

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



SINDROME POSTLIGADURA TUBARIA Y SU REPERCUSION
 EN LA DINAMICA FAMILIAR.

TESIS QUE PARA OBTENER LA
 ESPECIALIDAD DE:
 MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. CARLOS EDMUNDO PALIZA FIGUEROA

GENERACION 82-84
 CULIACAN, SINALOA

TESIS CON
 PAGA DE OBRERO

1984



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

C O N T E N I D O

INTRODUCCION.....	5
OBJETIVOS.....	6
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.....	19
HIPOTESIS.....	20
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	21
MATERIAL Y METODOS.....	22
CUESTIONARIOS.....	23
RESULTADOS.....	28
GRAFICAS.....	30
DISCUSION Y COMENTARIOS.....	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	38

La esterilización quirúrgica como método de control natal continúa aumentando, resultando difícil conocer cifras reales del número de intervenciones realizadas cada año. En nuestro país, en la práctica privada no se informa la cantidad de operaciones y en los programas oficiales el seguimiento es deficiente. Cifras estimadas indican que el 5 % de mexicanas en edad fértil han sido esterilizadas con fines de control natal (7). De seguir nuestros programas los patrones establecidos en otros países -en los Estados Unidos 30 % de mujeres en edad fértil han sido esterilizadas (22) y en China también un 30 % (17)- un gran número de mujeres se someterán voluntariamente a algún tipo de procedimiento quirúrgico sobre sus trompas de Falopio. De ahí la importancia de analizar el recién descrito Síndrome Postligadura Tubaria (SPLT); la posibilidad de su existencia, el uso de técnicas de ligadura menos agresivos, la necesidad de un seguimiento más minucioso en pacientes intervenidas, y fundamentalmente las repercusiones que en un momento dado pudieran ocasionar a la Dinámica Familiar.

- 1).- Demostrar la probable existencia del Síndrome Postligadura Tubaria en pacientes esterilizadas tanto en el postparto como en cirugía programadas.
- 2).- Identificar las características signológicas y sintomatológicas que presenten las pacientes postligadas, de primera intención, en los 6 meses inmediatos a la cirugía.
- 3).- Comprobar que las pacientes afectadas por el síndrome en estudio, pueden modificar su rol.
- 4).- Investigar el tipo de relación interfamiliar que podiera verse más afectado.
- 5).- Demostrar que la presencia del síndrome postligadura tubaria en la madre, es causa de alteraciones en la dinámica familiar.
- 6).- Establecer un modelo base de estudio a futuras investigaciones del mismo grupo analizado con la finalidad de llevar a cabo un seguimiento crucial; tentativamente existe el proyecto de llevar a cabo un segundo estudio con los mismos pacientes y familias dentro de 18 meses, a cargo de un futuro residente de segundo año, el cual funge como colaborador en el presente estudio.

La historia de la anticoncepción es probablemente tan antigua como la raza humana. Los más antiguos moradores de las cavernas deben haber sabido lo que Malthus formuló mucho más tarde: Que la superficie en que ellos vivían daría cabida sólo a un cierto número de habitantes en condiciones óptimas; algunos arqueólogos creen descifrar fundas anticonceptivas en las pinturas de las cavernas (9).

Al igual que las sociedades primitivas actuales la humanidad en épocas remotas se las ingenió para evitar la concepción; de la vaina de chicharos a la progesterona, el control natal ha recorrido un largo camino. Los Djuka en Sudamérica han ideado un ingenioso condón vaginal con una vaina de grano, las mujeres de Sumatra se insertan en la vagina una píldora negra - con ácido tánico que actúa como espermaticida y tapón cervical; en Guinea y Martinica las mujeres se ponen una ducha de jugo de limón con cáscara de nuez de caoba; los Thonga de Africa practican el coito interrumpido; en el siglo XIX se descubrió en Java que el 50 % de las mujeres se habían inducido retroflexión uterina. Estos son métodos anticoncepcionales racionales relacionados con rituales mágicos agregados (9).

Los datos más antiguos de los anticonceptivos provienen de los papiros egipcios, 1850 años A.C. y 1150 años A.C., en los que se relata la miel y carbonato de sodio introducidos en la vagina como espermaticidas, del mismo modo se relatan el excremento de cocodrilo y un tapón de lino con arbusto acacia; la búsqueda de los anticonceptivos orales también es antigua, ya que, los egipcios preparaban una con grasa, hierbas y una especie de cerveza (9).

Las diferentes religiones de una forma u otra influyeron y su influencia persiste a la fecha sobre la anticoncepción; el

Talmud permite el coito interrumpido durante los 24 meses que una mujer amamanta, y en el Código de la Ley Judía está prohibido "causar en vano el derramamiento del semen". Al aparecer el cristianismo, consideró al sexo pecado, excepto en los casos de procreación; San Agustín y Santo Tomás de Aquino perdonaron el acto sexual siempre y cuando ningún intento por evitar la concepción se realizara (9).

La primera mención a un condón está hecha por el anatomista italiano Fallopius, quien describe un paño de lino sobre el pene como profiláctico venéreo y anticonceptivo (9).

Los primeros dispositivos intrauterinos fueron piedras insertadas en el útero de los camellos que efectuaban largos viajes en el desierto. En el siglo XIX se les agregó un tallo. En 1909, Richard Richter, de origen Alemán, diseñó un aro hecho de casullo de gusano de seda y en 1923, Pust le agregó hilos de seda como tallo e informó su uso en 453 mujeres que no se embarazaron ni tuvieron complicaciones. En 1920, Arranfenberg, popularizó un aro con alambre de plata, que el japonés Ota, utilizó con una capa de oro en el año de 1934 resultando más eficaz (9).

Hipócrates, proponía la esterilización en la mujer como una solución a las enfermedades hereditarias. En 1834, Von --Blundell, sugirió la resección total de las trompas (9).

La década de los años 70 ha sido testigo de un notable incremento en la frecuencia de esterilización tubárica. Fomentada por una liberación muy manifiesta en las actividades públicas y en las pautas establecidas por el médico, el número de esterilizaciones tubáricas ejecutadas en mujeres de 15 a 44 años de edad en los hospitales de Estados Unidos ha sido duplicado con creces desde 1970 a 1975. En respuesta a esta creciente demanda, los médicos intensificaron su búsqueda de técnicas para esterilización sencillas, rápidas, eficaces, econó

micas y además con ciertas garantías de complicaciones anestésicas y operatorias mínimas. Estos esfuerzos condujeron a la introducción de nuevos dispositivos tubooclusivos, a la aplicación de laparoscopia a los métodos de esterilización, y al uso cada vez más difundido de anestesia local. A medida que aumentó el número de jóvenes mujeres y de baja paridad que solicitaban esterilización quirúrgica, cobró mayor importancia el potencial para inversión de los métodos de esterilización.

Desde la década de los 50's con los estudios de varios investigadores como Wallace, Morris, Heady y Yerushalmy comprobaron que a igualdad de condiciones socioeconómicas y educativas de la madre, conforme mayor es el número de hijos hay más alta mortalidad materna, mortalidad perinatal e infantil y mayor grado de desnutrición en los preescolares. También es conocido que la multiparidad en la mujer tiene efectos importantes, aunque menos directamente relacionados con los anteriores en la salud materna, ya que aumenta la frecuencia o agrava otras enfermedades, tales como: Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedades renales, Enfermedades Cerebrovasculares que ya son un problema serio en nuestro medio, particularmente para la población derechohabiente y solidariohabiente del I.M.S.S. (16).

El éxito notable del Programa de Planificación Familiar - que inicia en el año de 1973, se constata notablemente en el descenso de la tasa de fecundidad, llegando a evitarse 25 de 100 embarazos con un 75 % de embarazos atendidos, así como - también la marcada disminución de la tasa de mortalidad materna de 1.4 en 1969 a 1.0 en 1978. La tasa de abortos disminuyó de 4.42 en 1970 (12.75 % de los partos totales), hasta - llegar en 1980 a 2.25 con un 10.19 % (16).

La mortalidad infantil en la República Mexicana fue en 1970 una tasa de 68.5 y disminuyó a 39.7 en 1978. La mortali-

dad de preescolares fue de 10.3 en 1970 a un descenso notable de 3.3 en el año de 1973 (16).

Durante las últimas tres décadas ha cambiado considerablemente la opinión respecto a cual sea el momento más oportuno para ejecutar esterilización puerperal. A finales de los años 40, Hellman y Whitacre, y Loeb correlacionaron la duración prolongada del intervalo entre el parto y la esterilización con incremento manifiesto en la frecuencia de salpingitis histológica y cultivos uterinos positivos desde el punto de vista bacteriológico, y concluyeron independientemente, que la intervención puerperal temprana es la más inocua y segura (11).

Durante las décadas de los años 50 y 60, la mayoría de los clínicos aceptaron esta recomendación, y en 1964 Overstre et recomendó limitación estricta de la cirugía a las primeras 48 horas después del parto (11).

Poco después, sin embargo, estudios clínicos no pudieron correlacionar la morbilidad real con la duración del intervalo entre el parto y la esterilización. Varias series clínicas muy amplias apoyadas por estudios bacteriológicos y anatomopatológicos revelaron que no se observa incremento en la morbilidad postoperatoria después de esterilización puerperal tardía. Además, no se encontró correspondencia entre la salpingitis histológica y las complicaciones clínicas. En un estudio prospectivo controlado en 152 pacientes, Laros, Zatuchni, y Andro confirmaron estos hallazgos, si bien sus datos se refieren a los primeros cinco días después del parto. Como la esterilización puerperal temprana acorta la permanencia en el hospital y permite a menudo el uso del mismo anestésico para el parto y la esterilización, acostumbramos en nuestra práctica a operar siempre que sea posible durante las primeras 24 a 48 horas después del parto. Sin embargo, cuando las circunstancias

obligan a una demora, la cirugía tardía es igualmente satisfactoria (11).

Entre los métodos de esterilización femenina los más preferidos son: el de Pomeroy y su técnica modificada, el de Oxford, el de Irving, el de Uchida; otros como: por Laparoscopia, con grapas y anillos, fimbriectomía, técnica de Madlener, ligadura simple y métodos de resección a nivel del cuerno uterino, cesárea e histerectomía puerperal. El autor considera que los métodos de esterilización de Pomeroy y Oxford, ejecutados con la anestesia de elección durante las primeras 48 horas después del parto son en la actualidad los métodos puerperales más eficaces, económicos y sencillos de realizar, con un potencial adecuado para reinversión. Ahora bien, cuando son grandes las posibilidades de fracaso con los mismos, el método Irving es una buena elección, sobre todo en el momento de la operación cesárea, y el método de Uchida, aunque más complicado, es igualmente seguro e inocuo. Sin embargo, nuevos adelantos en el futuro en cuanto a los dispositivos de oclusión tubárica pueden reducir el tiempo operatorio y mejorar las perspectivas para reinversión. Las advertencias que han sido enumeradas deben considerarse siempre que se proyecten otras técnicas puerperales (11).

La esterilización en período postparto inmediato es el método más eficaz para control de la fertilidad, fuera de la abstinencia total. Sin embargo, al aconsejar pacientes para planeación familiar hay que insistir en su persistencia. Informes recientes han indicado proporciones de éxito crecientes con la reanastomosis tubárica. Con una exposición prenatal adecuada de lo que es la contracepción y la esterilización, pueden evitarse decisiones prematuras y rápidas después de un parto difícil, queda tiempo para considerar y firmar las formas que requieren 30 días, y pueden disminuir las fu

turas solicitudes de reanastomosis tubárica (8).

Se recomienda particular precaución cuando el futuro del embarazo está en duda y no es segura la supervivencia de la criatura. En este caso se recomienda un intervalo mínimo de tres meses entre el parto y la cirugía, para lograr un buen pronóstico acerca del futuro de la criatura y dejar que los órganos pelvianos recuperen su volúmen y su vascularización normales. Además, este plan de tratamiento evita al paciente dos sufrimientos por pérdidas simultáneas: la pérdida de la criatura y la pérdida de la fertilidad (8).

Fuller reporta que su experiencia le ha sugerido que, a pesar del consejo más cuidadoso del consentimiento escrito, y de la selección de pacientes para técnicas de esterilización, seguirá habiendo mujeres que más tarde requieran operaciones para reanastomosar las trompas (8).

Se revisó la literatura desde las primeras menciones del Síndrome y se presentan los hallazgos de tres grupos de investigadores, según orden cronológico y así mismo de menor a mayor importancia en los datos obtenidos para poder de tal forma integrar un panorama.

El Síndrome Postligadura Tubaria ha sido descrito con trastornos como: aumento de la pérdida sanguínea menstrual, dismenorrea y "dolor pélvico", oligomenorrea y polimenorrea, asociados con el antecedente o como una secuela de procedimientos de esterilización quirúrgica (15). Desde los primeros informes el síndrome pareció tener más características subjetivas que trastornos evaluables objetivamente. Así, Alderman (1) comunicó que sólo 6,5 % de sus pacientes presentaban un aumento en la pérdida sanguínea durante los periodos siguientes a la esterilización; sin embargo, la controversia se inicia con el estudio de Rioux (19), quién en su revisión puntualiza la dificultad para estimar adecuadamente la pérdida sanguínea o los síntomas de manera objetiva y así mismo del diag

no de un protocolo aceptable. Ya antes Chamberlain y Foulks (4) relacionaron los síntomas con el uso previo de anticonceptivos, en un esfuerzo por interpretar la amplia difusión de los síntomas; en su serie hallaron de un 2.6 a 51 % de pacientes afectadas.

Berger (3) menciona por primera vez que ocho de diez mujeres tenían un nivel más bajo de progesterona sérica en la fase luteínica media en comparación con un grupo control.

Radwanska y el grupo de Carolina del Norte (18) estudiaron 40 pacientes con ciclos menstruales normales, quienes habían sido esterilizadas por cauterización o corte de sus oviductos y solicitaban reconstrucción tubárica. Como parte de la rutina de evaluación preoperatoria se les cuantificó la progesterona sérica en la fase media luteínica (cinco-diez días antes del siguiente período menstrual), encontrando que tenían un valor medio de progesterona (en esta fase) significativamente menor que un grupo control.

El grupo de Donnez (6) en Bruselas, Bélgica, evaluó la función luteínica en mujeres esterilizadas por cauterización (electrofulguración) y así mismo en quienes se realizó oclusión tubaria mediante el clip y un grupo control, todas las pacientes en edad similar. Efectuaron cuantificación de progesterona sérica y biopsias de endometrio en los días cinco-diez previos al siguiente período menstrual, encontrando valores más bajos de progesterona sérica en la fase media luteínica en las esterilizadas por cauterización que en aquellas mediante el clip o en el grupo control. Asimismo, se observaron diversas alteraciones endometriales, con mayor frecuencia en el grupo sometido a electrofulguración.

En el trabajo de Hargrove y cols. (12) en California, ellos trataron 29 mujeres esterilizadas por el método de Pomeroy (una con salpingotomía bilateral), quienes presentaban -

síntomas del síndrome que se iniciaron coincidentalmente después de la ligadura tubaria. Las pacientes fueron estudiadas mediante admisión hospitalaria para investigación integral y determinación por radioinmunoensayo de lo que los autores denominaron "perfil endócrino" en la fase media luteínica de enfermas con Síndrome Postligadura Tubaria.

La perspectiva para la mujer de una vida feliz, libre y sin la preocupación de embarazos indeseables, no es poca cosa. Recordemos que la estabilidad matrimonial se apoya tanto en sexo como en las convicciones sociales, culturales y religiosas. No pueden ser negados el sentimiento de culpa, complejos de inferioridad y castración, y otros desajustes de la esfera psíquica. El mayor riesgo lo entraña su cualidad de proceso definitivo, válido especialmente en las mujeres demasiado jóvenes expuestas por viudez temprana o divorcio, a nuevas nupcias sin descendencia (20).

La dismenorrea, o dolor menstrual, es probablemente el síntoma más común de las alteraciones ginecológicas, y la causa principal de pérdida de horas de trabajo en la mujer. A pesar de su gran frecuencia, y de que ha sido objeto de amplias exposiciones y estudios por más de 100 años, sigue siendo uno de los problemas ginecológicos sin solución (14).

A pesar de que muchas mujeres no experimentan molestias alguna durante la menstruación, puede considerarse como normal una sensación pelviana gravativa, de intensidad moderada, incluso calambres aislados. En realidad, la línea de demarcación entre esta molestia normal y la verdadera dismenorrea es muy imprecisa; en la mayoría de los casos es la propia enferma quien establece subjetivamente la diferenciación, basándose en la incapacidad que trae aparejada. Es precisamente este carácter subjetivo el que ha hecho tan difícil el estudio del trastorno. Solo se necesita conocer someramente la naturaleza

humana para sumarse a la afirmación de que el mismo estímulo periférico, que en las mujeres tranquilas se expresa por una molestia moderada, se manifiesta en la muchacha hipersensitiva e impresionable de manera de un dolor intensísimo, incluso incapacitante (14).

Por consiguiente, jamás debe perderse de vista el factor psicógeno en el tratamiento de los casos de dismenorrea, y todo estudio que pretenda ser completo debe tomarse en consideración los factores susceptibles de acentuar el elemento subjetivo en cada caso. Entre ellos se encuentra un sistema nervioso congénitamente inestable y sensible, los traumatismos psíquicos, especialmente los relacionados con los periodos menstruales, y la falta de conocimientos acerca de la significación y normalidad de la función menstrual. Hay madres ansiosas que miman a sus hijas al comienzo de la vida menstrual en la creencia de que la muchacha debe sentirse realmente "indispuesta" en esa época. Para esa joven, sobre todo si se cría en una familia donde otra u otras parientes sufren de dismenorrea, la transición a la invalidez menstrual es sumamente fácil (14).

Tan importantes son estos factores que algunas autoridades afirman que la causa de la dismenorrea primaria es siempre psicógena, opinión de la que no participamos. Por otra parte, estamos convencidos del papel primordial que en muchos casos desempeña el factor psicógeno. Para erradicar estos factores etiológicos no es necesario someter a la enferma a una investigación psicoanalítica, pero es importante que el médico tenga buen sentido y se haga cargo de la situación. Debe revisar la historia del trastorno, sobre todo en sus fases iniciales, y explicarle a la enferma que normalmente no debe obstaculizar en forma material las faenas o actividades acostumbradas. Rápidamente puede el médico imponerse

de la importancia o insignificancia del factor psicógeno en cada caso, y determinar en esta forma si vale la pena intensificar las medidas psicoterapéuticas. Creemos que por lo menos en un pequeño número de casos es posible librar literalmente a la muchacha de su dismenorrea mediante una actitud de comprensión simpática, de confianza y una labor educativa (14).

La paciente que a diario se acerca a nosotros con su queja nos plantea un dilema, por ser su enfermedad una perturbación somática y por conllevar al mismo tiempo la expresión de su más íntimo sentir (10).

Podemos actuar únicamente sobre "lo que se ve" como técnicos, como organicistas y quedarnos en el modesto plan de "veterinarios". La enferma será pasivamente "el material" en el que se emplea el "método", según la moderna jerga de las publicaciones médicas (10).

También nos es posible superar ese nivel y además de actuar mecánicamente o farmacológicamente sobre las vísceras de nuestra paciente, tratar de interpretar lo que nos quiere comunicar en el lenguaje profundo que subyace en todo ser humano y que por milenios sólo ha sido audible para quien escucha con oídos de poeta o de filósofo (10).

Establecida la sintonización, la enfermedad será combatida en sus más ocultos reductos, porque médico y paciente han constituido un binomio y actúan al unísono. De lograr esa etapa, el médico adquiere dimensiones genuinamente humanas (10).

DINAMICA FAMILIAR

Se puede definir como "las fuerzas de impulso, físicas, morales o intelectuales de cualquier área o las leyes relacionadas con ella. Según Kolb, "por dinámica se entienden las motivaciones que dirigen la conducta y los procesos y los mecanismos de adaptación que se utilizan para satisfacer las nece

sidades funcionales a niveles biológicos, familiares y sociales durante la vida". Suele decirse que psiquiatría dinámica es sinónimo de psicoanálisis. Psicoanálisis es, con seguridad psiquiatría dinámica, pero hay otras consideraciones teóricas que abarcan la interrelación entre fuerzas o motivos, como los ya definidos, que constituyen también modelos dinámicos - con los cuales se entienden al individuo, a la familia o los grupos sociales (5).

La familia puede considerarse el primer laboratorio de relaciones humanas. Sus funciones más elementales son dar y conservar la vida y humanizar a sus miembros (5).

La manera cómo se desarrolla la dinámica familiar, determina la funcionalidad de la familia.

FAMILIA FUNCIONAL: es aquella en la cual se cumplen todas las funciones familiares, existe un modelo de comunicación adecuado entre los miembros, los roles se cumplen adecuadamente, y los conflictos son resueltos en forma explícita y sin forcejeo, de manera que existen relaciones intrafamiliares adecuadas por lo que estas familias tienden a desarrollarse y ser creativas (2).

Dentro de las relaciones humanas familiares, es necesaria la evaluación de cuatro factores importantes a saber: autoestima, comunicación, normas y enlaces con la sociedad. La utilización de estos factores determinará el tipo de familia con conflicto y sin conflicto familiar:

FAMILIA SIN CONFLICTO: también llamada nutridora y funcional, es aquella que tiene las siguientes características: autoestima alta, comunicación directa, llana, específica y sincera; enlace con la sociedad sincera y abierta. Normas y reglas flexibles capaces de aceptar la proposición de nuevos modelos.

FAMILIA CON CONFLICTO: también llamada conflictiva o dis-

funcional, presenta las siguientes características: autoestima baja; comunicación indirecta vaga, confusa y no sincera; - normas y reglas rígidas inhumanas, fijas e inmutables; enlace con la sociedad temeroso, aplacante y acusador (2).

El estudio de la patología familiar y su abordaje incluye cuatro vectores de análisis que son: el diagnóstico, el tratamiento y la profilaxis que son interactuantes y se complementan con el pronóstico. El enfermo como miembro del grupo familiar desempeña un rol: es el portavoz emergente de esa situación.

El médico debe considerar no solo la enfermedad individual sino también el significado que el miembro de la familia adscribe al paciente y la manera en que está afectando la situación familiar. Por ejemplo: ¿ es el papel de enfermo de un miembro de la familia necesario para la estabilidad psicológica de toda la familia ? (2).

Las alteraciones psicológicas más frecuentes en un miembro de la familia con una patología específica son: culpabilidad, ansiedad, desesperación, miedo a la separación y miedo a la muerte en enfermedades graves. Las reacciones de culpa pueden ser más frecuentes en los familiares que en el paciente. Dos circunstancias predisponen a los miembros de la familia a un complejo de culpa que puede durar toda la vida: la primera es el niño con la invalidez crónica adquirida por accidentes, descuido o falta de medidas de protección específicas; y la situación en la cual, puede tenerse la sensación de que el accidente o el olvido pueden evitarse; el segundo caso es el sentimiento de culpa de los padres al haber transmitido a los hijos una enfermedad hereditaria crónica (2).

Las reacciones familiares ante el paciente crónico pueden ser: irritaciones, mal humor hacia el enfermo inválido, miedo o síntomas inquietantes, hipocondría en otros miembros del núcleo familiar sometidos a presiones: sobreprotección, y temores innecesarios; miedo al contagio (2).

La familia es la base social que presentará alteración en su dinámica y tomará una actitud determinada cuando existe la presencia de un miembro enfermo. Tomando en cuenta el nivel - sociocultural, económico, así como la integración familiar. - Dicha actitud variará de acuerdo al rol que el miembro de la familia enferma lleve a cabo estando en buen estado de salud. Si el hijo enferma, únicamente habrá repercusiones desde el - punto de vista emocional, provocando un desequilibrio psicológico en el núcleo familiar ya que el sostén económico está cubierto por los padres (2).

La ventaja de la vigilancia continua es la educación del paciente y su familia; el médico debe hacer periódicamente de terminados exámenes. Esta repetición permite explicar porque se hacen los exámenes en forma tal que el paciente y sus familiares comprenden cada vez mejor la enfermedad del paciente. Asimismo, permite que el paciente haga más preguntas y que relate mejor lo que ha pasado entre una visita y otra. Es mejor la relación Paciente-Médico-Familia, puede prolongarse al intervalo entre las consultas sin temor a que pasen inadvertidos síntomas que obligarían a tomar medidas preventivas y terapéuticas inmediatas (2).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

La década de los años 70's ha sido testigo de un notable incremento en la frecuencia de esterilización tubárica, como método de control natal, resultando difícil conocer cifras reales del número de intervenciones realizadas cada año. Cifras estimadas indican que el 5 % de mexicanas en edad fértil han sido esterilizadas con fines de control natal. Debido a la difusión de la posible existencia del Síndrome Postligadura Tubaria, cabe esperar un número cada vez mayor de pacientes con este tipo de quejas, dificultándose en nuestro medio tanto la evaluación correcta de mujeres con dichas alteraciones como la elaboración de un protocolo de estudio adecuado con enfoque hacia las repercusiones en la dinámica familiar.

Nosotros suponemos que el Síndrome Postligadura Tubaria podría en un momento dado originar disfunción familiar, y su gravedad de acuerdo a la idiosincrasia de la paciente ante el resto del núcleo familiar, ya que inicialmente se modificaría el rol de la esposa afectiva y sexualmente ante su cónyuge por existir un sentimiento de culpa, complejos de inferioridad, castración y otras alteraciones de la esfera psíquica. Con los hijos, podría existir el descuido entre otras cosas, ya que la paciente se vería obligada a recibir de su cónyuge exclusivamente reproches por falta de comprensión y apoyo.

H I P O T E S I S

- A).- Hipótesis alternativa: El Síndrome Postligadura Tubaria puede ser factor de disfunción familiar.
- B).- Hipótesis nula: La dinámica familiar no se ve alterada por el Síndrome Postligadura Tubaria.

Universo de trabajo:

A).- Características: El estudio prospectivo y de seguimiento se realizó con 50 familias en las que la madre fue intervenida para ligadura tubaria, y adscritas a la C. H. G. de Z. No. I con M.F., en Culiacán, Sinaloa, México.

B).- Criterios de inclusión:

- Familias tipo nuclear en donde la madre haya sido intervenida para ligadura tubaria en la C. H. G. de Z. No. I del I.M.S.S. en Culiacán, Sin..
- Madres esterilizadas del Iro. al 30 de Junio de 1983.
- Sin discriminación en cuanto al régimen de atención médica por el Instituto (incluyó a pacientes no derechohabientes).
- Que residan en la Ciudad de Culiacán, Sinaloa.
- Sin importar la edad, ni el número de gestación.
- Que acepten colaborar en el estudio.
- Sin importar nivel socio-económico.

C).- Criterios de exclusión:

- Que no residan en la ciudad.
- Que no acepten colaborar con el estudio.
- Que no se encuentre su domicilio.
- Que la paciente fallezca o haya fallecido durante el desarrollo del estudio.

D).- Tipo de estudio:

Prospectivo, al azar simple.

M A T E R I A L

A).- Humanos:

- Un médico Ginecólogo del H. G. Z. con M.F..
- Un médico especialista en Medicina Familiar del H.G. de Z. con M.F. en Culiacán, Sinaloa.
- Un médico residente del 2do. año de Medicina Familiar del H. G. Z. con M. F. en Culiacán, Sin.
- Un médico residente del 1er. año de Medicina Familiar del H. G. Z. con M. F. en Culiacán, Sin.

B).- Materiales:

- 50 familias cuya madre haya sido intervenida para ligadura tubárica.
- Expediente clínico.
- Tarjetas de Registro Familiar.
- 4 cuestionarios para las entrevistas familiares.

M E T O D O L O G I A

Se realizó una selección al azar de pacientes sometidas a ligadura tubaria tanto en el postparto como programadas, a las cuales inicialmente les aplicamos los cuestionarios de estudio. Se efectuó un registro para seguimiento y aplicación de los cuestionarios (con excepción del primero) en entrevistas domiciliarias 6 meses después de la cirugía para calificar la posible repercusión del Síndrome Postligadura Tubaria en la dinámica familiar.

Procesamiento de datos en porcentajes, tablas y gráficas de los datos obtenidos.

CUESTIONARIO No. I

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____ No. de paciente: _____
 Dirección: _____ No. Afiliación: _____
 Ocupación: _____ Edad: _____
 Escolaridad: _____ Estado Civil: _____
 Medio socioeconómico y C.: _____ Religión: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Gestas _____ Para _____ Cesarea _____ Aborto _____ Obitos _____ Ma
 crosonicos _____ Hijos vivos _____ Sexo de los hijos _____
 Edad de los hijos _____ Menarquia _____ Ritmo _____
 Regular ? _____ V.S.A. _____ F.U.P. _____ F.U.A. _____

OTROS DATOS:

Tabaquismo _____ Alcoholismo _____ Ctra toxicomanía _____
 Años de matrimonio _____ Método anticonceptivo previo _____
 Frecuencia de relaciones sexuales por mes _____ Sensación de
 orgasmo: Siempre O, Casi siempre O, en ocasiones O, nunca O.

DATOS QUIRURGICOS:

Tipo de ligadura tubaria _____ Vía de entrada qui-
 rúrgica _____ Motivación _____
 Hallazgos patológicos _____
 Salpingoclasia: Programada O, Postparto O, Postcesarea O.
 Está Ud. informada del motivo de la operación _____. Se en
 cuenta conforme con la operación ? _____. Está entera-
 do su esposo de la operación ? _____. Que opina de ello ? ____
 _____. Quien le informó a Ud. del método quirúrgi
 co ? _____. Fue lo suficientemente explícito ? ____
 _____. Observaciones _____

CUESTIONARIO No. 2

IDENTIFICACION:

Nombre de la paciente:

No. de paciente:

No. de afiliación:

Dirección:

TRASTORNOS MENSTRUALES:

- a). Existe algún cambio en sus menstruaciones ? _____
- b). Menstruaciones muy dolorosas ? (Dismenorrea) _____
- c). Menstruaciones más largas y abundantes ? (Hiper) _____
- d). Menstruación escasa en cantidad y duración ? (Hipo) _____
- e). Ha presentado menstruaciones más frecuentes ? (Poli) _____
- f). Existe distanciamiento en sus menstruaciones ? (Oligo) _____
- g). Retardo en la presentación de menstruaciones ? (Cps) _____
- h). Ha presentado "dolor pélvico" independientemente de las menstruaciones ? _____
- i). Tiene la sensación de que "algo" le pesa en el vientre ? _____

Existe algún beneficio por la operación ? _____, porque?

Se encuentra arrepentida por haberse ligado ? _____, porque?

Se han alterado las relaciones con su:

-Esposo ? _____, porque ? _____

-Hijos ? _____, porque ? _____

-Demás familia ? _____, porque ? _____

-Amistades ? _____, porque ? _____

CUESTIONARIO No. 3

1. Familia:

2. Domicilio:

3. Integrantes: a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____
 e) _____

4. Edad de (los) sujetos problema y su rol:

5. Funciones de la familia:

I. REPRODUCCION:

1. Sus relaciones sexuales son satisfactorias ?.
 Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
2. Se bañan los niños y los adultos juntos ?.
 Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
3. El tiempo transcurrido entre un parto y otro, es de dos años como mínimo ?.
 Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
4. El número actual de hijos con respecto al planeado ?
 Es adecuado _____ Insuficiente _____ Sobrepoblado _____
5. Ha planeado la pareja la necesidad de planificar la familia ?.
 Ambos _____ Solo la esposa _____ Solo el esposo _____

II. CUIDADO:

1. Existe control prenatal durante los embarazos ?.
 Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
2. Los esquemas de inmunización están completos ?.
 En todos _____ Casi todos _____ Ninguno _____
3. La ropa y el atuendo personal está disponible y a tiempo para todos los miembros de la familia ?.
 Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
4. Las enfermedades parasitarias e infecciosas y sus se cueles están presentes en los miembros de la familia
 Ninguno _____ Solo uno _____ Varios _____
5. Existe desnutrición en los miembros de la familia ?.
 Ninguno _____ Solo uno _____ Varios _____

III. AFECTO:

1. El trato de los padres hacia el resto de la familia es adecuado ?.
 Por ambos _____ Solo la madre _____ Solo el padre _____

2. Existen problemas con el caracter (conducta) en los miembros de la familia ?.
Ninguno _____ Solo uno _____ Varios _____
3. El rol de la esposa en la familia es de ?.
Esposa madre E. colaboradora _____ E. compañera _____
4. Lleva a los niños a centros de recreo por lo menos una vez a la semana ?.
Todos _____ Solo algunos _____ Ninguno _____
5. Ayuda el padre a la madre en las labores del hogar ?.
Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____

IV. SOCIALIZACION:

1. Utilizan palabras malsonantes o socialmente no aceptadas, en su lenguaje los miembros de la familia ?.
Ninguno _____ Solo los padres _____ Todos _____
2. La escolaridad de los niños está de acuerdo a su edad
En todos _____ Solo algunos _____ Ninguno _____
3. Existe alcoholismo o drogadicción en la familia ?.
Ninguno _____ Alguno _____ Varios _____
4. Existe interés en los miembros de la familia para recibir atención médica ?.
En todos _____ Los padres _____ Ninguno _____
5. Existen expulsiones o castigos a los niños en la escuela ?
Ninguno _____ Solo algunos _____ Solo uno _____

V. STATUS:

1. Reconocen y aceptan los miembros de la familia los límites jerárquicos de autoridad ?.
Todos _____ Solo algunos _____ Ninguno _____
2. Existen cambios de trabajo en el padre ?.
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____
3. El nombre del padre se repite en los hijos ?.
En el primogénito _____ En alguno de ellos _____ En ninguno de los hijos _____
4. El puesto que ocupa el padre en su trabajo es de ?.
Directivo _____ Empleado calificado _____ Empleado no calificado _____
5. Cuentan los padres con unidad móvil para transporte ?
Ambos _____ Solo uno _____ Ninguno _____

CUESTIONARIO No. 4

	Casi siempre	Algunas ocaciones	Difícil mente
ADAPTABILIDAD:			
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno o necesidad.	_____	_____	_____
ASOCIACIONES:			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.	_____	_____	_____
PROGRESION:			
Encuentro que mi familia acepta - mis deseos de tomar nuevas actitudes o hacer cambios en mi estilo de vida con el afán de progreso.	_____	_____	_____
APECTO:			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como: ira, aflicción y amor.	_____	_____	_____
ACUERDOS:			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos para llegar a un acuerdo y decisión familiar.	_____	_____	_____

RESULTADOS: El paciente elige una de las tres opciones las cuales son marcadas como sigue: "Casi siempre" (2 puntos), - "Algunas ocaciones" (1 punto), y "Difícilmente" (0 puntos). Los puntos de cada una de las cinco preguntas son entonces totalizadas. Un total de 7 a 10 sugiere un gran funcionamiento familiar, un total de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional, y un total de 0 a 3 puntos sugiere una familia severamente disfuncional.

R E S U L T A D O S

De las 50 familias estudiadas en donde a la madre se le realizó esterilización tubaria, 37 pertenecían al régimen ordinario del I.M.S.S. y 13 a ninguno.

El rol de madre cuida hijos fue en 40 casos (80 %) y el de madre colaboradora en 10 casos (20 %).

Por grupo de edad se obtuvieron los siguientes resultados: 6 casos (12 %) de 22-25 años; 12 casos (24 %) de 26 a 29 años; 23 casos (46 %) de 30-35 años; 5 casos (10 %) de 36-39 años; y 4 casos (8 %) de 40-45 años.

Por escolaridad: 37 madres (74 %) solo habían cursado la primaria; 7 madres (14 %) con carrera profesional; 4 madres (8 %) con secundaria completa y 2 (4 %) analfabetas.

De acuerdo al estado civil: 20 casos (40 %) en matrimonio solamente por el civil; 19 casos (38 %) por civil e iglesia; 10 casos (20 %) en unión libre; y 1 caso (2 %) en matrimonio solamente por la iglesia.

Por nivel socioeconómico y cultural: 3 familias (6 %) de nivel medio-alto; 21 familias (42 %) de nivel medio-bajo; 22 familias (44 %) de nivel bajo-alto; y 4 (8 %) de nivel bajo-bajo.

Por gestación: 26 madres (52 %) con 4 embarazos; 8 madres (16 %) con 5; 7 madres (14 %) con 6; 2 madres (4 %) con 8; 3 madres (6 %) con 12; 3 madres (6 %) con 3 embarazos; y 1 madre (2 %) con solo 2 embarazos.

Al inicio del estudio 3 pacientes (6 %) tenían antecedente de tabaquismo leve, y 2 pacientes (4 %) con tabaquismo grave. Al finalizar el estudio (6 meses posteriores) solamente persistían con el hábito del tabaquismo las 2 pacientes con tabaquismo grave, aunque un poco disminuido. Una de las pacientes inicialmente nos refirió fumar marihuana e inhalar resistol, en la segunda entrevista negó persistir con dichos hábitos.

A nivel de alcoholismo, solamente 2 pacientes (4 %) consumían bebidas embriagantes en forma ocasional. Al finalizar el estudio, los mismos pacientes continuaban igual.

2 pacientes (4 %) negaban llegar a la fase de orgasmo -- desde hacía 2 y 5 años, aparentemente sin causa justificada. Dicho trastorno se corrigió totalmente después de la esterilización tubárica, al encontrarse plenamente convencidas de que no volverían a tener otro nuevo embarazo.

30 pacientes (60 %) fueron intervenidas bajo cirugía programada; 11 pacientes (22 %) postcesarea; y 9 pacientes --- (18 %) posterior a partos eutócicos.

Las técnicas de esterilización fueron de la siguiente manera: 26 (52 %) tipo Pomeroy; 13 (26 %) tipo Pomeroy modificado; 8 (16 %) tipo Fimbriectomía bilateral; 1 (2 %) Fimbriectomía Izq. y Pomeroy Derecha; 1 (2 %) tipo Kronner; y 1 -- (2 %) Kronner Izq. y Pomeroy derecha.

Todas las cirugías (100 %) fueron por vía abdominal.

Ninguna paciente había sido sometida anteriormente a cirugía tubárica.

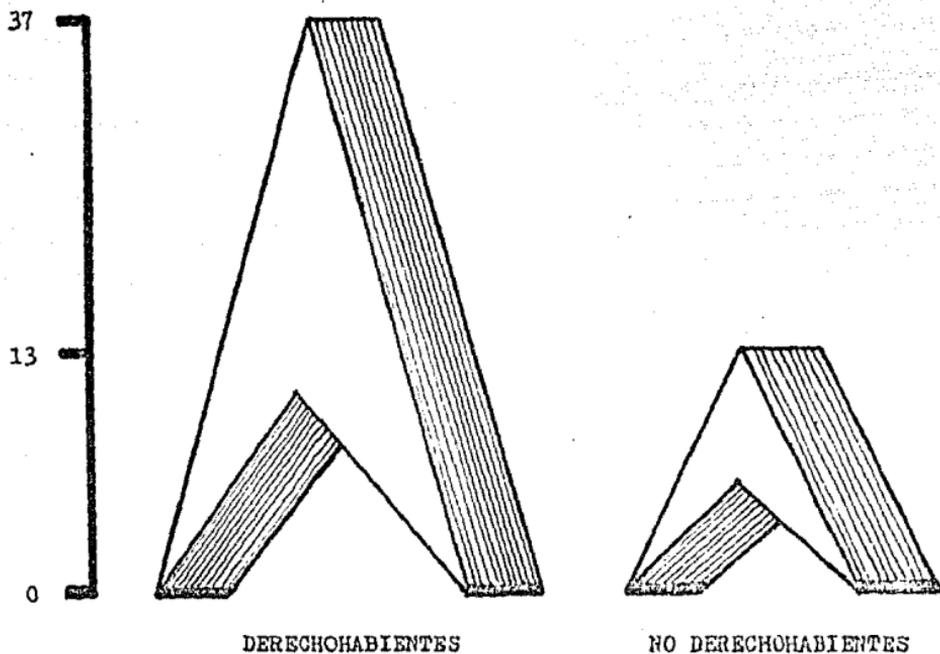
Al inicio del estudio, 41 pacientes (82 %) nos habían referido presentar ciclos menstruales en forma regular; y 9 pacientes (18 %) de manera irregular, a consecuencia de hormonales y DIU. A los 6 meses posteriores a la cirugía se nos - informó lo siguiente: de las 36 pacientes que presentaban ciclos menstruales, el 100 % negó trastorno menstrual alguno; y las 14 pacientes restantes (28 %) no fue posible evaluar - sus características menstruales ya que se encontraban en amenorrea secundaria a lactancia.

En resumen, en la primera fase del presente estudio que comprende los primeros 6 meses inmediatos a la cirugía, no - detectamos paciente alguna con signos o síntomas de datos sugestivos de padecer el Síndrome Postligadura Tubaria, por lo tanto, la repercusión en la Dinámica Familiar no fue posible calificarla, por la ausencia de dicho Síndrome.

G R A F I C A No. I

DISTRIBUCION DE PACIENTES DERECHOHABIENTES
Y NO DERECHOHABIENTES.

No. de Casos



FUENTE: Cuestionarios de estudio.

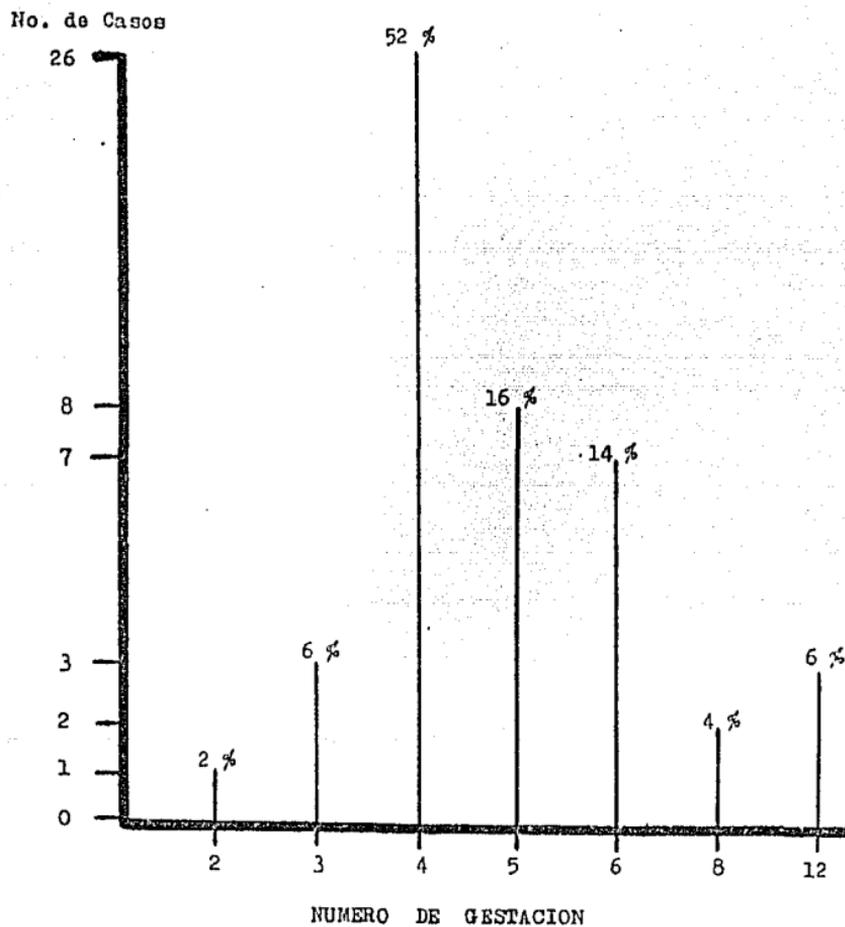
C U A D R O No. I

RELACION DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD
Y PORCENTAJE.

GRUPOS DE EDAD	CASOS	PORCENTAJE
22 - 25	6	12 %
26 - 29	12	24 %
30 - 35	23	46 %
36 - 39	5	10 %
40 - 45	4	8 %
T O T A L	50	100 %

FUENTE: Cuestionarios de estudio.

G R A F I C A No. 2

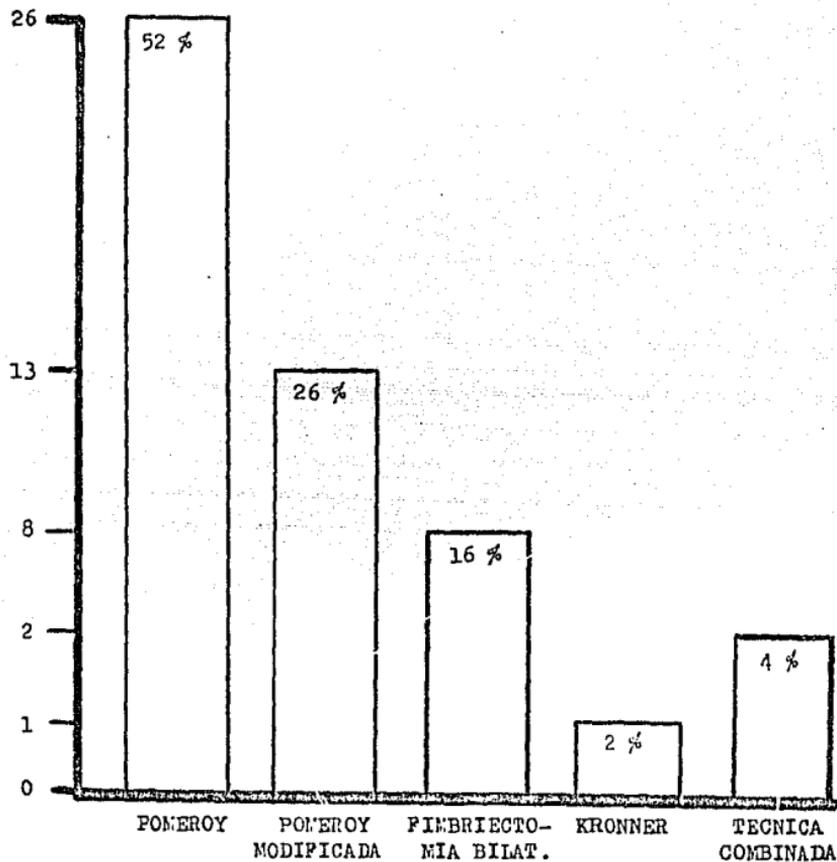
DISTRIBUCION DE CASOS DE ACUERDO AL NUMERO
DE GESTACION

FUENTE: Cuestionarios de estudio.

G R A F I C A No. 3

FRECUENCIA DE TECNICAS DE ESTERILIZACION

No. de Casos



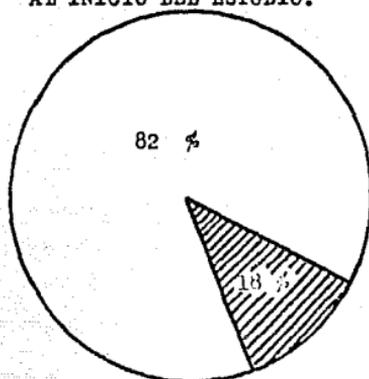
T E C N I C A Q U I R U R G I C A

FUENTE: Cuestionarios de estudio.

G R A F I C A No. 4

PORCENTAJE DE TRASTORNOS MENSTRUALES

AL INICIO DEL ESTUDIO.

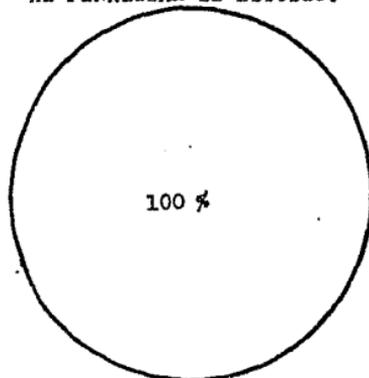


Pacientes con ciclo menstrual regular.



Pacientes con ciclo menstrual irregular.

AL FINALIZAR EL ESTUDIO.



Pacientes con ciclo menstrual regular.



Pacientes con ciclo menstrual irregular.

D I S C U S I O N Y
C O M E N T A R I O S

A pesar de que en ésta primer etapa del estudio, realizada a los 6 primeros meses de la esterilización tubaria, no detectamos pacientes con signos y síntomas del Síndrome Postligadura Tubaria, el presente estudio servirá de base y de antecedente para la segunda etapa que se realizará con el mismo grupo estudiado y con otro de control dentro de 12 meses.

El llamado SPLT implica la presencia de algunos cambios difícilmente evaluables en los ciclos menstruales, y síntomas de valor más subjetivo que objetivo, por lo que al inicio del estudio efectuados por otros autores se encontró dificultad para estudios apropiados de pacientes con este tipo de quejas (19), hasta cuando diversos grupos (6, 18) (quizás incidentalmente, como en el caso de Radwanska, quien diseñó un estudio para mujeres que solicitaban anastomosis tubaria) midieron los valores de progesterona sérica en la fase luteínica media de pacientes con posible SPLT, comparados con grupos control, encontrando valores más bajos en el primer grupo de pacientes, abogando en sus trabajos la posibilidad de que en algunos casos la persistencia de infertilidad posterior a la exitosa reconstrucción quirúrgica de los oviductos, se debiese a cierta deficiencia en la función ovárica (18), o bien que la alteración en la función (posible) del cuerpo lúteo, después de la esterilización, pudiera expresarse clínicamente por irregularidades menstruales (6). Además, en la fase media luteínica de pacientes con SPLT el perfil endócrino elaborado por Hargrove muestra cambios importantes, como: niveles séricos de estradiol más elevados y progesterona disminuida en estas pacientes comparadas con un grupo control. Como se sabe, la progesterona sérica alcanza cifras más elevadas durante los cinco a diez días que preceden a la menstruación, coincidiendo -

dicha observación con la de Radwanska en cuanto a que aquellas que solicitan reconstrucción tubaria posterior a esterilización deben ser sometidas a estudios a fin de descartar una función luteínica anormal, para aumentar el éxito de la intervención (15).

La etiología y fisiología del Síndrome Postligadura Tubaria permanecen hasta la fecha desconocidas (12), aunque un aporte sanguíneo inadecuado al ovario (4, 6, 18) y alteraciones en la inervación de oviductos y ovarios (12) también han sido postulados.

C O N C L U S I O N E S Y R E C O M E N D A C I O N E S

El uso de la palabra "conclusión" en torno al Síndrome -- Postligadura Tubaria nos parece arriesgado, pese a los estudios antes mencionados, en la parte final de este trabajo preferimos hablar en términos de observaciones y recomendaciones. Dado que el método de Pomeroy para esterilización quirúrgica, principalmente durante el postparto, tiene una gran popularidad y como en muchos casos se permite a médicos residentes e internos en formación la realización de dichas intervenciones, resultando amplias resecciones de tejido por: hemostasia inadecuada que requiere numerosos puntos, cortes muy "generosos" que pueden afectar de manera importante tanto el aporte sanguíneo como la inervación del ovario. Además, la agresión tisular por aplicación de alta temperatura o corriente eléctrica se traduce como un daño más acentuado.

Por lo tanto, debe darse gran prioridad al manejo adecuado de estas estructuras en intervenciones quirúrgicas cuyo número seguramente continuará en aumento y debido a la difusión de la posible existencia del síndrome, es de esperar que un número cada vez mayor de pacientes presenten este tipo de quejas, dificultándose en nuestro medio tanto la evaluación correcta de mujeres con dichas alteraciones, por el alto costo de las determinaciones séricas de progesterona y así mismo la elaboración de un protocolo de estudio adecuado.

Resulta recomendable el uso de técnicas menos agresivas - que preserven la intervención e irrigación de estos elementos a cargo de una importante función endócrina.

- 1.- Alderman B.: Menstrual loss after tubal ligation. *Lancet* II: I. 1975. Pág. 039.
- 2.- Apuntes del curso de Medicina Familiar, para médicos residentes de Medicina Familiar, en Culiacán, Sin.. 1982.
- 3.- Berger G.S. et al: Possible ovulatory deficiency after tubal ligation. *Am J. Obstet. Gynecol.* 132: 1978. Pág. 699.
- 4.- Chamberlain G. and Foulke J.: Long term affects of laparoscopic sterilization on menstruation. *South Med.J.* 69.1976.PI474.
- 5.- Conn H.F. y cols.: Medicina Familiar, Teoría y Práctica. Edit. Interamericana. Méx. Primera edición. 1974. Pág. 2-25.
- 6.- Donnez J. et al.: Luteal function after tubal sterilization. *Obstet. Gynecol.* 57. 1981. Pág. 65.
- 7.- Encuesta Mundial de Fecundidad. Instituto Internacional de estadística, Londres. 1980.
- 8.- Fuller W.E.: Planeación familiar durante el puerperio. Nueva edición Interamericana. Méx. Primera edición. Vol. 4. 1980. Pág.: III9-II25.
- 9.- Gallagher D.: Breve historia de la anticoncepción. *Kundo Médico.* Vol. II. No. 20. Mayo, 1975. Pág.: 58-63.
- 10.- Gallo A.D.: Somatización pélvica de conflictos emocionales. *Gineco. y Obst. de Méx.* Vol. 31. Año XXVII. 183. 1972. 63-74.
- 11.- Green L.R., Laros R.K. Jr.: Esterilización después del parto. Nva. Edit. Inter. Méx. Ira. Ed. Vol. 2. 1980. Pág.: 659-672.
- 12.- Hargrove J.T. et al.: Endocrine profile of patients with - post-tubal ligation syndrome. *J. Reprod. Med.* 26. 1981 P 359.
- 13.- Konincky P.R. et al: Impairment of ovarian ovulatory function after tubal surgery in the rabbit. *Infertility* 3. 1980. Pág.: 85.
- 14.- Novak E.R.: Tratado de Ginecología. Nva. Edit. Inter. Méx. - Novena edición. Capítulo 33. 1977. Pág.: 693-702.
- 15.- OB/Gyn Survey, : Luteal function after tubal sterilization. - 37 (I). 1981. Pág.: 39.
- 16.- Planificación Familiar y Salud Materno Infantil. I.M.S.S. - Deleg. de Sinaloa, Jefat. Servi. de P.F., Asesoría Demográf.
- 17.- Population Reports. Pop. Information Program, The Johns Hopkins University. Series J. Number 25, 1982.
- 18.- Radwanska E. et al: Luteal deficiency among women with normal menstrual cycles requesting reversal of tubal sterilization. *Obstet. Gynecol.* 54. 1979. Pág.: 189.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

39

- 19.- Rioux J.E.: Late complications of female sterilization. J. Reprod. Med. 19. 1977. Pág.: 329.
- 20.- Urzaiz J.C.: Consideraciones acerca de la ligadura de las trompas. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XXII. Año XXII. No. 132. Octubre de 1967. Pág. 1381-1388.
- 21.- Vanderbergh R.L.: Depresión puerperal. Nueva editorial Interamericana. Méx. Ira. Edición. Vol. 4 1980. Pág.: II47 a II54.
- 22.- Visaria L.F.: Planning and marriage 1970-1980. Data sheet, Population Reference Bureau, Washington, D.C., 1980.