

10
283



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVEN-
CION EN TRABAJO SOCIAL PARA EL MANEJO
DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE ESTERIL-
IDAD EN BASE AL ANALISIS TEORICO DEL
MODELO DE INTERVENCION DEL INPer.**

T E S I S



QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N :

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
VERONICA ESTRADA SALAS
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES
GLORIA ADRIANA VARGAS PALMAS

ASESOR RESPONSABLE:
DR. MANUEL SANCHEZ ROSADO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO D. F.

NOVIEMBRE 1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
LA ESTERILIDAD COMO FENOMENO SOCIAL	
1. Concepto de Esterilidad	5
2. Tipos Esterilidad	6
A. Esterilidad por causa no determinada	
a. En el Hombre	6
b. En la Mujer	7
B. Esterilidad por causa determinada	8
a. Esterilidad Femenina	9
b. Esterilidad Masculina	10
3. Factores, Psicológicos y Culturales que intervienen en el problema de la esterilidad	12
A. Factor Economico	13
B. Factor Psicológico	15

C. Factor Cultural	19
4. La esterilidad ¿Un fenómeno Social?	21

CAPITULO II

LA INVESTIGACION SOCIOMEDICA EN LAS UNIDADES DE TERCER NIVEL DE ATENCION

1. Investigación sociomédica	27
2. Investigación sociomédica en las unidades de tercer nivel de atención a la salud	30
3. El Trabajador Social en el área de la Salud	35
4. Importancia de la investigación socio-médica en Trabajo Social	39
5. Trascendencia de la Investigación sociomédica en el problema de la esterilidad	40

CAPITULO III

ASPECTOS GENERALES SOBRE LA CLINICA DE ESTERILIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

1. Información General del Instituto Nacional de Perinatología	45
2. Importancia del Trabajador Social en el INPer	50
3. Clínica de Esterilidad	58

A.	Marco Teórico de la Clínica de Esterilidad	58
B.	Justificación	64
C.	Funciones de la Clínica de Esterilidad	65
D.	Objetivos de la Clínica de Esterilidad	67

CAPITULO IV

CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES DE UN MODELO DE INTERVENCION

1.	El proceso de intervención objeto y objetivos	69
2.	Concepto de modelo de intervención	72
3.	La especificidad en el Trabajo Social y los modelos de intervención	
		77

CAPITULO V

ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA DEL INSTRUMENTO DE CAPTACION DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD DEL INPer

1.	Justificación	81
2.	Objetivo	81
3.	Metodología	81
A.	Recopilación de la información	81
B.	Clasificación: tabulación y descripción de los datos	82

C. Análisis de la información conforme a los datos obtenidos	133
---	-----

CAPITULO VI

ANALISIS COMPARATIVO DEL MODELO DE INTERVENCION DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD DEL INPer Y UN MODELO TEORICO.

1. Justificación	137
2. Planteamiento del Problema	138
3. Objetivo	138
4. Metodología	139
5. Presentación del Modelo de Intervención de la Clínica de Esterilidad del INPer	139
6. Análisis Comparativo del Modelo de In- tervención de la Clínica de Esterilidad del INPer y un Modelo Teórico	149

CAPITULO VII

PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCION EN TRABAJO SOCIAL PARA EL MANEJO DE LA PAREJA ESTERIL.

	157
--	-----

CONCLUSIONES	168
SUGERENCIAS	172
ANEXOS	180
BIBLIOGRAFIA	200

INTRODUCCION

Para el hombre, al igual que los demas seres vivos la reproducción se constituye en la necesidad vital que permite la continuación de la especie. Así que no es de extrañar que la mayoría de las sociedades considere a la reproducción como principal función de la union de la pareja.

para sociedades como la nuestra con problemáticas tan variadas y severas, tales como la desintegración familiar, la delincuencia y la contaminación (solo por mencionar algunas); posiblemente la esterilidad como patologia social no sea muy significativa; pero si es de gran importancia para quienes la sufren y para los profesionales que se han dado a la tarea de combatirla.

No se puede pasar por alto que en nuestro pais de un 10% a 15% de las parejas que desean procrear (1, 2), están siendo afectadas por la esterilidad, lo que les ocasiona conflictos emocionales, discusiones familiares, pérdida de autoestima y en algunos casos desintegración de pareja.

¹ Acosta A.A. Asch R. Avances en Reproducción Humana Ed. Panamericana Buenos Aires Argentina 1988.

² Nieto Escarsega Martín Raul Esterilidad por factor Masculino (tesis) INPer. pag 1 México Distrito Federal: 1991

Por lo que la esterilidad se constituye así en un problema social desde su diagnóstico, razón por la cual debe de abordarse con un enfoque bio-psico-social a través de la investigación sociomédica, ya que esta permite conocer las causas biológicas que la originan y los factores económicos, sociales, psicológicos y culturales que intervienen directamente en su evolución y tratamiento, para ofrecer una solución a los problemas que está acarea.

Para realizar una investigación socioeconómica y dar una solución integral al problema de la esterilidad se requiere de un equipo interdisciplinario (médico gineco-obstetra, psicólogo, Trabajador Social, etc.), es decir un grupo de profesionales de distintas especialidades que con sus diferentes conocimientos y habilidades, hagan frente a este problema. Sin duda el Trabajador Social es una parte fundamental de este equipo al aportar elementos sociales importantes para la orientación y tratamiento de los pacientes.

A este respecto, el Instituto Nacional de Perinatología cuenta con una Clínica de Esterilidad de Trabajo Social, en donde el Trabajador Social guarda estrecha relación con el equipo interdisciplinario de salud para brindar una mejor atención a los pacientes estériles.

Esta Clínica de Esterilidad basa su acción en un Modelo de Intervención, por lo que el equipo de Trabajo Social que realiza la presente tesis, determino analizar este Modelo, saber si cumplía o no con los objetivos, para los cuales fue creado y de ser necesario ofrecer en su caso un nuevo Modelo por lo que se planteó la siguiente hipótesis para darle cause a su investigación:

"Para intervenir eficazmente en un problema muy específico (como lo es de la esterilidad), el Trabajador Social requiere, conocer los factores socio-económicos de las personas que están siendo afectadas, interpretar la realidad social del problema y al mismo tiempo sistematizar su acción, a través de modelos de intervención y de participar con el equipo interdisciplinario de salud en la planeación y ejecución de acciones en contra de la esterilidad".

A su vez las pasantes que realizan esta tesis señalan como objetivo principal de la misma, el que a continuación se menciona:

"Analizar el Modelo de Intervención de Trabajo Social de la Clínica de Esterilidad y elaborar en su caso, un Modelo más eficiente para el manejo de la pareja estéril.

CAPITULO I

1. Concepto de esterilidad
2. Tipos de esterilidad
 - A. Esterilidad por causa determinada
 - a. En la mujer
 - b. En el hombre
 - B. Esterilidad por causa determinada
 - a. Esterilidad femenina
 - b. Esterilidad masculina
3. Factores económicos, psicológicos y culturales que intervienen en el problema de la esterilidad
 - A. Factor Económico
 - B. Factor Psicológico
 - C. Factor Cultural
4. La esterilidad ¿Un Fenómeno Social?

I. Concepto de Esterilidad

En nuestro país resulta contrastante que mientras por un lado diversos investigadores se dedican a encontrar nuevas formas del control de natalidad, otros se dan a la tarea de buscar información acerca de como abordar el problema de la esterilidad y mas aun si estos son investigadores sociales, en virtud de que este suele, considerarse solo como un problema biológico.

Sin embargo, desde el momento en el cual la pareja se entera de que alguno de los dos está incapacitado para tener hijos (es estéril), el impacto psico-social es tremendo: ya que se sienten confundidos, frecuentemente surgen graves problemas, tanto familiares como a nivel personal, incluyendo depresión, auto-devalorización y sentimientos de culpa.

Por lo antes mencionado, se considera necesario dar atención a la esterilidad desde un enfoque sociomédico; es decir, como se concibe a esta afección desde el punto de vista biológico y psico-social, con lo que se verá su importancia social; también cabría preguntar ¿Es la esterilidad un problema social?

A la esterilidad únicamente se ha definido "Como la

incapacidad de una pareja para concebir un hijo después de un año o más de haber tenido relaciones sexuales, sin haber utilizando un método para prevenir el embarazo...".³

El proceso de estudio y tratamiento de la esterilidad requiere de conocer las causas que la origina, por lo que a continuación se darán a conocer los tipos de esterilidad.

2. Tipos de esterilidad

Existen dos grandes grupos de esterilidad a saber:

A. Esterilidad por causa no determinada: Es aquella en la que se desconoce la naturaleza de su origen. Se puede presentar tanto en el hombre como en la mujer.*

a. En el caso del varón, cuando se presenta esta incapacidad, disminuye la imagen de potencia, capacidad y fortaleza, en algunos casos es

³. Río de la Loza Fernando, Sistematización de la Clínica de Esterilidad en el Estudio y Tratamiento Oportuno, Aportaciones del curso de la Reunión Nacional de Fertilidad y Reproducción Humana, Julio, de 1991.

* Morales Carmona Francisco, Coordinador del Departamento de Psicología. INPer, art. La pareja Esteril. INPer, 1989.

devaluado por su pareja; es considerado como un hombre que no sirve para nada y por ende no es capaz de ser cabeza de familia. En lo individual el hombre se va enfrentando a modificar su proyecto de vida y sus expectativas, ya que se le ha enseñado que su valor se encuentra en la capacidad que tiene para procrear hijos, demostrar su virilidad y desde luego trascender.

- b. En la mujer, se puede ser por inmadurez psico-sexual que enfrenta, a la maternidad con temores fantaseados o reales, imposibles de superar; es también un rechazo a asumir responsabilidades y el compromiso que implica la aceptación de la femineidad plena.

En nuestra sociedad, la maternidad es un acto idealizado, deseable y prácticamente obligatorio; para muchas es la única forma en la que se realiza como mujer. Siguiendo esta forma de pensar no es concebible que la mujer no se embarace y los mecanismos de presión son infinitivos, llevados a la mujer al convencimiento de que no procrear es pertenecer a una categoría

ría infima de la mujer.

Es obvio que esta ideología nutre el espíritu de la pareja y se comienza a generar alteraciones en la relación, ya que se gesta la auto inculpación que se promueve desde el punto de vista psicológico, la fantasía de la ruptura de la pareja.

B. Esterilidad por causas determinada: Es aquella en la que factores biológicos impiden el que una pareja sea incapaz de procrear hijos. Se presenta igualmente en dos grandes apartados:

a. La esterilidad femenina, la cual se subdivide principalmente en cuatro causas.

- Ovárica

Se origina cuando enfermedades como la diabetes crónica, agotamiento físico y enfermedad mental provoca ciclos anovulatorios (no hay ovulación).

- Tubarica.

Se presenta debido a procesos infecciosos, inflamatorios y tumores que pueden existir en las trompas y obstrucciones por cualquier proceso que altere la permeabilidad o el funcionamiento tubarico, dificultando la acogida del óvulo o su paso por la trompa.

- Vaginal y Cervical

Es cuando debido a infecciones cervicales, el flujo vaginal no ofrece las condiciones necesarias para el paso de los espermatozoides, impidiendo que uno de ellos llegue a fecundar el óvulo.

- Inmunológica

En este tipo de causa, la mujer es alérgica al esperma de su esposo, desarrollando anticuerpos que lo atacan, dando como resultado que el embarazo no es posible.

De todas las causas antes mencionadas " la que mas origina esterilidad femenina es la tubari

ca con un porcentaje del 35% de los casos..."⁴

- b. En cuanto a la esterilidad masculina existen principalmente los siguientes tipos:

- Testicular

Ocurre por alteraciones o modificaciones inadecuadas en la producción de espermatozoides, tales como la atrofia testicular, ya sea por traumatismo o infecciones.

- Canicular

Ocurre cuando una alteración impide el libre paso de los espermatozoides hacia la uretra, generalmente consecutiva a una obstrucción canicular, atrofia congénita de los conductos diferentes o presencia de tumores que los comprimen, así como cicatrices post-infecciosas que dejan una escuela obstructiva, o bien estas mismas consecuencias de traumas físicos.

⁴. Verduzco Pardo, Esterilidad Conyugal, Editorial Limusa, México, D.F. 1987.

- Endocrinas

Este tipo de esterilidad altera el correcto control que interviene en la espermatogénesis, (producción de espermatozoides).

A su vez existen factores de orden general que en una o otra forma intervienen en el grado de fertilidad del varón; tales como el factor hereditario, el cual es muy difícil de evidenciar y que debe de tomarse en cuenta cuando el paciente en estudio provenga de una familia de baja fertilidad.

- Otras causas de esterilidad son :

"Las toxicomanías, como el alcoholismo, y algunas drogadicciones disminuyen la espermatogénesis o causan impotencia en grado diferente y con una recuperación variable en base a los daños sufridos..."⁸ haciendo la aclaración de que esta causa de esterilidad se presenta en algunos casos donde la toxicomanía

⁸. Verduzco, Gabriel. Ibid. pag.26

que esta afectando a un individuo es sumamente severa.

- "Las reacciones alérgicas por auto inmunidad producidas por algunos medicamentos que actúan negativamente sobre la producción espermática. Así mismo, existen cuadros psicópatas y medicamentos depresivos que disminuyen notablemente el libido..."⁴

Lo anteriormente expuesto, muestra a grandes rasgos las causas biológicas que producen incapacidad en la mujer y el hombre para procrear. Sin embargo vale la pena tomar en cuenta el aspecto psíquico, económico, social y cultural de la esterilidad y los factores que intervienen en virtud de que afecta la relación de la pareja, su entorno familiar y el desenvolvimiento social, por lo que a continuación se hará referencia a cada una de estas causas.

3. Factores económicos, psicológicos y culturales que intervienen en el problema de la esterilidad.

El hombre es un ser bio-psico-social por lo que sus

⁴. Verduzco, Gabriel. Ibid. pág. 26

problemas económicas, psicológicos culturales y sociales, repercuten en su estado físico; a la vez sus afecciones físicas o biológicas afectan su modo de vida y el de su familia. Razón por la cual los problemas que se le presentan tienen que ser abordados de una manera integral.

La esterilidad es una afección física, que altera el modo de vida de quien la sufre y su entorno social; por lo que este fenómeno no puede ser visto sólo a partir de un único enfoque. Se necesita conocer los diversos factores que influyen en la forma en que afecta la vida del ser humano y que de igual manera son indispensable para saber como abordar e intervenir en este problema; factores que por su importancia se mencionan a continuación:

A. Factor Económico

Las oportunidades que tienen los individuos para mejorar su estilo de vida esta directamente relacionado con su poder adquisitivo. El nivel económico de las pacientes afectadas por la esterilidad es muy importante, pues por lo general un tratamiento en contra de este problema es costoso y de duración, prolongada; no obstante que en instituciones como el Instituto Nacional de Perinatología, realizan estudios socio-económicos, para otorgar una clasificación y establecer

cuotas de recuperación, conforme va transcurriendo el tiempo del tratamiento la economía de la pareja va siendo afectada.

Por lo tanto es deber del médico y demás equipo interdisciplinario de salud hablar con franqueza a la pareja sobre la duración y el posible éxito que pudiera tener un tratamiento en contra de la esterilidad. Además de explicarle que un hijo debe venir al mundo, con responsabilidad y en las mejores condiciones posibles, lo que incluye un nivel económico estable y suficiente para cubrir sus necesidades (vivienda, alimentación, vestido, educación, etc.) A fin de que reflexione y decida si continua o no con su tratamiento.

Por observaciones realizadas en la Clínica de Esterilidad de Trabajo Social del INPer. Se encontraron cuatro características de como influye el factor económico en las pacientes, mismas que son:

- Pacientes que pese a tener los recursos necesarios y la información oportuna y veraz del equipo interdisciplinario de salud, dejan inconcluso su tratamiento.

- Pacientes de escasos recursos, quienes no obstante su situación son los más entusiastas en cuanto al

seguimiento de su tratamiento.

- Pacientes que por no tener suficientes recursos económicos abandonan o ni siquiera inician su tratamiento.
- Pacientes que tienen los suficientes recursos o que encuentran la manera de sustentar económicamente su tratamiento.

Se hace mención que aunque varias parejas han logrado la continuidad de su tratamiento, esto no les garantiza que alcancen su objetivo (tener hijos), pudiendo llevar un tratamiento por más de 7 años, sin haber obtenido los resultados deseados, incluso algunos casos, como última instancia, y de acuerdo a las circunstancias, se orienta sobre otro tipo de alternativas, entre ellas la adopción.

B. Factor Psicológico

Es importante observar que generalmente la pareja estéril llega a la primera consulta con una mezcla de sentimientos: Angustia, Ansiedad, frustración pero con la esperanza de que gracias a los adelantos médicos lograrán concebir un hijo.

Por otra parte, la pareja estéril presenta diversas actitudes como respuesta al enterarse de su problema y entre las que se mencionan las siguientes:

- **Negación:** Ambos no aceptan que eso les pase a cualquiera de los dos.

- **Agresión:** Se niegan a aceptar ayuda y rechazan cualquier insinuación que se les haga, respecto a un tratamiento. Además muestran envidia hacia las parejas que han llegado a procrear un hijo(s).

- **Aislamiento:** Algunas parejas limitan sus salidas, para evitar hablar de temas relacionados con los hijos, se encierran en su propio mundo y en algunos casos empiezan a crear fantasías con respecto a los hijos, las cuales muchas veces se ven reflejadas en cosas materiales (colección de muñecos, plantas, libros, mascotas, pasatiempo, viajes, etc.).

- **Culpa:** A ambos miembros de la pareja les da miedo enterarse de quién de ellos es el res-

ponsable de la falta de hijos, porque al saberlo, uno se sentiría responsable y sin derecho a estar con su familia y su pareja, y el otro pudiera convertirse en agresor. La familia y la sociedad influyen mucho en agrandar el sentimiento de culpa; se concede al cónyuge, si demuestra que su pareja es incapaz de tener o procrear hijos, la libertad y el derecho de divorciarse, tal como lo menciona el capítulo X del Código Civil para el D.F., en su Artículo 6.

- **Duelo:** Cuando está incapacidad es confirmada, la pareja siente un profundo dolor, similar al que ocasiona la muerte de un ser querido. La frustración también se apodera de ellos pues nunca podrán lograr lo que de manera tan natural consiguen otras parejas: "un hijo"

Sin embargo, adoptar un niño en nuestra sociedad no es nada fácil, se necesita satisfacer una serie de requisitos, sociales, económicos y psicológicos tales como los menciona el Código Civil para el Distrito Federal: en su capítulo V,

sobre la adopción:

Art. 390.- El mayor de veinticinco años, libre de matrimonio, en pleno ejercicio de sus derechos, puede adoptar uno o más menores o a un incapacitado, aun cuando este sea mayor de edad, siempre que el adoptante tenga diecisiete años ó más que el adoptado y acredite además:

- I. Que tiene medios bastantes para proveer a la subsistencia y educación del menor o al cuidado y subsistencia del incapacitado, como de su hijo propio, según las circunstancias de la persona que trate de adoptar;
- II. Que la adopción sea benéfica para la persona que trate de adoptarse; y
- III. Que el adoptante sea persona de buenas costumbres, cuando circunstancias especiales lo aconsejen, el juez puede autorizar la de dos o más incapacitados o de menores e incapacidad simultáneamente.

Art. 391.- El marido y la mujer podrán adoptar cuando los dos estén conformes en considerar el adoptando como hijo y aunque sólo uno de los cónyuges cumpla con el requisito de

la edad a la que se refiere el artículo anterior, pero siempre y cuando la diferencia de edad entre cualquiera de los adoptantes sea de 17 años cuando menos.

Cabe señalar que algunas instituciones agregan otros requisitos como los siguientes:

- Estudio socioeconómico
- Estudio psicológico
- Constancia de ingresos económicos
- Comprobante de domicilio
- Dos cartas de recomendación

C. Factor Cultural:

El ser humano se distingue entre sí por su herencia biológica y por su ambiente social y cultural. El primero de ellos, hace referencia a factores tales como: la pigmentación de la piel, la estructura corporal y el color de los ojos.

En cuanto al segundo aspecto, el ambiente social o cultural, está dado por las vivencias con su medio y las condiciones socioeconómicas y valores culturales, donde se desarrolla el individuo.

Pertenecer a una sociedad significa, cuando menos, una completa adhesión a sus valores culturales, un cierto grado de conformidad con la conducta de sus miembros y la necesidad íntima de conductas sociales satisfactorias.

El modo cultural de satisfacer las necesidades biológicas (reproductivas) del organismo humano crea e impone imperativos culturales. "El emparejamiento, es decir, el sistema de hacer la corte, el amor y la selección de consorte está tradicionalmente determinada por las costumbres culturales que prevalecen en cada comunidad.

La paternidad y la maternidad tampoco son una simple relación biológica; el tratamiento está envuelto en una serie de valores y reglas morales, "El matrimonio se establece por una relación de amor, como muestra de perfecciones trasciende a la sociedad..."

El hombre y la mujer han logrado ir más allá y el matrimonio como institución ha consolidado su permanencia con la formación de la familia, la llamada cédula básica de la

* Campos Guillermo, Antología, No. 2, Art. La familia, Antropología Cultural, Universidad Nacional Autónoma de México, ENTS, 1987.

sociedad.

Es casi imposible encontrar un matrimonio que voluntariamente niegue la procreación, excepto por riesgo de salud o por factores económicos; normalmente la pareja siente la necesidad de trascender para lograr el acceso a sus ideales humanos.

La religión, educación, costumbres, los valores morales y otros factores contribuyen a que un tratamiento en contra de esterilidad tenga éxito o no. Para el médico es indispensable conocer si la pareja accederá a recomendaciones tales como: la regulación de las relaciones sexuales (se utiliza un calendario coital realizado por el gineco.obstetra).

Esto obligará al equipo de salud a no perder su sentido humanitario y a que siempre prevalezca el profundo respeto al paciente a su muy peculiar forma de ser y pensar.

4. La Esterilidad ¿Un fenómeno social?

Esta pregunta surge debido a que la esterilidad se deriva propiamente de un problema físico, (salvo en los casos de esterilidad por causa no determinada). Durante mucho tiempo el médico sólo se conformaba con saber las causas

biológicas que originaban esta incapacidad; pero no se muestra como afectaba la vida y el entorno social del paciente.

Sin embargo, poco a poco los médicos se fueron dando cuenta que los pacientes estériles no se presentan por una dolencia física sino por un constante estado de estrés provocado por la angustia de no tener hijos y a la presión que se ven sometidos por su círculo social, al no cumplir con el fin principal de la unión de una pareja (la procreación); puesto para las sociedades en general, la familia es su base fundamental por lo que se protege y regula jurídicamente.

El hombre es un ser social por naturaleza, dice una conocida frase; para su completo bienestar físico, requiere de ser aceptado y tener parte activa en la sociedad; en virtud de que en una sociedad como la nuestra la falta de hijos a un es criticada. Es la misma sociedad, que mediante sus leyes, como ya se mencionó, permite la disolución del matrimonio en caso de que alguno de los cónyuges sea incapaz de concebir hijos.

Se puede establecer que la esterilidad afecta la vida social de un individuo a partir de tres grandes rubros:

A. La pareja.

Para muchos hombres y mujeres la realización plena como persona sólo se consigue cuando logren ser padres y si no alcanzan este propósito se sienten frustrados, se culpan mutuamente, se desesperan, se deprimen y se autodevalúan, o tal situación altera su relación de pareja e inclusive los puede llevar a disolver el lazo conyugal. Aunque no se niega la posibilidad de que busquen reemplazar el afecto, la amistad y aún el tiempo.

B. La familia.

Los apelativos del padre, hermana, no son solo simples títulos honorarios sino que por el contrario traen consigo serios deberes recíprocos perfectamente definidos y cuyo conjunto forma una parte del régimen social. La familia nace con el fin expreso de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible. El estado otorga a los padres la obligación de proteger, educar y alimentar a los hijos, la muerte aporta un vacío al grupo social y exige un reemplazo; el nacimiento y la paternidad son la respuesta ya que con el nacimiento se garantizan nuevos seres humanos. Por lo tanto la ausencia de hijos provocan un caos; la pareja sabe que sus ideales de trascender serán eliminados, por lo que tal vez la familia no

tenga razón de ser.

La convivencia con los parientes se hace difícil, porque empiezan a hablar en contra del cónyuge estéril, para que el otro lo abandone y así puede con otra persona lograr su realización plena. Esta conducta suele alejar a la pareja del grupo familiar, pues no le ofrece el apoyo y la comprensión que se requiere para solucionar o por lo menos hacer más llevadero su problema.

C. Socialmente.

Dunkeim considera que la sociedad esta constituida por cierta estructura morfológica, por un sistema de órganos cuyas funciones vienen a cubrir las necesidades exigida para la existencia de dicha sociedad. Partiendo de este concepto se puede observar que la vida de la pareja estéril se ve sumamente afectada, ya que la sociedad a través de sus individuos les recriminan el no cumplir con la función de la reproducción.

En ocasiones la pareja estéril se aísla o es aislada por las otras parejas, que piensan que cuando hay conversaciones acerca de los hijos, pueden dañar emocionalmente a la pareja estéril. Además, como ya se mencionó la sociedad permite la

disolución del matrimonio en caso de que no se hayan procreado hijos.

Por lo anteriormente expuesto se concluye que la esterilidad constituye un problema médico social ya, que afecta la relación de pareja y a su entorno familiar y social.

Por otro lado aunque tal vez el problema de la esterilidad, no ocupa un lugar preponderante, tampoco se puede pasar por alto, si se considera el número de parejas estériles que existen en México de 10 a 15% de las que están en edad de reproducción..."(8, 9)

La esterilidad constituye un problema bio-psico-social, por lo que cualquier profesional que trate de encontrar una solución deberá de valerse de instrumentos que le ayuden abordarlo en forma integral.

* Acosta. A.A., Ibidem. pág. 1.

* Nieto Escárrega. Ibidem. pág. 1.

CAPITULO II

LA INVESTIGACION SOCIOMEDICA EN LAS UNIDADES DE TERCER NIVEL DE ATENCION DE SALUD PARA LA REPRODUCCION

1. Investigación sociomédica
2. Investigación sociomédica en las unidades de tercer nivel de atención a la salud.
3. El Trabajador Social en el área médica.
4. Importancia de la investigación sociomédica en el problema de la esterilidad.
5. Transcendencia de la investigación sociomédica en el problema de la esterilidad.

1. Investigación Sociomédica.

Cuando se habla de que el hombre debe ser comprendido en su medio a través de su evolución histórica, el proceso salud enfermedad adquiere un carácter bio-psico-histórico social es decir, se basa en las relaciones sociales que se establecen entre las clases de producción. Cada sociedad crea sus propios problemas de salud y produce las condiciones para los mismos.

La lucha contra la enfermedad no sólo es conseguida con atenciones médicas, es necesario tener conocimientos del contexto socioeconómico y cultural que influye en el proceso salud enfermedad y que se presenta en los diversos grupos sociales. Desde este punto de vista el proceso salud-enfermedad es visto como un fenómeno social dinámico que requiere para ser abordado por una investigación en particular, que le permite averiguar a quién trate la enfermedad, la medida en que está se presenta, las alteraciones y consecuencias que provoca en los distintos grupos sociales, y las verdaderas causas que la producen.

De ahí que la investigación sociomédica surja como una herramienta adecuada para establecer un diagnóstico objetivo del proceso salud-enfermedad, ya que es una -"acti-

vidad creativa y sistemática encaminada a incrementar el acervo de conocimientos científicos y técnicos que contribuyen al estudio y a la solución de problemas colectivos y de salud que sean referentes a su fomento, conservación, prevención y restauración...¹⁰, en las distintas sociedades humanas.

La investigación sociomédica "requiere de diferentes disciplinas que integren sus variados enfoques científicos. De las ciencias sociales toma su metodología para comprender los fenómenos sociales que intervienen en los problemas relativos de salud-enfermedad; por medio de la epidemiología registra la frecuencia y distribución de la salud-enfermedad en las poblaciones y en las interpretaciones de sus factores condicionantes y determinantes. La estadística aplicada en la salud recolecta, clasifica, presenta y analiza la información numérica sobre la salud enfermedad. La educación para la salud crea o modifica actitudes que permiten a los individuos conductas favorables a su salud, saneamiento ambiental contra los factores del medio que pueden ejercer un efecto nocivo en el bienestar, físico, mental y social. La administración médica organiza los recursos médicos y disponibles para aplicar en la producción de bienes y servicios para la sa-

¹⁰ González, Carbajal, Eleuterio, La Investigación Clínica en México, UNAM, 1988. Página 157.

lud..."¹¹.

La importancia de la Investigación sociomédica radica en que ofrece caminos para resolver un problema de salud, en la medida en que permite establecer un diagnóstico objetivo de los factores de riesgo de la enfermedad, según las condiciones materiales de trabajo de los diversos grupos sociales. "En México la investigación estadística de salud, permite ayudar al estudio integral epidemiológico descriptivo y analítico; crear nuevas formas de control de la enfermedad, básicamente a nivel preventivo, mejorar los servicios de atención al público y la capacitación del personal que puede participar en las formas exitosas en el diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de los individuos afectados por un problema de salud..."¹², a través de un equipo interdisciplinario de salud.

Es cierto que en nuestro país no todos los profesionales tienen la oportunidad de participar en proyectos de investigación sociomédica, sólo lo hacen aquellos que por lo general desempeñan sus quehaceres profesionales en una insti-

¹¹ ENEP Iztacala. Investigación Sociomédica. Universidad Nacional Iztacala, ciclo IX y X. México, D.F., 1993.

¹² González Carbajal Eleuterio, La Investigación Clínica en México, UNAM, 1988.

tución de segundo o tercer nivel de atención a la salud. Por lo que a continuación se destaca el tercer nivel, que es el que interesa resaltar en el presente trabajo.

2. Investigación Sociomédica en la unidades de tercer nivel de atención a la salud.

Se hace necesario referir, la organización de los servicios de salud, en virtud de que en nuestro país el Sistema Nacional de Salud, presta atención a la población a partir de tres niveles, cada uno de ellos con características muy bien definidas; según lo menciona el libro "Atención a la salud, Teoría y práctica administrativas (páginas 60-63) a cada nivel le corresponde los siguientes rasgos:

Primer Nivel.

Es el más importante por la magnitud de las necesidades de salud, por ser el sitio de entrada al sistema, y por coordinar todas las acciones. El primer nivel debe ser el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud. En este nivel se promueve la salud, se previene, tratan y curan los padecimientos "banales" y se controlan ciertos padecimientos crónicos". Su enfoque es integrador. Sus características son las siguien-

tes:

- Problemática.** Se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo su salud, de problemas de salud comunes e inespecíficos y de cierto tipo de enfermedades crónicas.
- Cobertura.** Atiende a los vecinos de un pequeño lugar, a comunidades determinadas o a familias específicas.
- Ubicación.** Esta ubicado en la propia comunidad a la que sirve.
- Tipo de Atención.** Los beneficiarios tienen acceso directo a este nivel, existiendo identificación plena entre los servicios y los usuarios.
- Funciones.** Están orientadas hacia la protección de la salud, y el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos.
- Recursos Humanos.** Son personas de la propia comunidad y personal técnico y profesional (médicos, generales, enfermeras generales, etc.).

Recursos Físicos. Son consultorios generales, centros de salud, clínicas generales o familiares así como también centros auxiliares.

En el primer nivel en general se otorgan servicios curativos y preventivos de consulta externa y se trata de elevar la situación sanitaria de la comunidad.

Segundo nivel.

Se identifica con servicios de consulta externa y hospitalización general, en los que se encuentran médicos familiares o generales, algunos especialistas y algunos técnicos especializados. A este nivel acuden todos los pacientes que requieran cierta atención especializada.

Problemática. Se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada.

Cobertura. Sirve a grandes grupos de población o a varias comunidades.

Ubicación. Esta a una distancia media del domicilio del paciente.

Tipos de atención. La atención que se proporciona es de tipo intermitente y por lo tanto discontinua.

Funciones. Se orientan hacia el diagnóstico y el tratamiento tempranos y a la limitación del daño.

Personal. Es personal profesional y técnicos con preparación de tipo concentrado y de amplitud y profundidad medias.

Recursos físicos. Son hospitales generales, consultas externas generales y de ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

Tercer nivel.

Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente tecnificados.

Problemática. Se ocupa de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes.

Cobertura.	Sirve a grupos de población muy grandes o a muchas comunidades.
Ubicación.	Puede estar ubicado a gran distancia del hogar del paciente.
Tipo de atención.	La atención que se proporciona es de tipo episódico y, por ello, discontinua. Los pacientes tienen acceso directo a este nivel. Suele haber alto riesgo en la atención.
Funciones.	Son fundamentalmente la curación y la rehabilitación.
Personal.	Requiere personal científico, médico, paramédico y técnico altamente especializado; de preparación estrecha en amplitud y de gran profundidad.
Recursos Físicos.	Son hospitales especializados. Centros médicos, centros hospitalarios y hospitales universitarios.

Estos tres niveles se presentan en la organización y

funcionamiento de la atención médica del sistema nacional de salud, mismo que comprende IMSS, ISSSTE, DIF, DDF, SDN e instituciones privadas de salud.

En el renglón de Investigación Sociomédica no cabe duda que el licenciado en Trabajo Social, tiene una función importante que desarrollar, para aportar conocimientos sobre la influencia de los factores sociales en los problemas de salud y las formas sociales de organización que pudiera contribuir a solucionar dicho problema.

3. El Trabajador Social en el Área de la Salud.

Retomando la importancia de la investigación sociomédica, así como la necesidad de un equipo interdisciplinario que investigue todos los factores que intervienen en un problema de salud; se considera que el trabajador social es un elemento importante, que debe aportar los conocimientos sociales, necesarios para abordar y tratar un padecimiento de salud de manera integral. Por lo que a grandes rasgos se mencionará la labor que ha venido desempeñando el Trabajador Social en el área médica, y las funciones que realiza en la actualidad.

El antecedente de la participación en esta área se remonta a mil novecientos cuarenta y tres, año en que "empieza

a ser contratados Trabajadores Sociales para desempeñar ciertas funciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada.

Por otra parte, para que la investigación sociomédica alcance los fines antes mencionados es necesario que las instituciones de tercer nivel de atención a la salud se propusieran alcanzar los siguientes objetivos: (como lo señala el libro "Investigación Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México"):

- Capacitar a investigadores y profesionales para que puedan llevar a cabo investigación sociomédica.
- Impartir cursos de especialización y similares.
- Ofrecer servicios de información sobre investigación y programas.
- Apoyo presupuestal a corto y largo plazo a programas y proyectos vinculados a la asistencia, investigación y docencia.
- Contribuir a la creación de nuevas dependencias e instituciones.

Es propio señalar el hecho de que la investigación sociomédica que se realiza en una institución estará acorde con las políticas internas que esta tenga y así como también

a las políticas sociales del país en que se realice y también es importante mencionar que por su naturaleza este tipo de investigación se lleva a cabo por un equipo interdisciplinario.

Funciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada.

Al principio, su actitud se centra en la fijación de cuotas así como de promover la ayuda material para los enfermos con mayores carencias. A medida que fue destacando el papel de Trabajador Social se le empezó a ubicar como el profesionalista capaz de mantener la conexión entre el paciente y su hogar, cuando aquél se encuentre fuera del núcleo familiar...¹³

En la actualidad el Trabajador Social encamina su especificidad a una aproximación de la realidad social en donde interviene de manera significativa para orientar a los sujetos sociales que portan necesidades o carencias y organiza y moviliza los servicios y recursos que ofrece el Estado a través de las instituciones que tienen la responsabilidad de atender esas carencias.

¹³ Terán Trillo, Margarita. Revista No. 37 de Trabajo Social. ENTS UNAM. 1990.

El trabajador Social en el area de la salud debe de tener organizadas sus acciones en base a los niveles o tres planos de atención a la salud, considerando las siguientes funciones en cada uno de ellos, según lo refiere el artículo " el perfil profesional del Trabajador Social en el Area de la Salud (perfil ideal) publicado en la revista No. 37 de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.

En el primer nivel lleva acabo actividades de promoción de apoyo a la salud, como son el cuidado del ambiente, estilo de vida y el desarrollo socioeconómico de la población.

En el segundo nivel los esfuerzos del Trabajador Social están orientados principalmente al tratamiento oportuno, la limitación del daño, la rehabilitación y recuperación de la salud; por lo que realiza acciones tendientes a reforzar el tratamiento médico mediante la participación del enfermo y su familia en las pláticas informativas con respecto a su tratamiento.

En el tercer nivel de atención a la salud el Trabajador Social realiza actividades de investigación. Analiza como intervienen los valores y costumbres cotidianas de la población, en el desarrollo y tratamiento de un padecimiento de salud, a la vez sistematiza sus experiencias y las da a

conocer a otros, también participan en la elaboración, el desarrollo y análisis de programas y proyectos interdisciplinarios para la atención de la salud.

Por la naturaleza de su actividad se puede notar que el Trabajador Social de 2º y 3er. nivel de atención requiere de conocimientos especializados en investigación a fin de brindar mejor atención a los pacientes.

4. Importancia de la Investigación Sociomédica en Trabajo Social.

La "formación del Trabajador Social especializado en el áreas de la salud esta orientada a la investigación sociomédica, misma que le permitirá conocer los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, la Administración de los servicios de Trabajo Social de las distintas unidades operativas, así como la educación y dinámica de los grupos que la llevan a promover la organización de la población a fin de que participen, en los planes, programas y proyectos, tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; en donde deberán sistematizar las experiencias desarrolladas para la retroalimentación teórica operativa de su propia profesión, generando modelos de intervención que permitan la

obtención de mejores resultados..."¹⁴

El trabajador Social en el área de la salud debe de estar capacitado para trabajar con un equipo interdisciplinario, en donde desarrolle actividades de Planeación, administración, investigación, educación y asistencia; así como la organización de grupos, y en general de la población para que participen en programas y acciones específicas.

Estas funciones le permitirán al Trabajador Social participar en la lucha contra el fenómeno social que representa la enfermedad y, en el caso concreto del problema de la esterilidad la investigación que este realice ira encaminada a buscar en que medidas los aspectos sociales contribuyen a hacerle frente a este problema.

5. Trascendencia de la Investigación Sociomédica en el problema de la Esterilidad.

La experiencia ha demostrado que la calidad de la atención médica mejora a través de la investigación. Para entender un fenómeno médico Social, es necesario tener conocimientos de un marco teórico referencial, de la realidad social

¹⁴ Terán Trillo, Margarita, Ibidem., página 26.

del problema y de los individuos a quienes afecta.

La investigación sociomédica aporta los conocimientos necesarios para que un problema de salud sea abordado de una manera integral, logrando un desempeño asistencial cada vez más humano.

A su vez este tipo de investigación, describe, evalúa, analiza y sistematiza las experiencias institucionales, lo cuál ayuda a crear modelos de intervención más congruentes con el sistema social, en el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por un problema específica de salud.

Como consecuencia de todo lo antes dicho, la investigación sociomédica en Trabajo Social tiene una gran trascendencia en el problema de la esterilidad, en sentido de que aporta conocimientos teóricos prácticos sobre la influencia de los factores sociales en la detección y tratamiento de este problema; lo que debe llevar a comprenderlo en toda su magnitud, haciendo que la atención sea más eficaz y accesible, y responda a los ideales de quienes se dedican a combatir la esterilidad y que al mismo tiempo responda a la expectativa de los pacientes afectados por este problema.

Además el momento histórico por el cual atraviesa nuestro país al estar enfrentando diversos problemas (inflacionarios, de salud, vivienda, etc.) y el cambio a que se verá expuesta la realidad política del mismo con la entrada en vigor del tratado de libre comercio, en donde las instituciones serán en su mayoría privadas, se requerirá de personal capacitado para hacer frente a las alteraciones que sufrirá la sociedad y que lógicamente afectarán el proceso de Salud-enfermedad.

Por lo mismo la investigación sociomédica debe recibir impulso a gran escala, y cada institución médica deberá de crear programas de docencia que lo fomenten y apoyen. A su vez el Lic. en Trabajo Social y el resto del equipo interdisciplinario deben de pugnar por una labor verdaderamente interdisciplinaria para el conocimiento integral de los problemas y plantear soluciones en relación con las causas reales que los determinan. Por ejemplo, la creación de una Clínica de Esterilidad en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer.) no fue por el solo interés de alguien sino que se requirió de una investigación exhaustiva que fundamentó su creación.

Por lo que es importante dedicar un capítulo para conocer los aspectos generales del INPer, como surge la necesidad

de crear una clinica de esterilidad y cual es la participacion que el Trabajador Social tiene a este respecto y, en concreto, que funciones realiza en la Clinica de Esterilidad.

CAPITULO III

ASPECTOS GENERALES SOBRE LA CLINICA DE ESTERILIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

1. Información General del Instituto Nacional de Perinatología.
2. Importancia del Trabajador Social en el INPer.
3. Clínica de Esterilidad
 - A. Marco Teórico
 - B. Justificación
 - C. Funciones de la Clínica de Esterilidad
 - D. Objetivos de la Clínica de Esterilidad

1. Información general del Instituto Nacional de Perinatología.

En nuestro país son pocas las instituciones que se dedican al estudio y tratamiento del problema de la esterilidad y sobre todo que la consideren un problema social.

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), sobresale en este aspecto, por su desempeño no sólo a nivel del servicio que proporciona, sino por la investigación que realiza en relación con esta incapacidad.

Según lo señala las memorias del Instituto, el antecedente más antiguo del INPer, se remota al año de 1921, cuando se crea con carácter de beneficencia privada, la maternidad "Casa del Periodista"; para 1929, pasa a depender del Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente, a la Beneficencia Pública; en 1977, pasa a formar parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y en 1982, por decreto presidencial, se dispone que Perinatología funcione como un organismo descentralizado.

Dadas las características de la población mexicana, conformadas en su mayor parte por personas jóvenes, y a la trascendencia que para éstos tiene el fenómeno de la repro-

ducción humana con todo lo referente a la fecundación, embarazo y pos-parto (la evolución del recién nacido y la madre), se necesitaba de una institución encargada de estas cuestiones.

Así el día 19 de abril de 1983, en el Diario Oficial por Decreto Presidencia surge el Instituto Nacional de Perinatología, como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios, tendiendo como base los siguientes objetivos:

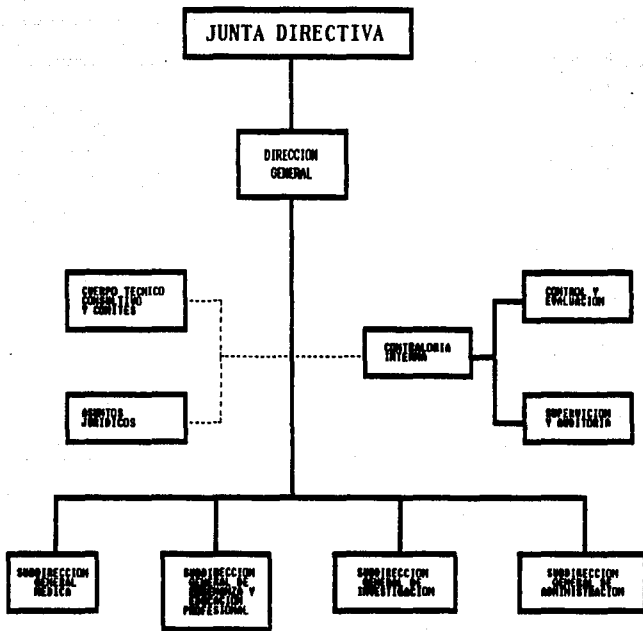
- "Proporcionar atención a mujeres con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.
- Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología.
- Impartir docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la Perinatología.
- Difundir conocimientos en el área de Perinatología.
- Prestar asesoría a la Secretaría de Salud en cada campo, cuando lo solicite.
- Actuar como organismo de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia de Perinatología.

- "Apoyar los programas de salud pública..."¹⁸

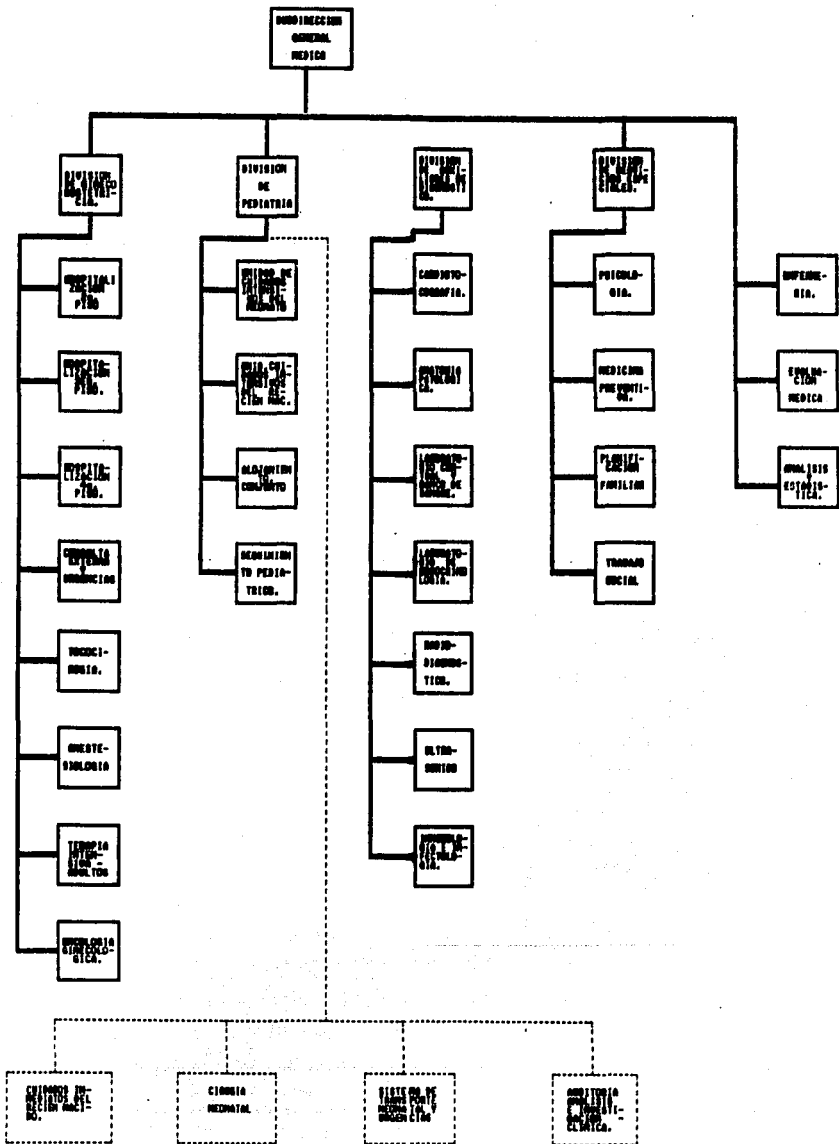
Con base a los objetivos ya mencionados se desprende la necesidad de que el INPer, cuente con cuatro subdirecciones. Subdirección General Médica, Subdirección General de Investigación y Subdirección General de Administración, tal como lo muestra el organigrama del Instituto Nacional de Perinatología (véase la siguiente página). De estas cuatro divisiones la que es de particular interés de quienes suscriben la presente tesis sin duda es la Subdirección general médica de quién depende servicios especiales de donde se desprende el Departamento de Trabajo Social; como se puede apreciar en el organigrama de la estructura orgánica de la Subdirección General médica que se muestra posterior al del INPer.

¹⁸ Memorias del Instituto Nacional de Perinatología, 1988.

Estructura Organica del Instituto Nacional de Perinatologia



ESTRUCTURA ORGANICA DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.



El INPer es a la fecha uno de los institutos en salud reproductiva más importante del país; financia sus gastos en un 85% a través de recursos fiscales otorgados por el gobierno y en un 15% por cuotas de recuperación y en ocasiones también por donaciones, aunque por lo general estas no son representativas porcentualmente.

Servicios que presta:

El instituto Nacional de Perinatología cuenta con servicios de:

- Consulta externa
- Auxiliares de diagnóstico (laboratorio, radiología, etc.)
- Hospitalización
 - Alojamiento conjunto (adulto y neonato)
 - Terapia intensiva (adulto y neonato)
 - Terapia intensiva
 - Cuneros

Basando su asistencia principalmente en la atención de las siguientes causas de morbilidad tal como lo mencionan las memorias del INPer de 1988.

Morbilidad en el estado puerperal.

- Problemas hipertensivos
- Procesos infecciosos
- Problemas cardiovasculares
- Cirugía previa al útero

Morbilidad Neonatal.

- Prematuridad
- Hijo de madre diabética
- Bajo peso al nacer
- Malformaciones congénitas

Morbilidad en ginecología.

- Esterilidad e infertilidad
- Hemorragia genital
- Trastornos menstruales
- Síndrome de climaterio

A su vez el INPer proporciona servicios de enseñanza a pacientes y profesionales (pregrado o posgrado), investigación, orientación e información a nivel general.

Para brindar todos estos servicios el INPer cuenta con personal de diversas especialidades y áreas de conocimiento (y que en conjunto dan manejo integral a la población) el cual se distribuye de la siguiente manera: 7.6% médicos, 1.9% investigadores, 7.1% trabajadores sociales, 10.4% técnicos, 34.5% enfermeras, 1.2% servicios generales y 37.3% que lo compone el resto del personal.

El Instituto Nacional de Perinatología atiende principalmente en un 65% a pacientes que provienen del Distrito Federal 25% foráneos y el 10% de zonas periféricas.

2. Importancia de Trabajador Social en el INPer.

Según la información del manual del Departamento de Trabajo Social del INPer, Trabajo Social pretende una intervención científica a través de la investigación de los fenómenos sociales que intervienen en el proceso de reproducción humana, no siendo menos importante la acción asistencial para el fomento de la salud del individuo en los aspectos de medicina perinatal, por lo que sus objetivos como Departamento son:

- "Conocer la realidad social temprana, así como analizar la manera de aprovechamiento de los recur-

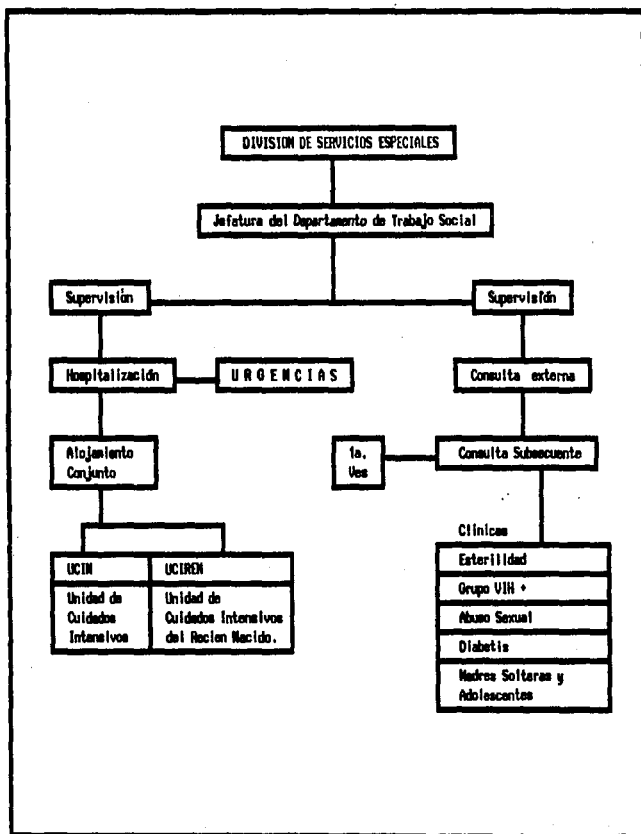
... sos del individuo y la comunidad.

- Describir las acciones del Trabajador Social en una institución de tercer nivel de atención a la salud.
- Ubicar al Trabajador Social en una institución de tercer nivel.
- Especificar los objetivos del Trabajador Social a nivel de investigación, enseñanza y asistencia."¹⁶

Para cumplir con los objetivos antes señalados el Departamento del Trabajo Social estableció su estructura orgánica de la siguiente manera:

¹⁶ Manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social del INPer.

ESTRUCTURA ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



El Departamento de Trabajo Social del INPer tiene como función principal:

"El estudio de los factores de mayor trascendencia a nivel individual y/o familiar para determinar su influencia en el fenómeno de la reproducción humana, como lo es el caso de la medicina perinatal, asumiendo características fundamentales en el área de la investigación, prevención, rehabilitación y promoción de la salud..."¹⁷

La participación del Trabajador social en el INPer se ve involucrada en tres niveles primordiales: Asistencia, Investigación y Enseñanza; cada uno de estos niveles a su vez se convierten en tres objetivos principales de esta institución de tercer nivel de atención a la salud.

La concepción del ser humano como ente bio-psico-social obliga a las diversas profesiones de las ciencias sociales, entre ellas Trabajo Social, a funcionar en grupos interdisciplinarios de trabajo con objeto de brindar atención integral.

Las principales funciones del trabajador social en el INPer son las siguientes:

¹⁷ Manual del Departamento de Trabajo Social del INPer:

- Detecta fenómenos sociales (positivos y negativos) que influyen en el proceso perinatal.
- Valora la condición socio-médica para establecer cuotas de recuperación.
- Proporcionar un manejo específico de Trabajo Social.
- Brindar información necesaria sobre elementos del orden socio-económico y de dinámica familiar del equipo interdisciplinario de trabajo.

En la medida que el trabajo social participe activamente en los objetivos antes señalados, el enfoque de su quehacer profesional deberá desarrollarse en un marco de metodología específica; de tal manera que sus acciones se encuentran íntimamente ligadas a las ciencias sociales y poder así diseñar investigaciones sociales.

Para cumplir con la función y los objetivos anteriormente señalados, El Departamento de Trabajo Social cuenta con los siguientes recursos humanos:

RECURSOS HUMANOS

Turno Matutino

- 3 Trabajadoras Sociales en alojamiento conjunto
- 2 Trabajadoras sociales en Neonato UCIN/UCIREN
- 1 ó 2 Trabajadoras Sociales en Urgencias
- 1 Trabajadora Social en primera vez
- 3 Trabajadoras Sociales en consulta subsecuente
- 1 Trabajadora Social cubriendo ausencia de una compañera.

Turno Vespertino

- 1 Trabajadora Social en Urgencias
- 1 Trabajadora Social en primera vez

Turno Nocturno

- 2 Trabajadoras Sociales en Urgencias se rolan en forma terciaria.
- 1 Trabajadora Social el fin de semana
Sábados 8 am. : 8 pm.
Domingos 8 am. : 8 am. del Lunes.
- 5 Trabajadoras Sociales adscritas en cada una de

las clínicas que se desprenden del Departamento de Trabajo Social.

Cuenta también con la jefatura de Trabajo Social y 2 supervisoras, dando un total de 25 Trabajadoras Sociales en el Instituto (17 a nivel técnico y 8 a nivel licenciatura) cabe señalar que para ser jefe de departamento o supervisora se tiene que tener el título de Licenciatura.

Los recursos humanos de Trabajo Social del INPer desempeña su actividad según el área donde desempeñan sus servicios.

Actividades del área de hospitalización

- Trámites de alta
- Orientación de Trámites de registro civil
- Caso específico, remite consultas
- Trámite de traslado
- Trámite de reclasificación
- Visita médica
- Trámite de defunción
- Participación de sesión de alta (nota de crédito, orientación, etc.)
- Apoyo a programas institucionales (informe diario)

- Reclasificación
- Terapias neonatales (UNCIN y UCIREN)

Actividades de urgencias.

- Orientación, donación de sangre, horario de visitas
- Trámites de traslados y papelería que se lleva a cabo
- Información
- Canalización de servicio de consulta externa
- Apertura de expedientes de 1ª vez
- Trámites de defunción
- Casos pendientes
- Trámites administrativos
- Trámites de traslado

Actividades de Consulta Externa.

- Información del registro civil
- Trámites de reclasificación.
- Atención a pacientes subsecuentes aproximadamente entre 13 a 14 diarios.
- Atención a pacientes por 1ª vez aproximadamente 25 por la mañana y por la tarde un máximo de 15

Del departamento de Trabajo Social en el área de consulta externa se desprenden 5 clínicas, una de ellas es la de ESTERILIDAD motivo de esta tesis.

3. Clínica de Esterilidad.

A. Marco Teórico de la Clínica de Esterilidad.

La información que a continuación se presenta fue tomada de la ponencia "Influencia de la esterilidad en la relación pareja y sus repercusiones" de la Trabajadora Social Amalia Esther Cansino Espinosa, INPer, 1992.

Durante siglos se consideró a la mujer como única responsable de la esterilidad de la pareja y sólo en las últimas décadas empezó a dársele importancia a la esterilidad en el hombre; debiéndose esto a la organización patriarcal y a la concentración de valores en el hombre que negaban su participación como factores de esterilidad.

Se define a la esterilidad como la incapacidad de una pareja para concebir después de tener relaciones sexuales frecuentes durante un lapso de 1 a 2 años, dependiendo de la edad de la mujer. En relación a la edad se ha encontrado que las pacientes Estériles ya no son en la mayoría jóvenes.

Ahora es más probable que sean parejas de edad más avanzada, habiendo usado anticonceptivos y ahora desean tener hijos.

La esterilidad en el ser humano es un problema más común de lo que se considera, cuando una pareja se percata de que no puede concebir, surgen en ellos infinidad de sentimientos originando en cada una crisis, que se ven agudizados con el tiempo, llegándose a convertir su esterilidad en el aspecto más importante sobre el cuál gira su vida.

La esperanza de lograr un embarazo, hace que no se formulan planes a corto, mediano y largo plazo, traducándose esto como inestabilidad emocional, acompañado de una gran angustia, aumentando conforme esta situación se prolonga, alternándose con períodos de frustración y desaliento al tener que esperar los resultados del tratamiento al que son sometidos, siendo aquí donde la pareja cae en una fatiga emocional ante la gran presión que se ejerce en ellos interfiriendo en la capacidad para satisfacer las necesidades de la pareja.

En general, las parejas, independientemente, de su posición socio.económica, su nivel cultural y educacional,

conservan conceptos donde en el matrimonio es un deber o una necesidad, tener hijos, porque esta conducta corresponde a un modo de vivir y actuar que puede ser resultado del medio ambiente en el que se han desarrollado, jugando este un papel importante, ya que se llega a estigmatizar a la pareja que no tiene hijos; Por lo que es importante que la pareja estéril conozca sus capacidades, estar conscientes de su valor personal y su dignidad como ser humano; así mismo aceptar sus limitaciones.

En la actualidad se vive más claramente el concepto de hombre estructura, cada vez se observan más a menudo en nuestra sociedad cambiante los llamados soportes, estructurales, los cuales esta regulando constantemente el comportamiento humano, siendo influida la decisión de procrear por las presiones que ejercen en ellos y por el significado que la paternidad tenga para la pareja.

El sociólogo "Weber" encontró en su investigación que existen valores sociales implícitos a la condición paternidad y maternidad siendo los siguientes:

Obligación Moral.- Todas las religiones interpretan la

Procreación como una obligación moral y necesaria al cumplimiento de los propósitos del matrimonio, conduciéndose a interpretar la esterilidad como castigo divino.

Responsabilidad.-

La reproducción de la especie y la institución familiar constituye una de las necesidades para la continuación de la sociedad. Las parejas que no cumplen con esta función vital, son consideradas como disfuncionales, marcándose así un índice de desorganización.

Conducta moral.-

El deseo de tener un hijo es una característica innata del ser humano ante la existencia de un impulso reproductivo y un instinto parental.

Expresión sexual.-

El significado social de la paternidad está asociado con la sexualidad; ante la adquisición de una correcta identidad (hombre o mujer) y la ejecución del acto sexual placentera-

mente, conllevando la reproducción, aunque no en todos los casos.

Equilibrio matrimonial.- Se toma a los hijos como la base principal del ajuste y la felicidad marital.

Indicador de Salud

Mental.-

Debido a la creencia de que el instinto maternal es mayor que el impulso reproductivo masculino, la relación entre estar sin hijos y la alteración psicológica existente, se considera que es mayor en la mujer que en el hombre porque el reproducirse es tomado como indicador de madurez, siendo la paternidad una de las maneras más fáciles de alcanzar el estatus de adulto.

Hofman y Hofman señalan que es multidimensional el valor de un hijo y no implica ninguna relación con alguna caracte-

ristica o situación individual, existiendo una serie de variables que pueden influir en esta actitud y solo algunas combinaciones de situaciones físicas, normas y motivaciones, estimularán el deseo de concebir.

Cuando la pareja se da cuenta de que quizá nunca logren tener un hijo, se desarrolla un estado emocional llamado "crisis de esterilidad", conceptualizándose como una disfunción de un estado estable o un período de desequilibrio; en algunos casos éste puede iniciarse durante el proceso de diagnóstico a lo largo del tratamiento.

Es así como la inter-relación de la complejidad de los aspectos psico-sociales de la esterilidad requiere del compromiso profesional de las diversas disciplinas involucradas en el abordaje de estas parejas, exigiendo un amplio y minucioso estudio de todas y cada una de las circunstancias y acciones a realizar por el equipo interdisciplinario en la atención oportuna y eficaz de este tipo de población, que de manera creciente demanda la atención Institucional siendo así como se ve la necesidad de sistematizar la acción profesional del Trabajador Social en la Clínica de esterilidad el INPer, y de esta manera brindar atención específica a este tipo de pacientes, la cual se basa en un diagnóstico preliminar que

permita establecer las pautas para el tratamiento y la participación de Trabajo Social.

B. Justificación.

El surgimiento de la Clínica de esterilidad se debió a la necesidad de que el Instituto Contará con un lugar específico y personal capacitado para dar atención a la demanda de parejas con problema de esterilidad; por lo que se fundamentó la creación de la clínica en base a las siguientes razones.

- El número de parejas estériles que solicita su atención en el INPer, constituye actualmente, el 12% del total de la población que atiende el instituto.

Se hace mención que la mayoría de estos pacientes acuden por recomendaciones del médico, trabajadores y pacientes del INPer, así como también por los anuncios transmitidos en los medios de comunicación.

- La observación del servicio de Trabajo Social Comproueba el criterio de muchos autores, en el sentido de que la problemática social constituye uno de los

factores más importantes de las parejas estériles, y en particular, de las que no tienen solución a su problema biológico.

- Es imprescindible sistematizar las acciones de trabajo social en el área de la esterilidad conyugal, a través de una metodología a fin de conocer con precisión los factores sociales que afectan que afectan a este grupo de pacientes.
- La sistematización de las acciones de trabajo social permite crear programas sociales de asistencia, docencia e investigación, que se requiere para brindar a las parejas estériles una atención social integrada y especializada.
- la atención de alta calidad a las parejas estériles sólo podrá alcanzarse a través de la experiencia.

C: Funciones de la Clínica de Esterilidad.

En este sentido el Trabajador Social en el presente proyecto requiere precisar su acción por lo que se especifican sus funciones y actividades a desarrollar a fin de definir su práctica profesional en el INPer en base a los objeti-

vos fundamentales propios de la institución: Asistencia, enseñanza e investigación.

A continuación se mencionan cada una de estas funciones:

Asistencia.

Proporcionar atención profesional especializada a las parejas con esterilidad a fin de cuadyuvar a su dinámica en relación al tratamiento médico, social y psicológico.

Educación.

Participar en el proceso educativo de las pacientes y su pareja a través de la promoción, orientación y motivación para la aceptación y manejo de su diagnóstico de esterilidad mediante la atención profesional especializada.

Investigación.

Investigar las condiciones sociales de la pareja estéril y su impacto ante el tratamiento que se requiere.

D. objetivos de la Clínica de Esterilidad.

- Brindar atención social integral, a las parejas con esterilidad conyugal, mediante la sistematización profesional de Trabajo Social.
- Proporcionar asistencia social especializada a este grupo de paciente.

Para el INPer la creación de una clínica de esterilidad constituyó una seria responsabilidad, tanto más para el trabajador social; prácticamente se estaban convirtiendo en pioneros de esta forma de trabajo, por lo que se creyó que tal experiencia resultaría sumamente beneficiosa para otras instituciones; claro está presentada de una manera organizada y sistematizada en un modelo de intervención específico de trabajo social, para el manejo de la pareja estéril.

Sin embargo, no basta con decir que se tiene un "modelo Intervención", es necesario fundamentarlo teóricamente y haberlo llevado a la práctica con resultados positivos. De ahí que el interés de este trabajo sea el analizar el "Modelo de Intervención del Departamento de Trabajo Social y en la Clínica de Esterilidad del Instituto Nacional de Perinatología.

CAPITULO IV

CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES DE UN MODELO DE INTERVENCION

- 1. El proceso de intervención objeto y objetivos**
- 2. Concepto de Modelo de Intervención**
- 3. La especificidad en Trabajo Social y los Modelos de Intervención.**

1. El proceso de Intervención en Trabajo Social. Objeto y Objetivos.

Desde sus orígenes las ciencias y disciplinas sociales se han encargado de estudiar el conjunto de fenómenos que llenan el ambiente cotidiano y el ambiente común de la vida humana.

Cada ciencia o disciplina social es aplicada en virtud de su objeto de estudio y los objetivos específicos de su acción.

Por lo que respecta a Trabajo Social, aún no se dispone de una definición general que englobe todos los conceptos que se atribuyen; más para los fines de esta investigación se le define como una profesión de las ciencias sociales que "interviene directamente con los grupos sociales que presentan carencias desorganización o problemas sociales y que no han tenido la posibilidad de resolver por sí mismos. Por ello el Trabajo Social promueve la organización de la población, con el objeto de satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación de esta en una sociedad en permanente cambio.

buscando con ellos elevar sus niveles de vida...¹⁸ Con definición antes mencionada, se entiende que cuando se presenta un conflicto o problema social, el Trabajador Social interviene promoviendo la modificación de las actitudes de los individuos que resultan afectados por este problema y que ellos por si mismos logren afrontarlo con éxito.

El proceso de intervención en Trabajo Social estrechamente ligado con la especificidad de su profesión, es decir, la forma en como va a aplicar el conjunto de conocimientos, experiencias, técnicas y procedimientos que ha adquirido a través de su trayectoria como profesión, para solucionar un fenómeno social delimitado y muy bien definido.

El Trabajador Social antes de actuar debe tener conocimiento de la realidad social, identificar como se dan las relaciones sociales de producción y que relación guardan con los problemas y conflictos que afectan a los individuos, impidiéndoles un desarrollo integral. De esta manera la intervención en Trabajo social no se da por ninguna fórmula mágica, cada fenómeno físico psíquico, histórico o social de una persona debe si de ser intervenido según sus peculiares

¹⁸ Gaceta de Trabajo Social, Conceptualización de Trabajo Social, órgano informativo de la ENTIS, Epoca VI, pág. 3, febrero 1989.

características, de ahí que no existe un solo tipo de intervención.

Pero lo más importante no es definir las intervenciones si no determinar los factores que influyen en la forma de intervención. Por lo que primeramente el Trabajador Social debe delimitar su objeto de intervención, es decir el fenómeno de demanda ser atendido, así como también a que individuos afecta (sujeto portador de necesidades o carencias) y que instancias tienen la capacidad y los servicios para ayudar al afectado a solucionar o por lo menos atenuar su problema.

Después que el Trabajador Social determina estos factores, el siguiente paso consistirá en plantear cuales son los objetivos de su acción, es decir, lo que quiere y pretende lograr con la misma. Es evidente que los objetivos surgirán en virtud del objeto de intervención, los lineamientos de la institución que le brinda atención y la función específica del Trabajador Social, pero para elaborarlos, "según María del Carmen Mendoza Rangel, se toma en cuenta estos tres aspectos básicos:

Organización; se refiere a todas las formas de agrupación social que el hombre es capaz de realizar con la población para dar solución a la demanda que plantea o

bien para enfrentar la problemática.

Movilización; Son las tareas y acciones de carácter amplio que la población debe desarrollar para enfrentar sus necesidades y buscarle una solución.

Orientaciones; Trata de todos aquellos contenidos informativos que le son transmitidos al afectado y que le son necesarios para enfrentar su problemática..."⁹

Además de estos aspectos el Trabajador Social debe de estar capacitado para la investigación, la planeación social y la administración de servicios.

La acción específica del trabajador social se determina de acuerdo al campo laboral donde desempeña su actividad (área de salud, penitenciaria, asistencia, vivienda, etc.).

2. Concepto de Modelo de Intervención.

El que un profesional o una institución, logre los objetivos y metas planteadas en un plan o programa, determinado a combatir un problema social no es suficiente es nece-

⁹ Mendoza Rangel María del Carmen, Una opción metodológica para Trabajadores Sociales, México, D.F., 1989.

sario sistematizar las experiencias logradas, sobre todo si estas son satisfactorias ya que las mismas pueden servir como ejemplo a otros profesionales que traten un problema similar.

Se requiere dicho de otra forma, crear Modelos que guíen la intervención, dado que para el Trabajador social, como para cualquier profesión, estos ayudan a crear situaciones controladas que permiten el abordaje y la lucha contra los problemas sociales.

"Los Modelos son un conjunto de acciones relativas a un campo de fenómenos y experiencias..."²⁹

Para que un Modelo sea considerado como tal, requiere de cumplir con determinadas características:

Definir el tipo de fenómeno: las situaciones problemáticas e indeseables que se presentan, el tiempo y el lugar donde se dan; en que sectores sociales se manifiestan y a quienes en particular les afecta.

En este punto el Trabajador Social examina la concepción de su modelo y las causas significativas de su problema en el

²⁹ Hill Ricardo. Caso Individual. Editorial Humanitas, Buenos Aires Argentina. 1970.

cual piensa intervenir, busca toda la información que se tenga al respecto de acuerdo al momento histórico y a la realidad social en donde se origina y que al mismo tiempo afecta.

Contener una base conceptual: Para comprender, describir y analizar los problemas y a la vez determinar los objetivos de intervención del Trabajador Social. Lo cual supone, por parte de este profesional, el estudio de los sistemas teóricos, las preposiciones e hipótesis que surgen del estudio histórico, filosófico o teológico del hombre en su vivir cotidiano. Así como los enunciados que nacen del análisis de las experiencias, que en la práctica hayan ya aplicado un modelo de intervención.

Definir la naturaleza de la intervención del Trabajador Social: En este punto el Trabajador Social determina los principios de acción (objetivos a corto o mediano plazo) y los procedimientos, métodos y técnicas de intervención: los cuales deberán ser coherentes al esquema conceptual en el que se definió el problema. ¿El porqué y a quién se dirige la intervención? y, por supuesto, lo que se pretende lograr y también los nuevos conceptos que pudieron derivarse.

Marco institucional en el cual el Modelo es empleado y

de que medios se vale. En este sentido el Trabajador Social precisa la organización requerida por el Modelo Congruente con las políticas que rigen en la Institución en la cual piensa aplicarlo, considerando que de ello depende el apoyo y los recursos reales que se le proporcionen.

La sociología de la práctica contenida en el Modelo: en este punto se explica la relación que guarda el trabajador Social con la sociedad y los individuos y cómo funcionan en conjunto para darle solución a un problema específico.

Como se concibe al individuo que sufre el problema. El trabajador Social identifica las causas que originaron el problema en el individuo en base a sus características particulares, en el medio ambiente y el nivel social en el cual se desarrolla, por otro lado, el Trabajador Social identifica también la naturaleza y la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas.

La naturaleza de la relación significativa entre el trabajador social y la persona que ayuda. En este punto se especifica las funciones y la contribución que espera de cada uno, en el desarrollo del Modelo de Intervención, las actitudes y los medios que se requieren para que tengan éxito.

La viabilidad del Modelo. Esta característica específica que el Modelo deben de estar de acuerdo a la realidad social y con las políticas sociales del país en donde se piensa aplicar, las circunstancias sociales de los individuos y el apoyo institucional que el Modelo recibirá.

Al ponerse en marcha un Modelo de Intervención el Trabajador Social promueve la modificación de las condiciones desfavorables que determinaron el problema relacionado al ponerse en práctica en el modelo, las siguientes actividades.

- Definir el problema social
- Analizar la situación
- Hacer una evaluación preliminar y operativa
- Elaborar un proyecto social
- Poner en práctica un proyecto social
- evaluar los resultados
- Elaborar nuevos proyectos conforme a los resultados de su evaluación.
- Promover la participación activa y organizada a la población.
- Participación social, promover la participación activa de la población en la utilización de los servicios existentes para lograr el bienestar de la misma.

No obstante para que la intervención del Trabajador Social no resulte infructífera, además de realizar estas actividades requiere reglamentar su acción, mediante una serie pasos o lineamientos, es decir, debe establecer la metodología de su intervención.

Un Modelo es entonces una experiencia institucional que ha funcionado a algunos y que puede servir como ejemplo a muchos; sin embargo, para seguir conservando su carácter individual debe en teoría generalizar sus etapas y en la práctica determinar en cada etapa sus diferentes características.

3. La especificidad en Trabajo Social y los Modelos de Intervención.

El Trabajador Social no constituye en sí una ciencia o un arte; es sin embargo, una profesión que a través de la utilización de conocimientos de diversas disciplinas y la aplicación de las habilidades correspondientes tiene espacios profesionales que pueden considerarse específicos, puede afirmarse que para su ejercicio tiene un cuerpo metodológico científico, y que según Kisnerman es "una intervención intencional y científica, por lo tanto, racional y organizada de la realidad social, para conocerla y transformarla, contribu-

profesiones a lograr el bienestar social de la población....²¹

Aunque a través de su trayectoria como profesional Trabajo Social ha adquirido múltiples experiencias de como intervenir en distintos conflictos sociales, ha encontrado que no todos pueden solucionarse de la misma manera, ya que cada uno presenta características muy particulares.

Algunos autores han definido la especificidad en Trabajo Social, basados en los siguientes postulados:

- Necesidad de saber que es lo propio de Trabajo Social; determinar su objeto de intervención y tener bien claros los objetivos que orientan su acción.

- Conocer la función que desempeña Trabajo Social en la diversa gama de profesiones y ciencias: ¿que contribución realiza?, ¿el porqué y para que de Trabajo Social y de la necesidad de su intervención?

²¹ Kisnerman, Natalio, "Introducción al Trabajo Social", Buenos Aires Argentina, Ed. Humanitas, 1981.

- La necesidad de fundamentar su concepción científica al rescatar su experiencia de la practica.

La especificidad en Trabajo Social pretende canalizar energia y esfuerzos en la solución de un problema específico, al constituirse en un conjunto de conocimientos necesarios para dar atención a un fenomeno social delimitado y muy bien definido que demanda ser atendido.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO V

ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA DEL INSTRUMENTO DE CAPTACION DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD DEL INPer.

1. Justificación
2. Objetivos
3. Metodología
 - A. Recopilación de la información
 - B. Clasificación, tabulación y descripción de los datos
 - C. Análisis de la información conforme a los datos.

1. Justificación.

Antes de realizar el análisis comparativo de la Clínica de Esterilidad del INPer y un Modelo Teórico, se creó necesario analizar la información obtenida a través del instrumento de captación que se aplica en la clínica de esterilidad, ya que gracias a él se formulo el perfil social de la pareja estéril a quién se iba a aplicar el Modelo de Intervención de Trabajo Social.

2. Objetivo.

Analizar en que medida el instrumento de captación de pacientes de la Clínica de Esterilidad del INPer, determina el perfil social de la pareja estéril.

3. Metodología

El método utilizado para el análisis e interpretación de la información fue basado en las siguientes etapas:

- A. Recopilación de la información: se llevo acabo a partir del instrumento de captación (véase anexo 1) de la Clínica de Esterilidad (INPer), así como fuentes documentales y la observación.

- B. Clasificación, tabulación y descripción de los datos: Se realizó mediante, el vaciado y recuento de los datos, se sintetizó la información en gráficas y cuadros a la vez que se realizó la descripción de la información a través de los porcentajes.
- C. Análisis del instrumento conforme a los datos obtenidos: Se separaron los elementos básicos de la información y se examinaron.

A continuación se presentan la descripción de los datos obtenidos a partir de cuadros y gráficas.

CUADRO 1

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

VARIABLE	CLASIFICACION SOCIO ECONOMICA	FRECUENCIA	%
A	A	2	2%
B	B	25	25%
C	C	39	39%
D	D	21	21%
E	E	2	2%
F	F	3	3%
G	G	2	2%
H	H	1	1%
I	I	5	5%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

Así se tiene que el 75% de las pacientes entrevistadas tiene una clasificación (baja). A, B, y C, lo que señala una economía que va entre 0 y 3 salarios mínimos (vease cuadro 10).

CUADRO 1 A

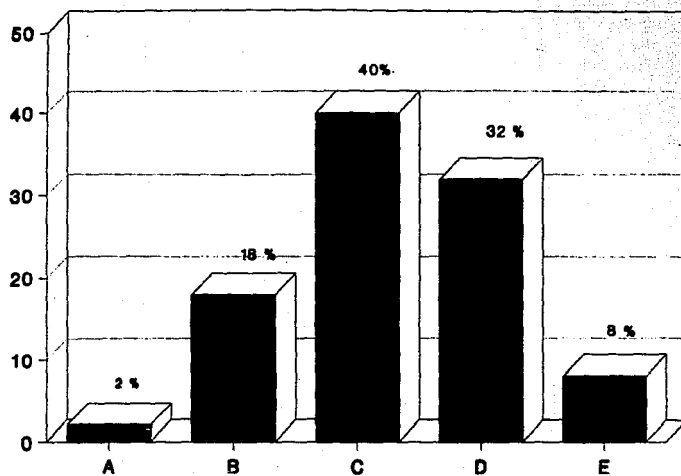
EDAD DE LA PACIENTE

VARIABLE	EDAD	FRECUENCIA	%
A	De 15 a 20 años	2	2%
B	De 21 a 26 años	18	18%
C	De 27 a 31 años	40	40%
D	De 32 a 37 años	32	32%
E	De más de 7 años	8	8%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer, 1991-1992.

Con lo que respecta a la edad de los pacientes se encontró, que un 72% tienen de 27 a 37 años, seguramente porque es a esta edad cuando sienten que se va acercando el fin de su etapa reproductiva; este porcentaje es contrastante con el 8% de las pacientes de más de 37 años, ya que como señalan los expertos, las posibilidades de un embarazo de alto riesgo es mayor. Por otra parte el porcentaje de 20% en las edades de 15 a 26 años es representativa; por lo general a esta edad las parejas piensan que aún hay tiempo para lograr un embarazo de una manera natural.

EDAD DE LA PACIENTE



GRAFICA 1-A

FUENTE: Datos obtenidos del Instrumento de Información de la Clínica de Esterilidad INPer 1991-1992

CUADRO 1 B

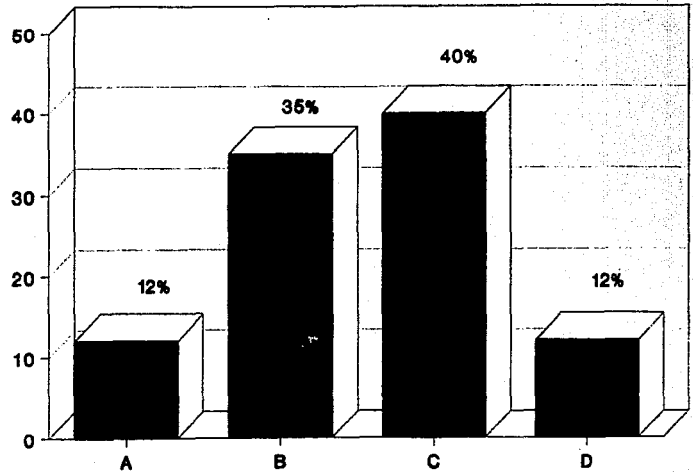
EDAD DEL COMPARERO DE LA PACIENTE

VARIABLE	EDAD	FRECUENCIA	%
A	De 21 a 26 años	12	12%
B	De 27 a 31 años	36	36%
C	De 32 a 37 años	40	40%
D	De + DE 37 años	12	12%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Con lo que respecta a la edad del compañero de la paciente se tiene que el 100% esta dentro del limite de edad que según los expertos es favorable para la procreación (21 a 50 años).

EDAD DEL COMPAÑERO DE LA PACIENTE



GRAFICA 1 B

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

CUADRO 2 A

ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE

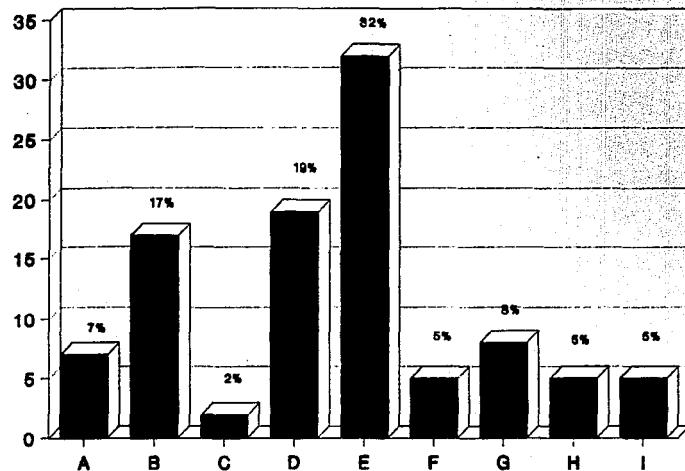
VARIABLE	ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE	FRECUENCIA	%
A	PRIM. INCOMPLETA	7	7%
B	PRIM. COMPLETA	17	17%
C	SEC. INCOMPLETA	2	2%
D	SEC. COMPLETA	19	19%
E	TECNICO O COMERC.	32	32%
F	BACH. INCOMPLETO	5	5%
G	BACH. COMPLETO	8	8%
H	PROFESIONAL INCOM.	5	5%
I	PROFESIONAL COMP.	5	5%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Con lo que respecta al nivel de escolaridad de la pa-

ciente se observa que el 45% tiene un nivel escolar apenas básico. Por lo que la mayoría de ellas piensa que la única forma de trascender es mediante un hijo (comparece con el cuadro No.18).

ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE



GRAFICA 2 A

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

CUADRO 2B

ESCOLARIDAD DEL COMPAÑERO DE LA PACIENTE.

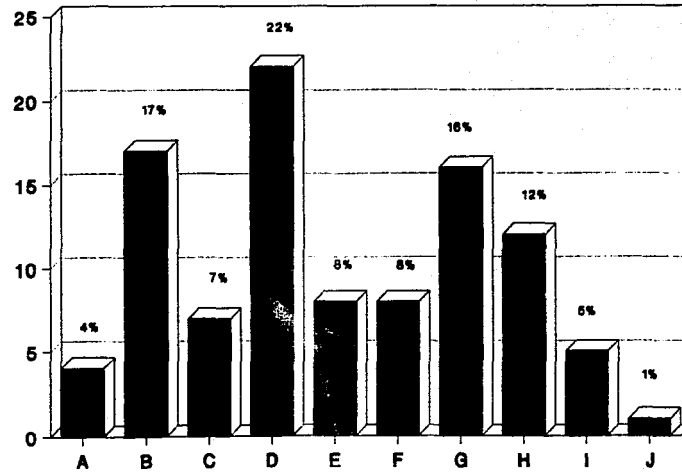
VARIABLE	ESC. DEL COMPAÑERO DE LA PACIENTE	FRECUENCIA	%
A	PRIM. INCOMPLETA	4	4%
B	PRIM. COMPLETA	17	17%
C	SEC. INCOMPLETA	7	7%
D	SEC. COMPLETA	22	22%
E	TECNICO O COMERC.	8	8%
F	BACH. INCOMPLETO	8	8%
G	BACH. COMPLETO	16	16%
H	PROFESIONAL INCOM.	12	12%
I	PROFESIONAL COMP.	5	5%
J	NO CONTESTO	1	1%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la clínica de esterilidad del INPer. 1991-1992.

Con lo que respecta a la escolaridad del compañero.

se observa que la situación no varía mucho ya que el 50% tiene un nivel escolar bajo lo que influye en su ocupación (véase cuadro No.3).

ESCOLARIDAD DEL COMPAÑERO DE LA PACIENTE.



GRAFICA 2B

FUENTE: Datos obtenidos del Instrumento de Información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO 3 A

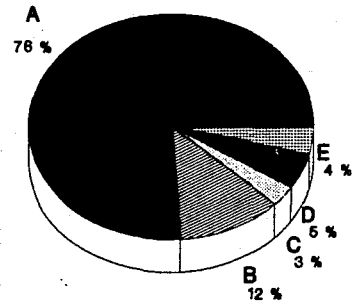
OCUPACION DE LA PACIENTE

VARIABLE	OCUP.DE LA PACIENTE	FRECUENCIA	%
A	AMA DE CASA	76	76%
B	EMPLEADA	12	12%
C	COMERCIANTE	3	3%
D	OBRERA	5	5%
E	SUB EMPLEO	4	4%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de esterilidad del INPer. 1991-1992

En lo que se refiere a la ocupación de la mujer, sólo un 24% de las pacientes trabajan y de estas un 7% tiene un empleo semi-fijo. El 76% son amas de casa, lo que le perjudicará en continuar su tratamiento por falta de recursos económicos.

OCUPACION DE LA PACIENTE



FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

GRAFICA 3 A

CUADRO 3 B

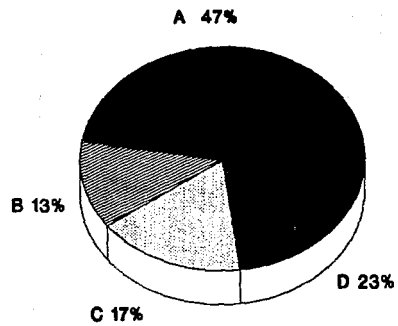
OCUPACION DEL COMPANERO

VARIABLE	OCUP. DEL COMPANERO	FRECUENCIA	%
A	EMPLEADO	47	47%
B	COMERCIANTE	13	13%
C	OBRAERO	17	17%
D	SUB EMPLEADO	23	23%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos Obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Conforme a los datos obtenidos, el 47% de los compañeros de las paciente son empleados, ganando de un o a 3 salarios mínimos. (comparese con el cuadro 10) cifras que en muchos de los casos representa el ingreso total de la pareja sin duda llama la atención el que 23% de los compañeros sean subempleados, ya que esto representa una economía variable que en ocasiones perjudica la continuación de su tratamiento.

OCUPACION DEL COMPAÑERO



FUENTE: Datos obtenidos del Instrumento de Información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

GRAFICA 3 B

CUADRO 4

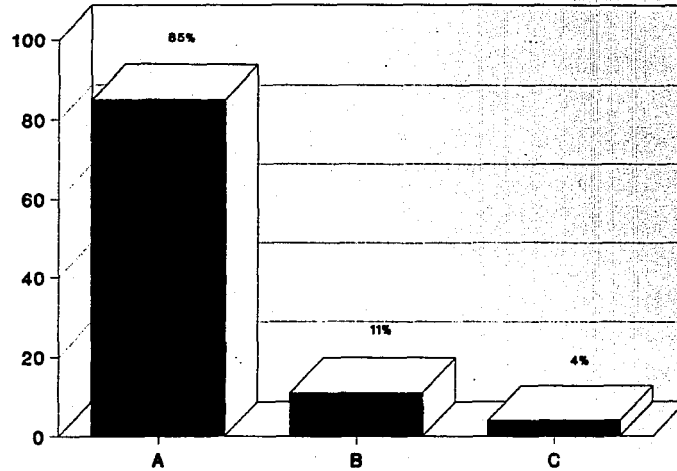
LUGAR DE RESIDENCIA

VARIABLE	LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	%
A	AREA METROPOLITANA	85	85%
B	INTERIOR DE LA REP	11	11%
C	NO CONTESTO	4	4%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

En este apartado se identifica que no obstante que el INPer, tiene cobertura nacional el 85% de las parejas residen en el área metropolitana. (Distrito Federal y algunos municipios aledaños del Estado de México) presumiblemente por la relativa cercanía entre el lugar donde vive la paciente y el Instituto Nacional de Perinatología.

LUGAR DE RESIDENCIA



GRAFICA 4

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1981-1992.

CUADRO 5

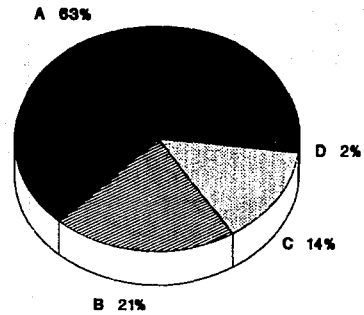
TIPO DE UNION DE LA PAREJA

VARIABLE	TIPO DE UNION	FRECUENCIA	%
A	MAT.CIVIL Y RELIG.	63	63%
B	MATRIMONIO CIVIL	21	21%
C	MATRIMONIO RELIG.	14	14%
D	UNION LIBRE	2	2%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de Información e la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-992.

En lo referente al tiempo de unión de la pareja, el 84% están casadas por lo civil, un 14% solo por alguna religión solo un 2% vive en unión libre; así mismo observamos que son parejas estables.

TIPO DE UNION DE LA PAREJA



FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

GRAFICA 6

CUADRO 6

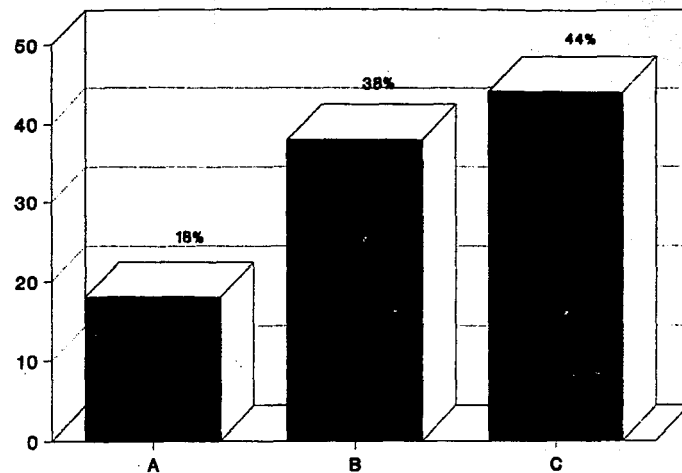
TIEMPO DE UNION DE LA PAREJA

VARIABLE	TIEMPO DE UNION	FRECUENCIA	%
A	De 1 a 3 años	18	18%
B	De 4 a 6 años	38	38%
C	7 y + años	44	44%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992

En relación al tiempo de unión de la pareja, se observa que el 82% de las pacientes tiene por lo menos cuatro años de vivir con su compañero, lo que indica cierta estabilidad, sin embargo creen necesario el nacimiento de un hijo para consolidar su unión y cumplir su rol de padres.

TIEMPO DE UNION DE LA PAREJA



GRAFICA 6

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de Información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO 7

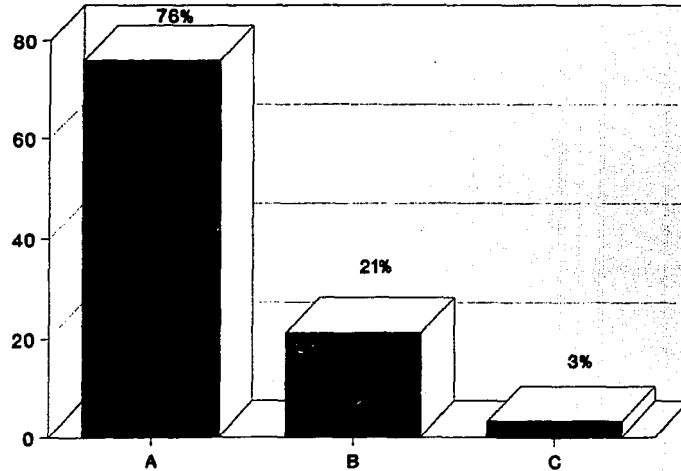
¿COMO SE PUEDE CATALOGAR A LA PAREJA EN CUANTO A INTEGRACIÓN?

VARIABLE	INTEGRACION DE LA PAREJA	FRECUENCIA	%
A	INTEGRADA	76	76%
B	SEMI INTEGRADA	21	21%
C	DESINTEGRADA	3	3%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer.

Debido al tiempo que han permanecido unidas (+ de 4 años, véase cuadro 6) y al tipo de unión (matrimonio civil y/o religioso, véase cuadro 5) el 7 % de las parejas se consideran integrada el 21% está en proceso de integración es decir semi-integrada debido al poco tiempo de unión y sólo un 3% indicó que viene de una pareja desintegrada.

¿COMO SE PUEDE CATALOGAR A LA PAREJA EN CUANTO A INTEGRACION?



GRAFICA 7

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de Información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO 8

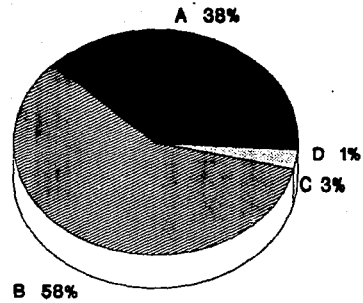
¿COMO CONSIDERA SU ALIMENTACION DIARIA?

VARIABLE	¿COMO CONSIDERA SU ALIMENTACION DIARIA	FRECUENCIA	%
A	BUENA	38	38%
B	REGULAR	58	58%
C	MALA	3	3%
D	NO CONTESTO	1	1%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de esterilidad del INPer. 1991-1992.

En cuanto a como considera su alimentación diaria, el 50% de los pacientes indicó que en su caso es "Regular"; el 38% afirmó que tiene "Buena" alimentación.

¿ COMO CONSIDERAR SU ALIMENTACION DIARIA?



FUENTE: Datos obtenidos del Instrumento de Información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

GRAFICA 8

CUADRO 9

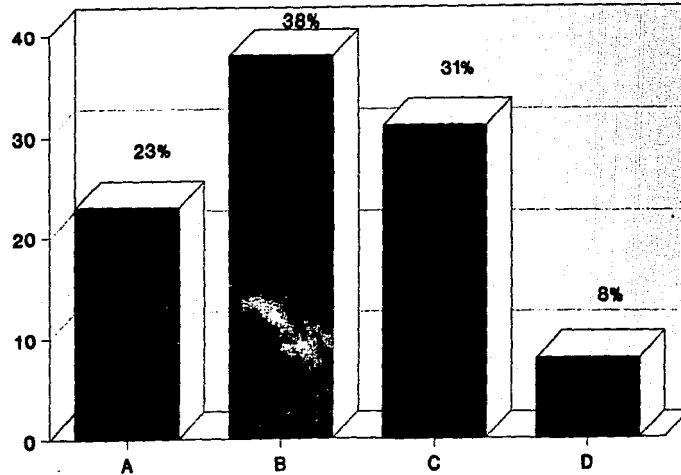
TENENCIA DE LA VIVIENDA

VARIABLE	TENENCIA DE LA VIVIENDA	FRECUENCIA	%
A	PROPIA	23	23%
B	RENTADA	38	38%
C	PRESTADA	31	31%
D	PAGANDOSE	8	8%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Respecto a la vivienda, es notorio que el 69% de las parejas no cuentan con una vivienda propia, lo que señala una economía dañada ya sea porque se paga el costo de la renta de una o por que ni siquiera se cuente con ingresos suficientes para el alquiler teniendo que vivir con alguno de los familiares de cualquier de los dos.

TENENCIA DE LA VIVIENDA



GRAFICA 9

FUENTE: Datos obtenidos del Instrumento de Información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

CUADRO 10

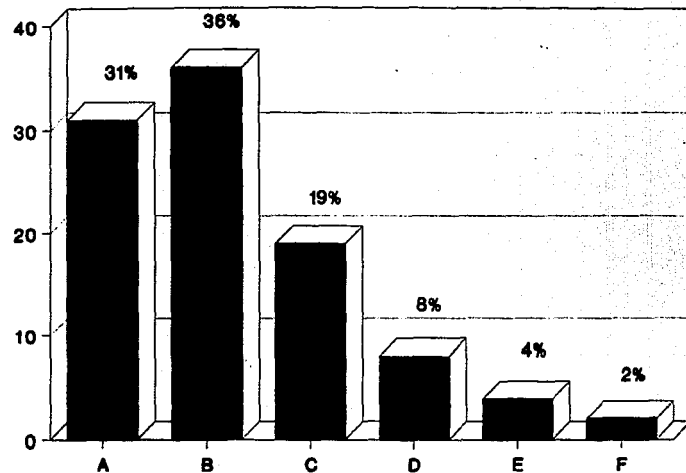
MONTO AL QUE ASCIENDE SU INGRESO FAMILIAR MENSUAL

VARIABLE	MONTO AL QUE ASCIENDE SU INGRESO FAMILIAR MENSUAL.	FRECUENCIA	%
A	0 A 1 SALARIO MIN.	31	31%
B	+1 A 2 SALARIO MIN.	36	36%
C	+2 A 3 SALARIO MIN.	19	19%
D	+3 A 4 SALARIO MIN.	8	8%
E	+4 A 5 SALARIO MIN.	4	4%
F	NO TRABAJAN	2	2%
TOTAL		100	100%

FUENTE : Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Estirilidad del INPer. 1991-1992

En lo que respecta al ingreso familiar, el 86% de las parejas perciben entre de menos 1 salario a 3, lo que indica que no tienen posibilidades de seguir un tratamiento debido a el alto costo que este representa; no obstante el 90%, (como se muestra en cuadro 15) manifestó una actitud positiva en cuanto al tratamiento que se proporciona en el INPer.

MONTO AL QUE ASCIENDE SU INGRESO FAMILIAR MENSUAL



GRAFICA 10

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de Información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO 11

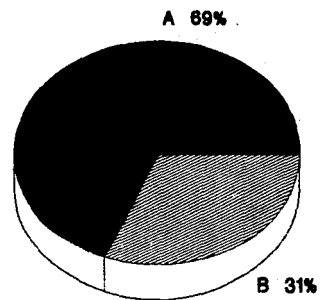
DIAGNOSTICO MEDICO

VARIABLE	DIAGNOSTICO MEDICO	FRECUENCIA	%
A	ESTERILIDAD PRIMARIA	69	69%
B	ESTERILIDAD SECUNDARIA	31	31%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

En lo concerniente al diagnóstico médico se encontró que 69% de las pacientes presenta esterilidad primaria, es decir nunca han podido procrear un hijo, la esterilidad secundaria se presenta con relativa frecuencia, (31%) debido a que estas pacientes ya han tenido un hijo o más y en ocasiones solo acuden por tener un hijo del compañero actual.

DIAGNOSTICO MEDICO



GRAFICA 11

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de Información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO 12

¿COMO CONSIDERA SU VIDA SEXUAL CON SU PAREJA?

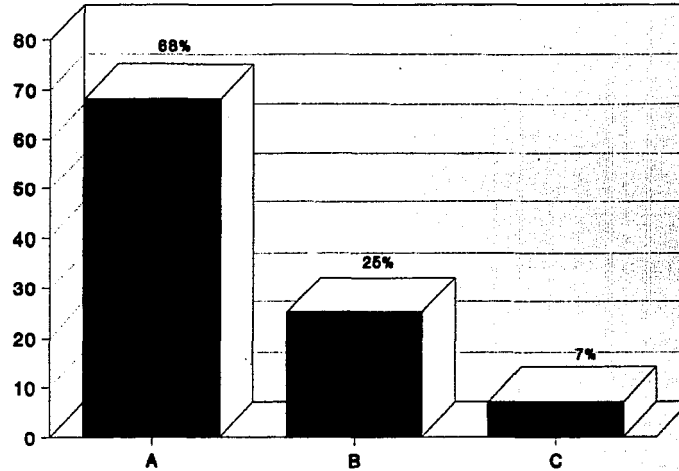
VARIABLE	¿COMO CONSIDERA SU VIDA SEXUAL CON SU PAREJA?	FRECUENCIA	%
A	ARMONICA	68	68%
B	ESTABLE	25	25%
C	SATISFECHA		
& D	INSATISFECHA	7	7%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

A este respecto la mayoría de las parejas tienen una vida sexual armónica 68%, lo que contribuye a la integración (vea cuadro No 7)

& D : Esta variable se agrego en virtud de que no la contempla el Instrumento.

COMO CONSIDERA SU VIDA SEXUAL CON SU PAREJA



GRAFICA 12

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO 13

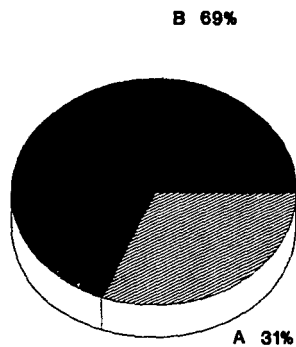
¿CONSIDERA QUE SU VIDA SEXUAL SE HA VISTO AFECTADA POR SU
DIAGNOSTICO DE ESTERILIDAD?

VARIABLE	VIDA SEXUAL AFECTADA	FRECUENCIA	%
A	SI	31	31%
B	NO	69	69%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del Instrumento de información de
Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Como se puede observar al 69% de las pacientes y a sus
compañeros la esterilidad no causa ninguna alteración en su
relación sexual, debido a que pertenecen a parejas integra-
das. Por otro lado al 31% la esterilidad si les a afectado su
vida sexual sobre todo por algunas recomendaciones médicas.

**¿ CONSIDERA QUE SU VIDA SEXUAL SE HA VISTO AFECTADA
POR SU DIAGNOSTICO DE ESTERILIDAD?**



GRAFICA 13

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

CUADRO 14

DE HABER INTERRUMPIDO UN TRATAMIENTO ANTERIOR MENCIONE
¿PORQUE?

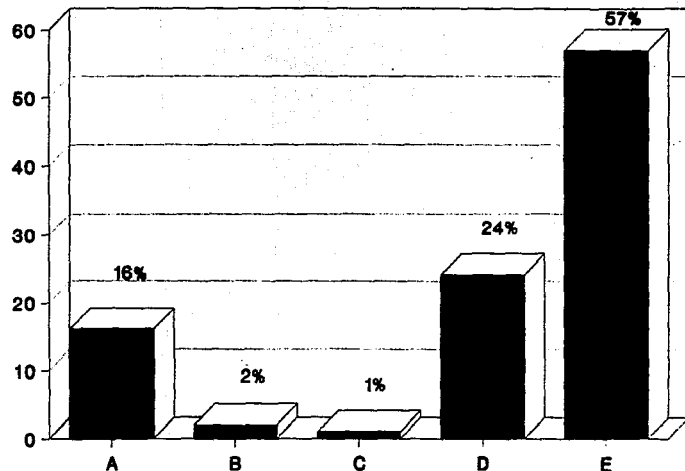
VARIABLE	INTERRUPCION DEL TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
A	FALTA DE INTERES	16	16%
B	FALTA DE APOYO DE LA PAREJA	2	2%
C	MOTIVOS LABORALES	1	1%
D	PROBLEMAS ECONOMICOS	24	24%
E	NO TUVO NINGUN Tx ANTERIOR	57	57%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Del 43% de las pacientes que han interrumpido con anterioridad un tratamiento, mas de la mitad (24%) lo atribuyen al factor económico lo que indica que la esterilidad afecta la relación de pareja.

Tx: Tratamiento

DE HABER INTERRUMPIDO UN TRATAMIENTO MENCIONE ¿PORQUE?



GRAFICA 14

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la
Clínica de esterilidad INPer 1991-1992.

CUADRO: 15

¿CUAL ES LA ACTITUD DE AMBOS ANTE EL TRATAMIENTO DEL INPer?

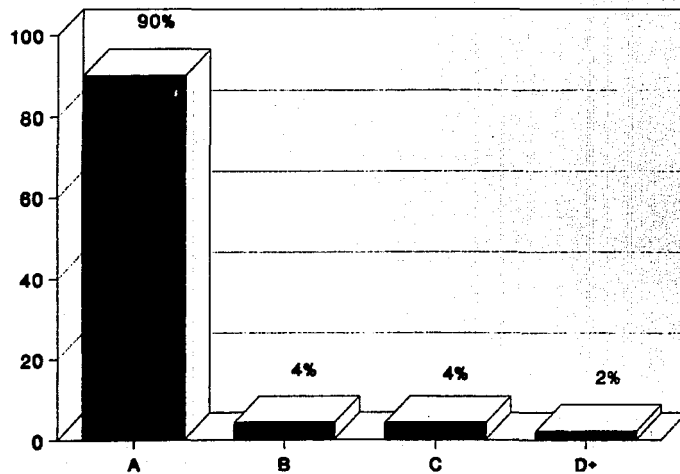
VARIABLE	¿ACTITUD DE AMBOS ANTE EL TRAT. DEL INPer?	FRECUENCIA	%
A	ENTUSIASTA	90	90%
B	INDIFERENTE	4	4%
C	NEGATIVA	4	4%
D+	NO CONTESTO	2	2%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Referente a esta pregunta se detecto que un 90% se muestra entusiasta no obstante el tiempo, el dinero que deben invertir o alguna posible afección en cuanto a su relación de pareja. (véase cuadro 13). Para estas parejas el deseo y esperanza de tener un hijo es un aliciente muy poderoso para iniciar y continuar un tratamiento.

D+: Esta variable se agrego en virtud de que no la contempla el instrumento.

¿CUAL ES LA ACTITUD DE AMBOS ANTE EL TRATAMIENTO DEL INPer?



GRAFICA 15

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de captación de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

CUADRO: 16

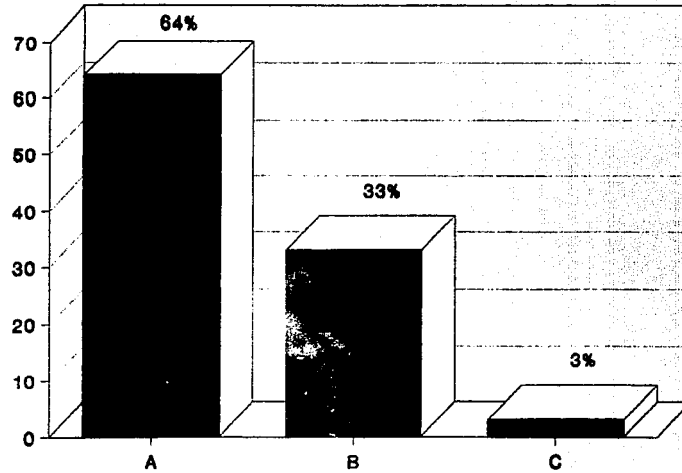
¿LA AUSENCIA DE HIJOS AFECTA SU RELACION DE PAREJA?

VARIABLE	¿LA AUSENCIA DE HIJOS AFECTA SU REL.DE PAREJA	FRECUENCIA	%
A	SIEMPRE	5	5%
B	FRECUENTEMENTE	10	10%
C	OCASIONALMENTE	45	45%
D	SOLO CUANDO INFLUYE LA FAMILIA	8	8%
E	OTRO (NO AFECTO)	32	32%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de esterilidad del INPer. 1991-1992.

Tomando en cuenta todos los parámetros de esta pregunta se tiene que al 68% de las parejas la ausencia de hijos "SI" afecta su relación de pareja, ya que son generalmente parejas casadas civil y religiosamente (comparece con el cuadro No 5) para quienes la reproducción es vital en su vida conyugal.

¿COMO PERSONA Y MUJER SE SIENTE SATISFECHA?



GRAFICA 17

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

CUADRO: 17

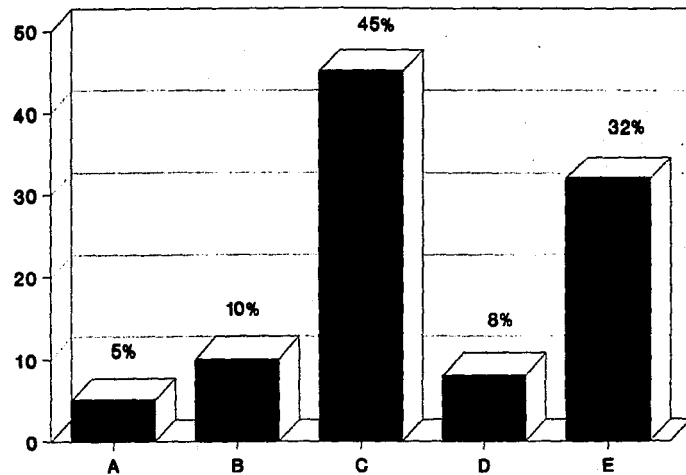
¿COMO PERSONA Y MUJER SE SIENTE SATISFECHA?

VARIABLE	¿COMO PERS. Y MUJER SE SIENTE SATISF.?	FRECUENCIA	%
A	SI	64	64%
B	NO	33	33%
C	NO CONTESTO	3	3%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad INPer. 1991-1992.

En un primer acercamiento respecto a su satisfacción como persona y mujer 64% de las pacientes se sienten satisfechas porque han logrado alcanzar las metas que se ha propuesto. El 33% manifestó insatisfacción pues no han podido tener un hijo.

¿LA AUSENCIA DE HIJOS AFECTA SU RELACION DE PAREJA?



GRAFICA 16

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de Información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO: 18

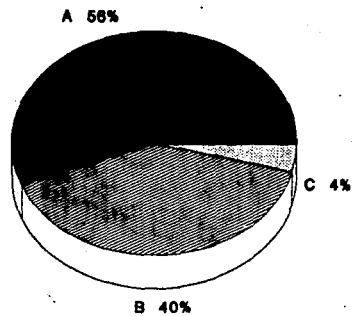
¿COMO ALTERNATIVA HAN CONSIDERADO LA ADOPCION DE UN NIÑO QUE
LES PERMITA CUBRIR LA FUNCION DE PADRES?

VARIABLE	COMO ALTER. HAN CONSIDERADO LA ADOP.DE UN NIÑO?	FRECUENCIA	%
A	SI	56	56%
B	NO	40	40%
C	NO CONTESTO	4	4%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer. 1991-1992.

Al hacer la pregunta de que si ¿Como alternativa han considerado la adopción de un niño que les permita cubrir la función de padres?, la mayoría de las mujeres entrevistadas y sus compañeros contestaron que, la función de los hijos dentro de la relación de pareja es trascendental, y de acuerdo con ello un 56% declararon que "SI" les gustaría adoptar un niño para consolidar su relación de pareja, y 40% contestaron que "NO", pues todavía tienen la esperanza de lograr uno propio.

¿HAN CONSIDERADO ADOPTAR UN HIJO?



FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

GRAFICA 18

CUADRO: 19

DIAGNOSTICO SOCIAL

VARIABLE	CUENTA LA PACIENTE CON UN DX SOCIAL	FRECUENCIA	%
A	SI	56	56%
B	NO	44	44%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

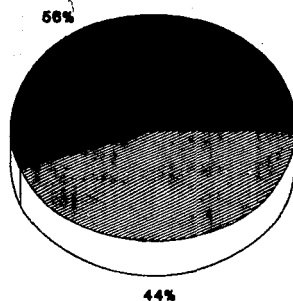
No obstante que una parte importante del instrumento es el diagnóstico social y que a la vez es una de las funciones del Trabajador Social encargado de la Clínica; el realizarlo. En el 43% de los casos este no se llevo a cabo y del 56% que se efectuaron no se pudieron tabular debido a la escasa información que contenían.

DX: Diagnóstico.

DIAGNOSTICO SOCIAL

56% Si tiene diagnóstico

44% No cuenta con un diagnóstico social.



FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la
Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992

CUADRO 20

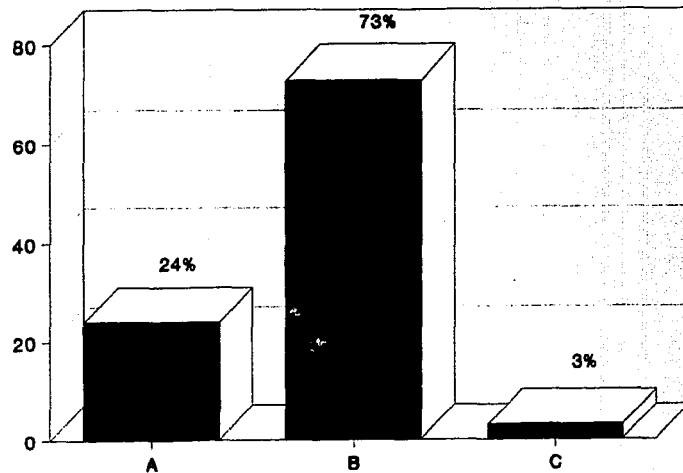
PRESENTA PROBLEMATICA SOCIAL LA PACIENTE

VARIABLE	PRESENTA PROBLEMATICA SOCIAL LA PACIENTE.	FRECUENCIA	%
A	SI	24	24%
B	NO	73	73%
C	NO SE ANOTO	3	3%
TOTAL		100	100%

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

Concerniente a la problemática social se halló que aunque un 73% de los casos no existe ningún conflicto que altere su estilo de vida esto es relativo si se compara este resultado con los cuadros 16 y 18 se notará que contrario a lo que aquí se manifiesta, la mayor parte de las parejas "SI- presentan problemática social.

PROBLEMATICA SOCIAL



GRAFICA 20

FUENTE: Datos obtenidos del instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer 1991-1992.

C. Análisis del instrumento conforme a los datos obtenidos.

Al revisar el instrumento de la Clínica de Esterilidad (INPer), y la aplicación de este se encontró que la cantidad de pacientes elegida para contestar el instrumento (100 pacientes), constituida para 1991 a 1992 el 10% de la población de la clínica puesto que las ocupaciones de la Trabajadora Social adscrita a la clínica de esterilidad tiene a su cargo labores de gabinete, asistencia, etc., que le impedían abarcar una muestra de mayor extensión, por lo que para darle significancia estadística a los resultados se debió realizar un análisis de los mismos mediante la técnica de muestreo probabilístico del azar.

No obstante que se lograron identificar algunos aspectos sociales como el ingreso familiar, la ocupación, grado de escolaridad y otros; el instrumento no cumplió con el objetivo para el cual fue creado "conocer las condiciones sociales de la pareja estéril y la importancia ante el tratamiento que esta requiere, por las razones que se enumeran a continuación:

- No aparece un diagnóstico social en la mayoría de los cuestionarios.

- En muy pocos cuestionarios la Trabajadora Social anota sus observaciones.

- El aspecto social se toca vagamente a través de las preguntas que a continuación se mencionan:

"¿En caso de sentirse conflictuada la paciente por su diagnóstico médico o social, que alternativas ha tomado ?

- Lo comenta con su pareja.
- Lo comenta con su familia.
- Lo comenta con su médico.
- Lo comenta con amiga o vecina.
- Busca apoyo con Trabajo Social.
- Busca apoyo psicológico.
- No comenta a nadie su situación.
- Otro.

¿Como alternativa ha considerado la adopción de un niño que le permita cumplir con su papel de padres?"

- El instrumento con frecuencia solo se aplica a la paciente, aunque algunas preguntas vayan dirigidas a los dos: por lo que la información se obtiene sobre la pareja es incompleta.

- En algunos casos la evaluación de la situación económico-social no corresponde a la clasificación que se da.

No obstante las observaciones mencionadas, el instrumento de trabajo de la Clínica de Esterilidad del INPer rescata aspectos sociales, escolaridad, ocupación, vida sexual, interrupción de tratamiento y otros ya mencionados; importantes para el manejo de la pareja estéril; además el hecho de que el INPer, permita que este sea revisado y detectar las fallas con el fin de mejorar su trabajo y dar apertura a las propuestas correspondientes.

Actualmente en base a los análisis realizados se cuenta con el rediseño del instrumento ya mencionado, a fin de que se pueda cumplir con el objetivo para el cual fue creado.

Por otro lado, actualmente la Trabajadora Social adscrita a la Clínica de Esterilidad redobla esfuerzos en el sentido de que mientras orienta y da consulta a las pacientes, también obtiene información reciente del problema de esterilidad, en su tratamiento, desafortunadamente en esta labor se demerita cuando la T.S. adscrita tiene que atender a población abierta dejando por periodos a sus pacientes a un lado.

CAPITULO VI

ANALISIS COMPARATIVO DEL MODELO DE INTERVENCION DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD DEL INPer Y UN MODELO TEORICO

1. Justificación.
2. Planteamiento del Problema
3. Objetivo
4. Metodología
5. Presentación del Modelo de Intervención de la Clínica de Esterilidad el INPer.
6. Análisis comparativo del Modelo de Intervención de la Clínica de Esterilidad del INPer y un Modelo Teórico.

1. Justificación.

El presente trabajo de tesis analiza el Modelo de Intervención de la Clínica de Esterilidad del INPer y la repercusión que tiene la esterilidad en la relación de pareja y en el ámbito familiar. Ya que aunque, la esterilidad generalmente se deriva de un problema físico, es necesario conocer los factores económicos, psicológicos, culturales y sociales de la pareja estéril, y así ofrecerles un tratamiento acorde a sus necesidades y posibilidades socio-económicas.

En el problema de la esterilidad el Trabajador Social debe formar parte de un equipo interdisciplinario de salud y ofrecerle a este los aportes sociales necesarios para dar un adecuado manejo de estos casos. Tal participación se puede observar en la Clínica de Esterilidad del INPer en donde el Trabajador Social participa con un equipo interdisciplinario a la vez que brinda orientación social en el manejo de la pareja estéril.

A este respecto el equipo que realiza la presente tesis decidió analizar el Modelo de Intervención en el manejo de la pareja estéril de Trabajo Social, para estudiar la posibilidad de enriquecerlo y al mismo tiempo incrementar el acervo social con respecto al problema de la esterilidad.

2. Planteamiento del Problema.

Dentro del panorama de esterilidad, se hace necesario que el licenciado en Trabajo Social realice investigación sociomédica para conocer los factores bio-psico-sociales de la pareja estéril y sistematice sus actividades para crear o enriquecer modelos de intervención que resulten eficaces en el tratamiento de los pacientes afectados por este tipo de problema.

3. Objetivo.

Analizar el modelo de intervención de Trabajo Social de la Clínica de Esterilidad y Elaborar en su caso, un nuevo modelo más eficiente para el manejo de la pareja estéril.

4. Metodología.

El método utilizado en la realización de la presente tesis fue el análisis comparativo entre un modelo teórico de intervención y el modelo de intervención (en la práctica) de la Clínica de Esterilidad INPer.

La Clínica de Esterilidad del INPer misma que es tomada como modelo de intervención por parte del departamento de

Trabajo Social tiene como principal objetivo:

"Sistematizar la intervención de Trabajo Social, que permita establecer un manejo específico e integral de la pareja estéril mediante la aportación y/o ubicación de la situación social en el área médica-asistencial de la consulta externa"

Aunque la clínica de esterilidad o el anteproyecto de Clínica enmarca los siguientes apartados:

I. JUSTIFICACION

II. OBJETIVOS

a) GENERAL

b) ESPECIFICOS

III. METAS

IV. LIMITES DEL PROYECTO

V. ORGANIZACION

VI. METODOLOGIA

VII. FUNCIONES

VIII. ACTIVIDADES

IX. COORDINACION

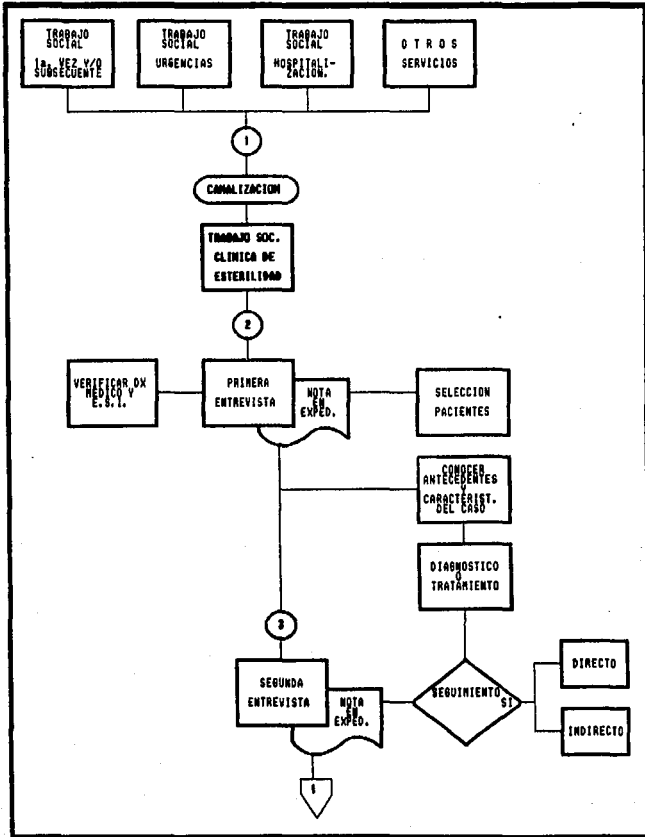
X. SUPERVISION

XI. EVALUACION .

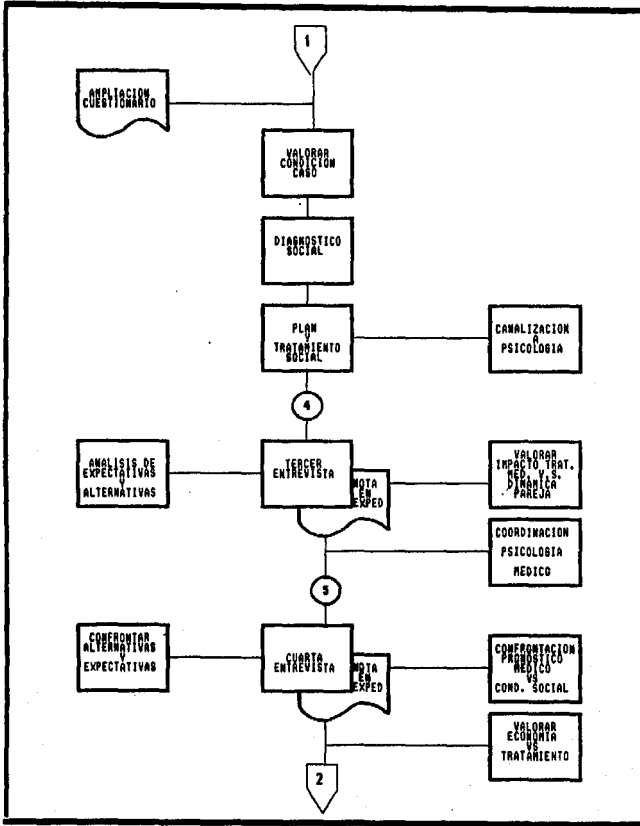
XII CRONOGRAMA

No se considero adecuado referir a que corresponde cada uno de estos puntos y sólo se tomaron los aspectos centrales. Tal es el caso del flujograma de actividades del Trabajador Social que a continuación se presenta.

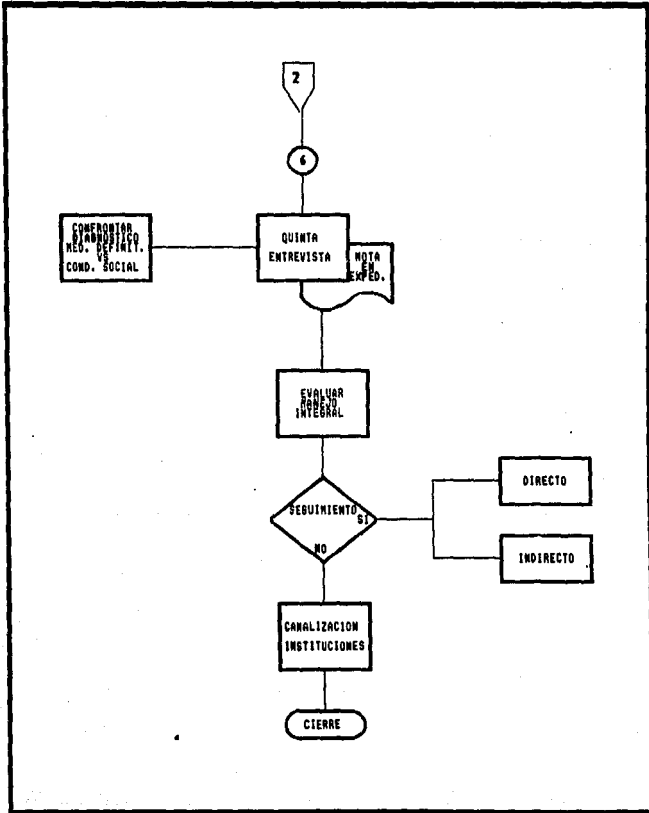
FLUJOGRAMA DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD INPer.



FLUJOGRAMA DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD INPer.



FLUJOGRAMA DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD INPer.



El flujo anteriormente presentado se divide en 5 fases a saber:

Primera entrevista

El Trabajador Social conoce el tipo de esterilidad que la paciente padece, se detectan a las pacientes del GIPT (fertilización in-vitro fuera del útero, donde se toman los óvulos en plena maduración y se fertilizan con el semen y ya fecundados son introducidos al útero) y FIVTE (fertilización asistida dentro del útero, a través de la maduración del óvulo e introducción de los espermatozoides en condiciones óptimas y en el lugar adecuado para la fecundación), se confirman los datos del ESI (Estudio-Social Inicial), se formula el diagnóstico y tratamiento del caso por parte del Trabajador Social, si se establece un seguimiento directo o indirecto, primero se comprenderán las entrevistas regulares (30, 40, 60 días) al servicio y el indirecto para corroborar su asistencia al tratamiento terapéutico cada 3 o 6 meses.

Segunda entrevista.

El Trabajador Social realiza la aplicación del instrumento para confirmar el diagnóstico social de la primera entrevista y continuar así con el plan y tratamiento o corre-

girlo a ser necesario.

De requerir atención psicológica y/o grupal se deriva al servicio de psicología, el Trabajador Social entonces recurrirá a la discusión del caso con el psicólogo para una retroalimentación en el manejo integral.

Tercera entrevista

El Trabajador Social identifica la problemática prevalente, continua con el manejo social establecido en el plan, conoce el impacto del tratamiento médico y/o psicológico, y verifica la asistencia de la paciente y su pareja al mismo, se encarga de entablar comunicación directa con el equipo interdisciplinario para lograr el manejo integral del caso.

Cuarta entrevista

El Trabajador Social valora la evolución y los resultados obtenidos con el tratamiento social, verifica el seguimiento del tratamiento médico y detecta una posible alteración socioeconómica, y en base a los resultados del diagnóstico incluye la explicación de alternativas y motivando a la pareja por un cambio positivo de actitudes y programa nueva-

mente una cita de 30 a 40 días.

Quinta entrevista

Consistirá en la evaluación social y en el manejo integral del problema por los servicios a que la pareja se deriva; de ser requerido, canaliza el caso a otra institución, cierra el caso o bien se instituye el tratamiento correspondiente y se proporciona cita abierta para estar en espera del evento reproductivo.

Pese a la utilización de esta metodología y aunque el Departamento de Trabajo Social sigue la norma general que establece la Clínica de Esterilidad; todavía no se puede concebir como un modelo de intervención debido a que el Trabajador Social no ha sistematizado la experiencia lograda y no se han evaluado los resultados obtenidos.

Sin embargo la experiencia obtenida con el proyecto de Clínica de Esterilidad de consulta externa del Trabajo Social del INPer es muy importante porque está cumpliendo con la función social de brindar orientación y apoyo a la pareja estéril, además de proporcionar el equipo interdisciplinario de salud elementos para el manejo de este problema.

Por otra parte, la Clinica avala su existencia a través de los casos de esterilidad que se han resuelto: por ejemplo de la muestra de 100 pacientes, 17 han logrado embarazarse. Aunque cabe señalar que es muy pronto para valorar resultados terminales, puesto que la mayoría de las parejas tiene un año o menos atendiéndose, tal como lo muestra el siguiente cuadro:

TIEMPO Y LOGROS DEL TRATAMIENTO

Tiempo de Tratamiento	Porcentaje	Lograron Embarazarse	
		SI	NO
más de 3 años	9%	3	6
3 años	7%	2	5
2 años	20%	8	12
1 año	60%	4	56
menos de 1 año	4%	0	4
TOTAL	100%	17	83

FUENTE: Muestra de 100 casos de los expedientes del archivo de la Clínica de Esterilidad INPer. 1991-1992.

ANALISIS COMPARATIVO DEL MODELO DE INTERVENCION DE LA CLINICA DE ESTERILIDAD DEL INPer Y UN MODELO TEORICO.

La idea de crear una clinica de esterilidad de consulta externa del Departamento de Trabajo Social surgió porque la población que requería este servicio se incrementa en gran manera; para 1990 según el anuario estadístico del INPer (para el mismo año), las pacientes estériles constituían el 7.3% de la población total de este Instituto, cifra que hizo reflexionar en la idea de que se necesitaba un Trabajador Social con conocimientos especializados para brindar orientación y un adecuado manejo de casos a los pacientes estériles.

Por lo que se creó un anteproyecto de la Clinica de Esterilidad en Trabajo Social, mismo que fue puesto a consideración del director del INPer Dr. Samuel Karchmer K. Causando grata impresión ya que se demostraba que la participación profesional del Trabajador Social se daba no sólo a nivel administrativo sino que también analiza situaciones y propone nuevas formas de trabajo como parte del equipo interdisciplinario de salud. Por lo que el Dr. Karchmer decidió dar su autorización para poner en marcha el proyecto.

Después de esta breve remembranza al respecto de como surgió la Clínica de Esterilidad, se procedera a dar los

resultados de la confrontación realizada entre el Modelo de Intervención de la Clínica de Esterilidad del INPer y las características de un Modelo Teórico presentadas en el capítulo IV de esta tesis.

En base a esta confrontación y a los resultados de la aplicación del modelo (observados y obtenidos), a partir del instrumento de información de la clínica se encontró que:

- El anteproyecto de la clínica (el cual es tomado como modelo de intervención de la misma) si determina los procedimientos de acción, los procedimientos y técnicas de intervención del profesional de Trabajo Social, lo cual se puede apreciar en el marco teórico de la clínica de esterilidad y el flujograma de la misma.
- El modelo cumple con el lineamiento de establecer un marco institucional, en donde indica los medios de los cuales se vale y los recursos con los que cuenta.
- El modelo especifica las funciones del Trabajador Social y la relación que guarda con el paciente estéril.

- El modelo cumple con la función social de brindar orientación y apoyo a la pareja estéril.
- Proporciona elementos sociales, económicos y culturales al equipo interdisciplinario de salud para el manejo de la pareja estéril.

No obstante lo ya mencionado, las pasantes que sustentan la tesis consideran que el anteproyecto de la clínica de esterilidad no cumple con todas las características fundamentales de un modelo teórico de intervención en virtud de que:

- Nació como producto de una necesidad y no como un hecho controlado, adoleciendo de suficiente sustentación teórica.
- No fundamenta su acción a partir de la formulación de hipótesis.
- El Trabajador Social no ha sistematizado la experiencia lograda ya que si bien es cierto que la clínica de esterilidad surgió de la sistematización de una experiencia en la práctica, no se ha evaluado la contribución de esta en el tratamiento integral de la pareja estéril.

- Para la creación del modelo y la aplicación del mismo no se especificó el perfil social de la pareja estéril, ni los parámetros de selección de la población a quien el modelo iba a ir dirigido.
- No se señala de que manera se moviliza y se promueve la participación de la paciente para contribuir al éxito de su tratamiento.
- Dentro de la clínica de esterilidad no se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario, pues aunque las pacientes son atendidas, por los distintos especialistas en muy pocas ocasiones hay discusión de casos y un manejo integral de los mismos.
- No se realiza investigación sociomédica en la clínica de esterilidad, ya que el proceso de investigación está solo a cargo de la Trabajadora Social encargada de la misma sin que se involucre el resto del equipo interdisciplinario de salud.

Antes de ofrecer la propuesta de un modelo de intervención para el manejo de la pareja estéril, es indispensable conocer las características de la población a quien se dirige, por las pasantes que sustentan la tesis retomaron algunos

datos importantes del instrumento de información de la clínica de Esterilidad del INPer, para obtener el perfil social de los pacientes estériles y sus compañeros y poder estar así en condiciones de proponer un modelo congruente con la realidad social del paciente estéril.

Perfil social de la pareja estéril de la Clínica de Esterilidad del Instituto Nacional de Perinatología INPer.

- características generales

Según los datos obtenidos mediante el instrumento de información de la Clínica de Esterilidad del INPer, se tiene que básicamente se trabaja con población en edad reproductiva (20 a 37 años mujeres y hombres), con un nivel escolar básico.

La mayoría de las pacientes se dedican al hogar y en su mayor parte sus compañeros son empleados.

Por lo general este tipo de parejas son matrimonios (civil y religioso) y en su mayoría se consideran integradas.

- Características sociales

La mayor parte de las parejas dicen tener una alimentación regular, viven en casas rentadas o prestadas (muy pocas tienen casa propia), situación que refleja un ingreso familiar bajo que va de menos de 1 salario mínimo a 3 salarios mínimos.

- **Datos Médicos**

La mayor parte de las pacientes que acuden al INPer por esterilidad la presentan del tipo primario.

- **Sexualidad**

Las parejas estériles por lo general tienen una vida sexual armónica, la cual en ocasiones se ve alterada por su esterilidad.

- **Actitud ante el tratamiento del INPer**

Debido a que la mayoría de las pacientes y sus compañeros no han recibido un tratamiento anterior, se muestran entusiastas.

De las parejas que han interrumpido un tratamiento anterior lo han hecho a causa de los problemas económicos.

- **Afección en la relación de pareja**

En este tipo de parejas se denota claramente que en el menor o mayor grado, la esterilidad, afecta su relación.

- **Alternativas ante la ausencia de hijos.**

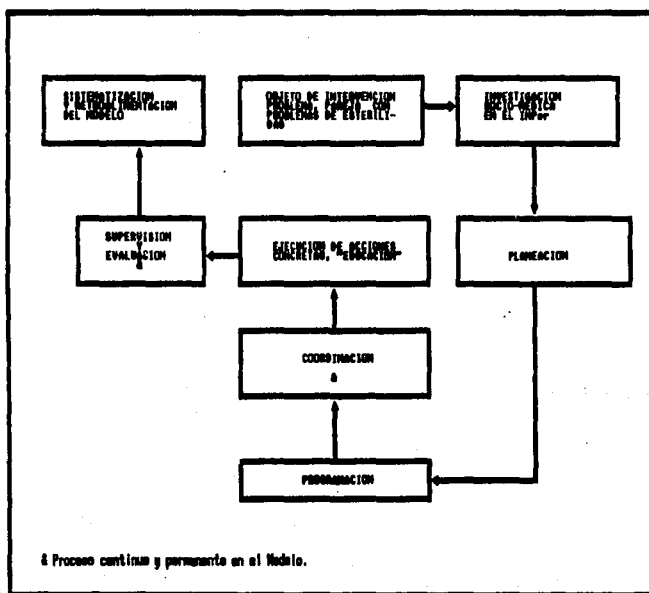
El que la ausencia de hijos este afectando su vida en común hace que muchas parejas piensen en adoptar un niño para cumplir con su función de padres, sin que por el momento piensen o se les fomenten otras alternativas.

CAPITULO VII

**PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCION DE
TRABAJO SOCIAL PARA EL MANEJO DE
LA PAREJA ESTERIL**

PROPUESTA AL MODELO DE INTERVENCIÓN DE LA CLÍNICA DE ESTERILIDAD INFOr.

En base al análisis comparativo de Trabajo Social el equipo que realiza la presente tesis propone que para la elaboración de un Modelo de Intervención se debe tomar como base el siguiente Diagrama.



Como se aprecia en el diagrama esta propuesta se divide en las siguientes fases:

- **Objeto de intervención**

En este apartado el Trabajador Social determina su objeto de intervención (el problema que demanda ser atendido), los sujetos portadores de necesidades (pareja estéril) y la institución que tiene los servicios para solucionar o atenuar el problema (INPer).

- **Investigación sociomédica**

Para poder realizar un Modelo de Intervención el Licenciado en Trabajo Social, debe de profundizar en el conocimiento de los aspectos socio-económicos, psicológicos y culturales que influyen en su objeto de intervención.

En el caso específico del modelo de intervención del manejo de la pareja estéril, debe de establecer el perfil social de la misma (a través del aspecto sociomédico), elaborar el diagnóstico social y colaborar con el equipo interdisciplinario de salud (médico ginecoobstetra, psicólogo y otros

dependiendo del caso) en la realización de investigación sociomédica y abordar así el problema de las parejas con esterilidad a partir de un enfoque integral.

- **Planeación y programación**

Posterior al diagnóstico de la problemática social que presenta la pareja estéril. El Trabajador Social debe de participar junto con el equipo interdisciplinario en planear las acciones y los servicios que satisfagan las necesidades de la pareja estéril. Además de precisar su quehacer profesional definiendo al equipo ya mencionado las funciones y los objetivos de Trabajo Social en los programas surgidos.

- **Información**

Esta función tiene como base el registro diario de actividades es importante para que el servicio, el equipo y los niveles superiores se mantengan enterados de las acciones que se llevan a cabo y los resultados obtenidos. Es parte del control de las actividades e indispensable para la evaluación y supervisión de las labores y de los resultados obtenidos.

- **Evaluación**

En la evaluación del Trabajador Social medirá la eficiencia, la eficacia y la efectividad del programa, de las acciones de las técnicas y resultados en el tratamiento de las parejas estériles.

- **Sistematización y retro alimentación del modelo**

Como paso subsecuente el Trabajador Social debe sistematizar las experiencias logradas, identificando las líneas generales a seguir (mediante la retroalimentación) para atender el problema de la esterilidad y dar un adecuado tratamiento a la pareja estéril.

El trabajador Social debe de teorizar su acción a partir de la retroalimentación a través de la práctica para mejorar el modelo propuesto, ajustando a la realidad social que se vive, al momento histórico por el cual pasa el país, las políticas sociales existentes y a las políticas institucionales de donde emerge. A su vez debe de promover y participar en la capacitación y actualización del personal específico de la clínica de esterilidad.

- **Coordinación**

El Trabajador Social tendría dentro de sus funciones como proceso continuo coordinar sus actividades con las del resto del equipo interdisciplinario de salud para optimizar el rendimiento de los recursos y poder brindar una mejor atención a las pacientes, así mismo entre todos deben de compartir la información y dar orientación de acuerdo a su especialidad en el manejo de los casos y la discusión de estos, recordando que la atención debe de ser lo más completa posible. El Trabajador Social es un elemento activo en el equipo y consecuentemente debe de procurar la coordinación intra y extra institucional.

- **Ejecución de acciones concretas**

En esta fase el Trabajador Social junto con el equipo interdisciplinario llevan a cabo los programas surgidos de la planeación conjunta e integra a la población a estos programas para que sea atendida, a su vez realiza acciones concretas tales como, la orientación, organización, movilización (ya mencionadas en el capítulo IV) y educación en donde en relación con el problema y su tratamiento el Trabajador Social debe de promover y organizar el proceso educativo a

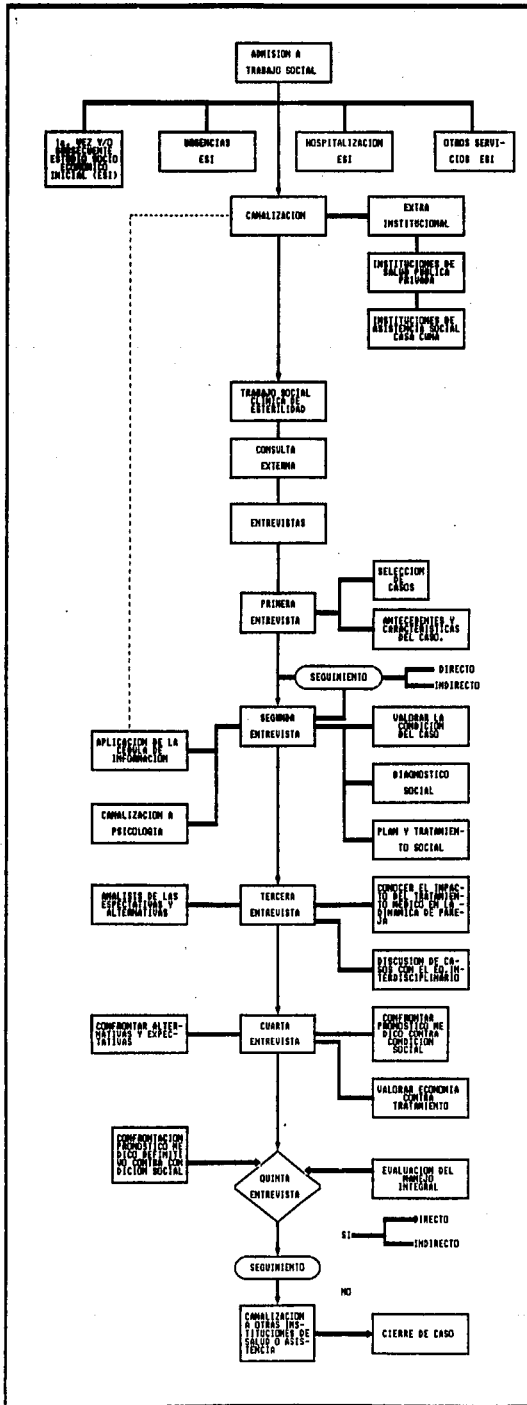
fin de que todo el equipo participe.

- **Supervisión**

Esta función es primordial dentro de la administración para vigilar y orientar en su caso como se están realizando las acciones programadas y los procedimientos. Al igual que la coordinación es un proceso continuo dentro del modelo.

FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES

En el flujograma que a continuación se (y que precisa mas claramente la intervención del Licenciado en Trabajo Social en un Modelo de Intervención) se reparamos los pasos del flujograma actual de la clínica de esterilidad del INPer, ya se considera que he resultado util en la practica. Aunque se modificaron algunas cosas para su mejor funcionamiento.



Conocimiento y habilidades del licenciado en Trabajo Social en área de la salud reproductiva (manejo de la pareja estéril).

CONOCIMIENTOS

- Conocer la metodología del Licenciado en Trabajo Social.
- Conocer aspectos fundamentales en salud reproductiva.
- Conocer el desarrollo Psico-social del individuo.
- Conocer los factores y mecanismos del desarrollo socio-económico.
- Tener conocimientos en terapia familiar, relaciones humanas, y técnicas de motivación.
- Colaboración con grupos de trabajo.

HABILIDADES

- Programar, administrar y coordinar.
- Dominar técnicas de educación en salud reproductiva.
- Habilidad para organizar y movilizar a la población.
- Dominar técnicas de grupo.

- Habilidad para supervisar, evaluar e informar.
- Habilidad para manejar grandes grupos y pequeños.

Actitudes del Licenciado en Trabajo Social en Salud
Reproductiva.

- Entusiasta
- Madurez emocional
- Ética profesional
- Interés en la superación
- Actitud analítica y crítica
- Respeto a la opinión de los demás
- Creatividad e iniciativa
- Valorar los derechos del ser humano

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Mediante la presente investigación se lograron conocer aspectos fundamentales desde el punto de vista social para el tratamiento de la pareja estéril tales como: La situación económica, edad, ocupación, escolaridad, tipo de vivienda, alimentación, estado civil, vida sexual, la relación que existe entre los miembros de la pareja y la repercusión que causa la esterilidad en su círculo familiar y social.

Todos los factores ya mencionados permiten ir conformando el perfil social de la pareja estéril y dar una revisión de la repercusión social que tiene la esterilidad, lo cual contribuirá a enriquecer el tratamiento en contra de esta afección, logrando un mayor grado de efectividad, en el sentido de que no solamente se observa la causa biológica del padecimiento, sino la vinculación que este tiene con los aspectos sociales y emocionales.

El tratamiento de la esterilidad afecta el aspecto económico de la pareja, debido a que los resultados por lo general sólo se observan a largo plazo, por lo cual algunas parejas suelen abandonarlo, sintiéndose aún más frustrados al perder su única oportunidad.

Por otra parte se hace notorio que la Esterilidad es un fenómeno social, en cuanto a que altera la relación de familia; en virtud de que cuando se especifica quien de los miembros de la pareja es estéril, los familiares de quien no resulta físicamente afectado lo presionan para que abandone a su pareja y busque otra persona con la que pueda tener un hijo; por lo que se crean diversas situaciones donde la persona estéril resulta involucrada y afectada.

A su vez se resalta la importancia que tiene para una pareja la procreación (lograr trascender); inclusive al no tener la esperanza de lograrla algunas parejas piensan en recurrir a la adopción; sin embargo, en nuestro país este proceso resulta muy complicado, por lo que no ofrece fácil consuelo incluso puede deprimirla más al grado de aislarse lo que tiende a agravar su estado emocional.

Por otro lado, también se enmarcó que para que el Trabajador Social pueda intervenir en la solución de problemas específicos de salud requiere un perfil determinado y valerse de la investigación sociomédica, que permite indagar la causalidad social de los problemas de salud y la repercusión social que éstos tienen en los diversos sectores de la población.

Mediante el análisis comparativo realizado al Modelo de Intervención de la Clínica de Esterilidad del INPer, se señaló la necesidad de crear modelos de intervención, "No con el propósito de satisfacer un requisito institucional", sino para lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos que se tienen en la institución, coadyuvando dentro del equipo interdisciplinario de salud a mejorar las posibilidades de solución al problema. La Clínica de Esterilidad del Inper se está esforzando por cumplir con estos objetivos sin embargo le falta concretizar.

Por lo que este trabajo señala los pasos que se deben de seguir para realizar un modelo de intervención y las destrezas y habilidades de T.S. en el área de salud reproductiva y específicamente en el manejo de pacientes con problemas de esterilidad.

A su vez, se evidencia la necesidad, que a nivel general tiene la profesión de Trabajo Social de teorizar su acción, rescatar su quehacer profesional, fomentar el prestigio de su intervención, lograr el reconocimiento social y mejorar la imagen de la profesión.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS AL INPer Y AL DEPARTAMENTO
DE TRABAJO SOCIAL

- Que el Trabajador Social de la Clínica de Esterilidad atienda únicamente a la población estéril y que cuente con los recursos y espacio necesario para su trabajo, a fin de lograr un mayor conocimiento del problema, un mejor control de los casos y una participación más efectiva en el tratamiento.

- Que se lleve un estricto registro y seguimiento del número de pacientes que concluyen su tratamiento exitosamente, de quienes lo continúan y de los que deserten; para contribuir a la sistematización de las acciones y poder dar los resultados terminales de la Clínica de Esterilidad.

- Que el INPer realice las gestiones correspondientes ante la coordinación de instituciones de gineco-obstetricia de la Secretaría de Salud para que se promueva la creación de más clínicas de esterilidad a fin de satisfacer la demanda.

- Que se ofrezcan apoyos económicos a las parejas que afronten serios problemas económicos, para no perjudicar la frecuencia de su tratamiento tales como:
 - Ayuda por parte del voluntariado
 - Otorgar crédito para pagar a plazos

- Que la farmacia con la que cuenta el Instituto, tenga dentro de su cuadro básico los medicamentos para la esterilidad y que se realice un descuento a los pacientes de la clínica.

- Ampliar la política de capacitación y actualización del personal.

- Que se promueva la atención interdisciplinaria, organizada y sistematizada para los pacientes estériles.

- Que el Trabajador Social de la clínica participe activamente en la planeación de servicios educativos a la

población estéril.

- Que se lleve a cabo una encuesta de opinión en cuanto a la atención proporcionada por Trabajo Social entre profesionales y la población atendida.

- Que se valore y tome en cuenta la propuesta de Modelo de Intervención y las sugerencias al instrumento de la Clínica de Esterilidad que se dan en esta tesis.

RECOMENDACIONES A LA CEDULA DE CAPTURA DE DATOS SOBRE EL
PERFIL SOCIAL Y DETECCION DE DISFUNCION EN LA RELACION DE Y/O
DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES CON ESTERILIDAD, INSTITUTO
NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

1. Qué la cédula de captura de pacientes estériles sea aplicado a los miembros de pareja y una vez terminada la entrevista de ambos cónyuges, se debe proceder a la investigación más concreta de la mujer y del varón en cada uno, en particular.
2. Que se realicen preguntas relativas al tratamiento médico que el INPer, brinda a la pareja, tales como:

a) ¿Les ha afectado el tratamiento del INPer?

SI () NO ()

En caso de haber contestado sí ¿de que manera?

b) ¿Tiene alguna duda conforme a su tratamiento médico?

SI () NO ()

Cuáles. _____

c) ¿Tiene algún problema que interfiera su tratamiento?

SI () NO ()

Cuales. _____

3. Que el instrumento logre establecer la verdadera razón por lo cual la pareja desea tener hijos.

¿Porque desean tener un hijo?

Ella _____

El _____

4. Que se hagan preguntas específicas acerca de la relación que la pareja tiene en la familia, como las que a continuación se menciona.

a) ¿Cree importante informar a la familia que usted o su pareja es estéril?

SI () NO ()

Porque _____

b) ¿Algunos de los miembros de su familia sabe que por el momento no pueden tener hijos?

SI () NO ()

¿Quién o quiénes? _____

c) ¿Cómo lo han tomado?

d) ¿Piensan ustedes que esto afecta su relación de pareja?

SI () NO ()

En caso afirmativo, ¿en qué forma?

5. Agregar preguntas que evalúen la intervención de Trabajo Social a través de las pacientes.

a) ¿Piensan que es importante asistir a las citas de trabajo social?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

6. Que se tenga como instrumento una encuesta de opinión.

A N E X O S

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
CLINICA DE ESTERILIDAD

Cédula de captura de datos sobre perfil social y detección de la disfunción en la relación de pareja y/o dinámica familiar de pacientes con Esterilidad del Instituto Nacional de Perinatología; Dirigido a ambos cónyuges.

Objetivo: Conocer los efectos sociales derivados de la esterilidad primaria o secundaria de la pareja a través de la investigación de sus condiciones; Sociales, Económicas y Ambientales.

Fecha de aplicación:

No. de Expediente:

Clasificación:

1. FICHA DE IDENTIFICACION DE LA PAREJA

1. NOMBRE DE LA PACIENTE:

1.2. EDAD

1.3 ESCOLARIDAD

1.4. OCUPACIÓN

2. NOMBRE DEL COMPAÑERO

2.2. EDAD

2.3. ESCOLARIDAD

2.4. OCUPACIÓN

3. DOMICILIO.

4. NO. TELEFÓNICO

II. ESTRUCTURA FAMILIAR

1. Tipo de unión de la pareja

- a. Matrimonio Civil y Religioso ()
- b. Matrimonio Civil ()
- c. Matrimonio Religioso ()
- d. Unión Libre ()
- e. Separados ()

2. Tipo de Unión

- a. 1 - 3 años ()
- b. 4 - 6 años ()
- c. 7 y + ()

3. Grado de Funcionalidad de la pareja

3.1 ¿Existe comunicación entre ambos?

SI () NO ()

3.2. ¿Existe respeto en la individualidad?

SI () NO ()

3.3. La toma de decisiones es:

- a. De común acuerdo ()
- b. Prevalece la opinión de la mujer ()
- c. Prevalece la opinión del Hombre ()

3.4. ¿Existe disposición ante el cambio sin ocasionar alteración en la dinámica familiar?

- a. En la mujer ()
- b. En el Hombre ()
- c. En ninguno ()

4. ¿Cómo es la dinámica familiar con su pareja?

- a. Excelente ()
- b. Buena ()
- c. Regular ()
- d. Mala ()

5. ¿Cómo se puede catalogar a la pareja en cuanto a integración?

- a. Integrada ()
- b. Semi-integrada ()
- c. Desintegrada ()

III. NIVEL CULTURAL

1. Alimentación y Nutrición

1.1. ¿Qué tipo de alimentación acostumbra la pareja y con que frecuencia?

	Número de veces a la semana	
a. Leche	a. _____	a. _____
b. Derivados de leche	b. _____	b. _____
c. Huevo	c. _____	c. _____
d. Carnes rojas	d. _____	d. _____
e. Carnes blancas	e. _____	e. _____
f. Frijoles	f. _____	f. _____
g. Arroz	g. _____	g. _____
h. "Patatas"	h. _____	h. _____
i. Tortillas	i. _____	i. _____
j. Pan	j. _____	j. _____
k. Frutas	k. _____	k. _____
l. Verduras	l. _____	l. _____
m. Chiles	m. _____	m. _____
n. Agua Mineral	n. _____	n. _____
o. Alimentos Chatarra	o. _____	o. _____
p. Otros	p. _____	p. _____

1.2. ¿Cómo considera su alimentación diaria?

- 1.2.1. Buena ()
1.2.2. Regular ()
1.2.3. Mala ()

1.3. ¿Cuántos alimentos comen juntos?

- 1.3.1. Un alimento ()
1.3.2. Dos alimentos ()
1.3.3. Tres alimentos ()
1.3.4. Ninguno ()

2. Recreación

2.1. ¿Dedica algún tiempo para la recreación durante el día?

SI () NO ()

- a. Más de una hora () a. Le es costoso ()
b. Una hora () b. No tiene tiempo ()
c. Menos de una hora ()

2.2. ¿Qué actividad recreativa acostumbran realizar juntos o en forma individual?

	JUNTOS	MUJER	HOMBRE
a. Cine	a. _____	_____	_____
b. Teatro	b. _____	_____	_____
c. T.V.	c. _____	_____	_____
d. Escuchar radio	d. _____	_____	_____
e. Leer periódico	e. _____	_____	_____
f. Visitas Museos o exposiciones	f. _____	_____	_____
g. Excursiones	g. _____	_____	_____
h. Deportes	h. _____	_____	_____
i. Comer al aire libre	i. _____	_____	_____
j. Visita a familiares	j. _____	_____	_____

3. Religión

3.1. ¿Qué religión practica la pareja?

- a. Católica ()
- b. Protestante ()
- c. Testigos de "Gehová" ()
- d. Otra _____

4. Vivienda

4.1. ¿Qué tipo de vivienda habita la pareja?

- a. Casa sola ()
- b. Departamento ()
- c. Vecindad ()
- d. Terreno Familiar ()
- e. Otra _____

4.2. La tenencia de la vivienda es:

- a. Propia ()
- b. Rentada ()
- c. Pagándose ()
- d. Prestada ()
- e. Otra _____

4.3. ¿La pareja comparte la vivienda con otros familiares?

SI () NO ()

- a. Hijos adoptivos ()
- b. Sobrinos a su cargo ()
- c. Familia del esposo ()
- d. Familia de la mujer ()
- e. Otros _____

4.4. ¿De qué material está construida su casa?

- Muros:
- a. Tabique o tabicón ()
 - b. Madera ()
 - c. Lámina ()
 - d. Piedra ()
 - e. Otros _____

- Techos:
- a. Concreto ()
 - b. Madera ()
 - c. Asbesto ()
 - d. Lámina ()
 - e. Cartón ()
 - f. Otro _____

- Piso:
- a. Cemento ()
 - b. Madera ()
 - c. Mosaico ()
 - d. Tierra ()
 - e. Otros _____

4.5. ¿En qué estado se encuentra actualmente la construcción?

- a. Bien construida () b. Semi-construida ()

4.6. ¿Cuál es la distribución de la vivienda?

- a. Una sola habitación ()
- b. Sala y/o comedor ()
- c. Cocina ()
- d. Baño ()
- e. No. de Recámaras ()

4.7. ¿Cuál es el tipo de servicio sanitario con que cuenta la familia?

- a. Baño completo ()
- b. W.C. ()
- c. Letrina ()
- d. Fosa séptica ()

4.8. ¿El uso del servicio sanitario es?

- a. Privado ()
- b. Colectivo ()

4.9. ¿El mobiliario con que cuenta su vivienda es?

- a. Completo ()
- b. Incompleto ()

4.10. ¿La vivienda satisface las necesidades de la

familia?

SI () NO ()

4.11. ¿Hay la presencia de algún animal en su vivienda?

SI () NO ()

- a. Felino ()
- b. Canino ()
- c. Pájaros ()
- d. Animales de corral ()
- e. Otros _____

4.12. ¿Con qué servicios públicos cuenta la vivienda?

- a. Agua potable ()
- b. Drenaje ()
- c. Alumbrado público ()
- d. Pavimento ()
- e. Recolector de basura ()
- f. Correo ()

IV. CONDICIONES ECONOMICAS

1. ¿Cuántas personas contribuyen al ingreso familiar?

- a. Una () b. Dos ()

c. Tres () d. Más de tres ()

2. ¿A qué monto asciende su ingreso familiar mensual, considerando salario mínimo vigente?

0 a 1 ()

+ 1 a 2 ()

+ 2 a 3 ()

+ 3 a 4 ()

+ 4 a 5 ()

3. ¿Cómo considera el Trabajador Social que son las condiciones materiales de vida de la familia en relación a la situación económica?

a. Precaria () b. Suficiente ()

c. Confortable () d. Solvente ()

V. ASPECTOS CLINICOS

1. Diagnóstico Médico

a. Esterilidad Primaria ()

b. Esterilidad Secundaria ()

2. Tipo de Paciente

- a. Nuevo Ingreso ()
b. Reingreso ()

3. Clínica de Atención

- a. Esterilidad de Atención ()
b. Fertilización Asistida ()

VI. ANTECEDENTES CLINICOS Y ACTITUDES DE LA PAREJA

1. Regulación Sexual

1.1. ¿Ha recibido educación sexual?

Paciente	SI ()	NO ()
Compañero	SI ()	NO ()

2. ¿Quién le proporcionó información?

a. Padres	Mujer ()	Hombre ()
b. Maestros	()	()
c. Familiares	()	()

- d. Amigos () ()
 e. Libros y revistas () ()
 f. Otros _____

3. ¿A que edad inició vida sexual?
 _____ Años _____ Años

4. Número de parejas sexuales previas a la actual.

5. Hijos extramaritales
 a. SI () () NO () ()
 ¿Cuántos? ()

6. ¿Cómo considera su vida sexual con su pareja?
 a. Armónica () ()
 b. Estable () ()
 c. Satisfactoria () ()

7. ¿Considera que su vida sexual se ha visto afectada por su diagnóstico de esterilidad?
 Paciente SI () NO ()

Compañero SI () NO ()

VII. ACTITUD DE LA PAREJA ANTE TRATAMIENTO

1. ¿Anteriormente ha recibido tratamiento por su diagnóstico de esterilidad?

1. SI () Tiempo _____ 2. NO ()

a. Institución de

Salud () ¿Porqué? _____

b. Medicina Privada ()

c. Empírica ()

d. Otros _____

1.1. Resultados

a. Positivos ()

b. Negativos ()

¿Porqué? _____

1.2. Nivel de Afección

- a. De salud () ()
- b. Psicológico () ()
- c. Económico () ()
- d. Social () ()
- e. Otro () ()

2. De haber interrumpido el tratamiento mencione ¿Porqué?

- a. Falta de Interés () ()
- b. Falta de apoyo de la pareja () ()
- c. Motivos laborales () ()
- d. Por problemas económicos () ()
- e. Otros _____

2.1. ¿Cuál fue la actitud de ambos ante el tratamiento recibido?

- a. Positiva-entusiasta () ()
- b. Aceptación-pasiva () ()
- c. Indiferente () ()
- d. Ambivalente () ()
- e. Principalmente negativa () ()
- f. Completamente negativa () ()
- g. No sabe () ()
- h. No aplicable () ()

3. ¿Qué tratamiento le han proporcionado en el INPer?

- | | |
|------------------------------------|-----|
| a. Estudios de gabinete | () |
| b. Medicamentos en base a estudios | () |
| c. Cirugía | () |
| d. Psicológico | () |
| e. Fertilización asistida | () |
| f. Otros | () |

3.1. ¿Cuál es la actitud de ambos ante el tratamiento proporcionado en el INPer?

- | | | |
|----------------------------|-----|-----|
| a. Positiva-entusiasta | () | () |
| b. Aceptación-pasiva | () | () |
| c. Indiferente | () | () |
| d. Ambivalente | () | () |
| e. Principalmente negativa | () | () |
| f. Completamente negativa | () | () |
| g. No sabe | () | () |
| h. No aplicable | () | () |

4. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona su pareja ante el tratamiento?

- | | | |
|----------|-----|-----|
| a. Total | () | () |
|----------|-----|-----|

- b. Parcial () ()
- c. Nulo () ()

VIII PAPEL DE LA MUJER Y LA PAREJA Y/O FAMILIA ANTE EL FENOMENO DE LA REPRODUCCION

1. ¿Con qué frecuencia le afecta la ausencia de hijos?

- a. Siempre () ()
- b. Frecuentemente () ()
- c. Ocasionalmente () ()
- d. Sólo cuando influye la familia () ()
- e. Otro () ()

2. ¿La ausencia de hijos afecta en su relación de pareja?

- a. Siempre () ()
- b. Frecuentemente () ()
- c. Ocasionalmente () ()
- d. Sólo cuando influye la familia () ()
- e. Otro () ()

3. ¿En caso de sentirse conflictuada la paciente por su

diagnóstico médico o social. Qué alternativas ha tomado?

- a. Lo comenta con su pareja ()
- b. Lo comenta con su familiar ()
- c. Lo comenta con su Médico ()
- d. Lo comenta con su amiga o vecina ()
- e. Busca apoyo Psicológico ()
- f. Busca apoyo T.S. ()
- g. No comenta a ninguno su situación ()
¿Porqué? _____
- h. Otro _____

4. ¿Cómo persona y mujer se siente satisfecha?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

5. ¿Cómo Alternativa a considerado la adopción de un niño que le permita cubrir la función de padres?

Paciente SI () NO ()

Compañero SI () NO ()

IX. PERCEPCION DE LA TRABAJADORA SOCIAL

1. Estado anímico prevaeciente durante la entrevista

- a. Tranquila ()
- b. Eufórica ()
- c. Preocupada ()
- d. Apática ()
- e. Deprimida ()
- f. Agresiva ()
- g. Otro _____

2. Impresión global por la Trabajadora Social en relación a la calidad de su relación de pareja.

- a. Sin problemática ()
- b. Problemática Leve ()
- c. Problemática Moderada ()
- d. Problemática severa ()
- e. No se puede precisar ()

Diagnóstico Social: _____

Plan Social: _____

Pronóstico: _____

OBSERVACIONES: _____

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Alayón, Norberto.- Definiendo al Trabajador Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires Argentina. 1993
2. Alayón Norberto.- Reflexiones sobre Trabajo Social. 2a edición. Ed. Humanitas, Buenos Aires Argentina, 1988.
3. Antología.- Proceso de Investigación Social, Seminario en Areas Sustantivas de Trabajo Social, ENTS-UNAM, mayo de 1989.
4. Botello.- Trastornos Generales del Aparato Genital Femenino y Esterilidad Femenina. UNAM.
5. Campos. Guillermo.- Antología No. 2. La familia. Antología Cultural, ENTS-UNAM, 1987.
6. Casa Torres, Graciela.- Propuesta de un curso Monográfico para Licenciado en Trabajo Social en el Area de la Salud. Tesis profesional, UNAM, 1982.
7. Escuela de trabajo Social No. 59.- "El profesional de Trabajo Social" Costa Rica, 1980.

8. Código Civil para el D.F.- Leves y Códigos de México. Ed. Porrúa, S.A., 1983.
9. CONAPO, Cuaderno No. 7.- Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social, México, D.F., 1986.
10. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.- Investigación Sociomédica. UNAM.
11. Carbajal-González, Eleuterio.- La Investigación Sociomédica. La Investigación Clínica en México, 1988.
12. Ander. Egg. Ezequiel.- Metodología del Trabajo Social. Ed. El Ateneo, Madrid, 1981.
13. García Salor, Susana.- La Especificidad del Trabajo Social. ENTS-UNAM. 1986.
14. Gaceta de Trabajo Social.- Conceptualización del Trabajo Social. Organó Informativo de la ENTS-UNAM, Epoca VI, 1989.
15. Hill, Ricardo.- El Caso Individual. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1981.

16. Karchmer K. Samuel Dr., et-al.- La Psicología en el Ambito Perinatal. INPer, 1988.
17. Kisnerman, Natalio.- Introducción al Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1981.
18. Mendoza Rangel, María del Carmen.- Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales, México , 1986.
19. Morales Carmona, Francisco.- Aspectos Emocionales de la Pareja Esteril. INPer, 1989.
20. López García, Guillermo.- Ginecología. Ed. Universidad de Navarra, S.A., Pamplona, 1977.
21. Lima A. Boris.- Contribución a la Epistemología del Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1989.
22. Moctezuma Guzmán, Jorge.- Esterilidad Por factor Endócrino. INPer, México, 1990.
23. Nieto Escárcega, Raúl.- Esterilidad por Factor Masculino. INPer, México, 1991.
24. COPLAMAR Necesidades Esenciales en México. Situación

- Actual y perspectivas al año 2000. Ed. Siglo XXI, México 1982.
25. Ortiz Elías Froylán et-al.- Esterilidad por factor Tubo-Perinatal. México, 1991.
 26. Rojas Soriano, Raúl.- Guía para Realizar Investigación Sociales. Ed. Plaza y Valdez, México, 1987.
 27. Rojas Soriano, Raúl.- Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica. Ed. Plaza y Valdez, México, 1990.
 28. Revista de Trabajo Social No. 37.- Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de Salud. ENTS-UNAM.
 29. Río de la Loza, Fernando.- Sistematización de la Clínica de Esterilidad y el Tratamiento de la Pareja Estéril. INPer, México.
 30. Sánchez Rosado Manuel.- Elementos de Salud Pública. Ed. Francisco Méndez Cervantes, México, 1983.
 31. Soberón Acevedo, Guillermo.- La Salud en México "Testimonios 1988". Desarrollo Institucional... Institutos Nacionales de Salud. Fondo de Cultura, Económico, México, D.F., 1989.

32. Soberón Acevedo, Guillermo.- El Proceso de Integración de los Servicios de Salud Pública de México VIII, Vol. 25, Fondo de Cultura, Económico, México, D.F., 1993.
33. Tozzin: Roberto.- Esterilidad e Infertilidad Humana. Ed. Médica, Buenos Aires, 1987.
34. Verduzco Pardo, Gabriel.- Esterilidad Conyugal. Ed. LIMUSA. México, D.F., 1987.
35. Valero Chávez, Aida.- Antología de Trabajo Social No. 5, ENTS-UNAM.
36. Zárate Carlos Arturo.- Manejo de la Pareja Estéril "Un libro para facilitar el Tratamiento de la Esterilidad", Ed. Fournier, México, D.F., 1987.
37. Zárate Canales, Macgregor.- Estérilidad e Infertilidad INPer. Ed. Fournier, México, 1980.