

11236



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ALTERACIONES PSICOLOGICAS Y SUS REPERCUSIONES EN
LA DINAMICA FAMILIAR SECUNDARIAS A LA APLICACION
DEL METODO QUIRURGICO DEFINITIVO PARA EL
CONTROL DE LA FERTILIDAD.**

TESIS RECEPCIONAL
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. MIGUEL ANGEL PONCE RAMIREZ

**TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION**

MEXICO, D. F.

ENERO 1984



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

	PAGINA
I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
II.- MARCO DE REFERENCIA	2
- Definición de P.P.F.V.	2
- Evolución	2
- Métodos Anticonceptivos Existentes	5
- Método Definitivo de P.F. en la Mujer	6
- Método Definitivo de P.F. en el Hombre	7
- La Familia	11
- Definición	11
- Clasificación	12
- Funciones	13
- Ciclo de Vida	14
III.- JUSTIFICACION	17
IV.- HIPOTESIS	18
V.- OBJETIVOS	19
VI.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION	20
- Universo de Trabajo	20
- Procedimientos a Utilizar	20
- Recursos	21
- Plan de Realización de Actividades	21
VII.- DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	23
VIII.- CONCLUSIONES	94

IX.- COMENTARIO Y SUGERENCIAS	105
X.- ENCUESTAS	107
XI.- ANEXOS	107
XII.- BIBLIOGRAFIA	108

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Durante mi rotación por el servicio de consulta externa de Medicina Familiar de la U.M.F. # 33 observé que las personas que se van integrando al Programa de Planificación Familiar utilizando el método de esterilización quirúrgica con cierta frecuencia presentan problemas de tipo psicológico, condicionados por la falta de información adecuada de este método causando alteraciones en el subsistema conyugal y como consecuencia en la dinámica familiar.

II.- MARCO DE REFERENCIA.

DEFINICION: La Planificación Familiar es la libre determinación que tiene una pareja atendiendo a sus propias necesidades, recursos y metas de establecer el número de hijos que desea tener. (13)

EVOLUCION: La historia de la anticoncepción se remonta a miles de años, pues está demostrado que la necesidad de practicarla ha existido toda la vida modificándose de manera importante y al través de los años con el descubrimiento en forma paulatina de diversos métodos anticoncepcionales, siendo en el Siglo XX donde la investigación médica logra los mayores avances en los recursos anticonceptivos. (8)

En México en el año de 1970 se detecta un crecimiento demográfico acelerado derivado de una alta fecundidad y alta natalidad, con una tasa de 3.5% de crecimiento anual con una persistencia de elevadas tasas de morbilidad materna y perinatal. Todos estos factores propiciaron la creación del Plan Nacional de Planificación Familiar.

En forma inicial correspondió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en coordinación con otras dependencias de Salud dar el mayor impulso al programa de atención materno infantil y de planificación familiar. Y con el correr de los años la responsabilidad de estos programas está a cargo de las diversas instituciones de salud que existen en el país.

Los propósitos fundamentales de la planificación familiar son:

- 1.- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la familia atendiendo a sus características propias y necesidades básicas.
- 2.- Promover la participación activa de la comunidad en los Programas de Planificación Familiar.
- 3.- Fomentar partiendo de la información adecuada y de la práctica de la Planificación Familiar una verdadera paternidad responsable.
- 4.- Promover el inicio tardío, el espaciamiento y la terminación temprana de la fecundidad.
- 5.- Disminuir la incidencia del aborto al incrementar la práctica de la planificación familiar.
- 6.- Conseguir el crecimiento demográfico del país sea más equilibrado en relación con el proceso de desarrollo socio-económico, regulando las tasas de natalidad y bajando al máximo la morbi-mortalidad infantil.
- 7.- Mejorar las condiciones de salud física y mental sobre todo en su aspecto preventivo.

- 8.- Crear los servicios que permitan la continuidad y -
aplicación de los Programas de Planificación Fami- -
liar en todo el país. (14)

METODOS ANTICONCEPCIONALES:

1.- NATURALES: Considerándose éstos los que no alteran el funcionamiento de los fenómenos que condicionan la fecundación, sin utilizar ningún aditamento, artefacto o maniobra agregada. Son principalmente cuatro: El embarazo, la lactancia, el coito interrumpo y el ritmo.

2.- LOCALES: Diafragmas y capuchones cervicales, preservativos, lavados post-coito, óvulos, jaleas y espumas espermaticidas.

3.- HORMONALES: Orales e inyectables de depósito.

4.- DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

5.- METODOS QUIRURGICOS PERMANENTES PARA EL HOMBRE Y LA MUJER. (1, 2 y 8).

A) METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA LA MUJER.

"Existen diversos procedimientos quirúrgicos para el control de la fertilidad femenina que básicamente alteran la continuidad de las trompas de Falopio y con ello se interfiere - la unión del espermatozoide con el óvulo. Esta alteración en la continuidad de la trompa puede realizarse por vía abdominal o transvaginal. Las técnicas que se emplean para realizar la son: Ligadura, ligadura y sección, ligadura y resección, - coagulación con o sin corte con pinzas especiales y la aplicación de anillos de silástico o de clips, en el istmo o porción ampular de la trompa. Este procedimiento está dirigido a tres áreas anatómicas de las trompas de Falopio.

1.- Fimbria e Infundíbulo: A este nivel se practica la - fimbriectomía o la amputación del tercio distal de la trompa, otro procedimiento sería la técnica de Aldridge que consiste en ocultar la trompa dentro del ligamento ancho.

2.- Porción ampular de la trompa: Casi todas las técnicas se practican a este nivel y las más empleadas son:

La técnica de Pomeroy o su modificación con corte y ligadura con material absorbible.

La técnica de Uchida con ligadura, corte y ocultamiento de uno de los extremos de la trompa dentro del ligamento ancho.

Otras: Serfa la de Madlener e Irving.

3.- Porción intersticial de la trompa y unión útero-tubaria: La escisión del área cornual ha sido usada por algunos investigadores como técnica para ocluir las trompas. Recientemente la instilación de agentes esclerosantes como la quina-crina, formalina o para-aldehidos dentro de las trompas o en la unión es un método que se está investigando.

La vía abdominal es la que hoy en día más se utiliza ya sea a través de incisión amplia (laparotomía) o reducida (minilaparotomía) a través de estas vías se pueden realizar todas las técnicas de oclusión actual. (1)"

B) METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA EL HOMBRE.

VASECTOMIA PARCIAL BILATERAL.

"La vasectomía es un procedimiento quirúrgico que tiene como propósito la obstrucción de los conductos deferentes en el varón, se emplea como método definitivo desde hace aproximadamente 25 años en todo el mundo.

TECNICA: Se han descrito numerosas técnicas para efectuar la vasectomía. Aún, cuando algunos cirujanos continúan utilizando la vía inguinal, en la actualidad se ha generalizado el uso de la vía escrotal, ya que se acompaña con menor frecuencia de complicación.

El procedimiento se puede practicar en la sala de exploración del consultorio por personal bien adiestrado, sin embargo en nuestro medio generalmente se practica en quirófano. De acuerdo a la experiencia de la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del IMSS, la técnica más recomendable es la siguiente:

Se identifica y se aísla el conducto deferente mediante palpación manual del saco escrotal, se hace una incisión de aproximadamente un centímetro de extensión en la parte alta y lateral del escroto como a dos centímetros de la base del pene hasta descubrir la túnica del conducto. Se toma la túnica y el conducto con una pinza de campo pequeña se incide la túnica en sentido longitudinal para poner al descubierto el conducto deferente, el cual se fija con otra pinza de campo. Se secciona el conducto y se reseca el conducto medio centímetro.

Se instilan dos mililitros de solución de nitrofurazona al 0.1% a través del extremo uretral y se electrofulgura la mucosa de ambos extremos en una extensión aproximada de tres milímetros. Si no se cuenta con electrofulgurador bastará con ligar los cabos con seda 0000 ó algodón del número 30. Se cierra la túnica mediante una sutura en jareta con catgut simple o medio crómico 0000, dejando el extremo testicular del conducto por fuera de ella. Se permite el regreso de los tejidos al escroto, procurando que el extremo testicular quede alejado de los bordes de la herida cutánea. Se cierra incisión con cargut simple o medio crómico 0000. Se repite el procedimien-

to descrito en el otro lado del escroto. Posterior a la intervención se recomienda el uso de analgésicos por razón necesaria, el uso de un suspensorio citando al paciente para revisión a los siete días y posteriormente exámenes de muestras de líquido seminal en intervalos de 30 días hasta constatar la ausencia de espermatozoides. (21)

EFICACIA DEL METODO QUIRURGICO EN LA MUJER.

De las técnicas que incluyen ligaduras y resección, la que se hace con más frecuencia es la de Pomeroy sus porcentajes de eficacia varían del 97.6 al 99.9 según la experiencia quirúrgica del cirujano. (5)

EFICACIA DEL METODO QUIRURGICO EN EL HOMBRE.

La vasectomía es un método definitivo de elevada efectividad siendo la causa más frecuente del fracaso la recanalización del conducto misma que se presenta en porcentajes variables.

COMPLICACIONES:

DE METODO QUIRURGICO EN LA MUJER: Son semejantes a las que suceden cuando se hacen las laparotomías, minilaparotomías o colpotomías como por ejemplo: En la minilaparotomía se han señalado heridas vesicales al incidir el peritoneo, particularmente cuando no se tiene la precaución de vaciar la vejiga.

ga antes de la operación. Otras complicaciones son las perforaciones de útero con el elevador uterino y otros los procesos infecciosos de la herida quirúrgica. (1 y 6)

DE METODO QUIRURGICO EN EL HOMBRE: Son la Equimosis, el Hematoma, Epididimitis y ocasionalmente infecciones. (2)

SELECCION:

Es indispensable que para escoger el método quirúrgico de esterilización definitiva, debe de existir un acuerdo total de la pareja tomando en cuenta el número de hijos, la edad, los antecedentes de fracasos anticonceptivos, condiciones socioeconómicas y estado de salud.

Todos estos factores deben de tenerse en cuenta antes de elegir el Método Quirúrgico de Esterilización Definitiva para evitar efectos psicológicos indeseables que repercutan en la dinámica familiar. (3, 4 y 10)

LA FAMILIA.

DEFINICION: Existen múltiples definiciones de familia, - ya que al través de la historia el hombre ha experimentado diferentes clases de familia. En la cultura occidental se considera que es el grupo que tiene la principal responsabilidad - de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, - darles soporte físico y emocional e integrarlos a la sociedad. La familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de salud.

Otros autores consideran a la familia: "Esposo y esposa con o sin hijos ó padre o madre solos con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo".

"Un grupo de dos o más personas que viven juntos y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran - unidad".

CLASIFICACION: Existen diversas clasificaciones que se podrían resumir en:

- 1.- Desde el punto de vista de su desarrollo en: Moderna, Tradicional y Arcaica o Primitiva.
- 2.- Desde el punto de vista demográfico en: Urbana y Rural.
- 3.- Desde el punto de vista de su composición en: Nuclear, Extensa y Extensa Compuesta.
- 4.- Desde el punto de vista de su integración en: Semiintegrada, Integrada y Desintegrada.
- 5.- Desde el punto de vista ocupacional en: Campesina, Obrera o Profesionalista. (15)

FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Se consideran cinco funciones básicas que a continuación señalamos:

- 1.- 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.
- 2.- El cuidado. Se caracteriza por cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia.
- 3.- El afecto. Se caracteriza por cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia, puesto que las respuestas afectiva de un miembro a otro es la recompensa básica de la vida familiar.
- 4.- La reproducción. Se caracteriza por la regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción al través de: a) Interacción personal, b) Educación sexual y c) Control de la natalidad.
- 5.- Status. Es la responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes en sus expectativas. (6 y 11)

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

Al comentar las funciones de la familia, se utiliza un análisis estático, pero también puede ser dinámico con referencia a los cambios que tiene con el tiempo. Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones familiares. Las funciones de familia varían con el ciclo de vida de la misma. Se pueden considerar cinco fases que a continuación se señalan:

- 1.- Fase de Matrimonio. Cuando dos personas se unen en matrimonio su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de ambas personas, sus papeles se alteran y se asumen nuevas funciones. Uno de sus principales problemas es aprender a vivir juntos y al mismo tiempo, atender las necesidades básicas de la personalidad del uno para el otro. Las principales áreas de atención en esta fase son: Ajuste sexual, información sobre control de la natalidad e interacción de la personalidad.
- 2.- La Fase de Expansión. La mayor parte de la práctica médica es otorgada en las familias en esta fase: Educación prenatal, atención del parto, cuidados postnatales, control del niño sano, temprano reconocimiento y apropiado manejo de síntomas, inmunizaciones, interacción familiar, etc. La llegada de un nuevo miembro a la familia crea tensiones porque el patrón

de relaciones debe ser ajustado.

- 3.- La Fase de Dispersión. En esta fase los padres tienen que conseguir que el niño esté socializado, ayudarlos a tener autonomía y cubrir sus necesidades, - pero al mismo tiempo cubrir sus propias necesidades; así como la familia se ajusta y se acomoda a un nuevo miembro en esta fase debe de acomodarse a ser completamente independiente, agregando a esto los rápidos cambios sociales y culturales.
- 4.- Fase de Independencia. Cuando la familia se dispersa los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez y para que esta fase sea completa los hijos deben de ser independientes mientras mantienen lazos con los padres continuando las funciones de socialización, afecto y status. Los nuevos adultos pueden - tener la responsabilidad del cuidado de los padres - durante este tiempo.
- 5.- Fase de Retiro y Muerte. La planeación para el fin - de la vida familiar es tan difícil como planear el - principio y es obvio que se hace con un entusiasmo - diferente.

El problema puede complicarse con una temprana incapacidad física especialmente si los recursos económicos están limitados.

El papel de los hijos que cuidan de sus padres no es claro, particularmente si su propio núcleo familiar se encuentra en fase de matrimonio o de expansión. - (11, 12 y 15)

III.- JUSTIFICACION.

Siendo el método quirúrgico de esterilización el procedimiento que mayor efectividad brinda como método anticonceptivo considero de suma importancia el investigar las repercusiones psicológicas en los pacientes sometidos a este tipo de control de la fecundidad, y como consecuencia determinar las alteraciones que se susciten en la dinámica familiar.

IV.- HIPOTESIS.

La falta de información adecuada y muchas veces distorsionada de los métodos de planificación familiar contribuyen a - que la población se forme un concepto erróneo de los diversos método anticonceptivos, ocasionando alteraciones en la esfera psicológica de las personas que deciden utilizarlo.

V.- OBJETIVOS.

- 1.- Investigar los efectos psicológicos que ocasionan - los métodos de esterilización quirúrgica.
- 2.- Investigar las repercusiones en la dinámica familiar de los efectos antes mencionados.
- 3.- Investigar en que sexo se presentan mayor número de efectos psicológicos.

VI.- DISEÑO DE INVESTIGACION.

A) UNIVERSO DE TRABAJO.

- 1).- A realizar en la población que se incluye en el Programa de Planificación Familiar con Método de Esterilización Quirúrgico sea del sexo masculino o femenino de la U.M.F. # 33 del I.M.S.S. a partir del 10. de enero de 1982 al 31 de diciembre del mismo año.

A realizar este trabajo a partir del 10. de mayo de 1983 al 15 de noviembre de 1983.

- 2).- Revisión de bibliografía, realizada en marzo y abril de 1983.
- 3).- Presentación y entrega del Protocolo de Investigación con fecha 20 de abril de 1983.

B) PROCEDIMIENTOS A UTILIZAR.

- 1.- Realización de encuestas a pacientes de sexo masculino o femenino con control definitivo de la fertilidad con Método de Esterilización Quirúrgico.
- 2.- Aplicación de encuestas en forma indistinta y por método aleatorio simple en los cuatro módulos que comprende esta U.M.F.

- 3.- Aplicación de cuatro encuestas semanales para sexo femenino y dos para sexo masculino.

C) RECURSOS:

HUMANOS: Médico Residente 2o. Año de Medicina Familiar.
Asesor Médico.
Asistente de Consultorio.
Trabajadora Social.
Colaboración de Médicos Familiares de la U.M.F.
33.

MATERIALES: Encuestas.

Revisión de Tarjetas de Registro Familiar.
Expediente Clínico.

FISICOS: U.M.F. # 33:

Area de Consultorio, Area de Trabajo Social y
Area de Medicina Preventiva.

FINANCIEROS: Los necesarios.

D) PLAN Y CALENDARIZACION DE ACTIVIDADES:

- 1.- Aplicación de seis encuestas en forma semanal. (Cuatro para el sexo femenino y dos para el masculino). A la población derechohabiente de la UMF # 33 a los que se les ha practicado Método Quirúrgico de Esterilización durante el año de 1982.

- 2.- Colección de 24 encuestas en forma mensual.
- 3.- Entrevistas personales cuando el caso lo amerite.
- 4.- Reunión mensual con Asesor Médico para analizar y comentar encuestas.
- 5.- Reunión cada dos meses con Coordinador para interpretación de resultados, aclarar dudas, etc.
- 6.- Terminación de este estudio con fecha 15 de noviembre de 1983, previo análisis de los datos obtenidos.
- 7.- Edición del presente estudio.

VII.- DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.

Para el presente trabajo de investigación se sometieron a estudio a un total de 116 pacientes usuarias del Método de Planificación Familiar Definitivo adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del I.M.S.S.

La aplicación de cuestionarios se inició a partir de mayo de 1983 hasta el mes de Octubre del mismo año.

Las visitas domiciliarias y entrevistas necesarias se fueron realizando durante el desarrollo del programa.

De los pacientes del sexo femenino programados se obtuvo una muestra del 100%, es decir se aplicaron 96 cuestionarios, habiendo ampliado el ámbito de cobertura del inicialmente proyectado, es decir, las encuestas se aplicaron no sólo a pa- cientes intervenidas en el año de 1982 sino también a pacien- tes salpingectomizadas en los últimos 5 años.

De los pacientes del sexo masculino programados solamente logramos obtener el 41.6% de la muestra proyectada, es decir sólo aplicamos 20 encuestas a derechohabientes vasectomi- zados. Cabe señalar que en la Unidad no se cuenta con una in- formación adecuada de la población usuaria de este Método y - solamente el departamento de Trabajo Social y algunos Médicos Familiares llevan un control de los pacientes que llevan este tipo de Planificación Familiar. De los listados proporciona-

dos efectuamos 60 visitas domiciliarias de pacientes que est
ban considerados como vasectomizados, habiendo encontrado que
un 30% de estos pacientes por diversas razones no lo habfan -
sido y un 35% no pudo ser localizado por no encontrar sus do-
micilios o por cambio de éstos a otras colonias.

Se estudiaron dos grupos de usuarios de Métodos Definiti
vos de Planificación Familiar que se analizan a continuación.

ANALISIS DE RESULTADOS.-

DEL METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA MUJER.-

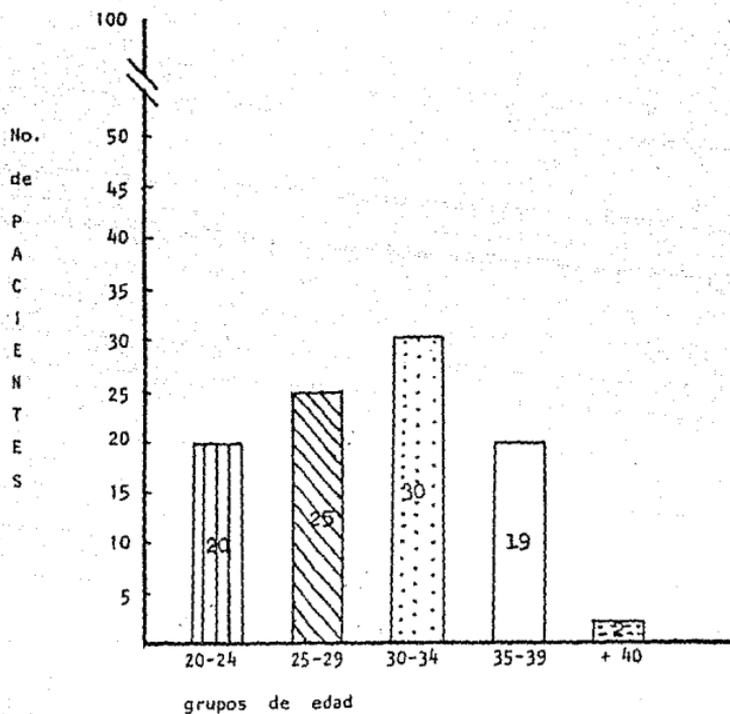
La aplicación de cuestionarios se realizó de acuerdo a lo programado por método aleatorio simple en la Consulta Externa de la U.M.F. # 33 a pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente para control definitivo de la Fertilidad en los últimos años.

Se encontró una edad que fluctuó entre los 23 y 42 años de edad al momento de realización de la intervención quirúrgica. Haciendo una selección por grupos de edad observamos que el mayor porcentaje lo encontramos en el de 30 a 34 años de edad. GRAFICA No. 1

G R A F I C A No. 1

Edad Promedio de Pacientes al momento
de efectuarles Salpingectomía.

U.M.F. No. 33 1983.



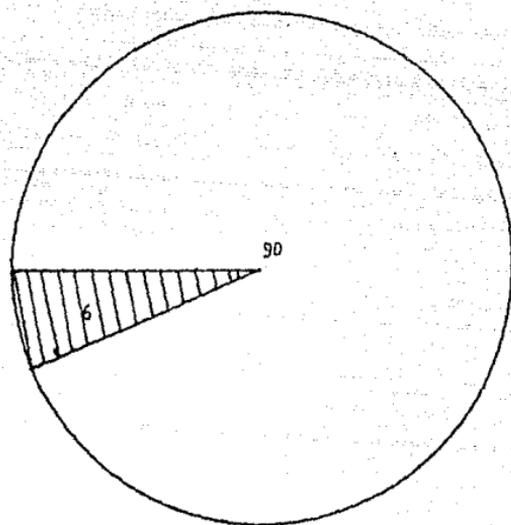
Fuente: Investigación personal

De la ocupación que desempeñan encontramos que 90 pacientes están dedicadas a labores del Hogar, mientras que 6 contribuyen al gasto familiar trabajando en los siguientes empleos:

- 1 Trabajadora Social
- 1 Auxiliar de Enfermería
- 1 Asistente de consultorio
- 3 Empleos varios.

Se describe en la gráfica No. 2

G R A F I C A No. 2
ACTIVIDADES DE PACIENTES SALPINGECTOMIZADAS
U.M.F. No. 33 1983.



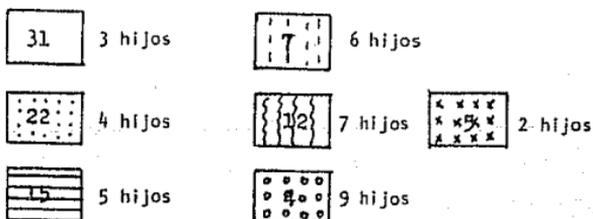
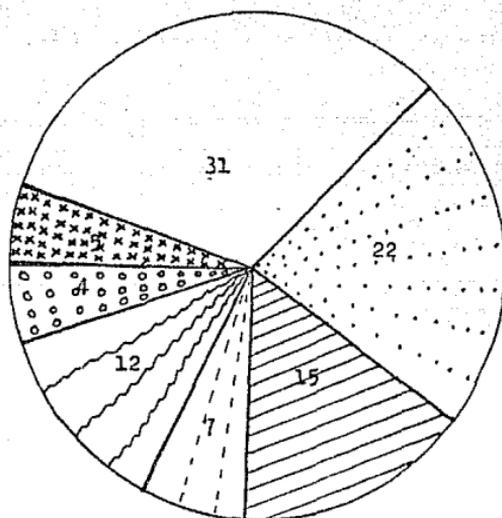
90 - 93.75% LABORES DEL HOGAR

6 - 6.25% CONTRIBUYEN AL GASTO FAMILIAR

Fuente: Investigación personal.

Del número de hijos con los que en forma definitiva decidieron controlar su núcleo familiar se encontró que el mayor porcentaje lo decidió teniendo 3 hijos y a continuación el grupo de pacientes que lo decidió con 4. GRAFICA No. 3

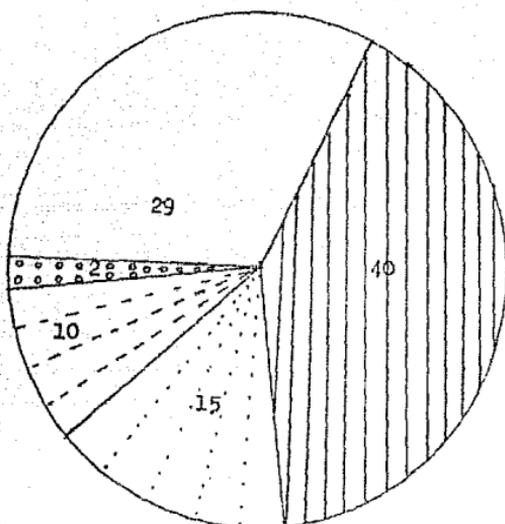
GRAFICA No. 3
 No. PROMEDIO DE HIJOS DE PACIENTES
 SALPINGECTOMIZADAS.
 U.M.F. No. 33 1983.



Fuente: Investigación personal.

El grado de escolaridad manifestado por las pacientes - salpingectomizadas fue muy variable, habiendo sido el grupo - que mayor aceptación tuvo hacia el método el de estudios de - Primaria.

GRÁFICA No.
 ESCOLARIDAD DE PACIENTES
 SALPINGECTOMIZADAS.
 U.M.F. No. 33 1983.

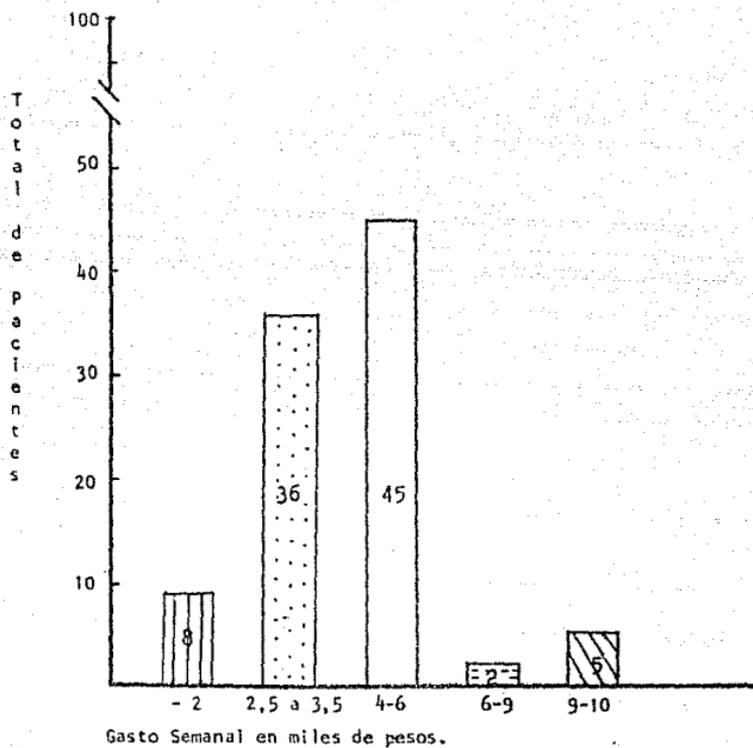


- 29 30.2% Primaria Incompleta
 40 41.6% Primaria Completa
 15 15.6% Secundaria
 10 10.4% Carrera técnica
 2 2.08% Profesional

Fuente: Investigación personal.

Nos interesó conocer el promedio de ingresos que tenían nuestras pacientes en estudio, percepciones monetarias que reciben en forma semanal para distribuirlos en su gasto familiar, habiendo encontrado que la mayoría de pacientes en estudio reciben entre 2,500.00 y 6,000.00 pesos semanales. (Gráfica No. 5).

GRÁFICA No. 5
 PROMEDIO DE INGRESOS PARA -
 GASTO FAMILIAR DE PACIENTES
 SALPINGECTOMIZADAS.
 U.H.F. No. 33 1983.



Fuente: Investigación personal.

T A B L A No. 1

- Motivos que indujeron a aceptar el Método definitivo de esterilización (Pacientes Salpingectomizadas).

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
EN FORMA CONCIENTE Y VOLUNTARIA DE FAMILIA PLANIFICADA)	38	39.52
RAZONES ECONOMICAS	34	35.40
INDICACIONES MEDICAS	22	22.91
OTROS	2	2.08

Fuente: Investigación personal.

En la elección encontramos que la mayoría de las pacientes lo hicieron en común acuerdo conyugal, continuando las que lo eligieron por razones médicas (cesáreas previas, insuficiencia venosa periférica, embarazos anteriores con DIU, intolerancia a anticonceptivos, etc.) y por último las que lo eligieron en forma voluntaria y sin autorización del esposo.

Tabla No. 2

T A B L A No. 2

La elección del método de pacientes Salpingectomizadas.
U.M.F. No. 33.
1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
VOLUNTARIA SIN AUTORIZACION DEL ESPOSO.	20	20.83
EN COMUN ACUERDO CON EL ESPOSO	54	56.25
POR INDICACIONES MEDICAS	22	22.91

Fuente: Investigación personal.

De las personas quienes les brindaron algo de información o les propusieron este tipo de método la mayoría estuvo de acuerdo que fue estando en el hospital (previo al parto ó en el puerperio inmediato) y por sugerencia médica.

TABLA No. 3

T A B L A No. 3

La información previa a este Método y su sugerencia para que aceptarán la Salpingoclasia fue hecha por:

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
ESPOSO	17	17.7
AMIGOS Y FAMILIARES	7	7.29
POR MEDICO FAMILIAR	25	26.04
ESTANDO EN EL HOSPITAL Y POR SUGERENCIA MEDICA	47	48.95

Fuente: Investigación personal.

La información que tenían de este tipo de método antes de ser intervenidas se encontró que aún continúa siendo insuficiente, e incluso se encontró que la información que recibieron no fue totalmente de su Médico Familiar, sino por - - otras vías (Trabajo social, amigas, etc.) Tabla 4.

T A B L A No. 4

La información previa que tenían las pacientes antes de ser sometidas a Salpingectomía.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
NO TENIA NINGUNA INFORMACION	40	41.66
INFORMACION INSUFICIENTE	18	18.75
INFORMACION SUFICIENTE	38	39.58

Fuente: Investigación personal.

Investigamos la apreciación personal que tienen acerca - del método definitivo, encontrando que el mayor número lo con sidera como el más efectivo existiendo un grupo de personas - que distorsiona la comunicación por tener una información pre via proveniente de una fuente informal o por personas no capa citadas. TABLA 5

T A B L A No. 5
 OPINION DE PACIENTES SALPINGECTOMIZADAS
 ACERCA DE LA EFECTIVIDAD DEL METODO.
 U.M.F. No. 33.
 1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
MAS EFECTIVO	84	87.50
IGUAL PROTECCION QUE OTROS METODOS	3	3.12
SE PUEDE EMBARAZAR A PESAR DE ESTAR OPERADA	8	8.33

Fuente: Investigación personal.

T A B L A No. 6

Entre los pacientes encuestadas se encontró que un porcentaje mayor del 25% sí consideran que el Método tiene efectos secundarios, y en orden de frecuencia los considera:

1. Nerviosismo	.....	10	pacientes
2. Cefaleas	.....	4	"
3. Dolor abdominal (en sitio de la herida)	.....	4	"
4. Menstruaciones irregulares	.....	3	"
5. Leucorreas	.....	2	"
6. CAUSA CANCER	.....	2	"

T A B L A No. 6
OPINION ACERCA DE EFECTOS SECUNDARIOS
DE LAS SALPINGECTOMIAS.
U.M.F. No. 33.
1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
NINGUNO	71	73.93
SI TIENE EFECTOS SECUNDARIOS	25	26.04

Fuente: Investigación personal.

De la muestra estudiada se encontró que sí manifiestan - haber sufrido cambios en su carácter y posterior a la inter--
vención, un grupo manifestó que la operación les dió una ma--
yor tranquilidad mientras que otro experimentan mayor irrita--
bilidad, aunque este mismo grupo reconoce la existencia de al--
teraciones en su dinámica familiar y problemas de orden econó--
mico (bajos ingresos). Tabla 7.

T A B L A No. 7
CAMBIOS EN EL CARACTER DE PACIENTES
SALPINGECTOMIZADAS.
U.M.F. No. 33.
1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
EN LO ABSOLUTO	50	52.08
MAS TRANQUILA	11	11.4
MUY IRRITABLE	35	36.4

Fuente: Investigación personal.

En relación al lazo parental se suscita un fenómeno similar al anterior, un grupo de pacientes sí manifestaron que las relaciones con sus hijos se han vuelto más estrechas, la funcionalidad es mucho mejor que antes de la intervención, existiendo también un grupo de pacientes que por presentar alteraciones en su dinámica familiar reconocen que las relaciones con sus hijos se han distanciado. (Tabla 8).

T A B L A No. 8
CAMBIO EN LAS RELACIONES CON SUS HIJOS
DE PACIENTES SALPINGECTOMIZADAS.
U.M.F. No. 33.
1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
NO SE HAN AFECTADO	72	75 %
SE HAN DISTANCIADO	11	11.4
RELACIONES MAS ESTRECHAS	13	13.5

Fuente: Investigación personal.

En el subsistema conyugal se encontraron que si han presentado cambios, un porcentaje aseveró que tienen una mayor comunicación y la funcionalidad en la familia es mucho mejor y otro grupo de pacientes reconoció que las relaciones maritales se han deteriorado y están experimentando una serie de alteraciones en su dinámica familiar, aunque refieren problemas de orden económico y en la esfera sexual este grupo. (Tabla - No. 9).

T A B L A No. 10
RELACIONES SEXUALES DE PACIENTES
ENTREVISTADOS ANTES DE LA SALPIN
GECTOMIA (GRADO DE SATISFACCION).
U.M.F. No. 33.
1983. .

	NUMERO	PORCENTAJE
SATISFACTORIAS	84	87.5
NO SATISFACTORIAS	12	12.5

Fuente: Investigación personal.

Después de haber entrevistado a las pacientes que presentaban alteraciones en su esfera sexual, se encontró que éstas se encontraban primordialmente en el grado de satisfacción teniendo como principales causas:

1. En Dos de los pacientes se encontró problemas de Fijación en su rol sexual, el 1ero. en una esposa de 23 años de edad - con problemas de fijación iniciando en su infancia por una información sexual equivocada por ejemplo de su Madre y por lectura de revistas pornográficas, manifestada en abuso de masturbaciones y en el 2o. caso una esposa de 36 años con relaciones conyugales bien alteradas por desviación sexual en su pareja.
2. En 4 de las pacientes su problema de fondo radica en traumas psicológicos, por haber sufrido intento de violaciones en su adolescencia por familiares (dos de ellas si fueron violadas) llevando una vida conyugal con una comunicación acusatoria constante que acentúa más su problemática.
3. La pérdida de la afectividad en 6 de las pacientes entrevistadas encontramos una serie de alteraciones que han influido en el desajuste sexual de las parejas, y obviamente están ocasionando alteraciones en la dinámica familiar.

Los factores principales son:

- a) Alcoholismo del Padre.
- b) Sobrecarga de trabajo en la Mujer (alteraciones en los roles y funciones familiares).

- c) Condiciones de hacinamiento.
- d) Bajos ingresos económicos.
- e) Factores culturales (tabúes).
- f) Inhibición de la sexualidad.

Este grupo de pacientes estuvo de acuerdo que las alteraciones no fueron consecuencia directa de la operación para control definitivo de la Fertilidad.

Se buscó la existencia de cambios posteriores a la intervención, encontrando la persistencia de alteraciones en el grado de satisfacción sexual, agregándose al grupo de pacientes que ya presentaban alteraciones de satisfacción otras - más debido a alteraciones en la dinámica familiar (alcoholismo del Padre, pérdida de la afectividad, etc.) y NO OCASIONADAS por la Salpingectomía. Tabla No. 11.

T A B L A No. 11

U.M.F. No. 33

1983.

 PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REFIRIERON SATISFACCION O INSA-
 TISFACCION SEXUAL ANTES Y DESPUES DE LA SALPINGECTOMIA.

	SATISFACTORIAS		NO SATISFACTORIAS	
ANTES DE LA IN- TERVENCION	84	87.5%	12	12.5
DESPUES DE LA - INTERVENION	79	82.2%	17	17.70

Fuente: Investigación personal.

Han acudido a consulta en forma posterior a la intervención, sin embargo sólo un 13% reconoce que lo ha hecho por molestias atribuibles a la operación, un grupo de las pacientes que han acudido por otros problemas orgánicos refiere que no le tiene confianza a su médico familiar y que jamás le ha mencionado su problemática familiar.

T A B L A No. 12

Motivo de demanda de consulta posterior
a la Salpingectomía.

	NUMERO	PORCENTAJE
NO PRESENTA MOLESTIAS Y UNICAMENTE ACUDE A CONTROL	16	16.66%
PRESENTA MOLESTIAS QUE ATRI BUYE A LA OPERACION	13	13.54%
POR OTROS PROBLEMAS ORGANICOS	58	60.4 %
NO HA ACUDIDO A CONSULTA	9	9.3 %

Fuente: Investigación personal.

La población entrevistada sí manifestó presentar alteraciones nerviosas, principalmente sobre el carácter después de haberse operado, aunque reconoció que no todas estas alteraciones son ocasionadas por la Salpingectomía (Grupo de 35 pacientes). Este grupo de pacientes reconoció la existencia de alteraciones en su dinámica familiar por bajos ingresos económicos, alcoholismo, desajuste sexual, etc.).

Las principales alteraciones en el carácter fueron:

- 1) Inestabilidad emocional.
- 2) Angustia.
- 3) Agresividad.

además de:

- 1) Cefaleas.
- 2) Sentimiento de frustración por no poder tener más hijos.

(TABLA No. 13).

T A B L A No. 13
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTAN
ALTERACIONES ATRIBUIBLES A LA SALPIN-
GECTOMIA.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
SI PRESENTAN ALTERACIONES	42	43.7%
NO PRESENTAN ALTERACIONES	54	56.2%

Fuente: Investigación personal.

En base a la integración, al rol que desempeñan los integrantes del sistema conyugal y las fases del ciclo vital en que se encontraban las familias de las pacientes en estudio - las agrupamos en las siguientes tablas: 14, 15 y 16.

El grupo de familias consideradas como semi-integradas, se catalogó así en base a encontrar disfunciones en su núcleo familiar, que ameritó realizar entrevistas personales y estudios médicos integrales.

T A B L A No. 14
EN BASE A SU INTEGRACION ENCONTRAMOS A LAS
FAMILIAS DE LAS PACIENTES ENTREVISTADAS.
U.M.F. No. 33.
1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
INTEGRADAS	75	78.12
SEMI INTEGRADAS	20	20.83
DESINTEGRADA	1	1.04

Fuente: Investigación personal.

T A B L A No. 15

EN BASE A LOS ROLLES DESEMPEÑADOS
EN EL NUCLEO FAMILIAR.

U.M.F. No. 33.

1983.

rol	NUMERO	PORCENTAJE
ESPOSA MADRE	90	93.75
ESPOSA COLABORADORA	6	6.25

FUENTE: Investigación personal.

T A B L A No. 16

LAS FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA EN QUE
SE ENCUENTRAN LAS PACIENTES ENTREVISTADAS.

U.M.F. No. 33

1983.

fase	NUMERO	PORCENTAJE
EXPANSION	87	90.6
DISPERSION	9	9.3
INDEPENDENCIA	0	0

Fuente: Investigación personal.

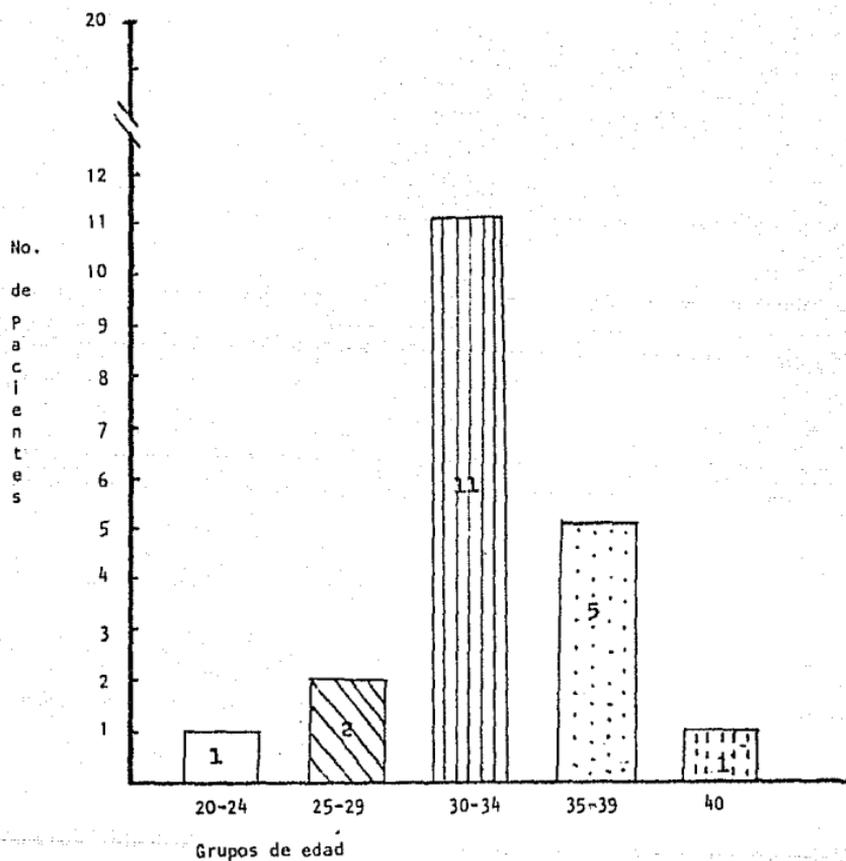
RESULTADO DE MUESTRA DEL METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION - FAMILIAR PARA EL HOMBRE.

La aplicación de los cuestionarios se realizó a pacientes que han sido vasectomizados en los últimos 3 años, y que se encuentran adscritos a la U.M.F. No. 33.

Su localización nos presentó muchas dificultades debido a que casi no se presentan a consulta y se tuvieron que localizar con visitas domiciliarias, de los listados proporcionados por Trabajadoras Sociales y algunos Médicos familiares - consultando sus domicilios en el archivo de esta Unidad.

Se encontró que fluctuó entre los 20 y los 40 años de edad del total de 20 encuestas realizadas, siendo seleccionados por grupos el mayor porcentaje lo representó el de 30 a 34 años. GRAFICA 1-A

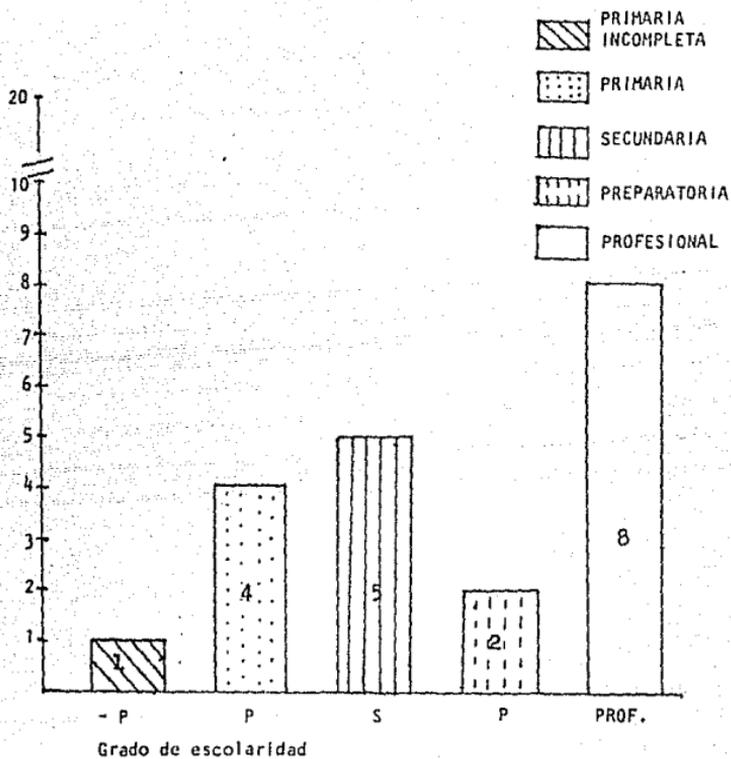
GRAFICA No. 1-A
EDAD DE PACIENTES VASECTOMIZADOS
U.M.F. # 33 1983.



Fuente: Investigación personal.

De la escolaridad encontramos que el mayor número de -
aceptantes de este método está en el grupo de Profesionistas,
continuando el grupo con estudios de secundaria siendo el me-
nor con 1 sola persona el de estudios con primaria incompleta.
Se representa en la Gráfica No. 2-A

G R A F I C A No. 2-A
 ESCOLARIDAD DE PACIENTES VASECTOMIZADOS
 U.M.F. No. 33 1983.

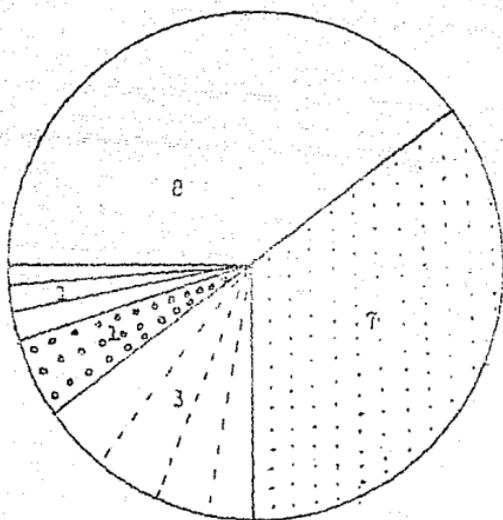


Fuente: Investigación personal.

Del estado civil encontramos que el 100% de los pacientes es casado, aunque existe una persona que por motivos de incompatibilidad de caracteres vive separado de su esposa.

El No. de hijos que en forma definitiva decidieron tener lo agrupamos nuevamente, encontrando en forma sorpresa que el mayor No. se incluye en el grupo de quedarse con sólo 2 hijos. (GRAFICA No. 3-A).

GRAFICA No. 3-A
 No. PROMEDIO DE HIJOS DEFINITIVO
 DE PACIENTES VASECTOMIZADOS.
 U.M.F. No. 33 1983.



40% 8 pacientes
con 2 hijos

15% 3 pacientes
con 4 hijos

35% 7 pacientes
con 3 hijos

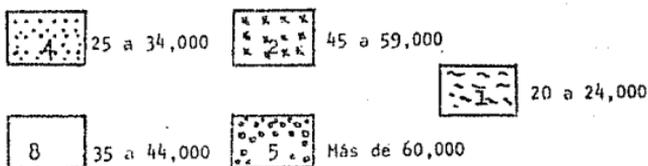
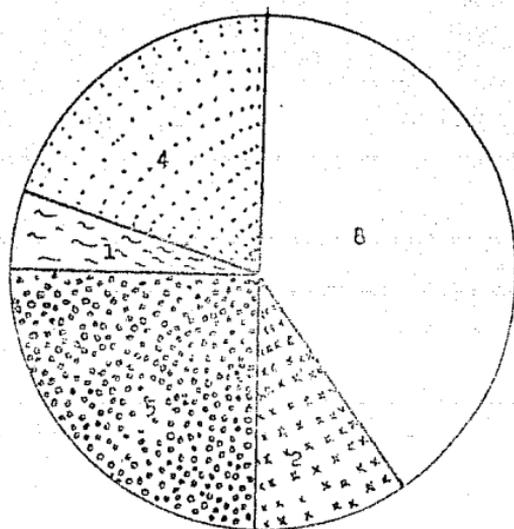
5% 1 paciente
con 5 hijos

1% 1 paciente
con 6 hijos

Fuente: Investigación personal.

El promedio de Ingresos económicos que encontramos en la muestra estudiada fue mayor de 35,000.00 (treinta y cinco mil pesos 00/100 M.N.) mensuales. (Gráfica No. 4-A)

GRAFICA No. 4-A
 INGRESOS PROMEDIO MENSUAL
 DE PACIENTES VASECTOMIZADOS
 U.M.F. No. 33 1983.



PROMEDIO EN MILES DE PESOS. N.M.

Fuente: Investigación personal.

De los motivos que los orillaron a aceptar el método encontramos que la mayoría lo hizo en forma consciente y voluntaria de planear la familia algunos otros por razones económicas y dos por compartir una responsabilidad con su esposa - ("palabras textuales") por indicaciones médicas.

Tabla No. 1-A.

T A B L A No. 1 - A

MOTIVOS QUE ORILLARON A ACEPTAR EL
MÉTODO DE LA VASECTOMIA A LOS PA--
CIENTES ENCUESTADOS.

U.M.F. No. 33

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
EN FORMA CONSCIENTE Y VOLUNTARIA	16	80%
POR RAZONES ECONOMICAS	2	20%
OTROS	2	20%

Fuente: Investigación personal.

En la elección encontramos que el más alto porcentaje lo hizo en común acuerdo con su esposa, aunque también encontramos un grupo en el que las esposas tenían miedo a este tipo de Método e incluso en las entrevistas realizadas a estas familias aún lo manifiestan y tal situación producto de informaciones distorsionadas por canales de información (amigas, familiares, vecinos, etc.) inadecuados.

Tabla No. 2-A.

T A B L A No. 2 - A

LA ELECCION DEL METODO LA HICIERON
LOS PACIENTES VASECTOMIZADOS.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
EN FORMA VOLUNTARIA Y SIN ESTAR DE ACUERDO ESPOSA	4	20
EN COMUN ACUERDO CON LA ESPOSA.	16	80
POR INDICACIONES MEDICAS	0	0

Fuente: Investigación personal.

De las personas quienes les informaron de este tipo de Método de Planificación Familiar el 45% manifestó que fue su Médico Familiar, y en 2o. lugar búsqueda de información en forma individual o con amigos o familiares. (Tabla No. 3-A).

T A B L A No. 3 - A
 INFORMACION PREVIA Y SUGERENCIA DE
 ACEPTAR EL METODO.
 U.M.F. No. 33.
 1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
SEÑALADA POR AMISTADES O FAMILIARES	4	20
POR SUGERENCIA DE MEDICO FAMILIAR	9	45
POR SUGERENCIA DE LA ESPOSA	3	15
INDIVIDUAL	4	20

Fuente: Investigación personal.

La información que tenían de este tipo de Método antes de ser intervenidos se encontró referida como suficiente, siendo mínimo el porcentaje que la catalogó como insuficiente y nulo el paciente que no había recibido información. Tabla No. 4-A.

De las apreciaciones personales que tienen acerca del método de la vasectomía la mayoría opina que es el mejor método. Tabla No. 5-A.

T A B L A No. 4 - A

LA INFORMACION PREVIA QUE TENIAN ANTES
DE ACEPTAR EL METODO.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
NO TENIAN NINGUNA INFORMACION	0	0
INSUFICIENTE	3	15
SUFICIENTE	17	85

Fuente: Investigación personal.

T A B L A No. 5 - A

CONCEPTOS PERSONALES DEL METODO DE
LOS PACIENTES EN ESTUDIO.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
ES EL MEJOR METODO	19	95
BRINDA IGUAL PROTECCION QUE OTROS METODOS	1	5
A PESAR DE ESTAR OPERADO PUEDE EMBARAZAR A ESPOSA	0	0

Fuente: Investigación personal.

La opinión acerca de la existencia o no de efectos secun
darios de la vasectomía, en su mayoría negaron la existencia
de éstos y solamente dos contestaron que da efectos locales -
en sitio de la intervención.

T A B L A No. 6 - A

U.M.F. No. 33.

1983.

OPINION ACERCA DE EFECTOS SECUNDARIOS.

	NUMERO	PORCENTAJE
SI TIENE EFECTOS	2	10
NO TIENE EFECTOS	18	90

Fuente: Investigación personal.

De cambios en el carácter sólo 2 pacientes manifestaron encontrar una mayor tranquilidad después de la vasectomía, re firiendo que las relaciones con su esposa mejoraron ostensi-- blemente. Tabla No. 7-A.

T A B L A No. 7 - A

CAMBIOS EN EL CARACTER DESPUES DE
LA INTERVENCION.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
SIN SUFRIR CAMBIOS	18	90
MAS TRANQUILO	2	10
IRRITABLE	0	0

Fuente: Investigación personal.

En relación al lazo fraterno, se encontró que en 3 de los pacientes las relaciones entre Padre e hijo se volvieron más estrechas, con una mayor comunicación en todos los sistemas. GRAFICA 9-A y 10-A.

T A B L A No. 9 - A

CAMBIOS POSTERIORES A LA INTERVENCION
EN LAS RELACIONES CON SUS HIJOS.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
NO SE HAN AFECTADO	16	80
DISTANCIAMIENTO	1	5
MAYOR ACERCAMIENTO	3	15

Fuente: Investigación personal.

T A B L A No. 8 - A

RELACIONES CON SUS HIJOS ANTES
DE LA INTERVENCION.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
BUENAS	16	80
MALAS	2	10
REGULARES	2	10

Fuente: Investigación personal.

Estos cambios también se observaron en el sistema conyugal, detectándose un mayor acercamiento en 7 de los pacientes entrevistados y solamente dos de los pacientes comienzan a presentar alteraciones en su dinámica familiar ocasionadas por querer tener más familia, siendo los que pertenecían a este grupo los pacientes con menor escolaridad y los que habían recibido una información insuficiente.

Tablas 10 y 11-A.

T A B L A No. 10 - A
RELACIONES CON LA ESPOSA ANTES
DE LA OPERACION.
U.M.F. No. 33.
1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
MALAS	1	5
REGULARES	8	40
BUENAS	11	55

Fuente: Investigación personal.

En el ámbito relacionado con la esfera sexual encontramos que no existen mayores cambios, es más los pacientes refieren un aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales en forma inicial con mayor satisfacción. TABLA No. 12-A.

T A B L A No. 12-A
 PACIENTES VASECTOMIZADOS.
 U.M.F. No. 33.
 1983.

EN RELACION A LAS RELACIONES SEXUALES:

		NUMERO	PORCENTAJE
ANTES DE LA INTERVENCION	SATISFACTORIAS	18	90%
	NO SATISFACTORIAS	2	10%
DESPUES DE LA INTERVENCION	SATISFACTORIAS	19	95%
	NO SATISFACTORIAS	1	5

Fuente: Investigación personal.

T A B L A No. 13 - A

EN BASE A LA INTEGRACION FAMILIAR ENCONTRAMOS
A LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS.

U.M.F. No. 33.

1983.

	NUMERO	PORCENTAJE
INTEGRADAS	19	95%
SEMI INTEGRADA	0	0
DESINTEGRADA	1	5%

Fuente: Investigación personal.

T A B L A No. 14 - A

LAS FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA EN
QUE SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES ENTREVISTA
DOS.

U.M.F. No. 33.

1983.

F A S E	NUMERO	PORCENTAJE
EXPANSION	20	100%
DISPERSION	0	0

Fuente: Investigación personal.

VIII.- CONCLUSIONES.

GENERALES:

1. El Método Definitivo de Planificación Familiar continúa - siendo más aceptado en la población del sexo femenino.
2. La falta de información de estos tipos de Métodos condiciona distorsión en la imagen y en el contexto de los mismos.
3. Las manifestaciones psicológicas que presentan los pacientes que aceptan el método definitivo se presentan más en aquellas que no recibieron información o ésta fue insuficiente.
4. Se encuentra una relación muy estrecha con factores socio-culturales, de orden económico y desde luego de información - para que se presenten manifestaciones psicológicas.
5. La disparidad de las dos muestras en estudio no permiten - realizar comparaciones entre sí, en base a que existen factores socioeconómicos, culturales y ocupacionales que los diferencian notablemente.

EN LA MUJER:

1. Un alto porcentaje de las pacientes entrevistadas admitió haber aceptado el método en forma consciente y voluntaria, - aceptando también que la sugerencia les fue hecha estando en el hospital previa al parto o en el puerperio inmediato, razón que nos obliga a pensar si efectivamente las pacientes - que presentan alteraciones psicológicas en esta muestra estudiada en realidad estaban bien conscientes de la decisión que tomaron.

2. Se encontró que existe una información inadecuada de este tipo de método y se comprobó que la existencia de alteraciones psicológicas coinciden con esta falta de información o - bien se presentan en aquellas personas que distorsiona la comunicación por informaciones provenientes de fuentes informales o de personas no capacitadas.

3. Se encontró la presencia de otros factores en las pacientes que presentan alteraciones psicológicas atribuibles al método definitivo, siendo estos factores de primordial interés y que repercuten de grado variable en la dinámica familiar.

Los factores esenciales son:

- 1) La percepción de bajos ingresos.
- 2) Alteraciones en la Dinámica Familiar:
 - a.- Alcoholismo del Padre.

- b.- Falta de Figura Paterna y sobrecarga en la Madre de responsabilidades.
- 3) Alteraciones en los roles sexuales:
- a.- Problemas de fijación en su rol.
 - b.- Traumas psicológicos.
 - c.- Condiciones de hacinamiento.
- 4) Factores culturales.

Por lo tanto se deduce que las alteraciones psicológicas que las pacientes atribuyen al Método definitivo de Planificación conlleva una serie de factores diversos que se interrelacionan entre sí para causar este tipo de alteraciones y no pueden ser atribuibles por sí solo al Método definitivo de esterilización.

Un ejemplo de un estudio integral para mostrar lo anteriormente señalado:

RESUMEN CLINICO:

"Femenino de 38 años de edad que acude a consulta por nerviosismo, que se acompaña de angustia y refiriendo que cualquier ruido que hacen los niños le molesta".

En sus antecedentes encontramos que le fue efectuada Salpingectomía después de último parto (es Gesta III -Para III) y hace 2 años, refiriendo que después de esa intervención sus

nervios le han aumentado. A pregunta intencional encontramos que ha presentado disminución en la frecuencia y en la satisfacción en las relaciones sexuales con su esposo, también después de la intervención.

Es de medio socioeconómico medio bajo, con casa propia - con dos habitaciones, cocina y baño (una de las habitaciones habilitada como comedor y sala) con buena ventilación y contando con todos los servicios de urbanización, en Zona aledaña al Rosario.

El Esposo tiene una ocupación de soldador, con un sueldo aproximado de 20,000 pesos mensuales con Tabaquismo y Alcohólico negativos. Laborando de Lunes a Sábado y ocasionalmente domingos desde las 8 a.m. hasta las 18.00 hrs. llegando a su domicilio a las 19.00 hrs. Estud. Primaria.

Ella está dedicada a labores del hogar, estudió hasta el 3er año de Primaria, y refiere que a partir de la operación - ella ha acudido frecuentemente a consulta por: sentir dolores en el sitio de la herida (ardor), cefaleas constantes y sumamente nerviosa. Se ligó en el puerperio inmediato y posterior al parto (1era. 24 hrs.) por razones económicas y por sugere--rencia médica refiriendo haber estado plenamente consciente - de la decisión que tomaba.

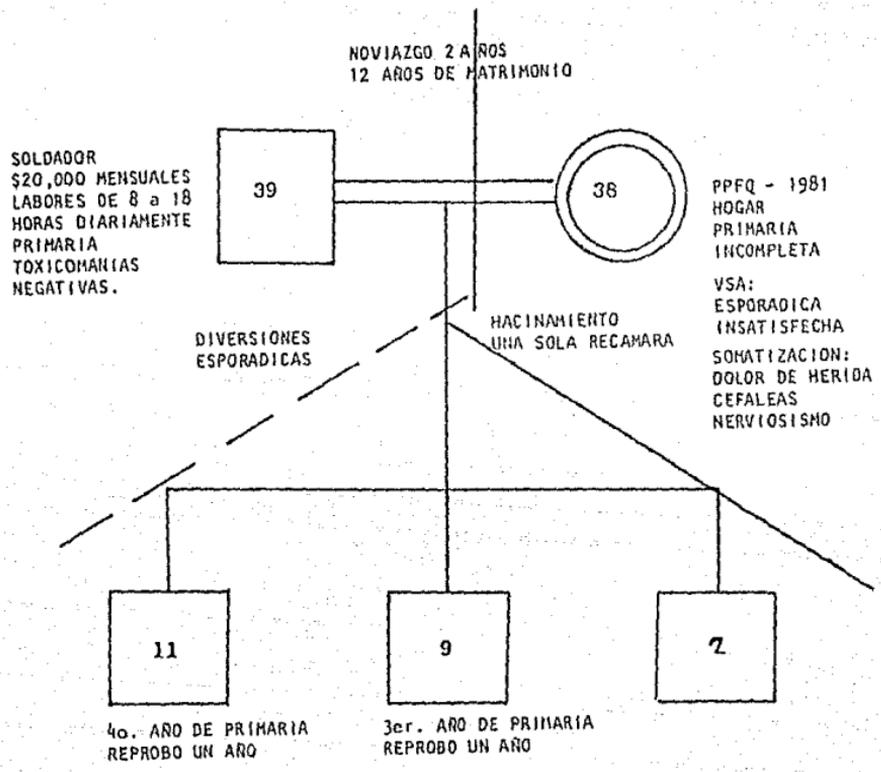
Tienen 3 hijos de 11, 9 y 2 años de edad respectivamente, refiriendo que son algo inquietos y que desde que la operaron por las molestias que presenta hay ocasiones en que ya no los

aguanta. Han reprobado 1 año los 2 lerós. hijos.

En relaciones maritales nos refiere que sus relaciones con su esposo siempre han sido algo separados, habiendo mantenido un noviazgo de 2 años anterior al casamiento y fue porque ambos se querfan, actualmente con 12 años de casados sus relaciones continuan siendo igual, aunque en el aspecto sexual en frecuencia y en satisfacción han disminuido. Duermen en la misma habitación que los pequeños y eso le preocupa de que se despierten y que se de cuenta que estan haciendo. (Esquema 1 y Esquema 2).

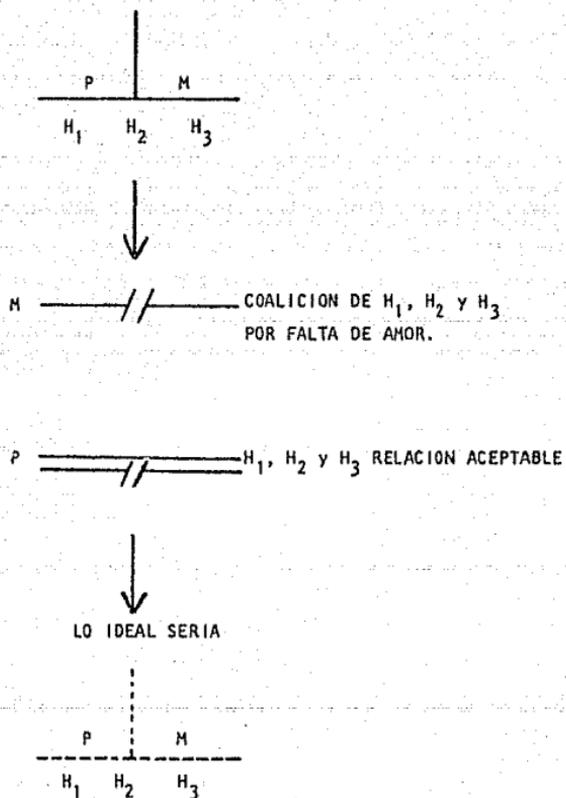
A la EF la encontramos alerta, tranquila, con signos vitales estable y normales, con Obesidad 1er. grado, con Cardio pulmonar sin Compromiso. El abdomen grueso panfculo adiposo - blando, depresible, sin visceromegalias. HQ antigua a nivel de cicatriz umbilical sin alteraciones. Extremidades sin alteraciones. ROT normales.

FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL



ESQUEMA 1

FAMILIOGRAMA PSICODINAMICO



PARA MEJORAR LOS VINCULOS Y SATISFACER
LAS NECESIDADES BASICAS SEGUN MASLOW.

ESQUEMA 2

de corregir desviaciones de su familia y en base al bajo nivel escolar inferimos que la educación sexual de esta pareja fue de tipo indirecto e informal lo que se ha manifestado con la aparición de disfunciones en el área sexual del tipo del deseo sexual inhibido en ambos cónyuges, esto ha condicionado que la mujer achaque o refiera que sus molestias son efectos secundarios del acto quirúrgico.

En base al hacinamiento que existe en este núcleo familiar vemos que los hijos actúan como una barrera para la demostración del amor en el subsistema conyugal lo que condiciona que al no obtener una respuesta sexual adecuada canaliza su angustia en forma de maltrato a los hijos. Cabe hacer mención que la angustia reflejada en todo el sistema familiar es también debido a los factores socioeconómicos presentes en la familia, puesto que únicamente sus ingresos le sirven para satisfacer en forma incompleta alimentación vestido, calzado no alcanzando para distracciones.

El subsistema fraterno es recordando que los hijos no son miembros estáticos del grupo familiar, sino que al ser la familia el laboratorio de la vida social, estos al interactuar en una familia disfuncional, adquieren patrones de conducta no aceptados socialmente y secundarios como ya se había mencionado a la comunicación de doble enlace.

En resumen se trata de una familia disfuncional en el subsistema conyugal con sus repercusiones en el fraterno cró-

nicamente insatisfactoria pero estable, de bajo rendimiento - y con un pronóstico que dependerá de como se enseñe a la misma a comunicarse, a inculcarles el sentimiento de dar antes - que recibir y a demostrar en forma clara y directa el afecto y en una palabra a que se sientan satisfechos cada uno de sus integrantes posterior a la consecución de sus necesidades psicológicas básicas como menciona Maslow¹¹.

CONCLUSIONES.

EN EL HOMBRE:

1. Encontramos que la información es adecuada para escoger este método.
2. Las repercusiones psicológicas se comenzaban a presentar en dos pacientes, y esto coincidió con una información insuficiente en la selección del Método.

IX.- COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

Con el presente trabajo se comprueba la Hipótesis fundamental del estudio, demostrando que la falta de información es un factor que está presente en los derechohabientes que atribuyen alteraciones psicológicas al método definitivo de Planificación Familiar.

Observando que los derechohabientes que se encuentran bien informados no presentan repercusiones en la esfera psicológica.

Se detectó la presencia de otros factores que se relacionan estrechamente con la falta de información y que podemos considerar como causa directa de las alteraciones emocionales manifestadas por la población usuaria de éste método.

Los principales factores encontrados fueron económicos, socioculturales, disfunción familiar previa, caracterizada principalmente por alteraciones en los roles y en las funciones (afecto, sexualidad y socialización) que repercuten en grado variable en la dinámica familiar.

En base a los resultados obtenidos y tomando en cuenta que la planificación familiar es uno de los programas prioritarios en el I.M.S.S. consideramos de capital importancia hacer llegar a la población derechohabiente información sobre los diversos métodos anticonceptivos que existen ofreciendo la orientación y vigilancia médica necesaria a los usuarios del programa.

Consideramos de suma importancia el brindar atención médica integral a los derechohabientes con control definitivo de la fertilidad, siendo necesario llevar un control de la población usuaria de este método con el objeto de vigilar y detectar alteraciones en forma oportuna.

Es necesario la formación de grupos específicos de adolescentes y de matrimonios para hacerles llegar en forma adecuada y por los medios de información existentes, pláticas de educación sexual con el objeto de evitar la distorsión y formación de conceptos erróneos.

A N E X O S

ENCUESTA A PACIENTES DEL SEXO FEMENINO,

I.- NOMBRE _____
EDAD _____
NO. DE AFILIACION _____
ESTADO CIVIL _____
ESCOLARIDAD _____
DOMICILIO: _____
No. DE CONSULTORIO: _____
OCUPACION _____
APORTACION ECONOMICA (GASTO) QUE SEMANALMENTE RECIBE \$ _____
FECHA EN QUE FUE SOMETIDA A LA INTERVENCION _____
UNIDAD HOSPITALARIA EN DONDE LE FUE PRACTICADA _____

II.- DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CIRCULO LA QUE USTED -
CONSIDERE MAS CORRECTA:

- 1.- LOS MOTIVOS QUE LA INDUJERON A ACEPTAR EL METODO DEFINITIVO -
DE ESTERILIZACION FUERON: _____
- a) EN FORMA CONCIENTE Y VOLUNTARIA DE QUE LA FAMILIA DEBE ES-
TAR PLANIFICADA.
 - b) POR RAZONES ECONOMICAS.
 - c) POR INDICACIONES MEDICAS.
 - d) OTROS.
- 1.2.- EN CASO DE HABER SEÑALADO OTROS, LE AGRADECERIAMOS NOS EXPU-
SIERA EL MOTIVO: _____
- 1.3.- LA ELECCION DE ESTE METODO FUE:
- a) EN FORMA VOLUNTARIA SIN AUTORIZACION DE MI ESPOSO.
 - b) EN COMUN ACUERDO CON MI ESPOSO.
 - c) POR INDICACIONES MEDICAS.

1.4.- LA INFORMACION PREVIA A ESTE METODO Y SU SUGERENCIA FUE HECHA

POR:

- a) MI ESPOSO.
- b) POR AMIGOS O FAMILIARES.
- c) POR MEDICO FAMILIAR.
- d) ESTANDO EN EL HOSPITAL Y POR SUGERENCIA MEDICA.

1.5.- CONSIDERA USTED QUE LA INFORMACION PREVIA A LA ELECCION DE ESTE METODO FUE:

- a) NO TENIA NINGUNA INFORMACION.
- b) INSUFICIENTE.
- c) SUFICIENTE.

1.6.- EL CONCEPTO QUE USTED TIENE DE LA INTERVENCION QUIRURGICA - QUE SE LE PRACTICO:

- a) ES EL MEJOR METODO Y MAS EFECTIVO.
- b) BRINDA IGUAL PROTECCION QUE OTROS METODOS.
- c) A PESAR DE ESTAR LIGADA ME PUEDO EMBARAZAR.

1.7.- CONSIDERA QUE ESTE METODO TIENE EFECTOS SECUNDARIOS:

- a) NINGUNO.
- b) SI TIENE EFECTOS SECUNDARIOS.

1.8.- EN CASO DE HABER SEÑALADO EL INCISO B ANTERIOR, SEÑALE USTED A CONTINUACION LOS EFECTOS:

2.- CON LA OPERACION SU CARACTER SE HA MODIFICADO:

- a) EN LO ABSOLUTO.
- b) SOY MAS TRANQUILA.
- c) ME HE VUELTO MUY IRRITABLE.

2.1.- CONSIDERA QUE LAS RELACIONES CON SUS HIJOS HAN SUFRIDO ALGUN CAMBIO A PARTIR DE LA INTERVENCION:

- a) NO SE HAN AFECTADO.
- b) ME HE DISTANCIADO MUCHOS DE ELLOS.
- c) LAS RELACIONES SE HAN VUELTO MAS ESTRECHAS.

2.2.- LAS RELACIONES CON SU ESPOSO DESPUES DE LA INTERVENCION SE HAN MODIFICADO:

- a) NO HAN SUFRIDO CAMBIOS.
- b) SE HAN DISTANCIADO MUCHO.
- c) HAY ENTRE MI ESPOSO Y YO UNA MAYOR COMUNICACION.

2.3.- LAS RELACIONES SEXUALES ANTES DE LA INTERVENCION CON SU ESPOSO:

- a) ERAN SATISFACTORIAS.
- b) NO ERAN SATISFACTORIAS.

2.4.- PRESENTO USTED ALGUN CAMBIO EN LAS RELACIONES SEXUALES CON SU ESPOSO DESPUES DE LA INTERVENCION:

- a) NINGUNO.
- b) LAS RELACIONES SEXUALES MENOS FRECUENTES.
- c) RELACIONES SEXUALES MAS FRECUENTES.

2.5.- LA SATISFACCION EN LAS RELACIONES SEXUALES CONTINUARON:

- a) SIN SUFRIR CAMBIO ALGUNO.
- b) SE TORNARON MAS SATISFACTORIAS.
- c) SE TORNARON MENOS SATISFACTORIAS.

3.- DESPUES DE LA INTERVENCION HA ACUDIDO A CONSULTA CON SU MEDICO FAMILIAR POR:

- a) NO PRESENTA MOLESTIAS DE LA INTERVENCION Y UNICAMENTE ACUDE A CONTROL.
- b) POR PRESENTAR MOLESTIAS QUE ATRIBUYO A LA INTERVENCION
- c) POR OTROS PROBLEMAS ORGANICOS.

3.1.- HA PRESENTADO PROBLEMAS DE TIPO NERVIOSO DESPUES DE LA OPERACION:

- a) SI
- b) NO

3.2.- EN CASO DE HABER PRESENTADO PROBLEMAS POSTERIORES A LA INTERVENCION LE AGRADECERIAMOS QUE A CONTINUACION NOS LO SEÑALARA.

ANEXO II

ENCUESTA A PACIENTES DEL SEXO MASCULINO.

I.- NOMBRE _____
 EDAD _____
 NUMERO DE AFILIACION _____
 ESTADO CIVIL _____
 ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
 DOMICILIO _____ SUELDO MENSUAL \$ _____
 No. DE CONSULTORIO _____
 AÑOS DE CASADO _____
 No. DE HIJOS _____
 FECHA EN QUE FUE SOMETIDO A LA INTERVENCION _____
 UNIDAD HOSPITALARIA EN QUE LE FUE PRACTICADA _____

II.- DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CIRCULO LA QUE --
 USTED CONSIDERE MAS CORRECTA.

1.- LOS MOTIVOS QUE ME INDUJERON A ACEPTAR EL METODO DE LA
 VASECTOMIA FUERON:

- a) EN FORMA CONCIENTE Y VOLUNTARIA QUE LA FAMILIA DEBE
 ESTAR PLANIFICADA.
- b) POR RAZONES ECONOMICAS.
- c) POR NECESIDADES MEDICAS DE QUE A MI ESPOSA NO LE PU-
 DIERON PRACTICAR LA INTERVENCION DE SALPINGOCLASIA.
- d) OTROS.

1.2.- EN CASO DE HABER SEÑALADO EL ULTIMO INCISO, LE AGRA-
 DECERIAMOS NOS SEÑALARA EL MOTIVO.

1.3.- LA ELECCION DE ESTE METODO LO HICE EN:

- a) EN FORMA VOLUNTARIA Y SIN ESTAR DE ACUERDO MI ESPOSA.
- b) EN COMUN ACUERDO CON MI ESPOSA.
- c) POR INDICACIONES MEDICAS.

1.4.- LA INFORMACION PREVIA Y LA SUGERENCIA DE HABER ACEPTADO EL METODO DE LA VASECTOMIA FUE:

- a) SEÑALADA POR AMISTADES O FAMILIARES,
- b) POR SUGERENCIA DE MI MEDICO FAMILIAR.
- c) POR SUGERENCIA DE MI ESPOSA.

1.5.- CONSIDERA USTED QUE LA INFORMACION PREVIA A LA ELECCION DE ESTE METODO FUE:

- a) NO TENIA NINGUNA INFORMACION.
- b) INSUFICIENTE.
- c) SUFICIENTE.

1.6.- EL CONCEPTO QUE TENGO DE LA VASECTOMIA ES:

- a) ES EL MEJOR METODO.
- b) BRINDA IGUAL PROTECCION QUE OTROS METODOS.
- c) A PESAR DE HABER SIDO OPERADO CREO QUE PUEDO EMBARAZAR A MI ESPOSA.

1.7.- CONSIDERA QUE LA VASECTOMIA TIENE EFECTOS SECUNDARIOS:

- a) SI
- b) NO

1.8.- EN CASO DE HABER SEÑALADO ESTE ULTIMO INCISO, NOS GUSTARIA QUE A CONTINUACION NOS SEÑALARA LOS EFECTOS QUE USTED CONSIDERA:

2.- CONSIDERA USTED HABER SUFRIDO ALGUN CAMBIO EN SU CARACTER DESPUES DE LA INTERVENCION:

- a) NO HE SUFRIDO NINGUN CAMBIO.
- b) ME HE VUELTO MUY TRANQUILO.
- c) ME HE VUELTO MUY IRRITABLE.Y CUALQUIER COSA ME MOLESTA.

2.1.- LAS RELACIONES CON MIS HIJOS ANTES DE LA INTERVENCION ERAN

- a) BUENAS
- b) MALAS
- c) REGÜLARES

2.2.- CONSIDERA USTED SI LAS RELACIONES CON SUS HIJOS HAN SUFRIDO
ALGUN CAMBIO:

- a) NO SE HAN VISTO AFECTADAS EN LO ABSOLUTO.
- b) ME HE DISTANCIADO MUCHO DE ELLOS.
- c) EXISTE UN MAYOR ACERCAMIENTO CON LOS HIJOS.

2.3.- LAS RELACIONES CON SU ESPOSA ANTES DE LA INTERVENCION ERAN:

- a) MALAS
- b) REGULARES
- c) BUENAS

2.4.- ESTAS RELACIONES DESPUES DE LA INTERVENCION:

- a) NO HAN SUFRIDO CAMBIOS.
- b) EXISTEN CAMBIOS.
- c) NOS HEMOS DISTANCIADO.
- d) HAY MAYO ACERCAMIENTO.

2.5.- LAS RELACIONES SEXUALES CON SU ESPOSA ANTES DE LA INTERVEN
CION ERAN:

- a) SATISFACTORIAS.
- b) NO SATISFACTORIAS.

2.6.- HA NOTADO USTED ALGUN CAMBIO DESPUES DE LA INTERVENCION EN
RELACION A SU SATISFACCION SEXUAL:

- a) NINGUNO.
- b) RELACIONES SEXUALES NO SATISFACTORIAS.
- c) RELACIONES SEXUALES MAS SATISFACTORIAS.

2.7.- EN RELACION A LA FRECUENCIA LAS RELACIONES CON SU ESPOSA

- a) SIGUEN IGUAL QUE ANTES DE LA OPERACION.
- b) SON MENOS FRECUENTES.
- c) SON MAS FRECUENTES.

3.- DESPUES DE LA OPERACION HA ACUDIDO CON SU MEDICO FAMILIAR POR:

- a) PRESENTAR MOLESTIAS LOCALES DE LA OPERACION.
- b) NO PRESENTA MOLESTIAS Y SOLO ACUDE A CONTROL.
- c) PRESENTA MOLESTIAS QUE USTED ATRIBUYE A LA OPERACION.

3.1.- EN CASO DE HABER SEÑALADO EL ULTIMO INCISO, NOS GUSTARIA QUE NOS SEÑALARA LOS PROBLEMAS QUE USTED HA PRESENTADO.

3.2.- HA PRESENTADO USTED PROBLEMAS DE TIPO NERVIOSO DESPUES DE LA OPERACION.

- a) SI
- b) NO

3.3.- EN CASO DE QUE SI ESTE PRESENTANDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO LE AGRADECERIAMOS QUE A CONTINUACION NOS LOS SEÑALARA:

RELACION DE NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Boletín de Planificación Familiar, IMSS, México, D.F.
Año III, No. 10 Oct. 1981.
- (2) Boletín de Planificación Familiar, IMSS, México, D.F.
Año III, No. 11 Nov. 1981.
- (3) Revista de la Facultad de Medicina, Programa de Planifi-
cación Familiar, Vol. 17, Año 18, No. 7.
- (4) Campanell, R. Emotional Reaction to Sterilization J. - -
Obst. Gy Vol. 45, 3 1975.
- (5) Wisberg E. Fraser. Fertility following reversal of male
and female sterilization, Contraception 1982, Oct.
- (6) Moore, D. Secuelas of tubal ligation. Medical and Psycho-
logical AM. Jour. Obst. G. June 1, 1978.
- (7) Anuario de Actualización en Medicina, Fascículo de Pla-
neación Familiar, IMSS, 1973.
- (8) DR. RUIZ VELASCO V. "Aspectos Prácticos de los Métodos
de Planificación Familiar.
Méndez Oteo, México, D.F. 1978.
- (9) DR. NOVAK EDMUND. "Tratado de Ginecología". Cap. 34.
Edit. Interamericana.
Novena Edición.

- (10) DR. ZYLE HENRY, STHEPENSON. "Educación Médica y Planificación Familiar.
Editorial Pax.
México.
- (11) DR. CONN F.H. "Medicina Familiar"
Editorial Interamericana
Cap. II.
México, 1974.
- (12) DR. SANCHEZ AZCONA JORGE. "Familia y Sociedad".
México, 1980.
- (13) Departamento de Med. Preventiva.- IMSS Manual de Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Planificación Voluntaria.
- (14) Desarrollo integral de la Familia (DIF). Plan Nacional - de Planificación Familiar. (1980).
- (15) Jaimes Aralid H. y Cols. Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. M.F.F. Méx. 1982.