina bíblica dice: que se multipliquen los hombres como principio cardinal del matrimonio; en la sociedad la función vital de la familia es la reproducción ya que ello significa organización. La reproducción se percibe como aceptación del rol apropiado, la maternidad y -

la paternidad son el desarrollo y la expresión de una mujer y de un hombre adultos respectivamente.

Las fuentes psicológicas Freudianas dicen que la salud mental en la mujer ocurre cuando el ciclo sexual se completa con el embarazo. En estudios que se han realizado, se ha demostrado que la personalidad agresiva es mayor en parejas estériles (predominando en la mujer) que en las fertiles, así mismo se dice que en las parejas estériles son más frecuentes las reacciones neuróticas y psicóticas así como el descontento sexual y el suicidio.

El conocimiento de su esterilidad por parte de la pareja, es decir el hecho de que una pareja sepa que es estéril, dá como resultado la manifestación de síntomas que se presentan predominantemente en la mujer pero sin quedar excluido el hombre, tales síntomas son: sentimiento de culpa, enojo, frustración y soledad y estos a su vez provocan problemas en la comunicación conyugal y desajuste sexual.

Dentro de la pareja humana su estabilidad se complementa al lograr el nacimiento de un hijo es por eso que el matrimonio estéril requiere por parte del médico una fuerte dosis de comprensión y apoyo, ya que la pareja acude a la consulta en razón a una dolencia social, espiritual y física. Cuando se superan los escollos y se obtiene éxito se cumple el papel reparador del equipo de trabajo, se canaliza la agresión, disminuyó el nivel de envidia y todos participan de la alegría que provoca la afirmación de nuestras posibilidades creativas. (1, 16, 18, 19)

En la consulta externa de Gineco-Obstetricia de la Clínica de Especialidades en Hermosillo Sonora para el año de 1979, este padecimiento se --

encuentra entre las 10 primeras causas de consulta externa, abarcando el 8.5% del total de consultas, por lo tanto es una enfermedad que llama la atención por su alta incidencia y prevalencia, además de que también nos llama la atención la desintegración de su manejo ya que sabemos que la pareja estéril durante su deseo innato de tener hijos pasa por una serie de crisis que de manera directa o indirecta tiende a influir en sus reacciones de una forma por demás negativa.

Como vemos, en nuestro medio es importante el porcentaje de parejas que no han podido tener descendencia, lo cual representa para ellos crisis conflictivas que, a la larga van mermando las interrelaciones de la pareja.

Esto aunado a la atención fraccionada por parte del médico a su problema ya que como habíamos dicho antes, al paciente se le vé generalmente desde el punto de vista biológico y se olvida del aspecto psicosocial, no dandosele la premura y el apoyo que necesitan estas parejas para poder llegar a solucionar su problema.

Es por lo tanto muy importante estudiar algunos aspectos que pueden perturbarse en estas parejas para crear conciencia en los médicos que giran alrededor de ellas y de esta manera poderles brindar una atención más integral y oportuna.

OBJETIVOS

INMEDIATOS

Demostrar la existencia de alteraciones en la interrelación de la pareja estéril evidenciando desajustes en algunos aspectos de la dinámica familiar.

MEDIATOS

Crear conciencia en el personal médico institucional, familiar y gineco-obstetra para que atienda en forma más integral a estas parejas con mayor celeridad en el manejo de su padecimiento.

H I P O T E S I S

TOMANDO EN CUENTA QUE LAS ALTERACIONES EN LA INTERRELACION DE LAS PARE_ JAS SON MULTIFACTORIALES. LA ESTERILIDAD PRIMARIA PURA SIN COEXISTIR CON ALGUN OTRO FACTOR DE ESTRUCTURA FAMILIAR ES CONDICION SUFICIENTE PA_ RA PRODUCIR ALTERACIONES EN LA COMUNICACION CONYUGAL Y EN EL AJUSTE SE_ XUAL.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, el cual se realizó en la clínica hospital de Especialidades de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo Sonora. Sometiéndose a investigación a las pacientes que asistieron a la consulta de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de Esterilidad Primaria del 1° de Octubre de 1979 al 31 de Julio de 1980. Haciéndose la investigación en forma directa e incluyendo además a sus conyugues.

Las características de las parejas del grupo "Casos" comprendieron los siguientes parámetros:

- a) No tener descendencia previa ninguno de los dos.
- b) Edad entre 20 y 40 años.
- c) Que tenga por lo menos un año de intento de concepción.
- d) Que no tengan patología agregada.
- e) Que tengan características psicosociales similares.
- f) Que esten casados por lo menos por una ley.
- g) Que no vivan con otros familiares bajo el mismo techo.
- h) Que vivan en el área urbana de la ciudad de Hermosillo.

El estudio se realizó en 3 etapas:

La primera etapa consistió en revisar las formas 4-30-6 de la consulta externa de Gineco-Obstetricia de las fechas antes mencionadas, de donde se saco el total de casos que tenían diagnóstico de Esterilidad Primaria. La segunda etapa consistió en revisar los expedientes clínicos y las for_

mas RF-1, para obtener los datos de inclusión y exclusión.

La tercera etapa consistió en visitas domiciliarias a las parejas aceptadas en la muestra para aplicarles un cuestionario.

El universo de trabajo comprendió 113 casos que se vieron en forma repetida en la consulta externa de Gineco-Obstetricia, con diagnostico de esterilidad primaria, que una vez revisados sus expedientes y sus domicilios se eliminaron 71 parejas por los siguientes motivos:

- No se les encontro ningun papel o expediente - - - - - 29 casos
- No llenaron los requisitos de inclusión - - - - - 12 casos
- No se encontro el domicilio o estaba equivocado - - - - - 11 casos
- No se le pudo realizar cuestionario - - - - - 9 casos
- No se le pudo realizar el cuestionario - - - - - 7 casos
- Salieron embarazadas - - - - - 3 casos

Quedando una muestra de 42 parejas, a las cuales se les aplicó un cuestionario estructurado, con entrevistador siendo las preguntas de tipo cerrado, con respuestas de selección múltiple.

Para darle mayor validez al estudio se tomó un grupo control, con las mismas características del grupo caso, a excepción del diagnóstico de esterilidad y en parejas que no tuvieran más de 3 hijos; dicho grupo se sacó al azar de parejas que vinieron a consulta por algun otro padecimiento., dandose el mismo manejo que para el grupo "casos".

Las variables establecidas se miden a traves de un instrumento representado por un cuestionario que consta de 19 preguntas de selección múltiple; cada una de las posibles respuestas, forman una categoría que recibe diferentes valores numéricos, que van de 0 a 2 puntos, siendo los aspectos

positivos (de acuerdo a las definiciones) los que reciben puntuación menor; de los reactivos, 12 corresponden para la variable comunicación conyugal y 7 la corresponden a la variable de ajuste sexual.

La información referente a la esposa fué solicitada a su conyuge y viceversa con el objeto de lograr mayor veracidad en las respuestas, minimizando de esta manera la tendencia del individuo a responder con reserva aspectos de su conducta personal, manipulado la respuesta. El cuestionario se aplico por separado al hombre y a la mujer.

Algunas preguntas del cuestionario que abordan aspectos intimos de la pareja inician con preguntas introductorias que no tienen valor para la medición de la variable correspondiente y aparecen sin número en la estructura del cuestionario.

Las 19 preguntas en que se desglosan las variables suman un total de 38 puntos como maximo por persona, pero como estamos midiendo a la pareja entonces sumamos el resultado de ambos, dandonos un maximo de 76 puntos, repartidos como sigue: comunicación conyugal le corresponden 48 puntos y el ajuste sexual 28 puntos, que se distribuyen por categorias de la siguiente manera:

VARIABLE	No de PREGUNTAS	MAXIMO DE PUNTOS	PUNTAJE	CATEGORIA
COMUNICACION CONYUGAL	12	48 por pareja	0 a 16	ADECUADA
			17 a 32	REGULAR
			33 a 48	INADECUADA
AJUSTE SEXUAL	7	28 por pareja	0 a 9	BUENO
			10 a 18	REGULAR
			19 a 28	MALO

DEFINICION DE VARIABLES

1.- COMUNICACION CONYUGAL.

Se define como la interacción adecuada ya sea verbal, escrita o mímica entre marido y mujer en la cual se da intercambio de información y sentimientos.

2.- AJUSTE SEXUAL

Es el equilibrio en las relaciones sexuales entre marido y mujer.

ANALISIS DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION	CATEGORIZACION
COMUNICACION CONYUGAL	CLARIDAD Preg. 1 y 2	Cuando se redacta el mensaje con expresión y con significado apropiado explicando el sentido del mismo	BUENA: Cuando los mensajes son claros REGULAR: Cuando son poco confusos MALA: Cuando son confusos
	TONO DE VOZ Preg. 3,4,5,6 y 7	Es la intensidad con que se habla al dirigir el mensaje	BUENA: Cuando se utiliza tono de voz uniforme sin gritos REGULAR: Cuando ocasionalmente alza la voz. MALA: Cuando siempre grita para comunicarse.
	CREDIBILIDAD Preg. 8,9 y 10	Cuando lo que se comunica cae dentro de una realidad y no se divaga con explicaciones dudosas	BUENA: Cuando nunca hay dudas sobre lo que se dice REGULAR: Cuando es poco dudosa la comunicación MALA: Cuando no es creíble
	RECEPTIVIDAD Preg. 11 y 12	Cuando el receptor presta la atención necesaria y da la importancia debida al que transmite el mensaje	BUENA: Cuando se da la importancia y atención adecuada REGULAR: Cuando hay distracciones del receptor y da poca importancia al que habla MALA: Cuando generalmente se ignora al que esta hablando

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION	CATEGORIZACION
AJUSTE SEXUAL	LIBIDO Preg. 13, 14, 15, 16 y 17	Es deseo o apetito sexual hacia su pareja	BUENA: Cuando el deseo esta siempre presente REGULAR: Cuando el deseo esta poco disminuido MALA: Cuando el deseo esta muy disminuido
	SATISFACCION Preg. 18 y 19	Es el placer que se experimenta durante el acto sexual que puede o no acompañarse de orgasmo	BUENA: Cuando siempre hay placer durante el acto sexual REGULAR: Cuando solo en ocasiones se manifiesta placer MALA: Cuando no hay placer

Cuadro N°1

COMUNICACION CONYUGAL

MEDICION COMPARATIVA EN PAREJAS ESTERILES Y NORMALES

TIPO DE PAREJAS GRADO DE CUMPLIMIENTO	ESTERILES	NORMALES	TOTAL
ADECUADA	57.1 %	71.4 %	54
REGULAR	23.9 %	19.0 %	18
INADECUADA	19.0 %	9.6 %	12
TOTAL	N= 42 100. %	N= 42 100. %	84

Fuente: Encuesta directa.

Cuadro Nº2
AJUSTE SEXUAL

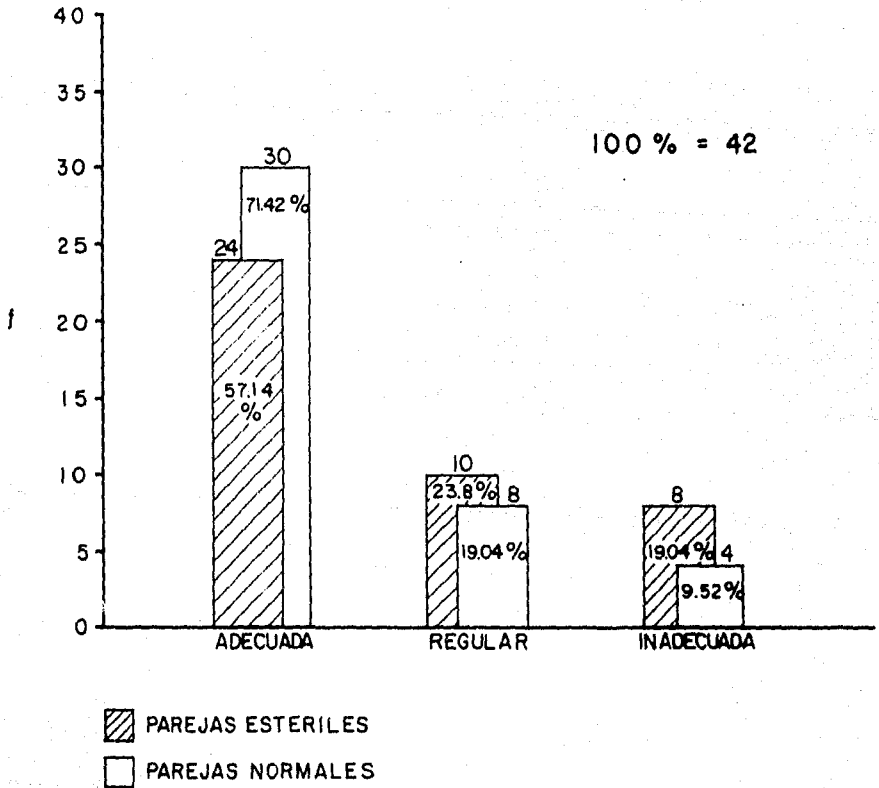
MEDICION COMPARATIVA EN PAREJAS ESTERILES Y NORMALES

TIPO DE PAREJAS GRADO DE CUMPLIMIENTO	ESTERILES	NORMALES	TOTAL
BUENO	59.6 %	76.2 %	57
REGULAR	23.8 %	16.6 %	17
MALO	16.6 %	7.2 %	10
TOTAL	N=42 100. %	N=42 100. %	84

Fuente: Encuesta directa.

Gráfica Nº 2

COMUNICACION CONYUGAL
RELACION COM PARATIVA EN PAREJAS ESTERILES Y NORMALES

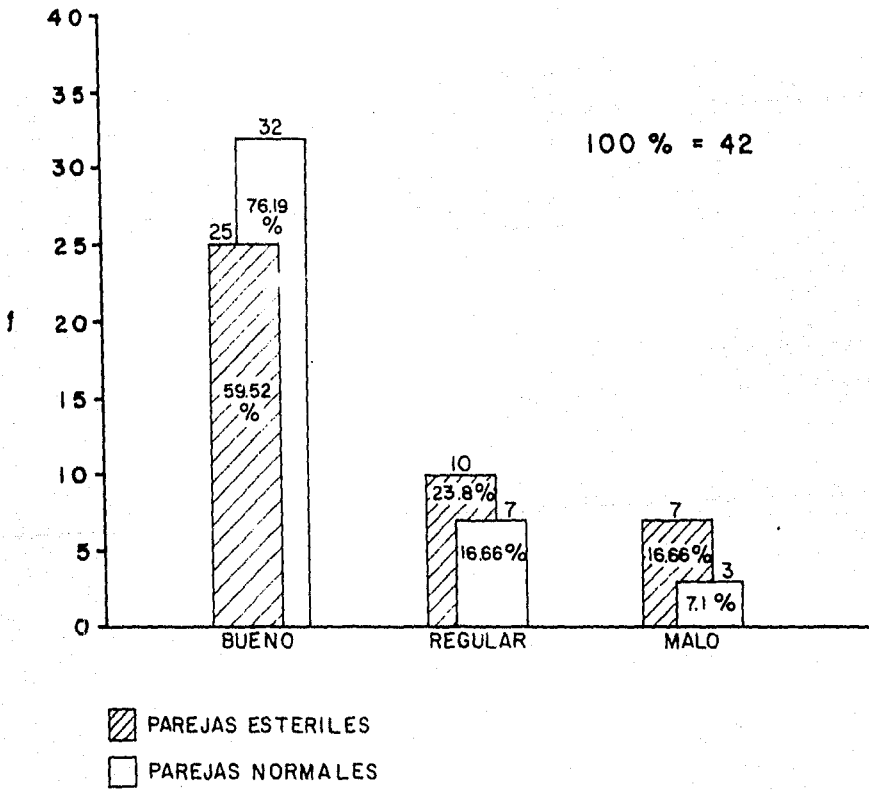


Fuente. Encuesta directa.

Gráfica N°1

AJUSTE SEXUAL

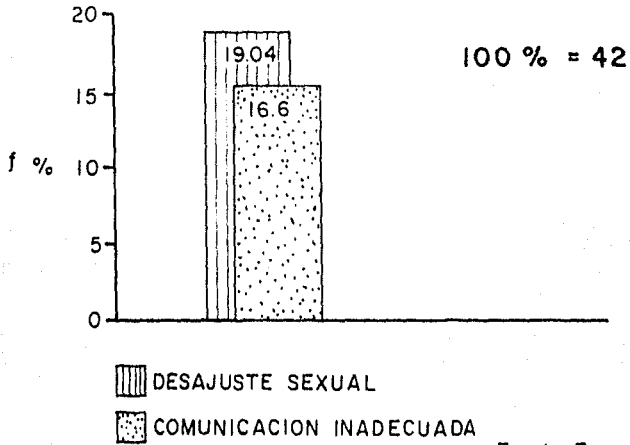
RELACION COMPARATIVA EN PAREJAS ESTERILES Y NORMALES



Fuente: Encuesta directa.

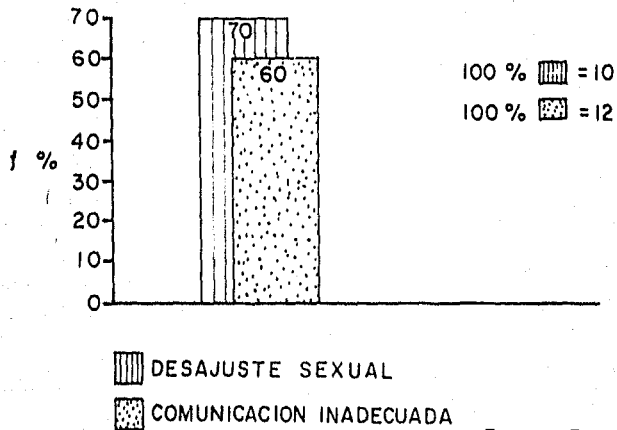
Gráfica N°3

FRECUENCIA COMPARADA DE ALTERACIONES ENCONTRADAS EN LAS VARIABLES ESTUDIADAS A NIVEL DE PAREJAS -- ESTERILES



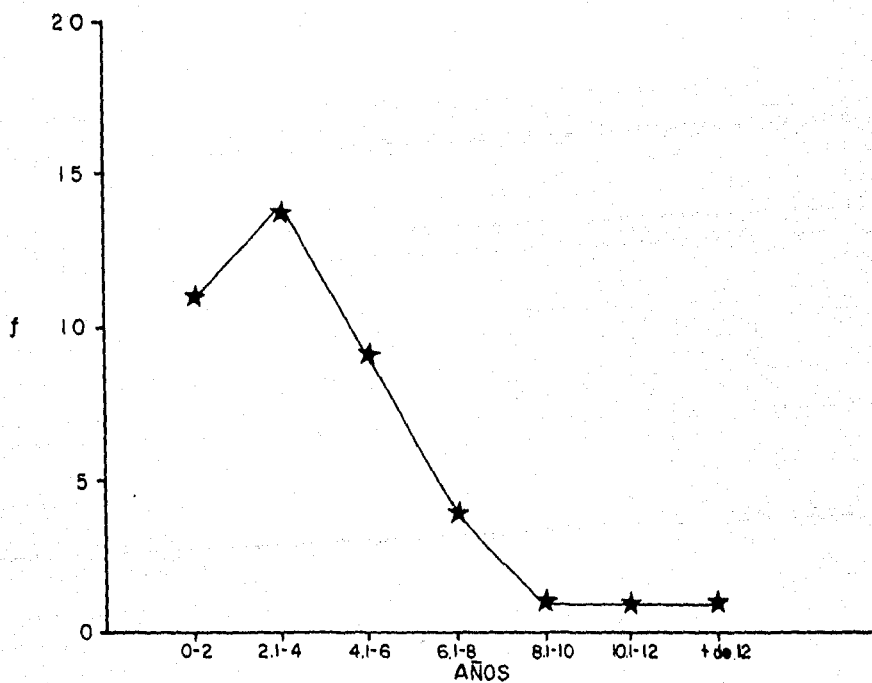
Fuente. Encuesta directa.

**ALTERACIONES EN LAS VARIABLES ESTUDIADAS .
FRECUENCIA COMPARATIVA EN AMBOS GRUPOS .**



Fuente. Encuesta directa.

Gráfico N°4
PAREJAS ESTERILES
TIEMPO DE INTENTO DE FECUNDACION



Fuente. Encuesta directa.

RESULTADOS

Con relación a la variable Comunicación Conyugal, encontramos que solamente el 19% presentaron comunicación inadecuada en el grupo de parejas con esterilidad, en cambio en el grupo de parejas normales solo se encontró en un 9.5%

Con respecto a la variable Ajuste Sexual en el grupo de parejas estériles encontramos desajuste sexual en el 16.6%, y en el grupo de parejas normales 7.1% .

Porcentualmente se observa mayor problema en el área de la Comunicación Conyugal que en la de Ajuste Sexual, pero proporcionalmente entre los dos grupos de estudio es mayor el desajuste sexual que la comunicación inadecuada, siendo el 66.6% para la comunicación inadecuada y el 70% para el desajuste sexual.

Con respecto al tiempo de intento de concepción varió de 2 a 13 años encontrándose el mayor porcentaje entre los dos y los seis años.

D I S C U S I O N

El motivo de nuestro estudio se originó a partir de la observación del alto índice de parejas que se presentan a consulta por Esterilidad - Primaria y que en muchos de los casos tienen ya un tiempo de estudio considerable.

Como ya se había dicho la esterilidad puede traer consigo alteraciones psicosociales, que entre mayor sea el tiempo de evolución, mayores pueden ser los problemas que desencadene; es por lo tanto que éste estudio tuvo la finalidad de encontrar un hecho en las interrelaciones de la pareja esteril, que por ser un campo tan amplio se decidió estudiar únicamente una parte de estas interrelaciones siendo la Comunicación Conyugal y el Ajuste Sexual a los que enfocamos nuestra investigación.

Analizando los resultados encontramos que comparativamente con el grupo control de parejas sin problemas de esterilidad, en nuestro grupo caso hubo mayor porcentaje de alteraciones en ambas variables que en el grupo control. Ya que la presentación de comunicación inadecuada y el desajuste sexual es 9.5% más en el grupo caso que en el grupo control.

Con objeto de establecer si las diferencias en las muestras estudiadas son significativas, decidimos utilizar para el análisis la prueba de la " χ^2 "; como procedimiento de estadística inferencial.

Formula: $\chi^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$

χ^2 es igual a la suma de lo observado menos lo esperado elevado al cuadrado y dividido entre lo esperado. Lo observado esta representado por los datos obtenidos en la encuesta y lo esperado lo establecimos multiplicando el total de cada categorización por el total de cada grupo, dividido entre el total de totales, de la siguiente manera:

COMUNICACION CONYUGAL

54 $(\frac{42}{84}) = 27$

18 $(\frac{42}{84}) = 9$

12 $(\frac{42}{84}) = 6$

AJUSTE SEXUAL

57 $(\frac{42}{84}) = 28.5$

17 $(\frac{42}{84}) = 8.5$

10 $(\frac{42}{84}) = 5$

Substitución de valores:

COMUNICACION CONYUGAL

$$\frac{(24-27)^2}{27} + \frac{(10-9)^2}{9} + \frac{(8-6)^2}{6} + \frac{(30-27)^2}{27} + \frac{(8-9)^2}{9} + \frac{(4-6)^2}{6} =$$

0.33 + 0.11 + 0.66 + 0.33 + 0.11 + 0.66 = 2.2

AJUSTE SEXUAL

$$\frac{(25-28.5)^2}{28.5} + \frac{(32-28.5)^2}{28.5} + \frac{(10-8.5)^2}{8.5} + \frac{(7-8.5)^2}{8.5} + \frac{(7-5)^2}{5} + \frac{(3-5)^2}{5} =$$

$$0.42 + 0.26 + 0.8 + 0.42 + 0.26 + 0.8 = 2.96$$

Posteriormente se sacaron los grados de libertad, que es igual al número de los renglones menos uno, multiplicándose por el número de columnas menos uno, que nos da g.l. de 2 y, como queremos sacarlo con una significancia estadística del 95% entonces ambos datos se correlacionan en las tablas de la " χ^2 " en la columna correspondiente, dándonos un valor de 5.9 para la " χ^2 " tabulada.

CONCLUSIONES

Como vemos, los resultados de ambas variables tienen un valor menor que la χ^2 tabulada, por lo cual se acepta la hipótesis nula. Esto quiere decir que en las alteraciones encontradas en ambos grupos, no existe relación de causalidad con la presencia o ausencia de hijos; esto invalida la hipótesis de nuestro trabajo.

Consideramos, sin embargo, que el estudio sigue siendo relevante si atendemos a las siguientes consideraciones en función de los resultados obtenidos:

1. Los grupos caso y control al ser homogeneizados para su estudio tuvieron diferencias mínimas.
2. De las parejas estériles estudiadas un gran porcentaje carecen de diagnóstico definitivo de esterilidad primaria, por lo que mantienen expectativas de tener hijos, lo que las hace confortarse hasta cierto punto en forma similar a las parejas con hijos.
3. Pueden existir fallas metodológicas en la construcción de nuestro instrumento de medida que le restan validez.
4. Pueden existir otros errores metodológicos en el diseño que no somos capaces de establecer.

Es por eso, que a pesar de no haber resultado comprobatorios nuestros datos, no quitamos el dedo del renglón de que exista una mayor alte-

ración que la establecida por nosotros en las relaciones interpersonales de las parejas con esterilidad que en las normales, secundaria a la -- ausencia de hijos en el hogar.

RECOMENDACIONES

En vista de las conclusiones, recomendamos se estudien a este tipo de parejas, cuando ya se tenga un diagnóstico definitivo y así poder establecer una comparación de causalidad o no causalidad de alteraciones en la interrelación familiar en parejas estériles.

Como nuestro estudio fué dirigido únicamente hacia dos variables, creemos que es importante la investigación de otras variables relacionadas con la interrelación familiar en las parejas estériles, para así tener un conocimiento más amplio de la dinámica de estas familias.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, en donde se encontró mayores alteraciones de la dinámica, aunque no significativas estadísticamente, consideramos necesario recomendar al personal médico relacionado con estas parejas, se les brinde mayor celeridad en su estudio, estableciendo programas de acuerdo a cada caso en particular; se les de mayor apoyo moral y al mismo tiempo darles una preparación psicológica y de alternativas para en caso de que los resultados finales sean desfavorables para estos matrimonios.

Y por último queremos recomendar que se vea a estos pacientes en forma conjunta entre médicos familiares y no familiares, formando grupos de parejas estériles en donde se les de mayor orientación acerca de su problema y tratar de disipar todas sus angustias.

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

- 1.- I. Tozzini Roberto. Esterilidad e Infertilidad Humana. Ed. Panamericana. 1978.
- 2.- Novak Edmund. Tratado de Ginecología. Novena Edición. 1977.
- 3.- R. Smith Donald. Urologia General. Ed. El Manual Moderno. 1972.
- 4.- Mac Gregor Carlos Esterilidad. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM Vol. XXIII, año 23, No 4. 1980.
- 5.- Delgado Urdapilleta J. Estudio de la pareja Estéril. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 41. Año XXXII. N°243. Enero 1977.
- 6.- Elizondo E. El factor tubario en esterilidad. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. Vol 43 año XXXIII N°259. Mayo 1978.
- 7.- Díaz Augusto. Etiología y Tratamiento de 204 parejas estériles. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. Vol 45. año XXXIV N°269. Marzo 1979.
- 8.- Elizondo E. Endometriosis y Esterilidad. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. Vol 46 Diciembre 1979.
- 9.- Sullivan H.S. La entrevista psiquiátrica. México. Ed. Psiqué 1978.
- 10.- Satir V. Psicoterapia Familiar Conjunta. México. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1979.
- 11.- Iduñate Y Carlos D.M. Menopausia Precoz, estudio clínico. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. Vol 45 año XXXIV. N°272. Junio 1979.

- 12.- Master y Johnson. El vinculo del placer. México. Ed. Grijalva 1977.
- 13.- Doves Robyn M. Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. México. Ed. Limusa. 1975.
- 14.- Young Robert. Introducción a la estadística aplicada a las ciencias de la conducta. México. Ed. Trillas. Segunda Edición 1979.
- 15.- Sexual Problems and Infertility. Rev. Psychosomatics. 19(8): 477-84 Agosto 1978.
- 16.- Psychiatric aspects of infertility. Walker H. E. Urol. Clin. Nort Am. 5(3): 481-8 Octubre 1978.
- 17.- Psychomarrital evaluation and tratment of the inferile couple. Clin Obstet. Gynecol. 22(1): 255-67 Marzo 1979.
- 18.- Treating the emotional aspects of infertility: counseling services in an infertility clinic. Am. J. Obstet. Gynecol. 135 (2): 177-80 Septiembre 1979.
- 19.- Bresnick Ellen. The role of counseling in infertility. Feril. Steril. 32 (2): 154-6 Agosto 1979.
- 20.- Psychogenic infertility, neuroticism and the femine role: a methodological inquiry. J. Psychosom. Res. 21(5): 353- 1977.
- 21.- Psychiatric aspects of infertility. J. Reprod. Med. 20(1): 23-9 Enero 1978.
- 22.- Ramirez Santiago. Factores culturales en la esterilidad e infertili dad. Rev. Medica. Vol. 7 N27 1961.

C U E S T I O N A R I O

Fecha Edad.....
Ocupación..... Sexo.....

Marque con una "X" la respuesta que sea real para cada caso.

P. I. QUE TAN SEGUIDO PLATICAN SU ESPOSO(A) Y UD?

P. I. PLATICAN SUS PROBLEMAS PERSONALES?

1.- SU ESPOSO(A) SE ANDA CON RODEO PARA DECIRLE A UD. LO QUE SIENTE?

- a) Siempre (2)
- b) Algunas veces (1)
- c) Nunca (0)

2.- CUANDO EXISTE ALGUN DISGUSTO O DIFERENCIA ENTRE SU ESPOSO(A) Y UD?

- a) Permanece enojado(a) y no se presta al diálogo (2)
- b) Algunas veces dialogamos para solucionar el problema (1)
- c) Aunque se enoje, siempre se presta al diálogo (0)

3.- CUANDO SE ENOJA SU ESPOSO(A) CON UD. EL (ELLA) GRITA?

- a) Siempre (2)
- b) A veces (1)
- c) Nunca (0)

4.- CUANTAS VECES LE GRITA CON RAZON O JUSTIFICADAMENTE?

- a) Nunca (2)
- b) A veces (1)
- c) Siempre (0)

5.- Y CUANDO NO ESTA ENOJADO(A) EL (ELLA) LE GRITA?

- a) Siempre (2)
- b) A veces (1)
- c) Nunca (0)

6.- CUANDO SU ESPOSO(A) ESTA ENOJADO(A)?

- a) Discute y grita más que Ud. que con familiares o amigos (2)
- b) Discute y grita más con ellos que con Ud. (1)
- c) Nunca discute con nadie (0)

7.- ANTES DE QUE CONOCIERAN SU PROBLEMA, SU ESPOSO(A) LE GRITABA A UD.-
CUANDO SE ENOJABA?

- a) Si (1)
- b) No (2)
- c) Nunca ha llegado a gritar (0)

P. I. QUE TAL SE LLEVAN SU ESPOSO(A) Y UD?

P.I. QUE TANTA DESCONFIANZA LE TIENE?

8.- CUANDO LE PIDE UD A EL (ELLA) ALGUNA EXPLICACION CONSIDERA QUE SU ES-
POSO(A) LE CONTESTA CON LA VERDAD?

- a) Siempre (0)
- b) A veces (1)
- c) Nunca (2)

9.- LOS PRETEXTOS QUE PONE SU ESPOSO(A) RESULTAN SER CIERTOS?

- a) La mayoría de las veces (0)
- b) Pocas veces (1)
- c) Nunca (2)

10.- SU ESPOSO(A) QUE TANTO SE CONTRADICE ?

- a) Muchas veces (2)
- b) Pocas veces (1)
- c) Nunca (0)

11.- CUANDO UD. LE CUENTA SUS PROBLEMAS O PREOCUPACIONES QUE HACE SU ESPOSO(A) ?

- a) Le escucha con atención (0)
- b) Le escucha pero un poco distraído(a) o se distrae en otras cosas (1)
- c) Le calla o de plano no le pone atención(2)

12.- ANTES DE QUE USTEDES CONCOCIERAN SU ENFERMEDAD, SU ESPOSO(A) PONIA MAS ATENCION CUANDO UD. HABLABA?

- a) Si (2)
- b) Siempre ha sido igual (1)
- c) Siempre pone atnección cuando hablo (0)

P. I. HAN LEIDO ALGO ACERCA DE SU PROBLEMA?

P. I. SABEN CUALES SON LAS CAUSAS DE SU ENFERMEDAD?

P. I. CREEN QUE EL TIPO DE RELACIONES SEXUALES INFLUYA EN SU ENFERMEDAD?

13.- CUANTAS VECES TIENEN RELACIONES SEXUALES?

- a) Una o más veces a la semana (0)
- b) Cada 15 días (1)
- c) Cada mes (2)

14.- A UD. LE GUSTARIA TENER RELACIONES SEXUALES MAS FRECUENTEMENTE?

- a) Si (0)
- b) No, así esta bién (1)
- c) Me es indiferente (2)

- 15.- CUANDO SU ESPOSO(A) LE PIDE TENER RELACIONES SEXUALES UD. SE LLEGA A Oponer?
- a) Nunca (0)
 - b) Algunas veces (1)
 - c) Casi siempre (2)
- 16.- CONSIDERA QUE TIENE UD. EL MISMO DESEQ SEXUAL HACIA SU ESPOSO(A) QUE ANTES DE CONOCER SU PROBLEMA?
- a) Si (1)
 - b) Es menor (2)
 - c) Ha aumentado (0)
- P. I. UD. TIENE INTERES EN SUS RELACIONES SEXUALES?
- P. I. TOMA UD. LA INICIATIVA O ES SU ESPOSO(A)?
- 17.- PORQUE ES UD. O PORQUE ES SU PAREJA QUIEN TOMA LA INCIATIVA?
- a) Porque no me llama la atención (2)
 - b) Porque prefiero que él (ella) sea quien tome la iniciativa (1)
 - c) En general soy yo quien toma la iniciativa (0)
- 18.- QUE TAN AGRADABLES SON PARA UD. LAS RELACIONES SEXUALES?
- a) Bastante agradables (0)
 - b) Le son poco agradables (1)
 - c) Mas bien le son desagradables (2)
- 19.- HAY DIFERENCIA ENTRE SUS RELACIONES SEXUALES ANTES DE CONOCER SU PROBLEMA A LAS DE AHORA?
- a) Son más satisfactorias (0)
 - b) Son iguales (1)
 - c) Antes eran más sastisfactorias (2)

A N E X O

El concepto de esterilidad e infertilidad debe quedar claro en virtud de que en el idioma castellano significa y tiene connotación particular diferente que en el idioma Inglés.

Esterilidad es la incapacidad de la pareja para lograr la concepción e Infertilidad es la incapacidad de la pareja para llevar a un buen termino el producto de la concepción; en tanto que en el Inglés es indiferente, y el termino Sterility e Infertility sirve para connotar en terminos generales esterilidad. La Esterilidad se clasifica en Primaria y Secundaria. Primaria cuando no ha sido precedida de ningun proceso gestacional, y secundaria cuando es consecutiva a cualquier tipo de procesos gestacionales, llamese aborto, embarazo ectopico o embarazo a término.

Se clasifica también en absoluta y relativa dependiendo de la causa que la produce. Es absoluta cuando por si misma sea capaz de justificar plenamente la esterilidad y es relativa cuando se requiere de la conjunción de varias circunstancias que sumadas disminuyen el índice de fertilidad de la pareja. La absoluta por ejemplo, puede ser aquella que está representada por azoospermia, anovulación, obstrucción tubaria bilateral, etc., y un ejemplo de la causa relativa seria aquel en que este disminuida la calidad del espermatozoide y asociada a hostilidad cervical y de esta manera se suman factores que disminuyen la capacidad de fertilidad.

La absoluta conviene en dividirla en temporal y permanente. Se entiende por temporal aquella que con los conocimientos actuales de la medicina

sea susceptible de modificación, y permanente aquella que en base a -
nuestros conocimientos no es susceptible de modificación. Ejemplo de ab-
soluta temporal es la anovulación que 10 años atrás podía ser permanente
y que la evolución de los conocimientos la ha llevado a ser temporal para la
mayoría de los casos, con excepción probablemente muy clara de la menopausia
precoz. Como un ejemplo de la esterilidad absoluta permanente, la anovula-
ción por ageneia ovarica, la azoospermia por falta de producción de esperma-
tozoides.

Los requisitos para considerar una pareja como estéril han cambiado a
través de los criterios establecidos por las sociedades dedicadas al estudio
de la fertilidad, habiendo inicialmente planteado el que deberían de trans-
currir 2 años de vida sexual activa normal para que se etiquetara a una pa-
reja como estéril, la evolución de los conocimientos de la presión natural
de las parejas estériles, obligo a la sociedad internacional para estudio
de la fertilidad a aceptar que un año de vida sexual activa normal sin que
ocurra la concepción para legitimizar los estudios catalogando a la pareja
como estéril. Probablemente en el caso de la esterilidad secundaria sea
más legítimo tomar el concepto de los 2 años del último periodo gestacio-
nal.

Se considera 9 pasos para que ocurra el embarazo y a partir de ellos
se busca la causa de esterilidad y se plantea el estudio de la pareja es-
téril. Estos pasos son:

- 1.- Espermatogenesis normal.
- 2.- Libre transito de espermatozoides por las vias genitales masculinas.
- 3.- Secreciones adecuadas para ayudar a madurar el espermatozoide durante

su tránsito.

- 4.- Eyaculación normal.
- 5.- Receptividad adecuada de secreciones endocervicales.
- 6.- Libre tránsito por el útero y medio adecuado para la fecundación.
- 7.- Trompas permeables y fisiológicamente normales.
- 8.- Hiato tubo-ovarico normales.
- 9.- Ovulación normal.

A continuación enumeraremos algunos factores que con frecuencia son olvidados y luego insistiremos en los más frecuentes.

En la mujer las causas más frecuentes de esterilidad son: nutricio_nales, anemias, hipotalamicas, trastornos del desarrollo (especialmente uterinas), disgenecias gonadales, problemas endócrinos, especialmente en relación con la ovulación, padecimientos inflamatorios pélvicos y presen_cia de fibromas o pólipos. En el hombre: padecimientos testiculares ve_nereos, prostatitis, etc. Hay factores en los que intervienen los dos sexos: desajustes matrimoniales, problemas sexuales, ignorancia, índice bajo de fertilidad o incompatibilidades inmunológicas.

La esterilidad en un 40% o 50% es de origen tubo peritoneal. En es_te factor intervienen principalmente la TB genital en un 18% (21% en la primaria y 12.1% en la secundaria). En segundo lugar procesos piogenos despues de aborto provocado, legrado o parto. Y en tercero la endometri_osis. En una de cada 5 mujeres el problema es endócrino ovárico.

La causa de anovulación son trastornos hipotalamo hipofisarios que suelen ser funcionales pero también orgánicos. En relación a frecuencia 8 de 10 mujeres con anovulación tienen alguna alteración en hipotálamo -

y/o hipófisis.

El factor cervical en la esterilidad tiene una frecuencia del 12% en nuestro medio y 32% en el extranjero. La causa más común son padecimientos infecciosos del canal endocervical.

Se considera que el varón es responsable en 50% de la esterilidad.

El hombre participa por 5 factores:

- 1.- Trastornos de la espermatogénesis.
- 2.- Alteraciones de las vías urinarias.
- 3.- Factores inmunológicos.
- 4.- Disfunción sexual.
- 5.- Esterilidad idiopática.

Afecta la espermatogénesis, la insuficiencia androgénica y obrando sobre el testículo el calor, las radiaciones, el plomo, las infecciones y los traumatismos. Las alteraciones de las vías seminales pueden ser congénitas o adquiridas.

Los estudios básicos de esterilidad se inician con la espermatobiopsia post-coito, se sigue con el estudio de la función ovarica. La temperatura basal permite el diagnóstico de la fecha de ovulación y muchas veces de su calidad. La biopsia de endometrio no debe omitirse para saber si hubo ovulación y las características del cuerpo amarillo. Otra prueba que apoya el diagnóstico es el estudio del moco cervical cerca de la fecha de ovulación. Otros 2 estudios no rutinarios, son la citología vaginal y la dosificación de progesterona en sangre o de sus metabolitos en orina. La prueba de Rubin nos informa de la permeabilidad de las --

trompas, si está alterada se recurre a la histerosalpingografía o a la cromatoscopia con laparoscopia.

Para el estudio de la pareja estéril conviene tener una rutina, pero también la elasticidad suficiente para adaptarla a casos particulares. Es distinto el caso de la mujer que está ovulando, que la que ha tenido trastornos menstruales y toma medicamentos para regularse y además tiene alteración en el vello corporal o glándulas mamarias. En el esposo, buscar antecedentes de corrección de criptorquidia o lesión testicular, e información sobre frecuencia de las relaciones sexuales y la técnica coital. En caso de antecedentes quirúrgicos en cavidad abdominal, determinar permeabilidad tubaria o algún factor que interfiera en la unión ovulo espermatozoide.

La historia clínica es demostrativa del estado endócrino de la mujer la ovulación no es un fenómeno estático por lo que conviene repetir la temperatura basal, también se puede recurrir a la biopsia de endometrio o a la determinación de hormonas en sangre o en orina. En el hombre solo se determina hormonas si hay ausencia de vello o pérdida de la libido. Para indagar el factor tubo peritoneal lo más sencillo es la prueba de Rubin que nos indica permeabilidad de las trompas así como su peristalsis, si hay omalgia, se considera positivo.

La histerosalpingografía nos indica si hay libre paso a cavidad peritoneal. Las causas de error en la histerosalpingografía son: Falsas negativas (espasmos) contracciones uterinas y las burbujas de aire.

Criterios de estudio de la esterilidad masculina: Con base en el estudio del semen se clasifica al varón:

Normospermico, oligospermico o azospermico y se hacen pruebas para determinar la causa, por ejemplo la biopsia de testiculo. El estudio radiológico de las vias seminales permite conocer el sitio de su obstrucción y su posible reparación quirurgica. En caso de alteraciones cromosomicas debe hacerse estudios citogenéticos completos. Cuando la evolución de la pareja es negativa debe considerarse la posibilidad de desarrollo de anticuerpos al espermatozoide. La prueba de Sims Hunner es complementaria de la espermatobioscopía indirecta y estudia la migración y comportamiento del espermatozoide en el moco cervical.

Clasificación etiopatogénica de la esterilidad masculina:

- 1.- Trastornos de la espermatogénesis.
 - a) Aislados.
 - b) Asociados a insuficiencia androgénica
- 2.- Alteraciones de las vias seminales.
- 3.- Padecimientos autoinmunes.
- 4.- Disfunción sexual.
- 5.- Esterilidad idiopática.

El tratamiento y pronostico de la esterilidad deben plantearse a la pareja. En la esterilidad debe practicarse una evaluación de la pareja que no siga un cartabón, puesto que cada caso como ya se mencionó se debe tomar en forma individual. Sin embargo se pueden dar lineamientos generales.

Cabe hacer un planteamiento cuidadoso de la terapéutica, así como del pronóstico de acuerdo a el o los factores que se han encontrado como causa de esterilidad.

En general, de un grupo de pacientes que se estudian 40 a 50% logran embarazo. Por otra parte si despues del estudio resulta que es una paciente con esterilidad definitiva, así se lo debemos comunicar con todo el tacto posible, para procurar no herir más sus susceptibilidades.

La explicación debe ser sencilla para que la pareja la comprenda perfectamente y entienda a qué tratamiento va a ser sometida, qué pronos--tico va a tener y sobre todo que de ellos, de su cooperación va a depender mucho.

El éxito varía de acuerdo al factor que se encuentra alterado. sí por ejemplo en caso de anovulación se puede adelantar, siendo que es el que mejor pronóstico ofrece en las estadísticas, gracias a los inductores de la ovulación, con que contamos en la actualidad, pues se consiguen embarazos del 60 a 70% a los 3 meses de tratamiento. Somos menos optimistas en relación al factor tubo peritoneal, sobre todo si requiere tratamiento quirúrgico. En este caso podemos decir que con técnicas usuales el porcentaje de éxitos en nuestro medio solo alcanza el 20% aproximadamente. Estos porcentajes se han logrado elevar en forma considerable con las técnicas de microcirugia.

En relación al factor cervical es poco predecible, ya que depende del factor etiológico, éste puede ser infeccioso específico, neoplásico.

El tratamiento se orienta a favorecer las condiciones que hagan el cervix más receptivo al zoosperma. Esto no nos ofrece respuestas bien definidas principalmente cuando se sospecha pruebas inmunológicas.

La TB genital es importante de acuerdo al porcentaje descrito, ya que altera el factor tubo periotneal. Desgraciadamente la TB suele diagnosti

carse en forma tardia cuando hay fibrosis y obstrucción tubaria por lo tanto cuando hay lesiones irreversibles. En éstos casos el pronóstico es totalmente negativo para la fertilidad. En cambio en la endometriosis hemos obtenido éxito hasta en un 60% en tratamiento ya sea médico o quirúrgico. No debe operarse una trompa tuberculosa, ya que los fracasos constituyen la regla.

El uso del clomifen, solo se indica en casos de alteraciones funcionales hipotálamo-hipofisarias, compite con el estrógeno endógeno regulando de esta manera la secrección de gonadotropinas hipofisarias. Este medicamento se usa en dosis de 50 mg. por 5 a 7 dias desde el quinto dia de la regla espontánea o inducida con progesterona, si despues de 3 ciclos no se ha conseguido la ovulación se puede incrementar la dosis de 100 a 150 mgs. Los efectos indeseables de este medicamento son: bochornos, dolor abdominal, mareos, vision borrosa, nauseas, escotomas, mastalgias, etc.

Generalmente el sindrome de sobre estimulación ovárica se presenta cuando se utilizan dosis superiores a 150 mg., y por tiempo más prolongado. Cuando la selección de pacientes es adecuada y se siguen los lineamientos señalados anteriormente se consigue ovulación del 50% de los casos y embarazo en el 45%.

La gonadotropina coriónica exógena tendría indicación solamente cuando no existe hipófisis (Extirpación o Sheehan) esto aunado a su costo y seguimiento que implica, hace que su uso sea muy restringido.

El tratamiento de la esterilidad masculina es más difícil por desconocerse su etiología, por eso se ensayan diferentes terapeuticas con resultados variables. Es útil mejorar las condiciones ambientales de salud, y alimentación y mantener higiene sexual adecuada. Los procesos in

fecciosos de vias seminales deben tratarse con antibióticos específicos y antiinflamatorios. El uso de tiroides y glucocorticoides se limita a pacientes con trastornos endócrinos. Se ha usado clomifen, gonnadotrofinas corionicas de mujer post-menopausicas y bromocriptina. La testosterona ya no se usa por el fenómeno de rebote, su unica indicación es el deficit androgénico. La orquidopexia se usa en la criptorquidea y la anastomosis de vias seminales en las obstrucciones de estas.

Indicaciones de la inseminación artificial homologa:

- Oligospermia.
- Motilidad insuficiente.
- Hostilidad cervical.
- Eyaculación precoz rebelde.
- Impotencia.
- Vaginismo.

Indicaciones de la inseminación artificial Heteróloga:

- Esterilidad absoluta del varon.
- Aspermia.
- Necrospermia.
- Azoospermia.
- Mujer Rh sensibilizada.

La inseminación por donador plantea problemas más técnicos, de candi datos morales, religiosos y legales.

En un 12% de parejas la esterilidad es idiopática esta proporción -- disminuiira al conocer mejor el proceso de la reproducción humana. De este grupo se deducen las parejas normales que logran el embarazo en el curso -

del estudio.

Se aconseja a la pareja tener relaciones sexuales en época fértil y en la posición normal, procurando que la mujer permanezca 30 minutos acostada para facilitar la penetración espermática.

En casos de 5 a 10 años de evolución o en parejas de mayor edad puede pensarse en la adopción de un hijo.

Otras parejas podrán requerir apoyo psiquiátrico para la alteración de los mecanismos de fecundación, la interrelación de la pareja y la disfunción sexual.

En que casos se sugiere la adopción? A la pareja corresponde decidir la adopción y el médico solo asesorará y ayudará sobre las implicaciones de esta decisión, la esterilidad no es frecuente pero es de gran trascendencia.

El médico familiar es quien la identificará o iniciará el estudio clínico de la pareja, para después canalizarlas al especialista. Para que el manejo de la esterilidad se requieren conocimientos multidisciplinarios, no lesionar psíquicamente durante el estudio ni aplicar medidas terapéuticas con las que no se estén familiarizado.