

**INFLUENCIA DE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA
EN LA AUTOESTIMA DE UN GRUPO DE MUJERES
DE LA CIUDAD DE MEXICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LIC. EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
LUZ MARIA MORALES MENDIETA**

DIRECTOR DE TESIS: VICTOR HUGO DORANTES GUTIERREZ

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

JURADO

- PRESIDENTE:** Lic. Norma Patricia Malpica Flores.
- VOCAL:** Lic. Marina Soledad Serrato Pérez.
- SECRETARIO:** Lic. Victor Hugo Dorantes Gutiérrez.
- SUPLENTE:** Lic. Ma. Aurora Mortera Gutiérrez.
- SUPLENTE:** Lic. Lucrecia Molinet Sosa.

Director de Tesis
Lic. Victor Hugo Dorantes Gutiérrez.

A DIOS

**gracias por permitirme llegar
a este momento.**

A mis Padres

por su apoyo y presencia constantes.

A mi hermana

esperando ser un ejemplo en su vida.

A mi esposo Luis Eduardo

con todo mi amor. Gracias.

A mis hijas Ana Laura y Karla

mi motivación para seguir adelante.

A mi Tio Jesús

**porque gracias a él pude
empezar este trabajo.**

A mi Tia Mary

**de manera especial, por toda la
ayuda que me ha brindado.
Mil gracias y Dios te bendiga.**

A los Doctores Jalife, Santa Maria y

**Solis, por su ayuda. Gracias por
todo.**

**A la Lic. Sofía Rivera
por su colaboración. Gracias.**

**Al Lic. Víctor Hugo Dorantes
por su excelente orientación para
la elaboración de esta tesis.**

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I. MARCO TEORICO

METODOS DE CONTROL NATAL

1.1 ANTECEDENTES.....	5
1.2 METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES.....	7
1.3 METODOS DEFINITIVOS DE CONTROL NATAL.....	8
1.3.1 ANTECEDENTES.....	8
ESTERILIZACION FEMENINA.....	9

ESTERILIZACION VOLUNTARIA FEMENINA. ASPECTOS MEDICOS Y LEGALES

1.4 METODOS DE ESTERILIZACION FEMENINA.....	13
1.4.1 COMPLICACIONES.....	28
1.5 INDICACIONES PARA EFECTUAR LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA.....	32
1.6 EL PAPEL DE LA ORIENTACION MEDICA EN LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA.....	34
1.7 REVERSION DEL PROCEDIMIENTO.....	35
1.8 ASPECTOS LEGALES.....	39

ESTERILIZACION VOLUNTARIA FEMENINA. ASPECTOS PSICOSOCIALES

1.9 FACTORES ANTECEDENTES A LA ESTERILIZACION FEMENINA.....	42
1.9.1 FACTORES DEMOGRAFICOS.....	43
1.9.2 FACTORES CULTURALES.....	49
1.9.3 FACTORES SOCIOPSICOLOGICOS.....	52
1.9.4 PROCESO.....	55
1.10 EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA.....	57
1.10.1 IMPACTO SOBRE LA CONDUCTA Y EL DESEO SEXUAL.....	58
1.10.2 IMPACTO EN EL TRABAJO.....	60
1.10.3 IMPACTO EN LAS ACTITUDES HACIA LA FAMILIA Y A LOS NIÑOS.....	61
1.10.4 IMPACTO EN LAS RELACIONES MARITALES.....	61
1.10.5 IMPACTO EN LA SALUD MENTAL.....	61

1.11 ARREPENTIMIENTO DESPUES DE LA ESTERILIZACION.....	65
1.12 INVESTIGACIONES EN MEXICO.....	66
1.12.1 INVESTIGACIONES SOBRE ESTERILIZACION VOLUNTARIA Y AUTOESTIMA.....	68

AUTOESTIMA

1.13 ANTECEDENTES.....	69
1.14 CONCEPTO DE AUTOESTIMA SEGUN DIVERSOS AUTORES.....	71
1.15 CARACTERISTICAS DE LA AUTOESTIMA ALTA Y BAJA.....	78
1.16 DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.....	82

CAPITULO II. METODOLOGIA

2.1 PROBLEMA.....	87
2.2 OBJETIVO GENERAL.....	87
2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	88
2.4 HIPOTESIS.....	88
2.5 VARIABLES.....	89
2.6 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.....	90
2.7 MUESTRA.....	92
2.8 TIPO DE MUESTREO.....	92
2.9 TIPO DE INVESTIGACION.....	92
2.10 DISEÑO.....	92
2.11 INSTRUMENTO.....	93
2.12 PROCEDIMIENTO.....	94
2.13 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS.....	96

CAPITULO III. RESULTADOS.....	104
-------------------------------	-----

CAPITULO IV. ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	123
--	-----

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

El objetivo de esta investigación es determinar si existe alguna relación entre la autoestima, la edad, el estado civil y el número de hijos, en un grupo de mujeres esterilizadas voluntariamente, además de establecer la relación con el tiempo que ha transcurrido desde la operación.

La esterilización femenina es un aspecto al cual, desde el punto de vista psicológico, se le ha puesto poca atención teniéndose escasa información sobre las motivaciones y consecuencias psicológicas que conlleva esta importante decisión.

Es por esto, que el presente estudio es importante pues contribuye a aumentar los datos existentes sobre la psicología de la mujer que voluntariamente se ha privado de la capacidad de procreación, factor aún muy importante en la cultura de nuestro país que le da valor como mujer.

Entre las investigaciones que se han llevado a cabo en México sobre las actitudes y consecuencias psicológicas de la esterilización femenina, destacan las siguientes:

Se efectuó en el Hospital General 1° de Octubre del ISSSTE, un estudio sobre la actitud y consecuencias psicológicas en diferentes momentos de las mujeres a las que se les practicó la esterilización, encontrándose lo siguiente: antes de la intervención las mujeres experimentaron temor y al mismo tiempo deseo de no embarazarse más. Entre los 8 días y los 6 meses siguientes, presentaron un estado psicológico negativo: preocupación, ansiedad, dudas, frustración, etc. y; a los 18 meses, todos los conflictos disminuyeron, empezando la adaptación y normalización de la libido.

Ortiz (1977) encontró que en la típica mujer mexicana de estrato socioeconómico bajo, la esterilización no tenía grandes repercusiones debido a sus rasgos de personalidad: pasividad, poco agresiva, dependiente y con capacidad intelectual poco desarrollada.

Shapiro (1978) obtuvo resultados similares a los del Hospital 1° de Octubre ya que en la mujer burócrata se detectó un factor de temor a la intervención aunado a la determinación de liberarse de un embarazo no deseado y ser útil. Postoperatoriamente también se encontró ansiedad, dudas sobre las consecuencias en su funcionamiento como mujer y necesidad de comprobar el tener un buen comportamiento sexual y la constancia en el amor al cónyuge.

Vázquez (1981) en su investigación sobre las actitudes de la mujer hacia la esterilización voluntaria encontró que la edad adulta (30 a 40 años) se consideraba como la mejor época para ligarse; se debían tener tres hijos; presentaba las ventajas de no embarazarse obteniendo mayor satisfacción en las relaciones maritales y, que se dejaba de usar algún otro método anticonceptivo; que conllevaba cambios favorables en el estado de ánimo; el 55% estaba dispuesta a ligarse aún sin el consentimiento de su esposo y; el 60% manifestó que la Iglesia rechazaba el método pero que esto no les impedía ligarse.

Otro estudio efectuado por Vázquez, H. (1982) en el Hospital General de Zona No. 1 de Pachuca, tuvo como objetivo conocer las repercusiones psicológicas de la esterilización expresadas en forma de ansiedad y depresión. Sus conclusiones más importantes fueron que tanto la depresión como la ansiedad se hicieron más evidentes durante la estancia en el hospital y en el período anterior a la operación y; que el grado de depresión y ansiedad presentado, no fué significativo pero sí mayor en relación con una mayor edad y paridad.

Por último, los resultados más significativos que se obtuvieron en este estudio fueron que a medida que transcurre el tiempo desde que la mujer ha sido ligada aunado a que presenta más edad y con el número deseado de hijos, tiende a aumentar su autoestima. Esto significa que es una persona con mayor confianza en sí misma, que valora sus capacidades y con mayor estabilidad en todos los aspectos de su vida.

Y por otro lado, las mujeres que presentaron una autoestima menor, fueron aquellas con un número elevado de hijos y de nivel socioeconómico bajo.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

METODOS DE CONTROL NATAL

1.1 ANTECEDENTES

Durante la evolución de las diferentes sociedades siempre han existido diversas modalidades de anticoncepción con el fin de frenar el crecimiento de la población; tenemos, por ejemplo, que las mujeres del Africa primitiva, tomaban brebajes hechos de hierbas y se aplicaban internamente algunas sustancias, sometiéndose además a rituales y atándose nudos " mágicos ". En otros pueblos además, usaban hechizos y amuletos, así como la aplicación de absorbentes, el uso de pesarios o supositorios vaginales y de sustancias pegajosas en los órganos genitales.

Egipto (900 - 1100 A.C.) fué uno de los pueblos más adelantados en la técnica anticonceptiva y en documentos más antiguos se exponen preparaciones anticonceptivas. El primer método espermicida fué usado por los pueblos islámicos y consistía en ungüentos locales a base de pimienta.

En la Epoca Grecorromana se mencionan trabajos de carácter técnico con información acerca de la contracepción. Siglos después, Sorano (s. II D.C.) (citado en Eslava, 1981) sobre este tema, sostuvo que el útero durante la menstruación, es incapaz de recibir y retener el esperma y que al término del ciclo menstrual es el mejor tiempo para la fecundidad, mencionando además un período de esterilidad durante este ciclo.

Tertuliano, un personaje cartaginés, decía que las catástrofes, las pestes, los temblores y las enfermedades eran una bendición; ya que servían como medio de control en el incremento de la población (citado en Eslava, 1981)

Con este mismo propósito, a los toltecas se les prohibía tener relaciones sexuales

durante los 23 primeros años, castigando brutalmente la desobediencia.

En el pueblo chino también aparecen textos con fórmulas anticonceptivas y en el Archipiélago Malayo se encontraron los primeros datos de la realización de una esterilización, en la que se extirpaban los ovarios.

En otros pueblos se practicaba el " coitus interruptus ", la evacuación postcoitiva, la cirugía esterilizante, los supositorios y la ingestión de pócimas a base de raíces.

Durante la época Medieval el desarrollo de la anticoncepción sufrió un receso, ya que la Iglesia manejaba una política contraria, excomulgando a cualquiera que vendiera o proporcionara venenos o hierbas para abortar. A pesar de esto, se mencionan algunos progresos basados en conocimientos médicos, como es el caso del libro llamado "Canon de Medicina " de Avicena (siglo XI) que sirvió de texto principal hasta el siglo XVII y el " Libro de Almanzar " en el que se registraron las propiedades anticonceptivas de algunas plantas que evitan el embarazo y producen el aborto.

En la época Moderna se continuaron usando los mismos métodos de anticoncepción con la diferencia de que se empezó a concientizar a las personas sobre las miserias que pasa una familia numerosa, ofreciéndole soluciones anticonceptivas.

Es hasta la Epoca Contemporánea, de 1950 a 1960 que se desarrolla una metodología anticonceptiva, creándose instituciones dedicadas a proporcionar información sobre el uso de métodos para evitar embarazos.

Se tienen noticias de que en 1912 fué creada por Margaret Sanger (enfermera norteamericana) una de las primeras clínicas dedicadas a dar información para limitar

el número de miembros de la familia; esta clínica fué clausurada porque el estado la consideraba inmoral.

1.2 METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Los métodos anticonceptivos temporales se dividen como sigue:

1. *Hormonales*

- a) Pastillas o píldoras
- b) Inyecciones

Estos evitan la ovulación e impiden la maduración del óvulo; tienen una eficacia del 98% al 100%.

2. *Mecánicos*

- a) Preservativo
- b) Diafragma
- c) Dispositivo Intrauterino

Estos actúan como barreras evitando que el espermatozoide llegue al óvulo. La efectividad del preservativo varía de 45% al 55%, la del diafragma es del 80% y la del dispositivo intrauterino varía del 98% al 99%.

3. *Químicos*

- a) Espumas
- b) Jaleas
- c) Cremas
- d) Ovulos

Contienen sustancias que destruyen el espermatozoide (espermicidas) y tienen una efectividad de un 80%.

4. *Coitus Interruptus* o "retirada "

Consiste en interrumpir la relación sexual antes de la eyaculación, siendo su eficiencia de un 40% a 45%.

5. *Métodos basados en el ritmo natural del cuerpo*

- a) Método del calendario
- b) Método de la temperatura basal
- c) Método Billings o de la ovulación

Su efectividad es de 50% a 60%, y se basa en evitar las relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer.

1.3 METODOS DEFINITIVOS DE CONTROL NATAL

Dentro de estos se encuentra la esterilización, practicable tanto en mujeres como en hombres, en el caso del hombre recibe el nombre de deferentoclasia o vasectomía y en la mujer se llama salpingoclasia o ligadura de trompas; ambas con una efectividad del 100% cuando la operación se ha llevado de manera adecuada.

1.3.1 ANTECEDENTES

Las técnicas de esterilización masculina y femenina fueron inicialmente ejecutadas a fines del siglo XIX, pero se introdujeron ampliamente como métodos anticonceptivos hasta la tercera década del presente siglo; se le conoció con mayor amplitud en la década de 1950 a 1960 y se aceptó, solicitó y llevó a cabo en casi todos los países a partir del inicio de los setentas.

La esterilización puede ser: a) **OBLIGATORIA**, cuando se lleva a cabo por prescripción médica o por sanciones y, b) **VOLUNTARIA**, cuando la pareja decide no tener más hijos sometiéndose, cualquiera de los dos, a la operación.

Esterilización femenina

Fué Blundell, J. quien introdujo por primera vez la esterilización femenina en Londres, en 1923; y aunque el procedimiento de este método ya se conocía a principios del siglo XX, fué hasta la tercera década que se extendió, con la introducción de la técnica Pomeroy para la oclusión tubaria.

Sin embargo, ya en tiempos de Hipócrates la esterilización femenina era aconsejada para eliminar la perpetuación de las enfermedades mentales. Noonan (citado en Vazquez, 1982) anota que el talmud menciona mujeres que han sido "divididas" o "partidas" en un contexto que no explica la operación, pero que sugiere el conocimiento de alguna forma de esterilización.

La evolución de la esterilización ha recorrido tres fases que en cierto modo reflejan el desarrollo de sus indicaciones eugenésicas y sociodemográficas.

De los 20's a los 40's, la esterilización se practicaba por indicaciones médicas y por embarazos de alto riesgo. De los 40's a los 50's se practicaba en mujeres de alta paridad y con dificultades para controlar su fecundidad por medio de otros métodos. Pero a partir de los 70's, retomó mayor importancia como método de control de la fecundidad.

Y mientras la técnica de la oclusión tubárica se perfeccionaba, se efectuaba comunmente la histerectomía o extirpación del útero como medida anticonceptiva, abandonándose después por su alto riesgo para la salud.

Las actitudes sociales en relación con la esterilización femenina varían con la época, con las diversas sociedades, con los médicos y aún entre las propias mujeres.

Debido a que el objetivo del presente estudio es la esterilización voluntaria femenina, en los siguientes capítulos se expondrán los aspectos médicos, los aspectos legales y su impacto psicosocial.

ESTERILIZACION VOLUNTARIA FEMENINA. ASPECTOS MEDICOS Y LEGALES.

La esterilización voluntaria femenina también llamada salpingoclasia, ligadura de trompas o "anticoncepción quirúrgica", es el método número uno de planificación familiar en el mundo. Con frecuencia es la mejor opción una vez que se ha alcanzado el tamaño deseado de la familia y no puede usarse para posponer o espaciar los nacimientos.

La demanda de la esterilización femenina se ha incrementado durante la última década debido al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, a los cambios en las leyes y políticas, y en las actitudes del personal médico, a los esfuerzos por incrementar la capacitación, al aumento en la viabilidad de los servicios, a menores costos para los pacientes y al mejoramiento en la comunicación (Liskin, Rinehart, Blackburn y Rutledge, 1985). Además, la aceptabilidad cultural también ha cambiado de manera dramática en los últimos 10 a 20 años.

Según estimaciones basadas en encuestas y estadísticas, 138 millones de mujeres para 1990, estaban protegidas contra los embarazos no deseados mediante este método, representando el 16% de todas las mujeres casadas en edad fértil.

El número de mujeres que recurren a la esterilización voluntaria se ha elevado en el último decenio. En 1990, la cifra fué 45% mayor que los 95 millones estimados por *Population Reports* en 1984. Y, en comparación con el 16% de mujeres casadas en edad fértil que recurrieron a la esterilización, la estimación en 1984 fué del 12%.

Casi todo el aumento en las cifras corresponde a regiones donde la esterilización

femenina se halla muy difundida desde hace largo tiempo -América Latina, Asia y EE.UU. En América Latina la prevalencia de la esterilización femenina es alta y está ascendiendo rápidamente, la proporción de mujeres esterilizadas aumentó de un 14% en 1984 a 17% en 1990.

REGION	% de MUJERES CASADAS EN EDAD FERTIL	NUMERO DE MCEP (en miles)
<u>REGIONES EN DESARROLLO</u>		
Africa.....	1	800
Asia y el Pacifico		
China.....	30	63.200
Subcontinente		
indio.....	18	41.800
Otros países asiáticos.....	10	7.200
América Latina y el Caribe.....	17	9.400
Cercano Oriente y Africa septentrional.....	2	700
<i>Todas las regiones en desarrollo...</i>	18	123.100
<u>REGIONES DESARROLLADAS</u>		
Europa		
Oriental (incluida la URSS).....	1	600
Septentrional (Escandinavia).....	6	200
Meridional.....	2	300
Occidental.....	7	2.100
Estados Unidos.....	23	7.500
<i>Todas las regiones desarrolladas...</i>	8	14.600
TODO EL MUNDO.....	16	137.700

**NUMERO ESTIMADO DE MUJERES CASADAS EN EDAD FERTIL ESTERILIZADAS
VOLUNTARIAMENTE CON FINES ANTICONCEPTIVOS 1990.**

De acuerdo con la misma publicación, es el método más difundido en al menos ocho países de la región, incluyendo Brasil, Colombia y México; siendo una de las razones de las altas tasas el no querer más hijos.

La disponibilidad de servicios es lo que hace cambiar la situación, en México, por ejemplo, en una encuesta de 1987 de mujeres casadas en edad fértil esterilizadas; el procedimiento se realizó en forma gratuita a pedido de ellas mismas en dispensarios y

hospitales del gobierno. No hay requisitos de edad ni de paridad ni de consentimiento conyugal.

1.4 METODOS DE ESTERILIZACIÓN FEMENINA

Las principales técnicas utilizadas para el acceso a las trompas de Falopio son las siguientes:

MINILAPAROTOMIA

Es un procedimiento en el cual se obstruyen las trompas de Falopio mediante una incisión abdominal de 2 a 5 cm. de largo. Se realiza inmediatamente después del parto, o dentro de las primeras 48 horas después del mismo o de un aborto. Generalmente se efectúa bajo anestesia local con sedación ligera.

1.- Esterilización en período de intervalo.

Se practica 28 días o más después del último parto. En este tipo de minilaparotomía es necesario vaciar la vejiga antes o por cateterización y colocar a la mujer en la posición de litotomía.. Debe realizarse un examen pélvico. El útero debe estar antevertido o colocarlo de tal modo mediante manipulación bimanual o insertando un manipulador intrauterino a través de la vagina.

En este procedimiento el lugar de la incisión es esencial ya que si es demasiado alto, será difícil llegar a las trompas, y si es demasiado bajo la vejiga puede ser lesionada. Se hace la incisión ligeramente por encima del borde del vello púbico.

Utilizando el elevador uterino, se mueve el útero para colocar cada trompa bajo la incisión abdominal, se extrae una parte, se hace la ligadura y se vuelve el conducto a su lugar.

2.- Esterilización en período de postparto.

Se lleva a cabo durante la operación cesárea tan pronto se expulsa la placenta o, 48 horas después del parto. En este momento se encuentra alto el abdomen y las trompas uterinas son fácilmente accesibles. Se hace una incisión de semicírculo de 1.5 a 3 cm infraumbilical.

En esta técnica no se utiliza el manipulador uterino y se debe tener cuidado para no incidir los intestinos al entrar a la cavidad peritoneal o romper vasos al manipular los conductos, quedando prácticamente excluida, la lesión a la vejiga.

Debido a que la pared abdominal está suelta, el lugar de la incisión puede moverse a un lado, por encima de la trompa; o bien, puede moverse el útero para atraer las trompas hacia la incisión.

LAPAROTOMIA

Fué por muchos años el único procedimiento empleado para la esterilización femenina.

En este procedimiento se practica una incisión mayor de 5cm. en el abdomen, introduciendo por ahí los instrumentos para llegar a los conductos uterinos.

Las incisiones de laparotomía pueden prolongar el tiempo de recuperación, dejan cicatrices más visibles y se asocian con mayor riesgo de complicaciones.

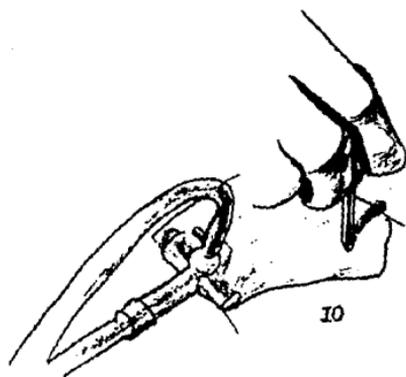
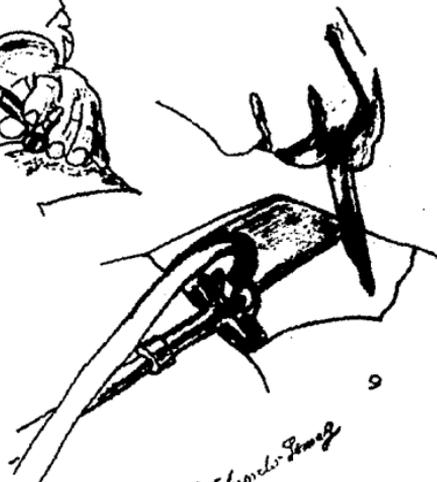
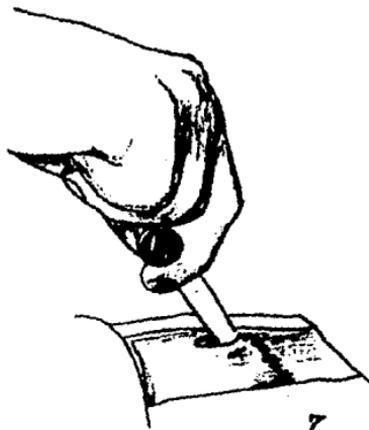
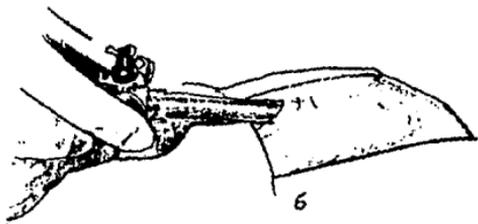
LAPAROSCOPIA

En este procedimiento se inserta un laparoscopio en el abdomen a través de una abertura de 1 a 1.5cm. hecha con un trocar en el borde del ombligo. Se insufla al interior del abdomen un gas inocuo, como bióxido de carbono, monóxido de nitrógeno o aire ambiental para distenderlo, separar los órganos internos de la pared abdominal y visualizar las estructuras pélvicas. (Ver ilustraciones del procedimiento)

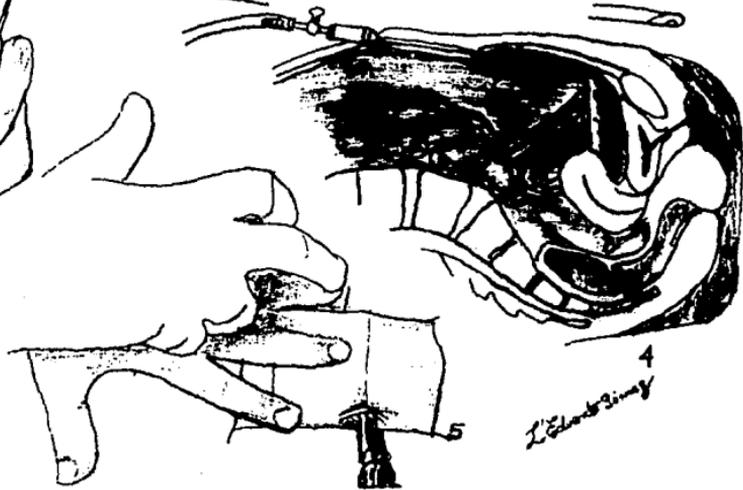
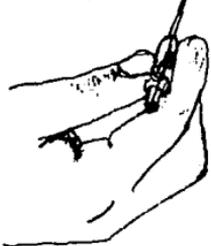
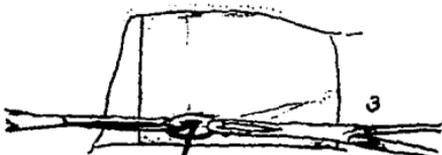
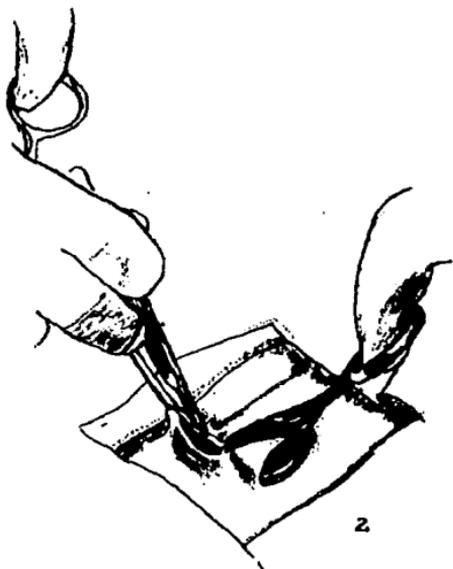
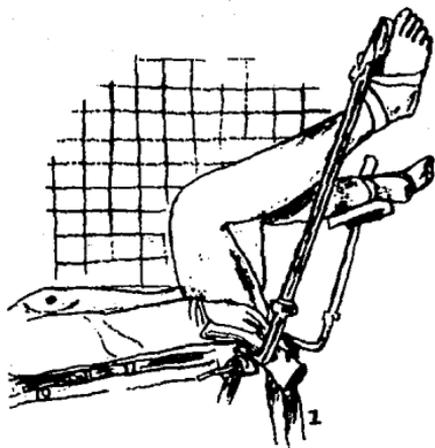
Ciertos laparoscopios permiten introducir los instrumentos a través de ellos para penetrar la cavidad abdominal, siendo suficiente una sola incisión. De otro modo, se hace una segunda punción inferior para instrumentos para manipular órganos o para la oclusión de las trompas.

Puede usarse anestesia local y el equipo es costoso y delicado, requiriendo de un cirujano entrenado.

En la laparoscopia abierta, que combina técnicas de minilaparotomía y laparoscopia, se reduce la posibilidad de lesión de los intestinos o vasos sanguíneos al insertar la aguja de insuflar o el trocar en el abdomen. Se hace una pequeña incisión en la parte inferior del ombligo o ligeramente más abajo, y se abre la cavidad abdominal bajo visión directa. (Ver Cuadro)

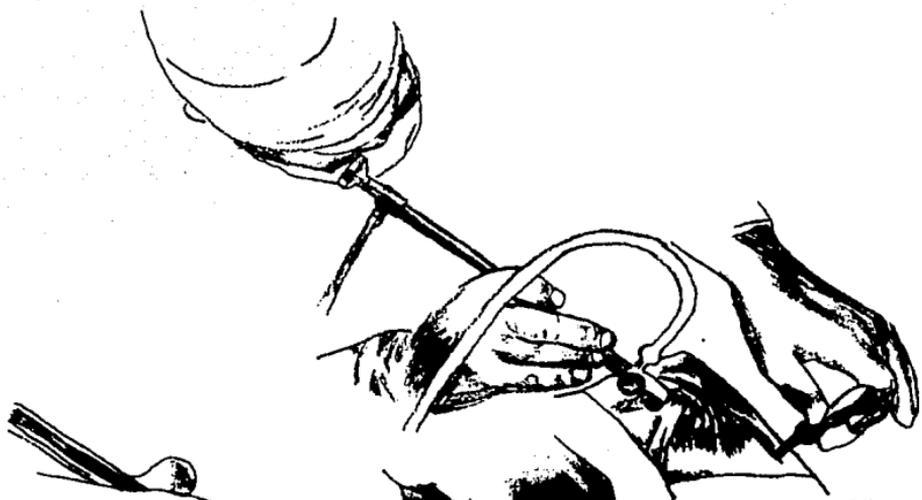


L. Edmunds, Esq.



L'Edouard Biny

5



11



12



13



14



15

L. Edwards & Co. New York

LAPAROSCOPIA
(Procedimiento)

1. PREPARACION Y POSICION DE LA PACIENTE
2. LA INCISION
3. INSERCIÓN DE LA CANULA DE NEUMOPERITONEO
4. EL NEUMOPERITONEO
5. PRUEBA DEL NEUMOPERITONEO
6. COLOCACION DE LA CANULA LAPAROSCOPICA Y TROCAR
7. INSERCIÓN DE LA CANULA Y TROCAR LAPAROSCOPICOS
8. INSPECCION DE LOS ORGANOS PELVICOS
9. INCISION PARA SONDA O FORCEPS DE CAUTERIZACION TUBARICA
10. INCERSION DE TROCAR Y CANULA AUXILIARES
11. ENTRADA DEL TROCAR Y LA CANULA AUXILIARES EN LA CAVIDAD ABDOMINAL BAJO VISION DIRECTA

ELECTROCAUTERIZACION DE LAS TROMPAS DE FALOPIO
(PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION)

12. COLOCACION DE FORCEPS CAUTERIZANTES DE BIOPSIA DE PALMER
13. CAUTERIZACION DE LA TROMPA DE FALOPIO
14. TRANSECCION DE LA TROMPA DE FALOPIO
15. EXTRACCION DE LA MUESTRA

CONSIDERACION	MINILAPAROTOMIA	LAPAROSCOPIA
Instrumentos y equipo.....	Requiere unos pocos instrumentos quirúrgicos de uso corriente y poco costosos y dos instrumentos especiales -un gancho tubárico y un elevador uterino.	Requiere un equipo endoscópico delicado y costoso. Se requiere mantenimiento constante. Debe poder disponerse de piezas de repuesto.
Electricidad.....	No es necesaria	Necesaria
Técnicas y pericia quirúrgicas.....	Puede realizarla cualquier médico con habilidad y conocimientos técnicos básicos después de recibir capacitación especial en la técnica. Puede enseñarse esta técnica al personal no médico.	Sólo pueden realizarla cirujanos y ginecólogos especialmente capacitados.
Ambiente.....	Puede realizarse en centros de maternidad y servicios básicos de salud con capacidad quirúrgica.	Se requiere un hospital o establecimiento de salud con equipo auxiliar de anestesia y anestesia general.
Duración de la cirugía.....	Generalmente, de 10 a 20 minutos.	De 5 a 15 minutos. Muy útil en servicios con gran cantidad de casos diarios.
Contraindicaciones.....	Las cicatrices, adherencias pélvicas y la obesidad dificultan el procedimiento. Absolutamente contraindicada en casos de infección pélvica.	No se recomienda para procedimientos de postparto ni para casos con cirugía previa del bajo abdomen. Absolutamente contraindicada en casos de infección pélvica.
Riesgos y complicaciones.....	Baja tasa de complicaciones. Tasa algo más alta de infección de la herida. Si se daña el ligamento ancho tal vez se requiera cirugía adicional. Leve riesgo de lesiones en el intestino o en la vejiga y de perforación uterina.	Baja tasa de complicaciones. Si se corta la trompa de Falopio o se daña el ligamento ancho tal vez se requiera cirugía adicional. Leve riesgo de lesiones vasculares, lesiones intestinales y accidentes relacionados con la insuflación.
Dolor postoperatorio.....	Puede haber dolor abdominal postoperatorio. Recuperación algo más larga.	Puede haber dolor postoperatorio en el pecho y el hombro a causa de la insuflación abdominal.

COMPARACION ENTRE LA MINILAPAROTOMIA Y LA LAPAROSCOPIA PARA LA ESTERILIZACION FEMENINA.

ACCESO VAGINAL

Este puede realizarse mediante la colpotomía y culdoscopia, llegando a las trompas a través de una incisión practicada en el fondo del saco posterior del cervix.

La Colpotomía permite una visión directa sobre los conductos uterinos. Este procedimiento no puede hacerse postparto o después del aborto, ya que los conductos quedan demasiado altos para poder verlos desde la vagina. Puede efectuarse bajo anestesia local pero preferentemente se emplea anestesia raquídea.

En la Culdoscopia, la manipulación de las trompas de Falopio se realiza a través de un equipo endoscópico, siendo el primer método de esterilización endoscópica que se aceptó.

La ligadura tubaria por vía vaginal ofrece las ventajas sobre la cirugía abdominal de menor malestar postoperatorio, estancia hospitalaria más corta y ausencia de cicatrices visibles. Pero desde el punto de vista médico constituye un procedimiento más difícil, ya que los accesos vaginales no son tan seguros ni tan eficaces; debido a las altas tasas de complicaciones y fracaso. Se recomienda usar estos métodos en casos excepcionales, por ejemplo, junto con cirugía vaginal y en clínicas y hospitales bien equipados para cirugía ginecológica mayor.

ACCESO TRANSCERVICAL

Esté permite llegar a las trompas de Falopio a través del cuello y la cavidad uterina. Las técnicas histeroscópicas requieren gran habilidad, y un equipo costoso y delicado. Por esta razón y a la alta probabilidad de fracaso, generalmente no se recomienda.

Existen otros métodos de esterilización no-quirúrgica, que todavía son experimentales. Las técnicas incluyen la oclusión de los conductos uterinos introduciendo una substancia química u otra substancia a través del cervix.

Una vez que el cirujano tiene acceso a los conductos uterinos, éstos pueden ocluirse en varias formas, ocluyendo con cada método diferentes partes del conducto y en diversos largos:

LIGACION TUBARICA

En minilaparotomía, los procedimientos de Pomeroy y Parkland, se recomiendan porque son fáciles de realizar, muy eficaces y económicos (World Health Organization (WHO), 1990)

La técnica de Pomeroy es la más difundida. En ella se liga un segmento de cada conducto uterino cerca de la porción media, con una sutura de catgut simple y se corta la punta. Después de absorberse las suturas, los extremos cortados de la trompa se separan. La técnica tiene bajas tasas de fracaso y complicaciones.

Se la prefiere a la técnica de Madlener (en la cual no se extirpa el segmento ligado), a la fimbriectomía (totalmente irreversible) y a la salpingectomía (International Planned Parenthood Federation (IPPF), 1989)

Con la técnica de Parkland se separa un pequeño segmento de la trompa de Falopio del mesosalpinx que es el ligamento ancho que rodea a la trompa; se ata en dos lugares con sutura crómica y se extirpa la porción entre los dos lugares, interrumpiendo menos el suministro de sangre a las trompas. (Pritchard, MacDonald y Gant, 1985)

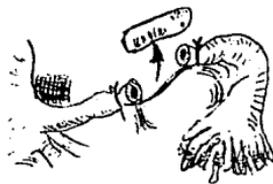
Cualquier técnica de ligadura puede fallar si se ligan las estructuras equivocadas o si los extremos separados de las trompas vuelven a unirse. La ligadura no puede emplearse en la laparoscopia. (Ver ilustración)

Das técnicas comunes de ligadura tubarica



Técnica de Pomeroy

Técnica de Parkland

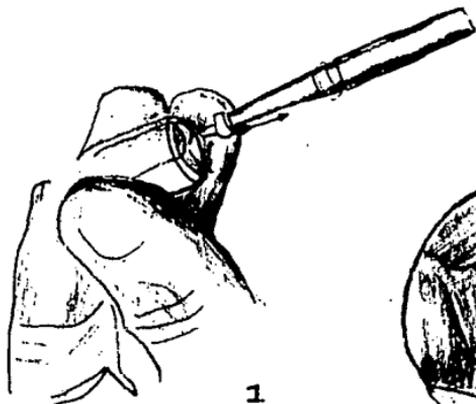


BANDAS O ANILLOS OCLUSIVOS

La oclusión laparoscópica de las trompas de Falopio con un anillo de silicona o anillo de Falopio fue desarrollado y descrito por Yoon y cols. en 1974 (citado en Tovell, Dank y cols.,1981).

Los anillos se aplican generalmente a través de un laparoscopio o del "Laprocator". Se colocan en el istmo de la trompa, segmento situado a 1-2cm. del útero.

Un anillo destruye 1-3cm. de conducto y conlleva el riesgo de romper el mesosalpinx y sus vasos, con posible sangrado. (Ver ilustraciones del procedimiento)



H. C. ...

APLICACION DE LA BANDA O ANILLO OCLUSIVO

- 1. CARGA DEL APLICADOR CON EL ANILLO DE SILICONA**
- 2. ASIMIEN TO DE LA TROMPA DE FALOPIO**
- 3. APLICACION DEL ANILLO DE SILICONA**
- 4. LIBERACION DE LA TROMPA DE FALOPIO**
- 5. INSPECCION FINAL**

CLIPS OCLUSIVOS

Algunos médicos los prefieren ya que con ellos se daña un área más pequeña de las trompas, destruyen 6-8mm. aproximadamente del conducto uterino, ofreciendo mayor potencia de reversión.

El Clip de Filshie está hecho de titanio con un revestimiento interior de goma de silicona que continúa comprimiendo el conducto, una vez cerrado el extremo abierto. Las fuerzas de compresión son suficientes para ocluir el conducto cuando se vuelve más grueso o se agranda.

El Clip de Hulka-Clemens consiste en dos quijadas plásticas con dientes que se entran, manteniéndose unidas mediante un resorte de acero inoxidable, que se empuja hacia adelante para cerrar el clip. Las fuerzas de compresión son menores y el clip se adapta más a conductos de tamaño normal. Para mayor efectividad debe colocarse en ángulo recto a la trompa.

Otros clips han sido asociados con altas tasas de fracaso y han dejado de usarse en la actualidad. (IPPF, 1989)

La colocación de los anillos y los clips es muy importante: la mujer puede quedar embarazada si se colocan demasiado lejos del útero, donde la trompa es más gruesa, y el dispositivo puede caerse o no encerrarla toda. (Filshie,1989; Hulka,1985). Otro error es colocarlos en una estructura que no corresponda, como el ligamento ancho.

Los clips y los anillos también se aplican durante la minilaparotomía, pero pueden ser menos eficaces que la ligadura (Chi,1987).

ELECTROCOAGULACION

También llamada Diatermia tubárica o Termocoagulación (IPPF, 1989), es una técnica en la cual, se aplica una corriente por medio de un fórceps especial a una

porción de la trompa para destruirla y; de acuerdo con Pritchard y cols. (1985), al menos 3cm. de cada trompa deben estar completamente coagulados para lograr la esterilización.

La corriente puede ser unipolar o bipolar siendo esta última más segura, aunque ambos métodos han presentado altas tasas de embarazo ectópico después de la operación.

Tradicionalmente, este método de oclusión, se usa en laparoscopia.

MOMENTO DE LA ESTERILIZACION	METODO QUIRURGICO	TECNICAS DE OCLUSION RECOMENDADAS	ALTERNATIVAS ACEPTABLES
En el periodo de Intervalo..... (28 días o más después del último parto o aborto)	Minilaparotomía	Pomeroy Parkland	Anillo de Silastic Clip de Filshie Clip en resorte
	Laparoscopia	Anillo de Silastic Clip de Filshie Clip en resorte	Electrocoagulación
	Laparotomía	Pomeroy Parkland	Anillo de Silastic Clip de Filshie Clip en resorte
En el periodo de postparto..... (durante la operación cesárea o en las 48 horas siguientes al parto vaginal)	Minilaparotomía	Pomeroy Parkland	Clip de Filshie
	Laparotomía (con operación cesárea)	Pomeroy Parkland	Clip de Filshie
En el periodo de postaborto (Inmediatamente después de un aborto inducido no séptico o de un aborto espontáneo)	Minilaparotomía	Pomeroy Parkland	Anillo de Silastic Clip de Filshie Clip en resorte
	Laparoscopia	Anillo de Silastic Clip de Filshie	Clip en resorte

MOMENTO, METODOS QUIRURGICOS PARA LA OPERACION DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y TECNICAS ALTERNATIVAS DE OCLUSION PARA LA ESTERILIZACION FEMENINA.

1.4.1 COMPLICACIONES

En la esterilización femenina las complicaciones inmediatas que pueden presentarse son pocas.

En grandes estudios se han notificado complicaciones serias como lesiones relacionadas con la anestesia, infecciones, hemorragias y complicaciones cardiovasculares, en el 1% de los casos y generalmente el porcentaje es menor.

Además, en menos del 5% de los casos, se producen complicaciones menores y las defunciones debidas a la esterilización son muy raras. En una revisión de 900,000 casos realizados entre 1978 y 1980 en EE.UU, solo se encontraron 13 defunciones, una por cada 70,000 procedimientos (Escobedo, Peterson, Grubb y Franks, 1980; Peterson, Destefano, Greenspan y Ory, 1982).

Las complicaciones más comunes se deben a problemas relacionados con el tipo de anestesia y a las infecciones y lesiones internas, producidas de acuerdo con el método de operación utilizado.

ANESTESIA

Con la anestesia general o la epidural pueden surgir problemas más serios y con mayor facilidad que con una anestesia local. Al usar la anestesia general existe la posibilidad de que ocurra anoxia, arritmia cardíaca, aspiración bronquial y otras complicaciones (Peterson y cols., 1982; Escobedo y cols., 1989; Filshie, 1989; IPPF, 1989)

Se recomienda este tipo de anestesia, únicamente para las mujeres con problemas respiratorios graves que requieren una cánula o asistencia respiratoria durante la cirugía, para las mujeres obesas y para las que han tenido operaciones abdominales o

infecciones pélvicas (Barss,1985; World Federation of Health Agencies (WFHA), 1988).

Por otro lado, la anestesia local facilita el control de la mujer debido a que está completamente consciente. Esto en la preparación preoperatoria es sumamente importante para asegurar su cooperación y reducir sus temores al mínimo. La mujer consciente es también una excelente controladora de los efectos analgésicos, pudiendo dar indicaciones tempranas de alguna complicación.

Los anestésicos pueden ser de tres tipos:

1. *Agentes sistémicos*, que se dan a la paciente y bloquean el dolor.
2. *Anestésicos locales*, que alivian el dolor en el lugar de la incisión, y
3. *Drogas sistémicas*, que evitan la náusea o los trastornos de la función cardíaca (IPPF, 1989).

La anestesia local con ligera sedación sistémica elimina prácticamente las complicaciones y defunciones relacionadas con la anestesia. Es mejor debido a que es:

- * Más segura para la paciente,
- * Menos costosa,
- * Apropiaada tanto para la minilaparotomía como para la laparoscopia,
- * Adecuada para todos los métodos de oclusión de las trompas,
- * De administración más sencilla, no requiriendo de una sala de operaciones completa,
- * Más breve la duración del procedimiento,
- * Más rápida la recuperación, debido a que hay poca sensación de somnolencia o depresión respiratoria y ningún efecto de dolor de garganta o laringitis por la intubación, (IPPF, 1989)

- * Apropiaada para lugares sin hospitalización, y
- * Recomendada especialmente para mujeres con enfermedades cardiovasculares, diabetes e irregularidades tiroideas.

(Díaz-Sánchez, Bonilla, Reyes, Valero, Domenzain y Pérez-Palacios, 1987; Mackenzie, Turner, O'Sullivan y Guillebaud, 1987; Peterson y cols., 1987; Filshie, 1989; Fishburne, 1989; Poindexter, Abdul-Malak y Fast, 1990)

La anestesia local también debe ser empleada con cuidado, procurando no dar una dosis excesiva de sedantes sistémicos para relajar a la paciente y que esté más cómoda; ya que esto, es una causa muy común de complicación.

Otro trastorno puede ser la toxicidad debida al uso excesivo de anestesia local, pero ambas complicaciones pueden evitarse vigilando la dosificación administrada y los signos vitales de la paciente durante el procedimiento (World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception (WFHAAVSC), 1988; González, 1991).

INFECCIONES

Las infecciones posteriores a la esterilización son raras y el riesgo puede reducirse aún más si se emplean técnicas asépticas e instrumental esterilizado.

En cuanto a la vía vaginal, DeLora y Warren (1977) encontraron que existe mayor peligro de infección que en la incisión abdominal, debido a que las bacterias pueden penetrar la cavidad abdominal, a partir del conducto vaginal (citado en MacCary, 1983).

Por otro lado, las infecciones pueden ser frecuentes si no se limpia de manera escrupulosa el ombligo para quitar todo vestigio de desperdicio y son más comunes en mujeres con cirugía previa o con una historia de enfermedad inflamatoria pélvica.

LESIONES INTERNAS

Estas lesiones pueden prevenirse prestando mayor atención a la técnica quirúrgica. Los órganos internos pueden sufrir lesiones en dos momentos:

- 1.- Cuando el abdomen es penetrado por los instrumentos quirúrgicos, y
- 2.- Durante el procedimiento de oclusión tubárica.

Durante la laparoscopia, los órganos internos y vasos sanguíneos mayores pueden ser perforados si la aguja de Veress, empleada para introducir el gas en el abdomen, o si el trocar empleado se colocan en forma incorrecta. Con la insuflación del abdomen puede ocurrir embolia gaseosa, enfisema subcutáneo o detención pulmonar cardíaca.

Tanto la aguja de insuflar como el trocar deben insertarse en un ángulo de unos 60° respecto del cuerpo.

En la minilaparotomía los órganos internos pueden dañarse si el cirujano corta accidentalmente una porción de intestino adherida a la pared abdominal o también la vejiga puede ser dañada si no se la ha vaciado o si la incisión ha sido demasiado baja.

Las lesiones del útero y a la vejiga generalmente se relacionan con los procedimientos de intervalo. Con la electrocoagulación pueden ocurrir quemaduras intestinales serias, aunque poco frecuentes. También pueden dañarse la vejiga, los uréteres y vasos sanguíneos mayores. Por esta razón en muchos lugares no se aprueba este método.

Por último, todos los métodos de oclusión tienen una tasa de fracaso y esto puede llevar a embarazos con alto riesgo de ser ectópicos (el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad uterina). Las causas de embarazo pueden ser las siguientes:

- * La mujer pudo haber quedado embarazada durante el mismo ciclo en el cual se realizó la operación, lo cual, no es falla propia de la esterilización.
- * Operación llevada a cabo en la estructura inapropiada.
- * Falla del equipo.
- * Los extremos del conducto uterino pueden reconectarse espontáneamente.
- * El extremo del útero puede desarrollar una fistula con la cavidad peritoneal, permitiendo así el paso del semen (IPPF, 1989)

1.5 INDICACIONES PARA EFECTUAR LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

Las actitudes médicas respecto a la esterilización voluntaria varían: para unos médicos se justifica practicarla cuando existen serias contraindicaciones de salud o medicosociales; y para otros, basta con la petición de la solicitante para llevar a cabo la intervención.

Ontiveros (1981) (citado por Vazquez, 1982) menciona que en general las indicaciones para la esterilización femenina caen en dos categorías: la primera, compuesta de factores exógenos, sobre los cuales la mujer no ejerce control como son; patología médica, alto riesgo de nueva gestación, anormalidades genéticas, multiparidad y pobreza.

La segunda categoría incluye la esterilización que se lleva a cabo por razones puramente anticonceptivas en mujeres sanas que desean terminar su vida reproductiva.

El Medical Advisory Committee of the Human Betterment Association for Voluntary Sterilization (1980) sugiere que la intervención quirúrgica debe efectuarse, tanto en hombres como en mujeres, en los siguientes casos:

a) Alteraciones de carácter hereditario en cualquiera de los cónyuges que ya hayan afectado embarazos anteriores, ya sea provocando la muerte en ocasiones repetidas, o bien, que se puedan producir enfermedades graves que produzcan impedimentos físicos o mentales en los productos.

b) Alteraciones por embarazos repetidos que en la mayoría de los casos representan un grave problema para la salud materna, por ejemplo: enfermedades vasculares, hipertensión crónica, alteraciones cardíacas avanzadas, varices internas.

c) Defectos físicos, mentales o emocionales, que pueden alterar las funciones maternas adecuadas en forma sola o combinada y llevan al médico a decidir que la paternidad entrañará riesgos en un futuro.

d) Multiparidad hasta el grado de ser nociva para la salud y el bienestar de la madre.
(citado en Eslava, 1981)

Para la International Planned Parenthood Federation (1989), aparte del valor en términos de planificación familiar que la esterilización tiene, desde un punto de vista obstétrico aconseja este método a los siguientes grupos de alto riesgo:

1. Mujeres que han tenido tres o más hijos.
2. Mujeres mayores de 35 años.
3. Mujeres con una historia de complicaciones obstétricas o varias cesáreas.
4. Mujeres con problemas de salud que podrían constituir contraindicaciones para el embarazo o para el uso de otros métodos de planificación.

1.6 EL PAPEL DE LA ORIENTACION MEDICA EN LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

La finalidad de la orientación es lograr que las pacientes tomen decisiones libres e informadas sobre la planificación familiar, sobre todo en lo que se refiere a la esterilización, basadas en una correcta y completa información.

La International Planned Parenthood Federation (1989) habla de un consentimiento informado; el cual, consiste en la decisión voluntaria de una persona de que se proceda a la operación quirúrgica una vez que ha recibido toda la información acerca del procedimiento y sus consecuencias; y considera que la persona está bien informada una vez que ha comprendido la información sobre los siguientes puntos:

- 1.- Existen otros métodos de planificación familiar.
- 2.- El procedimiento exacto de la operación, incluyendo sus riesgos y beneficios.
- 3.- En caso de tener éxito, la operación impedirá que se tengan más hijos.
- 4.- La esterilización debe considerarse permanente.
- 5.- Pueden ocurrir algunas fallas subsiguientes a la operación.
- 6.- Tiene derecho a rechazar el consentimiento a ser esterilizada sin pérdida de cualquier beneficio médico o financiero.

El consentimiento no debe obtenerse cuando la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre la anticoncepción se ve afectada por factores físicos o emocionales, específicamente si la persona se halla bajo efectos sedativos, durante el parto, o cuando una mujer experimenta tensión antes, durante o después de un evento o procedimiento relacionado con el embarazo.

A través del asesoramiento es posible establecer la disposición psicológica y el estado emocional apropiado de la persona para enfrentar la esterilización, escuchándola y prestando atención a sus dudas, conflictos, interpretaciones erróneas o expectativas

poco realistas en cuanto a la operación.

Es importante que la orientación sea objetiva, no expresando preferencia personal alguna por parte de la persona que la realice, ya sea en favor o en contra de la esterilización o cualquier otro método de planificación familiar, no recomendar este método cuando el matrimonio es inestable y ; averiguar la salud de los hijos y la edad del hijo menor.

Cuando la mujer va a ser esterilizada inmediatamente después del parto o durante la operación cesárea, el consentimiento deberá obtenerse antes del nacimiento.

Por lo tanto, la esterilización deberá ponerse a disposición de quienes la soliciten, basándose no en criterios de paridad, edad o estado marital, sino en lo que más convenga a la persona. Siempre y cuando sea legalmente competente y posea suficiente información para tomar esta importante decisión **VOLUNTARIAMENTE**.

1.7 REVERSION DEL PROCEDIMIENTO

Debido a que la finalidad de la esterilización es el cese definitivo de la fertilidad, el médico debe asegurarse de que la mujer no se arrepentirá más tarde, explorando qué es lo que siente acerca de la terminación de su capacidad de procrear (Allyn, 1986).

En los estudios que se han realizado sobre mujeres que han sido esterilizadas se han identificado las características de las que más tienden a arrepentirse de haberse sometido a la operación. (Allyn, Leton, Westcott y Hale, 1986; Kohn, 1985-1986; Boring, Rochat y Becerra, 1988; Marcil-Gratton, 1988; Hapugalle, Janowitz, Weir, Covington, Wilkens y Aluvihare, 1989; Neamatalla y Harper, 1990; Wilcox, Chu y Peterson, 1990; Bertrand, Kashwantale, Balowa, Baughman y Chirwisa, 1991).

Dichas características son:

- Menos de 25 o 30 años al momento de la operación.
- No casada.
- 5 años o menos de casada.
- Con un hijo o dos.
- No tiene un hijo de cada sexo.
- Siente que no tiene mucho control sobre la decisión de esterilizarse.
- El marido se opone a la decisión.

El arrepentimiento también es más común de lo habitual en mujeres que:

- Se volvieron a casar, y
- Perdieron un hijo después de la intervención.

Si el médico sospecha que la mujer no está tomando una decisión libre y bien considerada, o si presenta alguna de las características anteriores debe recomendarle el uso de un método de planificación familiar no permanente y de acción prolongada, o ayudarla a decidir si la esterilización es lo que más le conviene.

Según un estudio del World Federation For Voluntary Surgical Contraception realizado en 1991, alrededor del 0.1% al 0.3 en los países desarrollados piden se las opere para recuperar su fecundidad.

Procedimiento

La cirugía de reversión consiste en una operación vía abdominal, mediante la cual se extraen las partes dañadas de las trompas, y se alinean los segmentos restantes, uniéndolos con puntos de sutura para crear una costura firme. Este procedimiento dura de una a cuatro horas, resultando difícil reconectar las trompas porque son pequeñas y resbaladizas.

Se debe evitar en lo posible poner puntos en el lumen o abertura de la trompa. Se considera una reversión eficaz a la que resulta en un producto vivo.

Riesgos

Las mujeres en las que se realiza la cirugía de reversión se exponen a un riesgo mayor de embarazo ectópico entre las mujeres que se sometieron a dicha cirugía variaba del 2% al 5% de los embarazos, es decir, más del doble en la tasa de embarazo ectópico entre las mujeres de la población en general y, casi todos los embarazos de este tipo se producen un año o más después de la cirugía (Siegler, Hulka y Peretz, 1985).

Al parecer tiene mayor probabilidad de ocurrir, cuando son de diferente tamaño los dos extremos de las trompas que se han reconectado. (Rock, Bergquist, Zacur, Parmley, Guzick y Jones, 1982; Spivack , Librach y Rosenthal, 1986; Peterson y cols., 1987; Vercruyse y Brosens, 1988).

Características de las candidatas para la reversión

Ahora bien, no todas las mujeres que piden la cirugía de reversión son buenas candidatas, siendo las mejores aquellas que:

- Tienen menos de 40 años
- Gozan de buena salud
- Tienen un compañero fértil
- Ovulan normalmente
- Han sufrido un daño mínimo en las trompas

Otros requisitos pueden ser:

- La pérdida de un hijo
- Se han vuelto a casar

Evaluación del daño

El que una cirugía de reversión dé buenos resultados depende de la longitud de la trompa una vez reconectada, del lugar de la reconstrucción, de si puede repararse una o ambas trompas, de la habilidad y experiencia del cirujano que realice la operación (Jansen, 1986; Thranov, Hertz y Rytov, 1987; Dahl, Kjaer, Bagger y Stakemann, 1988; Hulka y Halme, 1988; Xue y Fa, 1989) y por último, de la salud y fertilidad de la paciente.

Cuando las trompas reconstruidas tienen menos de 4cm. de longitud, existe menor posibilidad de embarazo que cuando son más largas (Jansen, 1986; Spivack y cols., 1986; Rock y cols., 1987; Dahl y cols., 1988; Hulka y Holme, 1988)

Esto depende de la forma en que fueron bloqueadas las trompas y de cuánto daño les causó la esterilización.

Las mujeres esterilizadas mediante la electrocoagulación no son buenas candidatas para la reversión, ya que se daña una porción más larga - de 3 a 8cm. -.

Las técnicas de ligadura dañan aproximadamente de 2 a 5cm., con los anillos unos 3cm. de la trompa y con los clips que son los que causan el menor daño, 3mm. aproximadamente.

En estudios realizados al respecto se encontró que las tasas de nacidos vivos variaban de acuerdo con la técnica de oclusión, alcanzando un promedio del 41% después de la electrocoagulación, 50% después de la técnica de Pomeroy, 75% después de la reversión de anillos y 84% con los clips (WfVSC, 1991).

Al parecer, el período transcurrido entre la esterilización y la reversión no influye en la tasa de nacidos vivos.

El médico debe presentarle a la mujer que desea esterilizarse, un cuadro realista de la reversión quirúrgica, en donde ella deba entender que:

- * La cirugía de reversión no está al alcance de todos o que tal vez no es una candidata adecuada.
- * No existe garantía de éxito.
- * Esta cirugía es más compleja, cara y peligrosa que la esterilización.
- * Aumenta el riesgo de producirse embarazo ectópico, poniendo en peligro su vida.

Por lo tanto, no se debe esterilizar a la mujer que espera que el procedimiento sea reversible.

1.8 ASPECTOS LEGALES

La esterilización es legal en casi todos los países, ya sea por normas especiales o más comunmente, porque no existe ley que la prohíba. En algunos países existen diferencias culturales o religiosas entre los médicos en cuanto a las actitudes tanto hacia la esterilización femenina como a la masculina.

Los expertos en esterilización de la Federación Internacional de Planificación Familiar (1989) sugieren los siguientes principios:

- a) Cada persona tiene libertad de elección para controlar su propia fecundidad.
- b) Donde no exista ley que la prohíba, es legalmente permisible realizar el procedimiento.
- c) El consentimiento dado voluntariamente y en circunstancias normales, legitima la operación.

Debido a que la esterilización voluntaria femenina con propósitos de anticoncepción es un fenómeno reciente, la mayoría de los países carecen de leyes que regulen de manera específica este procedimiento.

En todas partes del mundo, se han tratado de reducir o eliminar las restricciones respecto a la esterilización y aclarar su legalidad. No obstante, en algunos países aún existe confusión en cuanto al status legal de este método. Actualmente, las leyes y políticas pueden dividirse en cuatro categorías básicas:

1.- Países en los cuales la esterilización voluntaria es legal para propósitos de planificación familiar; existiendo estatutos, reglamentos ministeriales o decretos presidenciales específicos sobre la misma. Esta categoría incluye 24 países con un 13.5% de la población mundial.

2.- Países en los cuales no existe ninguna ley que pueda interpretarse como prohibitiva, considerándose legal la esterilización voluntaria. La mayoría de los países caen en esta categoría, siendo 52 con un 59% de la población mundial.

3.- Países que no han aclarado la legalidad del procedimiento y en los cuales las normas del código penal que prohíben la lesión física intencional son aplicables a la esterilización aún cuando la persona dé su consentimiento. Aquí se incluyen 29 países con el 14.9% de la población mundial.

4.- Países en los cuales bajo estatutos de la ley, reglamentos legales o decretos, la esterilización voluntaria es ilegal: 29 países con el 11.9% de la población mundial

En México, el artículo 4º de la Constitución Política expresa que "Toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos". Este artículo apoya a la Ley General de Población, en donde la única referencia que se hace sobre la esterilización es que:

"Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad, métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo con efectos irreversibles, las instituciones o dependencias que presten el servicio, recabarán previamente su consentimiento por escrito".

En el Código Penal, no existe ninguna referencia a la esterilización masculina o femenina, pero es ilegal si se lleva a cabo sin el consentimiento del interesado ya sea por violencia física o moral, o por engaño.

Al parecer una de las bases para establecer la legalidad de la esterilización se encuentra en el Artículo 24 del Código Civil para el Distrito Federal, en donde se otorga a los mayores de edad, la facultad de disponer libremente de su persona y de sus bienes salvo que lesione a terceros o que el acto en sí, se encuentre prohibido por otro ordenamiento; y ya que no se prohíbe este tipo de medida quirúrgica, se supone que únicamente pueden aplicarse al caso, aquellas leyes y reglamentos referentes a la cirugía en general.

La salpingoclasia puede entonces efectuarse tanto en hospitales del sector público como del privado.

ESTERILIZACION VOLUNTARIA FEMENINA. ASPECTOS PSICOSOCIALES.

1.9 FACTORES ANTECEDENTES A LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA.

Una revisión sobre los patrones de uso de anticonceptivos reveló una gran variedad de factores que influyen en la elección de la esterilización voluntaria (Vaughan, Trussell, Menken y Jones,1977; Westoff y Ryder,1977; Westoff y McCarthy,1979; Pratt, Mosher, Bachrach y Horn,1984; Balakrishnan, Krotki y Lapierre-Adamcyk,1985; Birdsall y Chester,1987.)

Los factores más importantes encontrados fueron los siguientes:

- Edad
- Estado civil
- Paridad completada
- Residencia urbana o rural
- Ingresos
- Ocupación
- Participación en la fuerza laboral y nivel de educación
- Afiliación religiosa y religiosidad
- Etnicismo

Sin embargo, poco se ha hecho para examinar más allá tanto en la regulación de la esterilización como en identificar las características que presumiblemente afectan la probabilidad de experimentarla.

Por otro lado, en la revisión de varias investigaciones sobre las perspectivas sociales y psicológicas de la esterilización voluntaria llevada a cabo por Philliber y Philliber (1985) , se encontró que los factores antecedentes que influyen en la esterilización son:

1.- Factores Demográficos:

- Variables socioeconómicas.
- Variables en el Ciclo de vida: edad, estado civil y paridad.

2.- Factores Culturales

- Religión
- Raza y etnicismo
- Comunidad (urbana o rural)

3.- Factores Sociopsicológicos

- La influencia de otros
- Motivaciones
- Actitudes

4.- Proceso (en la decisión de esterilizarse)

A continuación se expondrán algunas investigaciones y los resultados obtenidos sobre la influencia de cada uno de estos factores en la decisión de llevar a cabo la esterilización.

1.9.1 FACTORES DEMOGRAFICOS

EDAD

En un estudio realizado en Canadá con 5315 mujeres en edad fértil, se encontró que el factor determinante más importante en la elección de la esterilización es la edad, sobre todo en mujeres arriba de los 35 años en comparación con mujeres más jóvenes que muestran una gran preferencia por los métodos de barrera (el Dispositivo Intrauterino, por ejemplo).

También se encontró que una edad avanzada es razón para elegir la esterilización,

debido al incremento de las complicaciones tanto en la salud física como psicológica con un embarazo inesperado. (De Wit y Rajulton, 1991)

Bailey, Wynter y Lee (1988) en su investigación encontraron que la edad promedio de las mujeres que aceptaban esterilizarse, era de 31 años. Establecieron un rango entre 21 y 39 años y un gran número de mujeres se ubicó en el grupo de 30 a 34 años.

En otra investigación sobre las características de las mujeres más afectadas por la opción de la reversibilidad de la esterilización llevada a cabo por Shain y Dickson (1982), se concluyó que la intención de someterse a la operación se incrementa significativamente con la edad, sobre todo de los 25 a los 29 años. En una muestra de 1074 mujeres, se estableció un rango entre los 14 y 43 años, estando el 83% entre los 20 y 34.

Sólo el 10.8% de las mujeres entre 14 y 19 años tenían la intención de esterilizarse, mientras que en las de 25 a 29 años el porcentaje era del 26%. Esto se explica por las diferencias generacionales en cuanto a las intenciones y necesidades de reproducción.

Los resultados de Mosher y Westoff (1982) confirman estos datos ya que encontraron que la edad típica de la mujer para esterilizarse es arriba de los 25 años.

Igualmente en un estudio realizado en Alabama el grupo con ligadura tubaria incluía una proporción altamente significativa de mujeres arriba de los 25 años. (Richards, Kohler, Goldenberg, Jackson, Ryan y Caldwell, 1991)

Otros investigadores también han encontrado que la esterilización se está dando entre

mujeres más jóvenes (Bumpass y Presser,1972; Presser,1973; Gandy,1973; Ramos-Cordero, Ackman y Naftolin,1979; Leoprapai,1980; Temkin-Grenner y cols.,1981)

ESTADO CIVIL.

El status marital también ha sido identificado como un determinante importante de la esterilización voluntaria.

En un análisis del Estudio Canadiense sobre Fertilidad de 1984 realizado por Balakrishnan y cols. (1985), se encontró que el método de control natal que más prevalecía entre las mujeres casadas era la esterilización, mientras que el uso de la píldora dominaba como el método preferido entre las mujeres solas o que nunca se han casado.

Los datos de Shain (1982) indican que las mujeres divorciadas, separadas y viudas (al menos aquellas en años reproductivos), son sexualmente activas, y por lo tanto, existe entre ellas gran receptividad hacia la ligadura tubárica ya que necesitan prevenir un embarazo no deseado que representaría mayor riesgo económica, psicológica y socialmente, pues en muchos casos, carecen de un sistema de soporte satisfactorio.

En la revisión de Philliber (1985) se encontró que las mujeres quienes eligieron esterilizarse voluntariamente eran casadas y lo habían estado desde 5 hasta 15 años, cayendo la mayoría entre los 10 y los 15 años de casadas.

Bailey y cols. (1988) aplicaron un cuestionario a 97 mujeres: 50, candidatas a un programa de esterilización comparadas con 47, quienes no la aceptaban optando por la píldora, el Dispositivo Intrauterino y la inyección Depo Provera. Encontraron una

marcada importancia en la estabilidad de la unión marital en ambos grupos. Hubo una fuerte relación estadística entre el tipo de unión y la aceptación de la salpingoclasia, mientras que las casadas predominaron entre las mujeres esterilizadas, en el grupo no-esterilizado formaron sólo el 19%, debido a que el porcentaje de mujeres en unión libre era mayor (55%).

El tiempo que llevaban en su actual unión fué en términos generales similar, en donde el porcentaje de mujeres con 5 años o menos de unión fué del 40% para las esterilizadas y del 38% para las no-esterilizadas.

En el otro lado de la escala; aquellas en uniones de más de 11 años sumaron el 28% para el grupo de las mujeres esterilizadas y el 21% para el otro grupo. Por lo tanto, en una situación estable, las mujeres con gran fertilidad y que han tenido problemas con otros métodos anticonceptivos tienden hacia la esterilización como medio de control de su fecundidad.

NIVEL SOCIOECONOMICO

Los descubrimientos que se han hecho sobre la relación existente entre la aceptación de la esterilización y el status socioeconómico son inconsistentes. En la revisión hecha por Philliber (1985) se encontró que 17 de los estudios reportaron una relación inversa, 17 una relación directa, 3 curvilínea, 7 no encontraron ninguna relación y 6 estudios encontraron una relación directa en hombres e inversa en mujeres.

Así que se puede concluir, que la decisión de esterilizarse no se ve afectada de manera importante por el estatus socioeconómico; además, ningún estudio encontró diferencias substanciales en cuanto a la esterilización entre grupos socioeconómicos. Sin embargo,

se ha estudiado un pequeño factor relacionado con el nivel socioeconómico que ofrece resultados prometedores y se refiere al posible incremento en la aceptación de la esterilización voluntaria femenina debido a que cada vez más mujeres participan en la fuerza laboral fuera de su casa, especialmente en los países industrializados (Presser, 1973; Temkin-Grenner y cols., 1981; Bean, Pruitt, Clark, Swicegood y Williams, 1983).

Shain y Dickson encontraron que el 42% de su muestra eran empleadas y que un ligero porcentaje mayor de trabajadoras en comparación con las que estaban desempleadas deseaban intentar la esterilización (24% vs. 20.8%). Esta diferencia tal vez resulta del hecho de que las mujeres empleadas fuera de su casa tienen más que perder en términos de costos de oportunidades que las mujeres dedicadas al hogar.

PARIDAD

Muy poca gente sin hijos o con uno sólo se esteriliza voluntariamente. De hecho, la esterilización se da entre parejas con gran paridad. En Asia y Latinoamérica, por ejemplo, el número promedio de hijos vivos entre las parejas esterilizadas es de 4 a 5; en Europa y América del Norte el tamaño de la familia es más pequeño.

En muchos países existen restricciones legales y/o culturales que permiten la esterilización hasta después de un cierto número de nacimientos.

Excepto en América Latina, las parejas que solicitan la esterilización generalmente tienen al menos un hijo no planeado; su último hijo fué a menudo no deseado y frecuentemente resultado de una falla del anterior método anticonceptivo usado.

Sin embargo, al parecer, más importante que el número de hijos para predecir la aceptación hacia la salpingoclasia es la presencia de un hijo. Se han encontrado muy pocas esterilizaciones entre parejas sin hijos (Philliber y Philliber, 1985).

Los resultados de Shain (1982) mostraron que arriba del 65% de las mujeres tenían 1 o 2 hijos, 13.6% tenían 3 y alrededor del 9% tenían 4 o más. Excluyendo a las mujeres no fecundas que representaban el 11% de la muestra, la intención de someterse a la esterilización tendía a incrementarse con una paridad hasta de tres hijos: cerca del 16% de las mujeres con un hijo contra el 23% de aquellas con dos y el 29.5% de las que tenían tres hijos, intentaban ser esterilizadas.

También se encontró algo muy interesante: la respuesta de las mujeres no fecundas hacia la esterilización permanente fué ligeramente más positiva que la de aquellas mujeres con un hijo. Las primeras no eran significativamente más jóvenes que aquellas con una prole; por lo tanto, su gran receptividad hacia la salpingoclasia, tal vez se explica por actitudes más modernas como lo indica su interés por no tener más hijos en edades en las que otras mujeres optan por reproducirse.

EDUCACION

En la investigación de Shain (1982) aproximadamente el 25% de las respondientes tenían educación secundaria, el 26% sólo habían asistido a la escuela primaria, cerca del 30% tenían alguna preparación vocacional y el 18% tenía licenciatura o un grado más alto. Se concluyó que al parecer no existe una relación clara entre la intención de someterse a la esterilización permanente y el nivel de educación.

Las mujeres con preparación vocacional o con algún grado de educación escolar

estaban significativamente más propensas a intentar la esterilización que el resto de la muestra (27.6% vs. 20%). Sin embargo, el grupo con el mayor nivel educativo en comparación con aquellas con al menos un grado escolar, fueron significativamente menos receptivas al procedimiento que el resto del grupo (15.8% vs. 23%). Tal vez la menor receptividad de este grupo puede relacionarse con sentimientos de competencia total y confianza en considerar efectivos los otros métodos anticonceptivos más tradicionales y reversibles.

El logro educativo puede influir también en la posibilidad de efectuar la esterilización voluntaria, ya que se ha dado en repetidos resultados que un mayor nivel educativo de la mujer es asociado con el uso efectivo de otras técnicas para el control natal (Wolfe, 1980).

Por lo tanto, en comparación con mujeres con un pobre nivel educativo en quienes la efectividad anticonceptiva depende de la irreversibilidad y alto índice de éxito de la esterilización por sí misma; las mujeres con un nivel educativo mayor, recurren menos a la esterilización y esperan tener más éxito con los métodos de barrera para el control de la natalidad (por ejemplo, la píldora, el condón, etc.).

1.9.2 FACTORES CULTURALES

RELIGION

La religión de una persona no afecta significativamente la probabilidad de que sea esterilizada. Se han encontrado esterilizaciones voluntarias entre los Hindúes (Balakrishna,1974), Musulmanes (Ratcliffe, Quddus y Croley,1972), Protestantes (Di Musto, Owens y Komplarens,1974), Católicos (Goldsmith, Goldberg y Echeverría, 1973; Barglow y Eisner,1966) y en seguidores del Confusionismo (Lee,1970). Pero,

a pesar de esto, aquellos que eligen no ser esterilizados mencionan frecuentemente la oposición religiosa como una explicación ante tal decisión.

Por lo tanto, tal vez la religión en si no afecte la conducta de la persona en términos de la esterilización, pero si influye la oposición de algunas instituciones religiosas que tratan de evitar la viabilidad de este método. Por ejemplo, en países donde el Catolicismo o el Islamismo son dominantes, las esterilizaciones no son del todo factibles. En algunos casos se practicarán de manera ilegal, pero en otros la comunidad médica simplemente no las lleva a cabo.

RAZA Y ETNICIDAD

En los Estados Unidos un número considerable de estudios han comparado los índices de esterilización entre negros, blancos e hispanos. Estos estudios indican que la frecuencia de la esterilización: femenina es aproximadamente la misma en cada grupo, aunque es un poco mayor para las negras e hispanas (Bumpass y Presser, 1972; Pratt, 1975; Westoff y Ryder, 1977; Layde, Fleming, Greenspan, Smith y Ory, 1980; Warren, Smith, García-Nuñez, Rochat y Martínez-Manautou, 1981; DeStefano, Greenspan, Ory, Peterson, Maze y Smith, 1982).

Sin embargo, la esterilización masculina es común sólo entre los blancos (Bumpass , Presser, 1972; Pratt, 1975; Warren y cols., 1981; Hollerbach y Nortman, 1984).

Como resultado de esto, el índice de esterilización entre las parejas blancas es alrededor del doble en comparación con los otros dos grupos.

En el trabajo realizado por Shain y Dickson (1982), efectuado en San Antonio, Texas; la distribución racial y étnica fué la siguiente: 45.8% eran Mexico-Americanas; 44.3%

Anglo-Americanas; 9.2% Negras; y menos del 1% eran orientales o de otro origen.

Los resultados revelaron de forma significativa que más mujeres Anglo-americanas en comparación con las Mexico-Americanas, pretendían someterse a la esterilización (41% vs. 29%). Sin embargo, esta diferencia desapareció cuando se les cuestionaron sus intenciones actuales, ya que sólo el 21% en ambos grupos intentaría realizarse la operación.

Las mujeres negras tuvieron una actitud más positiva hacia la operación que cualquiera de los sujetos de los dos grupos anteriores. Estos autores manejaron en su estudio la posibilidad de que el procedimiento de la esterilización fuera reversible lo cual propició un incremento significativo en cada grupo étnico-racial: 59% de las Mexico-Americanas, 64.9% de Anglo-Americanas y 59.6% de las mujeres negras tratarían de esterilizarse por procedimientos reversibles.

COMUNIDAD

Algunos estudios han reportado que las residentes de zonas rurales presentan una mayor disposición a ser esterilizadas que las residentes de zonas urbanas (McEvoy, 1979; Ahmed, Barva y Monjural, 1980; Tien, 1982); mientras que otros indican que la esterilización es más característica entre los habitantes de zonas urbanas (Hisen y Hsin-Ying, 1975; Westtof y cols., 1980; MacCarthy, 1982; Janowitz, Nuñez, Covington y Colven, 1983); y aún otros más, han encontrado igual número de esterilizaciones entre ambas comunidades (Knodel y Pitaktepsombati, 1973; MacCarthy, 1982).

Probablemente las diferencias en la frecuencia de las esterilizaciones entre la zona urbana y la rural sean el resultado de las diferencias en la viabilidad de los servicios más que por otra razón.

En la mayoría de los casos, la cultura no ha sido estudiada directamente; su relación con la esterilización voluntaria sólo ha sido inferida de la observación de las diferencias en otras variables. En la medida en que estas variables han medido la cultura, las investigaciones disponibles han fallado en demostrar su importancia.

Tal vez una medida más directa de estos atributos culturales que teóricamente inhiben la esterilización, podrían demostrar su importancia.

1.9.3 FACTORES SOCIOPSICOLÓGICOS

LA INFLUENCIA DE OTROS

Las personas significativas influyen en la decisión de la gente para esterilizarse, dando información y apoyo. Los amigos y la familia son a menudo la mayor fuente de información acerca de la esterilización.

En los países en desarrollo, especialmente en Bangladesh y la India, los médicos son a menudo la primera fuente de información (Ratcliffe, 1972; Lee, 1970; Pillai, Mahadevan, Sethu, Govindachary y Padmavathi Amma, 1977).

Una segunda fuente en muchos de estos países son los medios de comunicación (Goldsmith, Goldberg y Echeverría, 1973; Kohli, 1973). La gente a menudo utiliza el periódico y las revistas para reunir más información técnica o para checar la información recibida de las personas significativas.

Fuera de Asia, hombres y mujeres (especialmente los hombres), quienes eligen ser esterilizados a menudo reciben el apoyo de personas significativas para ellos, usualmente de su esposa o de otras personas esterilizadas (Lee, 1970; Oswal, 1973; Roy, Raj y Raj,

1973; Mullen, Reynolds, Cignetti y Dorman, 1973; Balakrishna, 1974; Whitby, Brown y Seeney, 1975; Santiso, Bertrand y Pineda, 1983).

Por otro lado, destaca el hecho de que las mujeres aceptan más la esterilización sin el apoyo de sus esposos. En Asia varios estudios han reportado que tanto hombres como mujeres deciden por sí mismos llevar a cabo el procedimiento y no buscan el apoyo de otros (Koya, 1961; Sakena, 1974; Burnight, Verasing Muangmun y Cook, 1975). Y rara vez van a sus doctores para información o apoyo.

Finalmente la gente con muy buenas relaciones maritales tiende más a efectuar una esterilización (Presser, 1973; Chamó, 1981).

En relación con esta variable, Shain (1982) encontró que de las 1074 mujeres de su estudio cerca del 50% tenían amigas que tuvieron una experiencia positiva con la ligadura tubaria; 37% tenían amigas que no estaban seguras o sin experiencia de ningún tipo; 10% tenían amigas con una mezcla de experiencias tanto positivas como negativas y menos del 3% tenían amigas con experiencias negativas.

Las mujeres cuyas amigas tuvieron experiencias positivas eran significativamente más propensas a intentar la esterilización que aquellas con amigas sin ninguna experiencia, con experiencia negativa o con ambas: 29.2% vs. el 15.5%, 11.8% y el 14.2% respectivamente. Algo similar ocurrió con la esterilización reversible: 69.5% vs. 56.9%, 44.1% y 50.4% respectivamente.

También existe una tendencia que indica que las mujeres con amigas que habían tenido experiencias negativas o ambas, estaban menos dispuestas a intentar cualquiera de los procedimientos que las mujeres con amigas sin ningún tipo de experiencia. Esto indica la importancia de la difusión de información entre las amigas esterilizadas.

MOTIVACIONES

Se ha encontrado que los tres motivos principales para optar por la esterilización parecen ser el económico, el número deseado de hijos y el disgusto hacia otro tipo de métodos

anticonceptivos. En Asia, las consideraciones económicas se citan como la razón más frecuente, para realizarse la esterilización (Ahmed, Barua, Mahbubur Rahman y Monjural, 1980; Hamson, 1979; Roy y cols., 1973; Lee, 1970; Burnight y cols., 1975). Tal vez como resultado de campañas sobre el tema, muchas parejas concuerdan en que las implicaciones económicas que representa el tener muchos hijos sea la causa de elegir este método.

En los EE.UU varios estudios mostraron que la aversión hacia otros métodos anticonceptivos fué la razón principal para esterilizarse, particularmente entre grupos de alto nivel socioeconómico que venían la salpingoclasia como un asunto de conveniencia (Amonker, 1976; Lindenmeyer, Steinberg, Bjork y Pardes, 1977; Hausser y Beckman, 1978).

En América Latina la razón que más frecuentemente se dá para ligarse es que la pareja ya tuvo el número de hijos deseado (Santiso y cols., 1981).Sin embargo, la gente no siempre puede explicar el porqué decidieron esterilizarse, y a menudo dan razones superficiales. Dada la variación en estas respuestas entre los países, parece que las sociedades influyen en la gente con ciertas razones para que se efectúe la esterilización.

En relación con la satisfacción hacia el método anticonceptivo utilizado, Shain (1982) encontró que el 61% de 896 sujetos estaban satisfechos con su actual método; y en el caso de que no emplearan uno en la actualidad, que reportaran el nivel de satisfacción con el método usado más recientemente; los resultados indicaron que 24% no estaban satisfechos y 15% no estaban seguros.

Por lo tanto, la insatisfacción con el método actualmente usado o con el más reciente se relacionó positivamente con la intención de esterilizarse. Fué significativo que más usuarios insatisfechos que satisfechos intentarían la esterilización permanente (30.4% vs. 19.6%) y la reversible (73.8 vs. 57.5%). Las mujeres que no estaban seguras acerca de su actual método se distribuyeron entre estos dos grupos.

De las mujeres que siempre habían usado la anticoncepción, cerca del 50% discontinuaron el uso de uno o más métodos debido a su insatisfacción. Estando significativamente más dispuestas que aquellas mujeres quienes nunca habían dejado de usar algún método a intentar tanto la esterilización permanente (28 vs. 17.8%) como la supuesta reversible (67.3% vs. 58.5%).

ACTITUDES

Las investigaciones aún no han demostrado la importancia de las correlaciones actitudinales y de personalidad con la esterilización voluntaria. Numerosos estudios han fallado en encontrar alguna correlación con la personalidad (Rodgers, Ziegler, Rohr y Prentiss, 1963; Barglow y Eisner, 1966; Gough, 1976; Hunter, Linn y Hams, 1981) y otros han encontrado sólo relaciones débiles.

El factor de la personalidad más consistente ha sido que los hombres esterilizados tienen una necesidad menor de la aprobación social que la media (Bathia, Faruque y Chakraborty, 1980; Grindstaff y Ebanks, 1973; Ratnow, 1974; Roberto, 1974)

Otros estudios han examinado las actitudes en cuanto a la esterilización, las relaciones sexuales o a la paternidad. Chamie (1977) encontró que las mujeres quienes elegían no ser esterilizadas tendían a ver el sexo como un placer masculino.

Shain y cols. (1984) encontró que las mujeres esterilizadas estaban más conformes con su decisión que las esposas de hombres vasectomizados debido a que ellas sintieron gran control sobre la decisión.

Beach y cols. encontraron que las parejas quienes veían la paternidad de manera más positiva estaban menos dispuestas a esterilizarse.

1.9.4 PROCESO

Debido a que la esterilización voluntaria debe considerarse como un procedimiento permanente e irreversible, es muy importante el proceso a través del cual la mujer pasa para tomar la decisión de elegir la esterilización.

Los estudios sobre el proceso que se lleva a cabo antes de esterilizarse voluntariamente pueden ser divididos como sigue:

- 1) La decisión masculina para esterilizarse.
- 2) La decisión femenina para esterilizarse.
- 3) La decisión de la pareja para que ella o él se esterilicen.

En las investigaciones sobre las mujeres que eligieron ligarse y sobre la decisión de las parejas acerca de quién debería esterilizarse, se sugiere fuertemente que muchas mujeres

se esterilizaron porque sus parejas no llevarían a cabo la vasectomía (Markman y Frankel, 1982; Reading, Sledmere y Newton, 1980).

Strimling (1981) también encontró que la actitud del hombre hacia la vasectomía influía en su decisión de llevarla a cabo; pero que la actitud de la mujer hacia la salpingoclasia no importaba mucho, ya que se decidía por necesidad económica a prevenir futuros nacimientos.

Landry, entre 1984 y 1986, llevó a cabo unos estudios de seguimiento entre mujeres que habían elegido la ligadura tubaria, en 6 países: Colombia, El Salvador y Guatemala fueron seleccionados en América Latina; Bangladesh e Indonesia, en Asia y Túnez en Africa del Norte.

Se elaboró un cuestionario central, el cual incluía preguntas sobre las características sociodemográficas, historia de los embarazos, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, las fuentes de influencia en el proceso de toma de decisión entendiendo la naturaleza permanente del procedimiento, y la satisfacción o no con la decisión de haber elegido la esterilización.

Se hicieron algunas modificaciones a algunos cuestionarios basados en diferencias en los programas de esterilización voluntaria de cada país y en resultados de pretest.

Para saber que factores influenciaban la decisión, realizaron las siguientes preguntas:

- ¿ Saben acerca de los métodos temporales de planificación familiar?
- ¿ Han usado siempre algún método anticonceptivo?
- ¿ Hablaron con otras mujeres esterilizadas, amigas o médicos acerca del procedimiento?
- ¿ Cuánto tiempo pasó entre el momento en que tomaron la decisión y la operación?
- ¿ Consultaron a sus esposos?
- ¿ Alguien influyó en su decisión de elegir la esterilización?
- ¿ Cuáles fueron sus razones para elegir este método?
- ¿ Sabía del carácter permanente de la operación?

Y los resultados fueron los siguientes:

Las mujeres eligieron la esterilización con un buen conocimiento de sus consecuencias y conociendo al menos uno de los otros métodos anticonceptivos.

Consultaron a sus amigos, parientes y vecinos como primeras fuentes de información, y a pesar de que otras mujeres esterilizadas no quedaron como la primera o segunda fuentes de información sobre la oclusión tubaria, las mujeres bien informadas y satisfechas con la operación son fuentes de referencia importantes y esenciales para que continúe la aceptación y expansión de los servicios de esterilización voluntaria.

En cuanto al tiempo transcurrido entre la decisión de esterilizarse y la fecha de la operación, la mayoría reportó que pasaron de uno a 6 meses, posiblemente debido a retrasos en la disponibilidad del servicio o a factores personales.

La persona que más influyó en su decisión fueron ellas mismas, mientras que sus parejas fueron la segunda fuente más importante de influencia. La mayoría de las mujeres casadas o en unión libre, reportaron haber discutido la operación con ellos, siendo apoyadas en su decisión.

Entre las razones que las entrevistadas dieron para esterilizarse, la primera fue el no querer más hijos y otras fueron: problemas con el último embarazo, por consejo médico y problemas con el último método anticonceptivo usado en relación con el costo, fallas o efectos secundarios.

Por último, la gran mayoría de las respondientes reportaron estar satisfechas con la decisión de ser esterilizadas; sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con precaución ya que fueron cuestionadas al respecto muy cerca de la fecha de la operación (entre 7 y 21 días después).

1.10 EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

En los últimos 25 años se han llevado a cabo un número considerable de estudios acerca de la esterilización anticonceptiva; pero, a pesar de esto, el impacto psicosocial de la misma permanece aún poco comprendido.

Distintas revisiones de investigaciones previas sobre la esterilización han identificado varios resultados característicos (Rogers y Ziegler, 1973; Schwyhart y Kutner, 1973; Miller, 1978; Chi y Feldblum, 1983; Philliber y Philliber, 1985).

La mayoría de las personas esterilizadas (al menos en las naciones desarrolladas), tanto

hombres como mujeres, expresaron después satisfacción con su elección de realizar la esterilización anticonceptiva; estando dispuestas a declarar un mejoramiento subjetivo en el ajuste sexual y en la salud mental. Pero mediciones directas sobre los cambios en estas características han recibido relativamente poca atención.

Una minoría de los individuos esterilizados expresaron arrepentimiento o descontento con los procedimientos. Schwyhart y Kutner (1973) mostraron que las investigaciones anteriores pudieron haber sobreestimado el nivel de insatisfacción.

Las mismas revisiones también han señalado dos limitaciones metodológicas en la mayoría de los estudios previos que le restan confianza a sus resultados: casi todos han sido retrospectivos y han carecido de comparaciones con individuos que usan otros métodos de control natal.

A pesar de que no se han tratado los aspectos psicológicos y sociales preoperatorios, las implicaciones analizadas sobre los aspectos psicosociales postoperatorios pueden servir como guía para evitarlas en las personas que pretenden esterilizarse.

De la recopilación de varias investigaciones hechas en EE.UU sobre las reacciones del hombre y la mujer hacia la esterilización, se determinó que el factor principal por el cual no se practican más esterilizaciones, es el psicológico. Entre las causas que provocan el rechazo psicológico están las siguientes:

- 1.- Insatisfacción con la operación
- 2.- Disminución del deseo sexual
- 3.- Problemas menstruales
- 4.- Problemas matrimoniales
- 5.- Sentimientos maternos insatisfechos
- 6.- Culpabilidad religiosa o moral
- 7.- Sentimientos de inferioridad (Schwyhart y Rutner, 1973)

1.10.1 IMPACTO SOBRE LA CONDUCTA Y EL DESEO SEXUAL

Los estudios sobre los impactos de la esterilización usualmente incluyen algunas mediciones de su impacto en el funcionamiento sexual así como medidas de diferentes aspectos tanto del deseo como de la conducta sexuales.

En los EE.EUU, se encontró que del 90% al 100% de las personas esterilizadas reanudaron la relación sexual a las dos semanas y completamente todos las reanudaron al mes. Por otro lado, en la India, prácticamente ninguno reanudó la relación sexual al mes, menos del 10% la reanudó a los dos meses y algunos no las reanudaron hasta después de cinco meses.

Muchas de las investigaciones examinaron la frecuencia de las relaciones antes y después de la esterilización confiadas en un reporte postoperatorio de la persona; y, en una gran mayoría de ellos, el resultado fué que la frecuencia de la relación sexual permaneció sin cambios. Sin embargo, algún porcentaje reportó un cambio debido tal vez a problemas con algunas inquietudes (Gandora, Joseph, Mohan y Ramachandran, 1978; Kakar, 1972; Khorana y Vyas, 1975; Poffenberger y Sheth, 1963; Rathore, 1970; Wig y Singh, 1972; Wig, Singh, Sahasi e Isaac, 1970; Lee, 1970; Hassan, 1975; Cooper, Gath, Fieldsend y Rose, 1981-1982; Whitehouse, 1969; Golberg y cols., 1974; DiMusto, Owens y Klomparens, 1974; Freund y Davis, 1973; Kohli y Sobrero, 1973; Trussell y Westoff, 1980; Wise, Perkin y Correy, 1976).

De los datos de los 24 estudios en los cuales los sujetos fueron cuestionados acerca de si hubo cambios en su deseo sexual, también se presentó una variación: en 18 de los estudios la respuesta más común fué que "no hubo cambio". Los decrecimientos en el deseo sexual se reportaron en un rango entre 0% hasta el 44%. Y a la inversa, el incremento del deseo sexual no fué reportado del todo en una muestra, pero sí por el 50% en otras. Esto nos da otro indicio de las diferencias entre los países.

Entre los estudios asiáticos el porcentaje promedio que reportó un bajo deseo sexual fue el 14% en comparación con el porcentaje entre las investigaciones estadounidenses que fué alrededor del 3%.

Virtualmente todas las investigaciones sobre este aspecto incluyen una medición general de cambios en la satisfacción, el disfrute, el placer o en la calidad de la relación sexual. Tal vez de alguna manera, este es el indicador más contundente ya que las mediciones discutidas no son fácilmente interpretables.

La respuesta más común en 23 de 34 estudios revisados por Philliber (1985) fué que no hubo ningún cambio en general en la relación sexual. Otros 9 estudios reportaron que la relación mejoró.

El rango en el porcentaje de quienes reportaron empeoramiento en la relación sexual fué desde 0% hasta 31%. , 16 estudios reportaron que el 10% o más de sus sujetos dijeron que sus relaciones habían empeorado después de la operación.

El World Health Organization (1984) llevó a cabo una investigación prospectiva en varios centros coordinados, con 926 mujeres que se sometieron a la esterilización (ligadura tubaria u oclusión) para el control de su fertilidad comparadas con un grupo control de 924 mujeres que usaban otros métodos de anticoncepción. Participaron en el estudio unos centros de investigación de los siguientes países: India, Colombia, Nigeria, Filipinas y el Reino Unido.

En cuanto al aspecto sexual los datos de todos los centros no indicaron diferencias significativas entre los grupos de esterilización y los grupos control a los 6 o a los 12 meses con respecto a la proporción de sujetos quienes no tenían relaciones sexuales de manera regular, quienes a menudo tenían relaciones cuando no las deseaban, quienes rara vez o nunca experimentaron placer y quienes encontraban la relación dolorosa. En cada una de estas variables hubo ciertas diferencias en los centros entre los grupos esterilizados y control, pero no presentaron un patrón consistente.

Con relación al cambio general en la satisfacción sexual, se encontró que una gran proporción de sujetos esterilizados en comparación con los control reportaron mejoramiento tanto durante los seis primeros meses (12.7%) como al año (15.8%). En contraste, las proporciones de sujetos que reportaron deterioro fueron similares en ambos grupos estudiados. En el grupo de esterilización, los porcentajes de mujeres que reportaron mejoramiento fué más alto que aquellas quienes reportaron deterioro. Las mujeres que reportaron deterioro de su vida sexual dieron una gran variedad de razones para esto, incluyendo, enfermedades físicas, cansancio, problemas en la relación y pérdida de libido.

1.10.2 IMPACTO EN EL TRABAJO

Varios estudios han documentado que se pierden muchos días de trabajo seguidos a la esterilización, como un indicador de la salud total (Gandotra y cols., 1978; Reddy y Raju, 1979; Lee, 1970; Sivanesaratnam, 1974; Burnight y cols., 1975; Santiso y cols., 1983; Goldberg y cols., 1974). Tales estudios son usualmente sobre la vasectomía y han sido concentrados en la población asiática.

Existen otros relacionados con otros aspectos del trabajo tales como el placer o ajuste al mismo, la cantidad de trabajo o las relaciones con los compañeros. Excepto el estudio de Reddy y Raju, pocos reportaron algún deterioro post-esterilización en estas variables, muchos no reportaron cambios y del 2% al 29% reportaron algún mejoramiento.

Por otro lado, Joshi, Maheshwari y Soangara (1979) reportaron que el 55% de una muestra de mujeres esterilizadas en la India reanudaron su trabajo de casa normal dos meses o más tiempo después del procedimiento. Los autores sugieren que posiblemente algunas mujeres explotan la situación para así alargar su período de descanso bajo el escudo de la operación tubárica.

1.10.3 IMPACTO EN LAS ACTITUDES HACIA LA FAMILIA Y A LOS NIÑOS

Los escasos resultados disponibles sobre este aspecto no indican ningún impacto negativo de la esterilización. De hecho, prácticamente ningún padre reportó actitudes menos favorables, y algunos reportaron actitudes más favorables hacia sus hijos después de la operación. De manera similar, las actitudes generales tanto hacia la familia como a la vida familiar permanecieron iguales o mejoraron significativamente después de la operación.

1.10.4 IMPACTO EN LAS RELACIONES MARITALES

De 21 estudios en ocho naciones diferentes, sólo 3 reportaron impacto negativo en la relación marital seguido a la esterilización en más del 9% de sus muestras; y los demás tuvieron arriba del 10% reportando un mejoramiento en su relación después del procedimiento. En 18 de los 21 estudios, la respuesta modal fué: "ningún cambio".

Debido a que muchas de estas investigaciones utilizaron un autoreporte retrospectivo, no es fácil acertar si el procedimiento por sí mismo fué responsable de algún deterioro o mejoramiento en la calidad de la unión marital.

1.10.5 IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

Para obtener una medida más global sobre el impacto de la esterilización en la salud mental, algunos investigadores utilizaron listas de síntomas o tests estandarizados de la salud psicológica.

Muchos de los estudios fueron retrospectivos e implicaron la utilización de auto-reportes, pero algunos de aquellos que utilizaron más herramientas de valoración fueron prospectivos. Mientras que este último tipo de estudios parece ofrecer el mejor acercamiento metodológico, desafortunadamente no ha producido resultados uniformes.

Dos estudios de seguimiento fueron realizados en Gran Bretaña por Smith (1979) y por Cooper y cols. (1981-1982). En el primer estudio, los síntomas psiquiátricos se incrementaron ligeramente pero siguieron permaneciendo abajo de los niveles arrojados antes de la operación. En el segundo estudio, en ambas muestras, el porcentaje de mujeres que mostraron síntomas psiquiátricos negativos decreció en comparación con los niveles preoperatorios.

Aribag y Aribag (1982) hicieron sólo un seguimiento de su muestra de mujeres esterilizadas y también notaron una ligera disminución posterior en los síntomas psiquiátricos.

Sin embargo, Khorana y Vyas (1975) encontraron que sus sujetos mostraron un incremento en los síntomas negativos seguidos a la esterilización.

En los estudios retrospectivos, los reportes de consecuencias psicológicas negativas seguidas a la esterilización se clasificaron desde un 0% hasta un 51%, pero, ninguno encontró más que 20% con secuelas psicológicas negativas y varios encontraron porcentajes considerables de reportes de mejor estado mental seguido a la esterilización (excepto el trabajo de Ansan y Francis (1976) en Gran Bretaña).

Otros estudios han examinado varios indicadores individuales de angustia. Estos incluyen las fantasías de castración entre las esposas de hombres con vasectomía (Johnson y Miller, 1970), irritabilidad, debilidad (Ayyappan, 1975; Redy y Raju, 1979), insomnio, bebida de alcohol, cambios en el apetito (Burnight y cols., 1975), aletargamiento, náusea, vómito, mareos (Khorana y Vyas, 1975), cambios en el temperamento, anhelo de hijos, nerviosismo, depresión (Rakshit, 1966), pérdida de memoria (Wig y cols., 1973; Lu y Chun, 1967), y cambios en el Auto-concepto (Horestein y Houston, 1975).

En conjunto, tales síntomas se manifiestan por sí mismos rara vez o no seguidos a todas las esterilizaciones.

En la investigación del World Health Organization (1984), un total de 1127 mujeres (el 83.5%) nunca desarrollaron un desorden psiquiátrico, 144 (10.6%) fueron identificadas como casos sólo una vez ya fuera en el inicio, a los seis meses o a los doce meses del seguimiento; 58 (4.3%) tuvieron síntomas de desorden psiquiátrico en alguna combinación de las etapas; y 20 (1.5%) estuvieron emocionalmente enfermas en las tres etapas.

Los resultados indican que, para todos los centros combinados, no hubo diferencias, ni a los seis o a los doce meses, entre el grupo esterilizado y el control. En cada centro la mayoría de las mujeres no reportaron cambios.

Los sujetos valorados como casos clínicos durante el seguimiento, exhibieron enfermedades afectivas o emocionales, entre las cuales, los desórdenes depresivos y los estados de ansiedad fueron los que mayormente se dieron.

Los 10 síntomas más frecuentes exhibidos durante el seguimiento tanto por el grupo control como por el grupo de mujeres esterilizadas fueron:

- 1) Irritabilidad
- 2) Preocupación
- 3) Dolores de tensión
- 4) Cansancio o agotamiento
- 5) Sentimientos subjetivos de tensión nerviosa
- 6) Hipersensibilidad al ruido
- 7) Ansiedad flotante
- 8) Humor depresivo
- 9) Impaciencia
- 10) Tensión muscular

La gran similitud de la sintomatología en los dos grupos es otra indicación de la carencia de algún descubrimiento psicopatológico especial en la enfermedad emocional que ocurría entre las pacientes esterilizadas. A los seis meses, un total de 34 sujetos (20 casos de mujeres esterilizadas y 14 control) reportaron haber tenido tratamiento para "problemas con los nervios " prescritos en los seis meses. A los doce meses siguientes 36 sujetos (24 casos de esterilizadas y 12 controles) reportaron haber tenido algún tratamiento. En muchos casos, se les prescribieron tranquilizantes menores o sedantes y sólo en casos únicos fueron usados antidepressivos.

Por otro lado, una de las cuestiones más importantes es que el estudio estableció la identificación de factores de riesgo que pudieran desarrollar problemas psiquiátricos posteriores y si la esterilización era uno de ellos.

Las variables independientes para este análisis incluyeron la esterilización (de intervalo, post parto y después de un aborto), otros anticonceptivos y también factores identificados previamente (World Health Federation, 1984): edad, número de hijos, estatus socioeconómico, miembro de un grupo de sujetos con un inusual estrés social, educación, satisfacción sexual, la presencia de un padecimiento crónico menor o incapacidad (física o mental), la evaluación subjetiva sobre la " enfermedad nerviosa " durante el año anterior, evaluación subjetiva de la salud física, tensión premenstrual o dolores abdominales.

Los resultados indicaron que la esterilización por sí misma no tiene un efecto significativo en el riesgo de ocurrencia de desórdenes psiquiátricos durante el período siguiente a la misma y además, no interactúa con los predictores de tal desorden ya mencionados.

Los efectos de la esterilización voluntaria en la salud mental estuvieron ausentes no sólo en las mujeres, quienes al inicio no tuvieron desorden emocional sino también en aquellas que fueron diagnosticadas como casos. En otras palabras, en las mujeres que no tuvieron ningún problema emocional en el momento de la esterilización, la operación no introdujo ningún riesgo adicional para desarrollar tal enfermedad. En las mujeres a quienes se les diagnosticó algún desorden emocional antes de la salpingoclasia, la operación tampoco agravó significativamente la condición ni contribuyó a su mejora o recuperación.

En aquellas mujeres quienes estuvieron libres de cualquier desorden emocional al inicio pero que lo desarrollaron subsecuentemente, la incidencia estuvo significativamente asociada con las siguientes variables: miembro de un grupo con un inusual estrés social; pobre satisfacción sexual; presencia de una enfermedad crónica menor o incapacidad; problemas con los nervios durante el año anterior; tensión premenstrual; dolor abdominal y evaluación subjetiva de una deficiente salud física.

1.11 ARREPENTIMIENTO DESPUES DE LA ESTERILIZACION

Se ha manifestado mucho interés en saber si los aceptantes del procedimiento después llegan a arrepentirse como un paso drástico.

En algunos estudios simplemente se preguntó a los sujetos si se arrepintieron de haberse esterilizado. Una variación en el tema es preguntar acerca de la frecuencia del arrepentimiento. Algunos, en lugar de utilizarla palabra "arrepentir", preguntaron si estaban satisfechos, contentos o felices; o cuando la pregunta era formulada negativamente, si estaban insatisfechos o tristes.

Debido a que puede existir confusión en una pregunta general sobre la esterilización, algunos permitieron a las respondientes discutir la naturaleza de su satisfacción, insatisfacción o arrepentimiento.

Cooper y cols. (1981) encontraron que el 8% de las mujeres se arrepentían de algún aspecto de la esterilización. Sin embargo, el 33% se arrepentía de la pérdida de la fecundidad, el 40% de problemas menstruales percibidos en seguida del procedimiento y así. Además, entre las respondientes que fueron cuestionadas sobre si se esterilizarían de nuevo, Cooper encontró que del 8% que expresó arrepentimiento, sólo el 2.6% dijo que no volvería a hacerlo.

Las preguntas acerca de si están dispuestas a recomendar la esterilización a otras personas son frecuentemente usadas para medir la satisfacción o la ausencia de arrepentimiento, pero parece que producen más ambivalencia que otras medidas. Al respecto, las que aceptaron la esterilización algunas veces han afirmado que tal decisión es personal y que no sentirían apropiado animar o desalentar la esterilización en otras.

Tal vez, la medida más segura de arrepentimiento es el número de personas esterilizadas que han solicitado la reversión. En Gran Bretaña, Ansari y Francis (1976) encontraron que el 43% de una muestra de mujeres ligadas expresaron arrepentimiento, pero sólo el 18% querían la reversión.

En Asia, el rango de arrepentimiento fué entre 0% y 49%, con 13 de 20 estudios reportando índices abajo del 10%. En Europa y Oceanía, el rango de arrepentimiento fué ligeramente más corto, del 0% al 43%. En estos continentes, 15 de los 19 estudios reportaron índices de arrepentimiento abajo del 10% y 11 de ellos 5% o ménos. En

Norteamérica y en América Latina, los índices fueron también bajos.

Los estudios sobre las consecuencias de la esterilización son principalmente descriptivos, careciendo de la metodología necesaria para asegurar que la esterilización por sí misma es un agente causal de los cambios percibidos. Más aún, la literatura sobre el tema presenta opciones que se prestan a la interpretación.

1.12 INVESTIGACIONES EN MEXICO

En el Hospital General 1o. de Octubre del ISSSTE, se efectuó un estudio sobre la actitud y consecuencias psicológicas en mujeres a las que se les practicó la esterilización. La edad promedio fué de 32 años, con un nivel socioeconómico medio y medio-bajo, 82% dedicadas al hogar y 98 casadas.

Los resultados fueron los siguientes:

- * *Antes de la operación:* presentaron temor a la intervención y gran determinación de liberarse y ser útiles a la familia ya que no existiría el temor al embarazo no deseado.

- * *8 días después:* presentaron preocupación, ansiedad, dudas acerca del funcionamiento posterior y sobre las consecuencias de la pérdida de su fertilidad, ansiedad por comprobar que lo que hicieron fué lo correcto.

- * *6 meses después:* frustración, estrés, mal genio, temor, rechazo consciente al marido por permitirles esterilizarse, deseos inconscientes de escapar de la fertilidad y cambios somáticos.

- * *A los 18 meses:* todos los conflictos disminuyeron, empezando un proceso de adaptación y normalización de la libido.

Vázquez (1981), en su investigación sobre las actitudes de la mujer hacia la esterilización voluntaria encontró que la edad se consideró como factor básico en este tipo de intervención resultando la edad adulta (de 30 a 40 años) la mejor época para ligarse, expresado así por el 63% de las mujeres de su muestra. El 23% expresó que lo ideal era una edad joven (entre 15 y 29 años) y el 14% consideró que la edad no era relevante.

En relación al número de hijos que se debían tener para efectuar la esterilización, la mayoría de las respuestas se centro en 3 hijos (46%), el 23% creía que eran mejor 2 hijos, el 9% opinó que con 5 o 6 y un 2% consideró la posibilidad de un hijo. Por lo

tanto, se consideró que el instinto maternal debía estar satisfecho para efectuar la esterilización.

Vázquez también encontró que la esterilización debe realizarse cuando hay disposición para ello, esperando que después de la operación se presenten consecuencias positivas en el estado de ánimo; esto suponiendo que antes de la intervención la mujer está sujeta a tensión emocional y manifiesta preocupación ante la posibilidad de tener embarazos accidentales.

Otras variables que se consideraron importantes para realizar la esterilización fueron el consentimiento del esposo y el contar con recursos económicos.

También se encontró que las mujeres consideraban que la esterilización tenía las siguientes ventajas: no embarazarse, dejar de usar otros métodos anticonceptivos y mayor satisfacción en las relaciones maritales.

La mayoría opinó que el procedimiento no producía trastornos en la salud (60%), conllevando cambios favorables en el estado de ánimo (83%).

Su pareja en general estuvo de acuerdo en que se operaran (64%), pero aún si no lo hubieran estado el 55% respondió que estaría dispuesta a someterse a la operación.

Se intentó conocer también la influencia y reacción de las familias de la pareja en caso de que ella optara por la esterilización encontrándose que la familia del esposo no interfería en la decisión de esterilizarse ya que el 46% manifestó que la familia no tenía interés en las decisiones de la pareja. No así la familia de ella, la cual presentó una actitud favorable hacia la esterilización (54%).

En cuanto a las actitudes del medio religioso, el 60% de las mujeres manifestó que existía rechazo por parte de la Iglesia pero que esto no era impedimento para ligarse.

Con relación a las alteraciones psicológicas posteriores a la esterilización, Ortiz (1977) reportó que el prototipo de la mujer mexicana de nivel socioeconómico bajo era el de una persona pasiva, poco agresiva, dependiente y con capacidad intelectual poco explotada por lo que la esterilización no tenía grandes repercusiones.

En cambio, Shapiro y cols. (1987) encontraron que en la mujer burócrata se agrega un factor de angustia y temor a la intervención, con gran determinación de liberarse del temor al embarazo no deseado y ser útil. Además, postoperatoriamente se encontró una gran ansiedad expresada en forma infantil, solicitando apoyo y comprensión. Existieron también grandes dudas sobre su funcionamiento como mujer, con incertidumbre sobre lo que provocaría la pérdida de su fertilidad y una enorme ansiedad por comprobar rápidamente a través de su vida marital un buen comportamiento sexual, su libido y la constancia en el amor al cónyuge.

Otro estudio encontrado fué el realizado por Vázquez (1982) en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 en Pachuca, Hidalgo, para conocer las repercusiones psicológicas de la esterilización expresadas en forma de depresión y ansiedad. El estudio se realizó en forma prospectiva en 76 pacientes, a través de entrevistas realizadas preoperatoriamente y dos meses después. La edad de las aceptantes fué de 20 a 49 años, con un promedio de 30.1 años y una paridad de 4.5 hijos.

Las conclusiones obtenidas fueron las siguientes:

- 1.- Fué mayor la aceptación en mujeres de los 20 a los 39 años.
- 2.- La multiparidad fué un factor determinante
- 3.- La mayoría de las pacientes obtuvieron información sobre el método por canales inadecuados, traducidos en dudas y temores en relación a trastornos físicos posteriores, alteraciones neurológicas y emocionales, alteraciones menstruales y duda sobre la efectividad del procedimiento.
- 4.- La depresión y ansiedad fueron más evidentes durante la estancia hospitalaria y en el preoperatorio inmediato.
- 5.- El grado de depresión y ansiedad no fué significativo pero sí más evidente a mayor edad y paridad.

1.12.1 INVESTIGACIONES SOBRE ESTERILIZACION VOLUNTARIA Y AUTOESTIMA.

En las investigaciones revisadas sobre la autoestima, no se encontró ninguna que se relacionara con el tema, objeto del presente trabajo. Se encontraron pocos estudios en donde se tratara la esterilización femenina ya mencionados anteriormente, y en ninguno, se cita relación alguna con la autoestima.

AUTOESTIMA

1.13 ANTECEDENTES

Los intentos por comprender la complejidad de la conducta humana han llevado a varios autores a asignar diversos términos para explicar el valor que las personas se dan a sí mismas, hasta llegar a las teorías modernas que sobre la autoestima y sus componentes hay. La autoestima es uno de los conceptos más importantes para el estudio de la personalidad.

El concepto de autoestima se ha desarrollado de manera paulatina, siendo relativamente nuevo. Brachfeld (1970) mencionó que tiene su origen en los tiempos en que el hombre se da cuenta de que existía un sentimiento que le impedía hacer muchas cosas , que no podía explicar. Además, el término de autoestima ha sido relacionado con conceptos tales como vergüenza, timidez, envidia pero principalmente con sentimientos de inferioridad. Este último término fué utilizado por primera vez por Stendhal (1783 - 1842), siendo el precursor de la teoría Adleriana y las actuales teorías autoestimativas.

La autoestima también se relaciona estrechamente con el autoconcepto o *self*, ya que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí misma constituyendo el concepto personal, autoconcepto o autoimágen.

El concepto de sí mismo *self*, se define como las actitudes, los sentimientos y las percepciones que tiene una persona de sí misma (Calvin, 1977). En este sentido, la autoestima se puede considerar como la propia satisfacción con el autoconcepto o autoimágen.

Lindgren (1972) señala que el término " concepto del yo " es una forma abreviada de decir " actitud hacia sí y concepto de uno mismo ".

El concepto de sí mismo ha sido estudiado desde un punto de vista clínico, facilitando el estudio de la personalidad y, también desde el punto de vista social relacionado con el tema de actitudes, de la teoría del rol, de la motivación, de la toma de decisiones, entre otros.

Desde el punto de vista social, James (1890) fué el primer teórico que se ocupó del estudio del sí mismo y del yo, y del cual se derivó la mayoría de los trabajos del sí mismo. Asentó como posibles fuentes de autoestima, las aspiraciones y valores humanos, los cuales tienen un papel primordial al determinar si nos consideramos de manera favorable.

En cualquier área nuestras ejecuciones son equiparadas con nuestras aspiraciones, si se aproximan, la autoestima es favorable y por el contrario, si no existe cercanía la autoestima es desfavorable.

Propone James que el *self* es parte integrante de la autoestima y está compuesto de tres capas:

- 1) *Self material*, que abarca todos los sujetos y objetos que el sujeto identifica como suyos y que forman parte de su identidad personal;
- 2) *Self social*, que se basa en el reconocimiento de sus semejantes y es el que representa todos los roles que voluntaria o involuntariamente el individuo adopta dentro de la sociedad a la cual pertenece y;

- 3) *Self spiritual*, que es el ser interior y subjetivo del individuo y es parte de sentimientos casi totalmente desconocidos para la mayoría de los hombres.

Este autor plantea también que la autoestima depende primeramente del valor que los otros dan a uno mismo; después de los logros obtenidos en comparación con los esperados y por último, de ciertos estándares y estatutos establecidos por la sociedad.

1.14 CONCEPTO DE AUTOESTIMA

A continuación se expondrán las teorías y conceptos que diversos autores han postulado en relación al tema.

Cooley (1902) señaló la tendencia que tenemos a utilizar a los demás como un espejo. Es posible considerar al yo como una " imagen "; la impresión que causa en los otros y en nosotros mismos al percibirla en función de la que produce en los demás (citado en Lindgren, 1972). Así como vemos nuestra cara, cuerpo y vestido en el espejo y nos interesamos en ellos porque son nuestros y nos gustan o están de acuerdo, o no, con lo que nos gustaría que fuera; de la misma manera, en la imaginación percibimos en la mente de los demás sus pensamientos acerca de nuestra apariencia, maneras propias, objetivos, acciones, carácter, etc., y éstas afectan la forma en que actuamos.

Cleparéde (1926) enfoca el tema desde el punto de vista educativo: admite que el sentimiento de inferioridad es natural en todo niño, que aunque engendre una que otra crisis pasajera, estimula en él el deseo de educarse a sí mismo y se desvanece poco a poco, en la medida en que la personalidad va afirmándose. Sin embargo, este

autor indica que no siempre es así, debido a que hay causas que pueden intensificar tal sentimiento fijándolo, y actuando como una herida que permanecerá sensible toda la vida y será fuente de reacciones de defensa extremadamente variadas. (citado en Brachfeld, 1970)

Adler (1927) considera que las minusvalías orgánicas, la falta de apoyo, la aceptación, el estímulo y la sobreprotección de los padres son factores que impiden o disminuyen la autoestima y obstaculizan las relaciones interpersonales.

Por su parte, Mead (1934) establece que el autoconcepto es producto del desarrollo de los individuos en sociedad y que se forma a través de la experiencia. Supuso que el primer sentido del yo resulta en gran parte de las actitudes, palabras y gestos de los demás y que el niño percibe, imita y responde con su sentido de sí mismo. El sí mismo debe ser capaz de autoanalizarse, de poder verse desde la perspectiva de los otros individuos del grupo social que le dan la unidad.

Sullivan en 1953, postuló que el individuo es consciente de sí mismo en base a pertenecer a la sociedad. Así es que al niño se le introduce en un medio cultural determinado desde su nacimiento y, los papeles que va asumiendo en el proceso de la formación de su individualidad son aquellos que el ambiente le da, introyectando las pautas culturales que son propias, esta internalización de papeles va formando la conciencia de sí mismo. La pérdida de autoestima produce en el individuo sentimientos de aflicción que pueden terminar en ansiedad.

Rogers (1951) sostiene que cada quien tiene en sí mismo la potencialidad para crecer en dirección positiva. Cuando el individuo se encuentra en un ambiente permisivo y receptivo, sobreviene el proceso de autorrealización: " Uno de los

mayores y más importantes aspectos de la experiencia personal del niño es la de sentirse amado por sus padres. Se percibe a sí mismo como amado, que vale para el amor y su relación es de afecto. Experimenta todo esto con satisfacción. Este es el elemento significativo en la estructura del yo cuando empieza a formarse. " (citado por Lindgren, 1972)

Miller (1971) amplió la descripción de Rogers sobre la relación padre - hijo y observó que los padres actúan como agentes socializadores y proveen objetivos y valores de los cuales el niño obtendrá pautas de conducta. Estas pautas conductuales constituyen la base para la interacción con otros, produciendo reacciones verbales y no verbales por parte de otros significantes. Estas respuestas a su vez, le sirven al niño para saber quién es él y cómo lo perciben los demás.

A mayor cantidad de respuestas positivas mayor será el concepto favorable de sí, lo cual lleva a la autorrealización. Cuanto más negativas sean las actitudes y los sentimientos expresados por las respuestas de los demás, más incongruente es el estado del individuo y menores sus oportunidades de autorrealización. (citado en Lingren, 1972)

White (1955) distingue al respeto y al amor como componentes importantes en la autoestima, siendo para él la autoestima un tipo de autorrespeto.

Para Wylie (1961), la autoestima se encuentra relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal. Hay personas que se ven a sí mismas como inferiores para sentirse adaptadas y valorizadas (citado en Reidl, 1981)

Rosenberg (1965) mencionó que la clase social está poco relacionada con la

autoestima. Es por esto que se puede decir que el contexto social no juega un papel importante al interpretar el propio valor. Sin embargo, la cantidad de atención e interés paternal sí está significativamente relacionado con la autoestima.

Fitts (1965) considera que la autoestima se determina por la acción de otros elementos: el yo físico, el ético - moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica.

Sherif (1966), manifiesta que el proceso de desarrollo del yo se da de la siguiente manera: la mente del niño se inicia en un estado indiferenciado dominado por el autismo y gobernado por la satisfacción momentánea e inmediata de necesidades; a medida que el niño se enfrenta a resistencias externas, como serían las normas sociales de su grupo, se adapta a la realidad en forma gradual y de esta manera desarrolla el yo.

En 1967, Coopersmith considera que la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un self de convicciones y sentimientos. Es una abstracción que la persona desarrolla acerca de los atributos, capacidad y actividad que posee y que se propone alcanzar; esta abstracción es la idea que tiene una persona de sí misma, y que da como resultado abstracciones de sí dirigidas a experiencias externas originando abstracciones del mundo físico y social.

Este mismo autor considera que el self tiene dos componentes: primero, *un aspecto cognitivo* que viene a ser el autoconcepto, el cual se equipara con la autoevaluación y, el segundo, que es el *conativo* que se presenta en la conducta que se dirige hacia uno mismo.

Para Wylie (1969) la autoestima está relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal (citado en Reidl, 1981).

Mígra (1970) mencionó que alguien que posee una alta autoestima mantiene una imagen más o menos constante al respecto de sus capacidades e individualidad como persona y que en la medida en que los sujetos perciben como menos constantes sus habilidades se conforman a las normas de su grupo.

Lindgren (1972) considera que el valor total que atribuimos a nuestro yo constituye nuestra autoestima. Menciona que lo aprendemos de los demás, al igual que otros aspectos del yo y que se convierte en un reflejo del modo en que los demás nos consideran, del valor que creemos que los otros nos dan.

La conducta del individuo suele reflejar su autoestima y esto, a su vez, tiene un efecto tranquilizador en los demás; de este modo, se establece una interacción entre la autoestima del individuo y la estimación que los demás le manifiestan.

Sin embargo, Rosenberg (1972) advierte que la influencia de los otros en la estima de sí mismo depende del grado de importancia y credibilidad que asignemos a esos otros. Aquellas personas que son más significativas tienen una mayor influencia en el concepto de nosotros mismos. Los padres son las primeras personas significativas, siendo suplidos posteriormente por el grupo de compañeros o profesores.

Laing (1973) plantea que la autopercepción está formada por la visión directa de mí mismo (ego), del otro (alter) y de lo que él llama metaperspectivas, que es mi percepción

de la visión que el otro (tú, él, ella, ellos) tienen de mí. Señala que aunque realmente la persona no puede verse como los otros la miran, constantemente supone que ellos la ven de una determinada forma y actúa de acuerdo a las actitudes, opiniones, necesidades, etc., reales o supuestas que el otro tiene con respecto a ella. La propia identidad es refractada por medio de las distintas inflexiones de el otro, sufriendo alteraciones o metamorfosis, en términos de los otros que la persona llega a ser para los otros.

Deutsch y Krauss (1974) consideran que el individuo experimenta un sentimiento de sí mismo a medida que se define como consecuencia de los papeles que desempeña; en este sentido, el concepto de sí mismo, es una estructura cognitiva que surge de la interacción del organismo y su ambiente social.

Por su parte, Wilson y Wilson (1976) señalan que hay diferencias en cuanto al sexo con respecto a las fuentes de autoestima. En la mujer se deriva del logro de los objetivos personales, apariencia personal, relaciones interpersonales y familiares. En tanto que en el hombre se derivan principalmente del éxito vocacional y ocupacional, teniendo posiciones de éxito en actitudes competitivas.

Hamacheck (1981) precisa a la autoestima como término afín, a la dimensión afectiva, e indica el grado de valor que se concede al yo. El " yo " es aquel que conocemos de nosotros mismos, el concepto de sí mismo, lo que pensamos de nuestra persona y, la autoestimación.

En el mismo año, Martínez y Montané, definen la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación hacia sí mismo. Consideran como componentes del

self: el " self material " y el " self social ".

El *self material* incluye las percepciones que el individuo tiene de su propio cuerpo, que normalmente se determina a partir de las sensaciones físicas que provienen de los diferentes órganos y partes del cuerpo.

El *self social* se define por las percepciones que una persona tiene de los roles sociales que desempeña y el modo como son representados. Puede ser que la misma persona tenga varios self sociales, según los roles que desempeñe en la sociedad.

Tanto Jackson y Paunonen (1980) como O'Malley y Bachman (1983) consideran a la autoestima como una disposición personal perdurable caracterizada por la consistencia temporal (concepción del rasgo) y también como una variable, resultado de la autoevaluación regulada por los eventos ambientales (la consideración situacional).

Consideran que el término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo según unas cualidades subjetivas y valorativas. El sujeto se autovalora según unas cualidades que provienen de su experiencia y son vistas como positivas o negativas.

Más recientemente, Branden (1987) señala que la autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de *capacidad personal* y un sentimiento de *valor personal*. Es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo.

Menciona que la autoestima es una experiencia íntima: es lo que yo pienso y siento sobre mí mismo, no lo que otros piensen o sientan sobre mí. Aún en los primeros años de vida, nuestras propias elecciones y decisiones cumplen un papel crucial en el

nivel de autoestima que finalmente desarrollaremos.

Cueli y Reidl (1981) integraron una definición de autoestima, retomando a los autores más sobresalientes en el conocimiento del tema, la cual, se menciona a continuación:

La autoestima es el resultado de la internalización de las normas y valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas (James, 1890 ; Freud, 1905; Sheriff, 1966), adquirida a través de las relaciones interpersonales (Freud, 1905; Mead, 1905; Horney, 1950; Sullivan, 1953; Adler, 1927; Coopersmith, 1967; Rogers, 1972; Lindgren, 1972; Deutch y Krauss, 1974), que refleja de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto (James, 1890; Mead, 1934; Newcomb, 1964; Coopersmith, 1967; Lindgren, 1972), de la cual el sujeto abstrae un concepto de si mismo (Horowitz, 1935; Nastlas y Dubanoski, 1964; Coopersmith, 1967; Witkinet y cols., 1954) ante el cual el sujeto mismo presenta una actitud valorativa (James, 1890; Freud, 1905; Mead, 1934; Siipola, 1935; Sullivan, 1935; Sherif, 1966; Coopersmith, 1967; Lindgren, 1972).

1.15 CARACTERISTICAS DE AUTOESTIMA ALTA Y BAJA.

El modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta en forma decisiva todos los aspectos de nuestra experiencia, desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor , el sexo, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida.

Siipola (1935) llegó a la conclusión de que las expectativas de éxito o de experiencias favorables dan como resultado una actitud confiada; pero las de fracaso o rechazo, pueden dar como resultado un estado de aprensión, angustia y falta de persistencia.

Los estudios experimentales demuestran que las personas que son más susceptibles y menos capaces de percibir estímulos amenazantes son consideradas con una autoestima baja (Janis, 1954).

Las personas que confían en su capacidad y se adaptan más a sus tareas y al grupo social, sabiendo de antemano que van a ser bien recibidas, son clasificadas como personas con autoestima alta (Migra, 1970).

Cohen (1959) considera que las personas con alta autoestima tienden a enfrentarse a la vida con confianza y evalúan favorablemente su yo. Por el otro lado, las personas con baja autoestima tienden a enfrentarse a la vida con menos confianza y adjudican un valor bajo al self (citado en McFarlin y Blascovich, 1981).

Por su parte, James (1961) dice que las personas con autoestima positiva tienden a verse a sí mismas como individuos de más valor, dignos de respeto y consideraciones. Por otro lado, los que tienen pensamientos negativos de ellos mismos sienten que no son muy importantes o deseables, y les falta confianza en ellos mismos, desalentándose de sus propias habilidades.

Schlenker, Soraci y McCarthy (1976) sugieren que los individuos con alta autoestima están acostumbrados a experimentar el éxito personal, prefieren la retroalimentación favorable acerca de sí mismos, de parte de los demás tendiendo a rechazar la retroalimentación negativa.

Los individuos con baja autoestima, por el contrario, están acostumbrados a experimentar el fracaso y aceptan la retroalimentación negativa como algo natural, rechazando una retroalimentación que pudiera ser potencialmente favorable.

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

Los individuos con baja autoestima tienen una necesidad mayor de la aprobación social (Kimble y Helmreich, 1972); son más persuasibles (Silverman, 1984); rechazan más a los otros poco semejantes a ellos (Hendrick y Page, 1970) y son menos tolerantes a los errores en otros (Helmreich, 1972).

Los psicólogos clínicos han observado que las personas inseguras no pueden dar ni recibir amor, aparentemente debido al temor surgido al explorar sus defectos en la intimidad y al pensar que pueden ser rechazadas (Fromm, 1939). Estas personas no tienen confianza en sí mismas por lo que no llevan a cabo acciones que llamen la atención de los demás, disminuyendo en consecuencia la posibilidad de establecer relaciones amistosas y de apoyo. Esperan fracasar en la vida, son débiles, pasivas y se sienten insatisfechas. A esto se le llama autoestima baja en la persona (Citado en Brachfeld, 1970).

Las personas consideradas con una autoestima alta serán aquellas que mantienen una imagen más o menos constante respecto de su capacidad o individualidad como personas, son más capaces de adoptar un papel activo en los grupos sociales, teniendo mayores posibilidades de expresar sus puntos de vista de manera frecuente y eficiente (Coopersmith, 1967). Estas personas se acercan a la expectativa de que tendrán éxito y serán bien recibidas, confían en sus percepciones y juicios y creen que sus esfuerzos los conducirán a soluciones favorables, llevándolas a una mayor independencia social, a una mayor creatividad y a acciones sociales más asertivas y vigorosas.

Satir (1978) señala que el factor crucial en lo que acontece dentro de las personas como entre ellas, es el concepto de valor individual que cada quien tiene de sí mismo. Menciona que en la persona con una autoestima alta fluyen la integridad, honestidad,

responsabilidad, compasión y el amor. Esta persona siente que tiene importancia y tiene fé en su propia competencia. Al apreciar debidamente sus propios valores, está dispuesta a aquilatar y respetar el valor de los demás. Irradia confianza y se acepta como ser humano.

Por el contrario, las personas con autoestima baja, piensan que valen poco. Esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás. Se ocultan tras un muro de desconfianza, hundiendo en un estado de soledad. Se vuelven apáticas e indiferentes hacia sí mismas y hacia las personas que las rodean; teniendo mayor propensión a despreciar a otros.

Señala también, que los sentimientos positivos sólo pueden florecer en un ambiente donde se toman en cuenta las diferencias individuales, se toleran los errores, la comunicación es abierta y las reglas son flexibles. Este ambiente existe dentro de una familia nutridora y origina niños con confianza en sí mismos. Por otro lado, los niños que provienen de familias conflictivas se sienten inútiles, puesto que crecen en un medio de comunicación " distorsionado ", con reglas inflexibles, críticas a sus diferencias y castigo por los errores cometidos.

Blascovich y McFarlin (1981) enfatizan que los factores que influyen en la conducta humana para determinar la autoestima, aún no han sido comprendidos completamente, pero en el individuo predomina una autoestima alta o una autoestima baja, dependiendo de las circunstancias, ya sean ambientales, fisiológicas o de otro tipo.

Branden (1987) dice que tener una autoestima alta es sentirse capaz y valioso en la vida. Tener una autoestima baja es sentirse inepto, desacertado como persona y;

tener una autoestima término medio, es fluctuar entre sentirse apto e inepto y manifestar estas incoherencias en la conducta reforzando, con ello, la inseguridad.

Propone que cuanto más alta sea la autoestima:

- Mejor preparados estaremos para enfrentar las adversidades.
- Más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajo.
- Más ambiciosos tenderemos a ser pero en el plano espiritual y emocional.
- Más nos inclinaremos a tratar a los demás con respeto, ya que no los percibiremos como una amenaza.
- Más alegría experimentaremos por el sólo hecho de ser.

1.16 DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA

El origen de la autoestima está en la niñez y en las normas que determina la sociedad. Esta es aprendida en el seno familiar y a su vez se transmite a los hijos infundiéndoles el valor de sí mismos (citado en Dyer, 1978).

El niño recién nacido no tiene pasado ni experiencia, careciendo de una escala de comparaciones para valorarse a sí mismo; por lo tanto, depende de las experiencias que adquiere con las personas que le rodean y de los mensajes que le comunican respecto a su valor como persona. Aprende a sentirse dentro de la familia con autoestima baja o alta dependiendo de lo que los padres le crearon (Satir, 1978).

Erickson (1966) dice que la cantidad de confianza derivada de la más temprana experiencia infantil parece depender de la cualidad de la relación materna, lo que crea en el niño, la base para un sentimiento de identidad que más tarde combinará con un sentimiento de ser aceptado, de ser uno mismo y de convertirse en lo que la otra

gente confía que uno llegará a ser (citado en Cueli y Reidl, 1972).

De acuerdo con lo anterior, Spitz (1972) también sugiere que durante el primer año de vida el niño siente toda su seguridad en la actitud mantenida por la madre. Las señales afectivas que el niño ha recibido por parte de ésta, su calidad, su constancia, la certidumbre y la estabilidad que éstas le ofrecen aseguran un desarrollo psíquico normal.

Allport (1966) menciona que nos damos cuenta del sí mismo inmediatamente y que desempeña un papel primordial en nuestra conciencia, nuestra personalidad y en nuestro organismo.

El niño, al comienzo de su vida, no separa el " Yo " del resto del mundo y es esta separación precisamente, el eje de la vida ulterior. La conciencia y la conciencia de sí mismo no son la misma cosa.

La conciencia de sí mismo, es una adquisición que se realiza gradualmente durante los cinco o seis primeros años. Allport sugiere las siguientes etapas del desarrollo del sí mismo:

- * En el transcurso de los tres primeros años se desarrollan gradualmente :
 - a) El sentido del sí mismo corporal.
 - b) El sentido de una continua identidad de sí mismo.
 - c) La estimación de sí mismo.
- * De los cuatro a los seis años:
 - d) Extensión del sí mismo.
 - e) Imágen de sí mismo.
- * De los seis a los doce años:

f) El sí mismo como solucionador racional

* Durante la adolescencia se da:

g) Un esfuerzo orientado

Para Fenichel (1966), la primera satisfacción proporcionada por el mundo externo para el bebé, el suministro de alimento, constituye al mismo tiempo el primer regulador de la autoestima.

Por su parte, Freud (1923) dice que los sentimientos o complejos nacen siempre en la infancia debiéndose buscar en tal período las causas que los provocan. El niño mucho antes de poseer nociones de inteligencia, fealdad, etc., puede sufrir numerosas sensaciones de insuficiencia e inferioridad (citado en Fenichel, 1966).

Se puede concluir, que existen cuatro factores relevantes que contribuyen al desarrollo de la autoestima:

El primero y más importante es la cantidad de respeto, aceptación e interés que un individuo recibe de las personas que son importantes para él. Así, nos evaluamos como somos evaluados.

El segundo factor es la historia de triunfos y el estatus que se alcanza; generalmente los triunfos brindan reconocimiento y son derivados del estatus que se tiene en la comunidad.

Un tercer factor es que el individuo obtiene autoestima únicamente en las áreas que personalmente le son significativas. Así, las experiencias son interpretadas y modificadas de acuerdo con los valores y aspiraciones individuales.

El cuarto se refiere al control y defensa, que son las capacidades individuales para definir un evento con consecuencias e implicaciones negativas de tal manera que disminuya su valor. En este sentido el individuo puede minimizar, distorsionar o suprimir las acciones degradantes provenientes de los que lo rodean, así como las faltas o fracasos de sí mismo. Así, puede rechazar el juicio de otros o inversamente ser muy sensible a ellos.

Sin embargo, la estima en uno mismo se relaciona también a la percepción del propio cuerpo (imagen corporal), la cual parece jugar un rol moderador sobre las percepciones corporales de tipo espacial y con mayor razón sobre las de tipo evaluativo (Bruchon - Schweitzer, 1984).

CAPITULO II METODOLOGIA

METODOLOGIA

2.1 PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la esterilización voluntaria y la autoestima con respecto a la edad, el estado civil, el número de hijos y el tiempo transcurrido desde la intervención en un grupo de mujeres del Distrito Federal?

2.2 OBJETIVO GENERAL

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la esterilización voluntaria y la autoestima en un grupo de mujeres del Distrito Federal, con el propósito de detectar si la edad, el estado civil, el número de hijos y el tiempo transcurrido desde la operación influyen en el grado de autoestima que estas mujeres presentan.

En los últimos años el papel de la mujer dentro de la sociedad ha cobrado mayor importancia lo cual, le ha significado cambios relevantes en todas las áreas de su vida. Uno de los aspectos que han sufrido transformaciones es el referente al control de la natalidad, ya que se ha dado un incremento en la utilización de la salpingoclasia como método anticonceptivo.

Debido a que la capacidad de procreación es muy importante en la vida de la mayoría de las mujeres, el hecho de ser privadas de ella, aún por propia voluntad, representa cambios tanto a nivel orgánico como en el plano psicológico.

Es por esto que se consideró importante, realizar una investigación sobre la autoestima

en estas mujeres, relacionándola con las variables edad, estado civil, número de hijos y el tiempo transcurrido desde que fueron operadas.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar la relación que existe entre la esterilización voluntaria y la autoestima.
- 2.- Determinar la relación entre la esterilización voluntaria, la autoestima y la edad.
- 3.- Determinar la relación entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el estado civil
- 4.- Determinar la relación entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el número de hijos.
- 5.- Determinar la relación entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el tiempo transcurrido desde la operación.

2.4 HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

No existe relación entre la esterilización voluntaria , la autoestima, la edad, el estado civil, el número de hijos y el tiempo transcurrido en un grupo de mujeres entre 24 y 49 años del Distrito Federal.

HIPOTESIS ALTERNA

Existe relación entre la esterilización voluntaria, la autoestima, la edad, el estado civil, el número de hijos y el tiempo transcurrido en un grupo de mujeres entre 24 y 49 años del Distrito Federal.

HIPOTESIS ALTERNAS

Ha. Existe una correlación positiva entre la esterilización voluntaria, la autoestima y la edad.

Ho. Existe una correlación negativa entre la esterilización voluntaria, la autoestima y la edad.

Ha. Existe una correlación positiva entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el estado civil.

Ho. Existe una correlación negativa entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el estado civil.

Ha. Existe una correlación positiva entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el número de hijos.

Ho. Existe una correlación negativa entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el número de hijos.

Ha. Existe una correlación positiva entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el tiempo transcurrido desde la operación.

Ho. Existe una correlación negativa entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el tiempo transcurrido desde la operación.

2.5 VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

- Esterilización
- Autoestima

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad

- Estado civil
- Número de hijos
- Fecha de la operación

2.6 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

AUTOESTIMA

Definición conceptual: Es el resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño de las mismas, adquiridas a través de las relaciones interpersonales que reflejan de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto, de lo cual abstrae un concepto de sí mismo y presenta una actitud valorativa. (Reidl,1981)

Definición operacional: Para la presente investigación, la autoestima se define a través de los puntajes obtenidos en la Escala de Autoestima de Reidl (1981). Donde un puntaje de 3 equivale a una autoestima alta, y el de 1 a la opción que manifiesta una autoestima baja.

ESTERILIZACION VOLUNTARIA

Definición conceptual: En la esterilización femenina se bloquean las trompas de Falopio y existen dos maneras de llegar a ellas: La minilaparatomía consiste en hacer una pequeña incisión en el abdomen, llevar las trompas a la incisión, ligar (atar) cada trompa y extirpar un segmento de ella. La laparoscopia consiste en insertar en el abdomen, a través de una pequeña incisión, un tubo delgado llamado laparoscopia. A través de éste el cirujano ve las trompas y aplica clips, anillos o calor para bloquearlas. (Population Reports, 1990)

Definición operacional: Para el presente estudio se considerarán aquellas

mujeres quienes reporten haber sido intervenidas quirúrgicamente por los métodos de minilaparotomía o laparoscopia.

EDAD

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde que nació. (Diccionario Porrúa de la Lengua Española, 1989)

Definición operacional: Se considerarán para este estudio a las mujeres que se encuentren en el rango de 24 hasta 49 años.

ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles (Diccionario Kapelusz, 1979). Condición legal de las personas (Diccionario Anaya de la Lengua, 1981).

Definición operacional: Se considerarán aquellas mujeres que se encuentren en los siguientes estatus: solteras, casadas, en unión libre y separadas.

NUMERO DE HIJOS

Definición conceptual: Cantidad de hijos concebidos.

Definición operacional: Se considerarán las variantes en el número de hijos que las mujeres tengan, uno ó más.

FECHA DE LA OPERACION

Definición operacional: De acuerdo con el reporte dado son las variantes del tiempo en que las mujeres fueron esterilizadas, desde 1 día hasta 20 años.

2.7 MUESTRA

La muestra quedó constituida por 31 mujeres esterilizadas entre 24 y 49 años; siendo 27 casadas, 2 en unión libre, 1 separada y 1 soltera; con 2 a 7 hijos y con un tiempo de esterilización desde un día hasta 18 años.

2.8 TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo *NO PROBABILISTICO* ya que no se empleó la extracción aleatoria de los sujetos. *INTENCIONAL*, en donde se usó el propio criterio y deliberadamente se obtuvieron muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas (Kerlinger, 1975). Y de *CUOTA*, pues se hizo una clasificación de estratos de acuerdo con los objetivos del estudio y se eligieron a voluntad los sujetos que integraron cada uno de los estratos, siendo la selección accidental (Pick, 1979).

2.9 TIPO DE INVESTIGACION

Se llevó a cabo un estudio de *CAMPO*, tipo *DESCRIPTIVO* y *TRANSVERSAL*; ya que se trató de estudiar un grupo determinado de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales, pretendiendo obtener un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión, describiendo las características más importantes del mismo tal como se presenta en la realidad; y además, en el presente en un momento determinado (Pick, 1979).

2.10 DISEÑO

Se utilizó el diseño de *UNA SOLA MUESTRA* ya que sólo se tomó un grupo de una población determinada, con el fin de extrapolar los resultados obtenidos y hacer generalizaciones acerca de la misma (Pick, 1979). Siendo además, una investigación *EX POST FACTO*, debido a que la variable o variables

2.7 MUESTRA

La muestra quedó constituida por 31 mujeres esterilizadas entre 24 y 49 años; siendo 27 casadas, 2 en unión libre, 1 separada y 1 soltera; con 2 a 7 hijos y con un tiempo de esterilización desde un día hasta 18 años.

2.8 TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo *NO PROBABILISTICO* ya que no se empleó la extracción aleatoria de los sujetos. *INTENCIONAL*, en donde se usó el propio criterio y deliberadamente se obtuvieron muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas (Kerlinger,1975). Y de *CUOTA*, pues se hizo una clasificación de estratos de acuerdo con los objetivos del estudio y se eligieron a voluntad los sujetos que integraron cada uno de los estratos, siendo la selección accidental (Pick, 1979).

2.9 TIPO DE INVESTIGACION

Se llevó a cabo un estudio de *CAMPO*, tipo *DESCRIPTIVO* y *TRANSVERSAL*; ya que se trató de estudiar un grupo determinado de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales, pretendiendo obtener un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión, describiendo las características más importantes del mismo tal como se presenta en la realidad; y además, en el presente en un momento determinado (Pick, 1979).

2.10 DISEÑO

Se utilizó el diseño de *UNA SOLA MUESTRA* ya que sólo se tomó un grupo de una población determinada, con el fin de extrapolar los resultados obtenidos y hacer generalizaciones acerca de la misma (Pick,1979). Siendo además, una investigación *EX POST FACTO*, debido a que la variable o variables

independientes ya ocurrieron y no se pueden manipular. Sólo se comienza con la observación de la variable y se estudian retrospectivamente las variables independientes en busca de los efectos que pudieran tener en aquélla (Kerlinger, 1975).

2.11 INSTRUMENTO

Escala de Autoestima de Lucy Reidl.

La Escala de Autoestima de Reidl (1981) fué empleada en un estudio donde la muestra fué seleccionada en forma polietápica, al azar simple, de entre 418 mujeres de 15 a 45 años de edad, casadas o en unión libre, con hijos, que vivieran en el sur del Distrito Federal.

Descripción:

El instrumento consta de 20 afirmaciones hacia sí mismo que se refieren a cualidades y defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto, de dependencia-independencia y sentimientos generales hacia sí mismo.

La escala es de tipo Likert, de tres opciones de respuesta, dando un peso de tres a la opción que manifiesta una autoestima alta y el de uno a la opción que manifiesta una autoestima más baja.

El examinado debe contestar una de las tres opciones posibles:

A-si está de acuerdo

N-si le es indiferente

D-si está en desacuerdo

Las dimensiones que comprende esta evaluación del self son dos: una que se

refiere a aspectos negativos o indeseables de la persona. Factor I, el cual abarca las afirmaciones 2,3,5,11,12,14,18,19, y otra que se refiere a aspectos positivos o deseables para el individuo, Factor II, el cual comprende las afirmaciones 1,6,7,8,13,15.

Se tienen también otras 6 afirmaciones (4,9,10,16,17 y 20), las cuales se refieren a ambos factores, a excepción de la afirmación 20, que carga al Factor I en forma positiva y al II en forma negativa.

La duración de la aplicación es de 10 a 15 minutos y se puede aplicar individual o colectivamente.

2. 12 PROCEDIMIENTO

La aplicación del instrumento se realizó en el Hospital de México y en el Hospital Materno Infantil Inguarán (perteneciente al Departamento del Distrito Federal) a mujeres recién operadas; y por otro lado, también se aplicó a las mujeres que se habían sometido a la esterilización tiempo atrás.

En el Hospital de México se recibió el apoyo de uno de los Residentes, quien pedía la cooperación de las pacientes, explicando brevemente el objetivo de la investigación y, posteriormente, hacía la presentación de la investigadora.

Después se les dió a los sujetos una explicación más amplia sobre los motivos del estudio, aclarándoles que la información obtenida se manejaría de manera anónima y se procedió a la aplicación.

Primero, se les pidió llenaran la ficha de identificación y después se les dijo: " A continuación encontrarán una serie de 20 afirmaciones, las cuales deben leer atentamente y colocar una X en A, si están de acuerdo; en D, si están en

desacuerdo o en N, si les es neutro o indiferente. Si tienen alguna duda pueden preguntar y de antemano, gracias por su cooperación ".

El instrumento se aplicó en la habitación de cada paciente y sólo dos de ellas no pudieron contestarlo personalmente, ya que había transcurrido poco tiempo desde el nacimiento de su bebé y la esterilización.

En el caso del Hospital Materno Infantil, se recibió ayuda tanto de un Residente como del Jefe de Hospitalización, quién explicó al Director de la Institución, el motivo de la presencia de la investigadora en el lugar, pidiendo su autorización.

La aplicación del instrumento se realizó con algunos cambios debido al nivel educativo y cultural de las mujeres que se encontraban ahí. De igual manera, se les indicaron los motivos de la investigación, pidiendo su cooperación y aclarando el anonimato de los datos.

Debido a que todas se encontraban con sus bebés, y además, con las molestias propias de la operación; fué la investigadora quien anotó las respuestas dadas por los sujetos.

Primero, se les pidieron los datos para llenar la ficha de identificación y posteriormente se les dijo: " A continuación voy a leer 20 oraciones, quiero que me diga si está de acuerdo, en desacuerdo o si le es indiferente lo que voy a decirle ". Sin embargo, se observó que no entendían las instrucciones totalmente dudando en algunas afirmaciones y se les dijo: " Por favor, diga Sí, No o A veces a cada afirmación ". Por último, se les agradeció su cooperación. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en habitaciones ocupadas por 6 personas, desprovistas de toda privacidad.

Por otro lado, a las mujeres que ya tenían tiempo de haberse esterilizado, se les contactó mediante familiares; los cuales pidieron la ayuda de los sujetos explicándoles el objetivo del trabajo e igualmente, recalcando que la información sería anónima.

Se les envió la escala y posteriormente la devolvieron.

2. 13 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

El análisis estadístico de los datos se realizó en primer lugar; a través del *COEFICIENTE DE CORRELACION r* de PEARSON y posteriormente se aplicó el *ANALISIS DE VARIANZA*.

El coeficiente de correlación de Pearson nos da una medida exacta de la fuerza y la dirección de la correlación en la muestra que se estudia.

Para comprobar la significancia de una medida de correlación planteamos la hipótesis nula de que no existe correlación en la población $r=0$, en tanto que la hipótesis de investigación establece que $r \neq 0$.

Para comprobar la significancia de la r de Pearson podemos calcular una razón t con los grados de libertad iguales a $N - 2$ (N es igual al número de pares de puntajes). Con este fin la razón t se puede calcular con la fórmula:

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

donde:

t =razón t para comprobar la significancia estadística de la r de Pearson

N =número de pares de puntajes X y Y

r =el coeficiente de correlación de Pearson obtenido

El resultado se busca en una tabla con los valores de t a los niveles de confianza de 0,05 y 0,01. Y, cuando nuestra razón t calculada es mayor que el valor de la tabla requerido podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la de investigación. (Levin, 1979)

Para realizar un análisis de varianza, tratamos la variación total en dos componentes: la distancia entre los puntajes crudos y su media de grupo, conocida como la *variación dentro de los grupos* y la distancia entre las medias de los grupos, conocida como *variación entre grupos*.

El análisis de varianza produce una razón F , cuyo numerador representa la variación entre los grupos que se comparan y cuyo denominador contiene una estimación de la variación dentro de estos grupos.

La razón F indica la magnitud de la diferencia entre los grupos en *relación* con la magnitud de la variación dentro de cada grupo.

El primer paso para medir la variación total, así como la variación entre los grupos y dentro de ellos es la suma de cuadrados, donde:

SCtotal=suma total de cuadrados SCent=suma de cuadrados entre grupos

SCdentro=suma de cuadrados dentro de los grupos

La suma de cuadrados dentro de los grupos

La suma de cuadrados dentro de los grupos nos da la suma de las desviaciones de cada puntaje crudo con su media muestral elevadas al cuadrado. Por lo tanto, puede obtenerse por la simple combinación de las sumas de cuadrados

dentro de cada muestra.

$$SC_{dentro} = \sum x_1^2 + \sum x_2^2 + \sum x_3^2 + \sum x_4^2$$

donde:

x = puntaje de desviación $(X - \bar{X})$

La suma de cuadrados entre los grupos

La *suma de cuadrados entre los grupos* representa la suma de las desviaciones de cada media muestral de la media total elevadas al cuadrado. Por lo tanto, debemos determinar la diferencia entre cada media muestral y la media total $(\bar{X} - \bar{X}_{total})$, elevar al cuadrado este puntaje, multiplicar por el número de puntajes en la muestra y sumar estas cantidades.

$$SC_{ent} = \sum (X - X_{total})^2 N$$

donde:

\bar{X} = cualquier media muestral

\bar{X}_{total} = la media total (la media de todos los puntajes crudos de la totalidad de las muestras combinadas)

N = número de puntajes de cualquier muestra

La suma total de cuadrados

La *suma total de cuadrados*, la suma de las desviaciones de cada puntaje crudo de la media total del estudio elevadas al cuadrado, es igual a una combinación de sus componentes dentro y entre los grupos.

$$SC_{total} = \sum (X - \bar{X}_{total})^2$$

donde:

X =puntaje crudo en cualquier muestra

X_{total} =media total (la media de todos los puntajes crudos de todas las muestras combinadas).

La fórmula para calcular la suma total de cuadrados es la siguiente:

$$SC_{total} = \sum X^2_{total} - \frac{(\sum X_{total})^2}{N_{total}}$$

donde:

N_{total} =número total de puntajes en todas las muestras combinadas

La suma de cuadrados entre los grupos se obtiene por medio de la siguiente fórmula:

$$SC_{ent} = \left[\frac{(\sum X)^2}{N} - \frac{(\sum X_{total})^2}{N_{total}} \right]$$

donde:

N =número total de puntajes en cualquier muestra

N_{total} = número total de puntajes en todas las muestras combinadas

La suma total de los cuadrados es igual a una combinación de sus 2 componentes, Por lo tanto,

$$SC_{dentro} = SC_{total} - SC_{ent}$$

La media cuadrática

El valor de las sumas de los cuadrados tiende a crecer a medida que la variación aumenta. Sin embargo, la suma de los cuadrados también crece con el aumento de la magnitud de la muestra.

Como resultado, la suma de los cuadrados no puede considerarse una medida "pura" de variación totalmente satisfactoria, a menos, que se controle el número de puntajes involucrados. Esto se puede realizar con una medida de variación conocida como la *media cuadrática (o varianza)* que obtenemos dividiendo SCent o SCdentro mediante los grados de libertad apropiados.

Por lo tanto,

$$\mu_{Cent} = \frac{SCent}{glent}$$

donde:

μ_{Cent} = la media cuadrática entre los grupos

glent = los grados de libertad entre los grupos

y

$$\mu_{Cdentro} = \frac{SCdentro}{gldentro}$$

Para obtener los grados de libertad para la media cuadrática entre los grupos.

$$glent = K - 1$$

donde:

K = número de muestras

Para encontrar la media cuadrática dentro de los grupos:

$$gldentro = Ntotal - K$$

Razón o Cociente F

El análisis de varianza produce una razón *F* en la que se comparan la variación entre los grupos y la variación dentro de los grupos. La razón *F* puede

considerarse como un indicador de la magnitud de la media cuadrática entre los grupos en relación con el tamaño de la media cuadrática dentro de los grupos.

$$F = \frac{\mu_{\text{Cent}}}{\mu_{\text{Cdentro}}}$$

Habiendo obtenido una razón F se determina si es lo suficientemente grande para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación mediante una tabla que presenta razones F significativas a los niveles de confianza de 0,05 y 0,01.

Con la ayuda del coeficiente de correlación de Pearson (r), podemos determinar la fuerza y la dirección de la relación entre las variables X y Y , las cuales han sido medidas al nivel por intervalos. La r de Pearson refleja hasta qué punto cada miembro de la muestra obtiene el mismo puntaje z sobre dos variables X y Y . En el caso de una correlación positiva, los dos puntajes z tienen el mismo signo, ya sea positivo o negativo, y están situados aproximadamente a la misma distancia de la media de cada distribución de puntajes. En el caso de una correlación negativa, los puntajes z tienen signos opuestos indicando que son equidistantes de sus medias pero que caen en lados opuestos a ellas.

Podemos definir la r de Pearson como la media de los productos del puntaje z para las variables X y Y .

$$r = \frac{\sum (Z_x Z_y)}{N}$$

donde:

Z_x = puntaje z en la variable X , igual a $\frac{X - \bar{X}}{S_x}$

Z_y =puntaje z en la variable Y , igual a $\frac{Y - \bar{Y}}{S_y}$

N =número total de puntajes X y Y

Existe una fórmula alternativa para la r de Pearson que trabaja directamente con puntajes crudos, eliminando con ello la necesidad de obtener puntajes z productos para las variables X y Y :

$$r = \frac{N\sum xy - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

donde:

N = número total de pares de puntajes X y Y

X =puntaje crudo en la variable X

Y =puntaje crudo en la variable Y

Para aplicar la fórmula debemos obtener primero $\sum X$, $\sum Y$, $\sum XY$, $\sum X^2$ y $\sum Y^2$

CAPITULO III

RESULTADOS

RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS), en su versión 4 para P.C, elaborado por Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner y Bent en 1980.

A través de este paquete, se aplicaron tres programas:

- 1) Frecuencias
- 2) Correlación de Pearson
- 3) Anova (Análisis de Varianza)

El reporte de los resultados se presenta en dos partes: primero, se hizo un análisis descriptivo y, posteriormente, el análisis inferencial.

I. ANALISIS DESCRIPTIVO

Mediante el programa de Frecuencias se realizó un estudio descriptivo de los datos, con el fin de conocer las características generales de la muestra. Este análisis incluyó:

- a) **Tablas de frecuencias**
- b) **Medidas de tendencia central:** donde se utilizaron la *MEDIA* (\bar{x}), definida como la suma de un conjunto de puntajes divididos entre el número total de puntajes del conjunto (Levin, 1979), y la *MODA* (M_o), que es el puntaje que ocurre con mayor frecuencia dentro de la distribución (Levin, 1979).
- c) **Medidas de dispersión:** en donde se utilizó la *DESVIACION ESTANDAR*, que es la raíz cuadrada de la media de las desviaciones de la media de una distribución elevadas al cuadrado (Levin, 1979).

El estudio se llevó a cabo en un total de 31 mujeres esterilizadas con un rango de edad entre 24 y 49 años, en donde la media fué 35.5 años, situándose la moda en los 31 años, con una desviación estándar de 7.12.

En este caso, se observó gran dispersión en la muestra, ya que se encuentran tanto mujeres jóvenes como mujeres adultas ya entrando a la menopausia. (Ver Cuadro 1)

CUADRO 1
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
24	1	3.2
25	1	3.2
27	1	3.2
29	2	6.5
30	3	9.7
31	4	12.9
32	3	9.7
33	1	3.2
35	2	6.5
36	2	6.5
38	2	6.5
40	1	3.2
41	1	3.2
42	1	3.2
45	1	3.2
47	4	12.9
49	1	3.2
TOTAL	31	100.0

Media= 35.484

Moda= 31.00

Desviación estándar= 7.122

El Cuadro 2 se refiere al estado civil de los sujetos, encontrándose que la mayoría de las mujeres son casadas (27 mujeres), que equivalen al 87.1% de la muestra. (Ver Cuadro 2)

CUADRO 2
ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	27	87.1
2	2	6.5
3	1	3.2
4	1	3.2
TOTAL	31	100.0

Modo = 1.000

1 = Casada

2 = Unión libre

3 = Separada

4 = Soltera

En el siguiente Cuadro se presenta la distribución por número de hijos, con los siguientes resultados: se obtuvo un rango de 2 a 7 hijos, la media fué de 3.4 hijos, la moda fué 2 y la desviación estándar de 1.52.

Es decir, que la mayoría de las mujeres tenían 2 hijos al momento de la esterilización (12 Sujetos) equivalentes al 38.7% de la muestra y 6 mujeres con 3 hijos (que equivalen al 19.4%).

Es importante destacar que estas 18 mujeres con 2 y 3 hijos, representan el 58.10% de la muestra, de donde se desprende que el número de hijos no es un factor determinante para tomar la decisión de ligarse. (Ver Cuadro 3)

CUADRO 3
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA ESTUDIADA CON RESPECTO AL
NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	12	38.7
3	6	19.4
4	5	16.1
5	4	12.9
6	3	9.7
7	1	3.2
TOTAL	31	100.0

Media = 3.452

Moda = 2.000

Desviación estándar = 1.524

En relación al tiempo transcurrido desde la operación al momento de la entrevista, hubo mujeres desde un día de haber sido esterilizadas hasta quién tenía 18 años de haberse sometido a la operación.

La mayoría de los casos (14 mujeres equivalentes al 45.2%) eran de reciente operación, obteniéndose una media de 3 años 55 días, una moda de 1 día y una desviación estándar de 5 años 52 días. (Ver Cuadro 4)

CUADRO 4

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ESTERILIZACION

TIEMPO DE ESTERILIZACION (en días)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	14	45.2
2	4	12.9
4	1	3.2
425	1	3.2
910	1	3.2
1365	1	3.2
2190	1	3.2
2555	1	3.2
3285	1	3.2
4015	1	3.2
4205	1	3.2
4380	1	3.2
4745	1	3.2
5475	1	3.2
6570	1	3.2
TOTAL	31	100.0

Media = 1295.032

Moda = 1.000

Desviación estándar = 2013.614

II. ANALISIS INFERENCIAL

Aquí, el programa de Correlación de Pearson permitió conocer la relación entre la autoestima positiva y negativa (variable dependiente) y la edad, el número de hijos y el tiempo transcurrido desde la esterilización (variables independientes); mediante la fuerza, la dirección (positiva o negativa) y significancia de la relación (probabilidad).

La autoestima NEGATIVA presentó una correlación significativa con respecto a la autoestima positiva, a la edad del sujeto y al número de hijos.

Se encontró que a menor autoestima negativa, mayor autoestima positiva. ($r = .1590$)

En relación a la edad, se encontró que las mujeres con más años presentan mayor autoestima. ($r = .2002$)

Así mismo, se encontró que si había un mayor número de hijos, entonces la tendencia a mostrar una autoestima negativa era mayor. ($r = .496$)

Por otro lado, la autoestima POSITIVA presentó una correlación significativa en relación con el tiempo transcurrido desde la esterilización; ya que a mayor tiempo, las mujeres presentaron una autoestima positiva elevada. ($r = .1508$)

Lógicamente, esta misma relación se dió entre la edad y el tiempo, ya que las mujeres mayores eran las que tenían más tiempo de haberse ligado. ($r = .8129$) (Ver Cuadro 5)

CUADRO 5

CORRELACION DE LA AUTOESTIMA POSITIVA Y NEGATIVA: CON LA EDAD, EL NUMERO DE HIJOS Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ESTERILIZACIÓN

CORRELACIONES	AUTOESTIMA NEGATIVA	AUTOESTIMA POSITIVA	EDAD	HIJOS
AUTOESTIMA POSITIVA	.1590 ***			
EDAD	.2002 ***	.0347		
HIJOS	-.4969 *	-.0971	-.1314	
TIEMPO	.1529	.1508 ***	.8129 **	-.0398

* P = .01

** P = .001

*** P = .05

Por último, se aplicó un Análisis de Varianza, el cual tuvo por objetivo encontrar si existían diferencias significativas en la autoestima (positiva o negativa) entre mujeres recién operadas y con 2 años o más; así como las diferencias dependiendo del número de hijos.

En cuanto al estado civil, no se pudo realizar ningún análisis debido a que el número de mujeres NO CASADAS (unión libre, separadas y solteras) fue bajo, no dando lugar a comparación alguna con las mujeres CASADAS que fueron la mayoría (como lo muestra el Cuadro 2).

De acuerdo con este análisis se encontró lo siguiente:

Con respecto a la autoestima NEGATIVA no existe diferencia significativa entre las mujeres con días o años de haber sido esterilizadas voluntariamente [$F = (1/22) .068$; $p = .797$] (Ver Gráfica 1) y, en relación al número de hijos, tampoco se encontró diferencia en la autoestima entre las mujeres con 2 o más hijos [$F = (5/22) 1.883$; $p = .138$]. (Ver Gráfica 2)

Sin embargo, sí se encontró una diferencia marginal en la interacción de la autoestima negativa de los sujetos con relación al tiempo transcurrido y al número de hijos [$F = (2/22) 2.89$; $p = .07$].

Las mujeres recién esterilizadas con 5 hijos ($x = 27$) presentaron menor autoestima negativa, lo mismo que las mujeres con dos años o más de haberse ligado y con 3 hijos ($x = 24.50$). Se infiere entonces, que estuvieron conformes con su decisión de esterilizarse ya que tenían el número deseado de hijos.

Por otro lado, las mujeres con 6 y 7 hijos ($x = 16.33$; $x = 17.00$) y recién operadas,

presentaron una tendencia a tener una autoestima negativa alta. Esto, debido tal vez a que eran de nivel socio-económico bajo y tienen aún la idea de que la procreación es lo que les da valor como mujeres; por lo que se cree que su decisión de esterilizarse no fué completamente voluntaria, a pesar del gran número de hijos. (Ver Cuadro 6; Gráficas 1 y 2)

CUADRO 6

ANALISIS DE VARIANZA DE LA AUTOESTIMA NEGATIVA POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ESTERILIZACION Y NUMERO DE HIJOS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	SIGNIFICANCIA DE F
EFFECTOS PRINCIPALES					
TIEMPO	.939	1	.939	.068	.797
HUOS	130.645	5	26.129	1.883	.138
INTERACCION TIEMPO-HUOS					
EXPLICADA	262.272	8	32.784	2.363	.053
ERROR	305.212	22	13.873		
TOTAL	567.484	30	18.916		

P < .05 se acepta la hipótesis alterna

P = .06, .07, .08 existe diferencia marginal

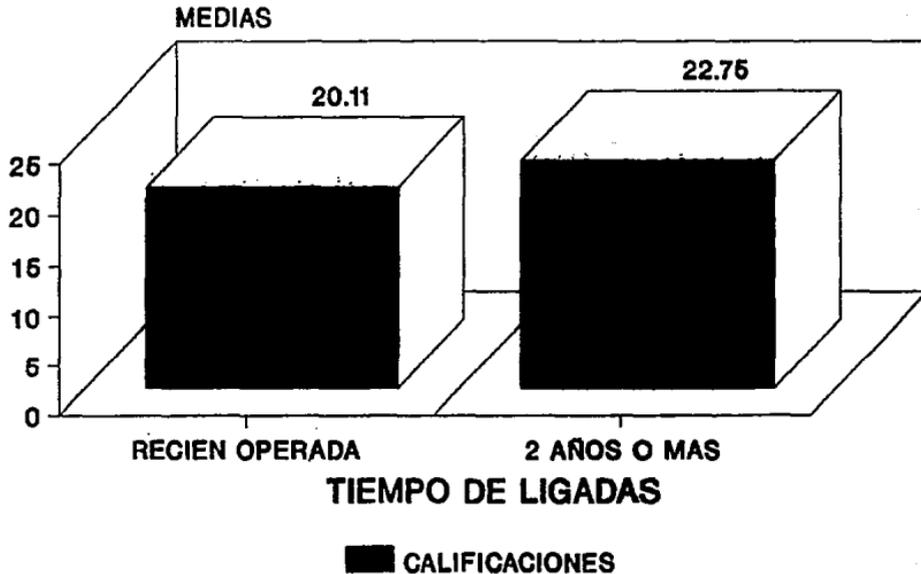
P > .05 no hay diferencias

Para la autoestima POSITIVA se encontró que:

No hay diferencias entre las mujeres que han sido esterilizadas recientemente y las que tienen dos años o más de haberse sometido a la operación [F = (1/22) .77; p= .39]

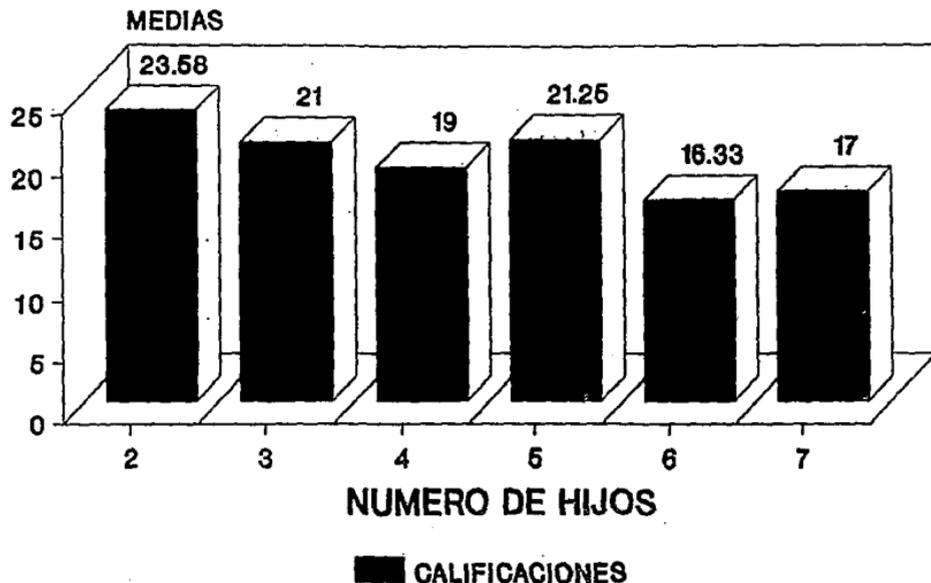
(Ver Gráfica 3)

AUTOESTIMA NEGATIVA DIFERENCIAS POR TIEMPO



GRAFICA 1. MUJERES CON SALPINGOCLASIA

AUTOESTIMA NEGATIVA DIFERENCIAS POR NUMERO DE HIJOS



GRAFICA 2. MUJERES CON SALPINGOCLASIA

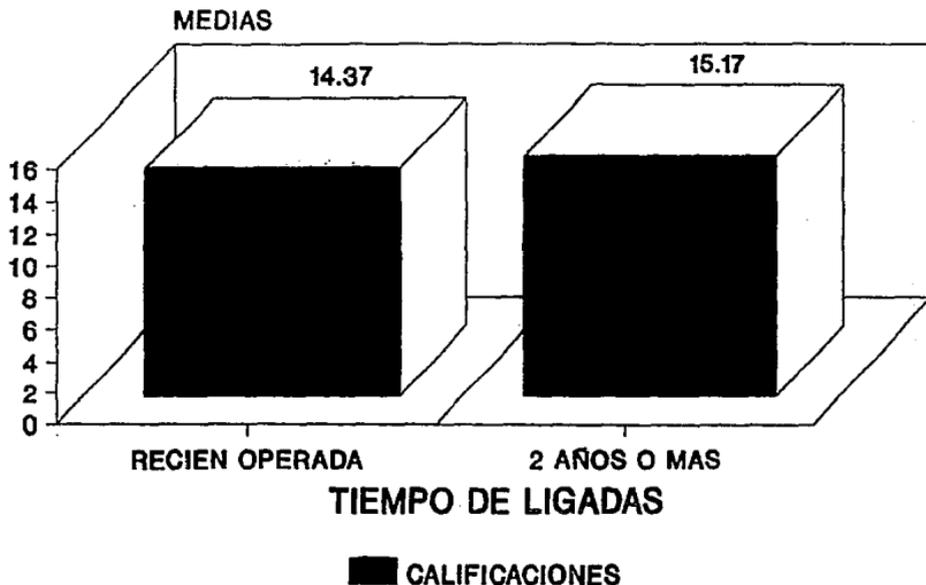
Tampoco se encontraron diferencias de acuerdo al número de hijos [$F = (5/22) .522$; $p = .75$] (Ver Gráfica 4). Por lo tanto, no hubo ninguna diferencia significativa en esta dimensión de la autoestima, en cuanto a la interacción tiempo y número de hijos [$F = (2/22) .74$; $p = .48$] (Ver Cuadro 7; Gráficas 3 y 4)

CUADRO 7

ANALISIS DE VARIANZA DE LA AUTOESTIMA POSITIVA EN LA INTERACCION TIEMPO DE ESTERILIZACION Y NUMERO DE HIJOS

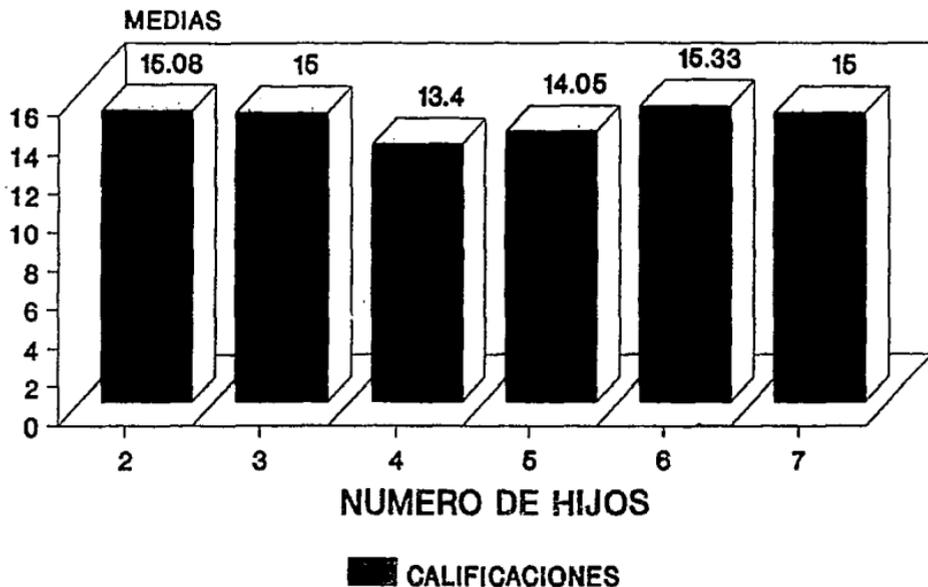
FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA DE CUADRADOS	RAZON F	SIGNIFICANCIA DE F
EFFECTOS PRINCIPALES					
TIEMPO	3.901	1	3.901	.771	.390
HIJOS	13.206	5	2.641	.522	.757
INTERACCION TIEMPO-HIJOS					
EXPLICADA	7.491	2	3.746	.740	.489
ERROR	25.384	8	3.173	.627	.747
ERROR	111.390	22	5.063		
TOTAL	136.774	30	4.559		

AUTOESTIMA POSITIVA DIFERENCIAS POR TIEMPO



GRAFICA 3. MUJERES CON SALPINGOCLASIA

AUTOESTIMA POSITIVA DIFERENCIAS POR NUMERO DE HIJOS



GRAFICA 4. MUJERES CON SALPINGOCLASIA

Conclusiones

La presente investigación partió de la hipótesis de que existía relación entre la autoestima de la mujer esterilizada y su estado civil, el número de hijos, el tiempo que ha transcurrido desde la intervención y su edad. Dicha hipótesis fué corroborada en parte ya que:

1.- Con respecto a la autoestima negativa, solamente se presentó una correlación significativa en cuanto a la edad del sujeto y al número de hijos y; en relación a la autoestima positiva, únicamente se dió una correlación significativa con el tiempo transcurrido desde la operación.

2.- Sólo se encontró una diferencia marginal en la interacción tiempo transcurrido y número de hijos, en relación con la autoestima negativa.

3.- Con respecto a la EDAD, se observó que la esterilización se lleva a cabo comúnmente entre los 30 y 35 años.

Esto concuerda con lo encontrado por Bailey, Wynter y Lee (1988), quienes observaron que la edad promedio de las mujeres que aceptaban la ligadura tubaria era de 31 años.

4.- Sin embargo, también hubo mujeres arriba de los 35 años y con menos de 30 que aceptaron ligarse.

De Wit y Rajulton (1991) realizaron un estudio en Canadá con 5315 sujetos encontrando que la esterilización se dá sobre todo en mujeres arriba de los 35 años, en comparación con las más jóvenes que prefieren los métodos de barrera; observaron también que hay mayor aceptación a una edad avanzada por las complicaciones tanto en la salud física como psicológica con un embarazo inesperado.

En cuanto a las mujeres menores de 30 años que deciden esterilizarse, Shain y Dickson (1982) concluyeron que la intención de someterse a la operación se incrementa significativamente con la edad, sobre todo de los 25 a los 29 años.

En Alabama, Richards y cols. (1991) encontraron una proporción altamente significativa de mujeres ligadas arriba de los 25 años.

Esto corrobora lo anteriormente encontrado por Bumpas y Presser (1972); Presser (1973); Gandy (1973); Ramos-Cordero y cols. (1979); Leòpapai (1980) y Temkin-Grenner y cols. (1981).

5.- En el presente estudio también se encontró con respecto a esta variable que las mujeres de mayor edad presentaban una autoestima más alta en comparación con las más jóvenes. De aquí, se puede deducir que la mujer recién esterilizada tiene muchas dudas acerca de si habrá alguna repercusión en su salud, en su relación de pareja o en cualquier otro aspecto de su vida; lo que determina que su autoestima tienda a ser negativa, es decir, pierde confianza en sí misma y en sus capacidades, se siente menos importante o deseable y no se valora. Conforme pasa el tiempo y al ir avanzando en edad, ve que nada de lo que temía ha ocurrido y que ninguna esfera de su vida se vió afectada de manera importante; de modo que su autoestima tiende a " estabilizarse " siendo más positiva, entonces, va adquiriendo mayor confianza en sí misma empezando a aceptarse y a sentirse como un ser valioso y con otra actitud ya que no existe más el riesgo de embarazarse.

6.- Por lo tanto, a mayor edad y por supuesto, a mayor tiempo transcurrido desde la esterilización, tiende a aumentar la autoestima.

7.- En relación al NUMERO DE HIJOS, se encontró que entre más hijos la tendencia a

mostrar una autoestima negativa aumentaba. Esto, tal vez debido a que con una familia numerosa, las expectativas de la mujer para desarrollarse disminuyen; además de que la situación económica se dificulta, no pudiéndoles dar a los hijos la atención adecuada y viéndose en la necesidad de realizar trabajos mal remunerados. Esta situación por lo común, se da en mujeres de nivel socioeconómico bajo, con poca preparación e información acerca de los métodos anticonceptivos existentes.

En este estudio, los sujetos con 5, 6 y 7 hijos, fueron precisamente mujeres de éste estrato social. A este respecto, Philliber y Philliber (1985) encontraron una relación inconsistente entre la aceptación de la esterilización y el estatus socioeconómico ya que en ningún estudio de los revisados por ellos, se encontraron diferencias substanciales en cuanto a la utilización de este método anticonceptivo entre grupos socioeconómicos.

8.- El factor que posiblemente incrementa la aceptación a esterilizarse voluntariamente es el hecho de que cada vez más mujeres participan en labores fuera de su casa, especialmente en los países industrializados (Presser, 1973; Temkin-Greener y cols., 1981; Bean y cols., 1983), y tienen más que perder en costos de oportunidades que las mujeres dedicadas al hogar con un embarazo no deseado.

9.- Se observó que el número de hijos no es factor determinante para elegir la salpingoclasia, ya que hubo sujetos con dos hijos hasta los que tenían 6 ó 7.

Se ha comprobado que muy poca gente sin hijos se esteriliza voluntariamente (Philliber y Philliber, 1985) dándose más entre parejas con gran paridad.

Shain (1982) mostró en sus resultados que la intención de someterse a la esterilización tendía a incrementarse con una paridad hasta de 3 hijos: cerca del 16% de las mujeres con un hijo, contra el 23% de aquellas con dos y el 29.5% de las que tenían tres hijos.

10.- Lo que sí afecta la decisión de utilizar este método de control natal es el tener el número de hijos deseado.

Esto también fué encontrado por Santiso y cols. (1981) con respecto a las motivaciones para elegir la salpingoclasia, ya que la razón que más frecuentemente se daba entre las parejas latinoamericanas para llevarla a cabo era que tenían ya el número de hijos que deseaban.

Esto se corrobora con los resultados obtenidos en la interacción tiempo transcurrido y número de hijos, en donde se encontró mayor autoestima tanto en mujeres recién operadas con 5 hijos; como en las que tenían 3, pero con dos años o más de haberse sometido a la operación. Es decir, que independientemente del tiempo que haya pasado, el factor determinante en la elevación de la autoestima es el haber satisfecho el instinto maternal con los hijos planeados y deseados.

Pueden haber mujeres esterilizadas con más de 4 hijos y con una autoestima baja, tal vez, debido a que tuvieron que someterse a la operación por razones económicas, por riesgos en los embarazos anteriores, por falla del método anticonceptivo antes usado o por alguna otra causa; pero no por haber tenido los niños deseados.

Por el contrario, otras mujeres presentan una autoestima alta con 3 hijos o menos y es porque han completado el tamaño de familia que deseaban.

11.- Por último, a pesar de que el ESTADO CIVIL como anteriormente se mencionó, no arrojó ninguna relación con la autoestima, si se observó que la esterilización prevalece más entre las mujeres casadas. Este dato concuerda con la investigación realizada por Balakrishnan y cols. (1985) en donde se encontró que el método de control natal más utilizado por las mujeres casadas era la ligadura de trompas, mientras que el uso de la píldora predominaba entre las mujeres solas o que nunca se habían casado.

En el mismo año, La revisión de Philliber mostró que las mujeres quienes eligieron la esterilización de manera voluntaria eran casadas, estándolo desde 5 hasta 10 años.

Bailey y cols. (1988) encontraron una fuerte relación estadística entre el tipo de unión y la aceptación de la salpingoclasia: mientras que en el grupo de mujeres esterilizadas las casadas predominaron; en el grupo no-esterilizado, el porcentaje de mujeres en unión libre fué mayor (55%) formando las casadas sólo el 19%.

12.- Las mujeres no casadas (2 en unión libre y 1 soltera) que se ligaron eran de estrato socioeconómico bajo y tenían entre 3 y 4 hijos, por lo que necesitaban evitar un nuevo embarazo por no contar con el apoyo de una pareja estable.

Esto mismo lo indica Shain (1982) en sus datos, en donde las mujeres divorciadas, separadas y viudas - las que aún son fértiles - eran sexualmente activas, y por lo tanto, mostraron gran receptividad hacia la esterilización pues necesitaban prevenir un embarazo que les representaría mayor riesgo económico, psicológico y social; ya que en muchos casos, carecen de un sistema de soporte económico y emocional satisfactorio.

13.- Por lo tanto, se aceptan las hipótesis alternas en las siguientes variables:

- Existe una correlación positiva entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el tiempo transcurrido desde la operación.
- Existe una correlación positiva entre la esterilización voluntaria, la autoestima y la edad.

14.- Y se acepta la hipótesis nula con relación al número de hijos:

- Existe una correlación negativa entre la esterilización voluntaria, la autoestima y el número de hijos.

CAPITULO IV
ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Se considera que la presente investigación es muy importante debido a que en México, existe escasa información con respecto a la psicología de la mujer esterilizada y, contribuye con los datos presentados, a que se lleven a cabo más investigaciones sobre el tema; esclareciendo aún más la dinámica de los procesos psicológicos en la mujer con salpingoclasia ya que en este caso, sólo se trató la autoestima.

De esto, también se desprenden una serie de actividades que se pueden realizar con las mujeres candidatas a la esterilización, tanto en el lapso anterior a la operación como postoperatoriamente.

Tanto a nivel institucional como en consulta privada se pueden integrar equipos de trabajo conformados por médicos ginecólogos y psicólogos que preoperatoriamente preparen a la mujer en la siguiente forma:

- 1) En el aspecto médico, dándole toda la información necesaria para que comprenda el procedimiento que se llevará a cabo durante la operación, que técnica se va a utilizar y también; que efectos, molestias o complicaciones físicas pueden surgir durante y después de la intervención.

- 2) En el aspecto psicológico, ofrecerle un espacio terapéutico donde se le pueda preparar emocionalmente y tenga la posibilidad de expresar y esclarecer sus temores y fantasías sobre el hecho de perder su capacidad de reproducción. Informándole además sobre posibles cambios en su estado de ánimo explicando que son naturales y se presentan sólo temporalmente.

Por otro lado, también se pueden y deben crear grupos de apoyo con mujeres que ya han sido esterilizadas, en donde se les dé un seguimiento tanto a nivel médico como

psicológico y, reciban apoyo para elaborar y asimilar su nueva situación.

* Debido al difícil acceso hacia este tipo de población y al tiempo, la muestra estudiada fué pequeña y se sugiere aumentar el número de sujetos para futuras investigaciones.

* En este caso, se aplicó la Escala de Autoestima de Lucy Reidl y se sugiere que se utilicen otros instrumentos que arrojen otro tipo de información sobre la mujer esterilizada, por ejemplo: se podría aplicar el MMPI para conocer el perfil de personalidad, detectando que rasgos predominan más; realizar una entrevista semiestructurada o, aplicar instrumentos proyectivos.

* Como anteriores investigaciones han mencionado, la esterilización es más común entre las mujeres que son casadas, siendo difícil encontrar mujeres con otro tipo de unión que se hayan sometido a la operación. Es por esto que la muestra estudiada se conformó en su mayoría por sujetos con este estado civil.

* En esta investigación no se tomaron en cuenta las variables que a continuación se mencionan:

- a) Religión.- en nuestro país puede ser una variable importante por la represión que la Iglesia Católica tiene sobre los métodos anticonceptivos no naturales. Se podría hacer una comparación entre las diferentes religiones con respecto a la aceptación de la esterilización.
- b) Género (masculino o femenino).- ya que son pocas las investigaciones que relacionan el género con la aceptación de la esterilización.
- c) Comunidad.- se puede ver si influye el que las personas vivan en zonas rurales o en zonas urbanas.
- d) Cultura.- se puede investigar si esta variable influye en la determinación de

utilizar éste método de control natal.

e) Influencia de otras personas esterilizadas

f) El método anticonceptivo que anteriormente se utilizó y que razones existieron para dejarlo y elegir la salpingoclasia.

g) Personalidad y actitud.- aún no se han demostrado correlaciones importantes de estas variables con la esterilización voluntaria.

h) Actitud hacia las relaciones sexuales y hacia la paternidad.

Se sugiere entonces que estas variables sean consideradas para obtener mayor información sobre las motivaciones que llevan a la mujer mexicana a elegir la esterilización.

* Por último, en este estudio se pretendió que la muestra estuviera constituida por mujeres con 2 años o más de haberse ligado y debido a la limitación del tiempo no se pudo hacer, eligiendo también a mujeres recién operadas.

Se considera que en estas mujeres aún no se ha dado un proceso de asimilación sobre la importancia e implicaciones de su decisión, por lo que se debe conjuntar una muestra más homogénea con respecto a esta variable y poder hacer comparaciones según el tiempo transcurrido, por ejemplo, entre las que tengan 2, 5, 10 y 15 años de haberse ligado.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ADLER, A. (1927). Citado en Cueli, J. y Reidl, L. Teorías de la personalidad. Trillas. México. 1979.

AHMED, N.; BARUA, B. y MONJURAL, H. (1980). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1. Jan/Feb. 1985.

ALLPORT, G. La personalidad, su configuración y desarrollo. Trillas. México. 1966.

ALLYN, D.; LETON, D.; WESTCOTT, N. y HALE, R. (1986). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

AMONKER, M. (1976). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

ANSAN, J. y FRANCIS, H. (1976). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

ARIBAG, S. y ARIBAG, A. (1982). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

ARNAIZ, M. Autoestima en mujeres minusválidas. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UVM. 1993.

AYYAPPAN, S. (1975). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

BAILEY, W.; WYNTER, H. y LEE, A. Women in search of stability. Social Science and Medicine. Vol. 26. pp. 619-623. 1988.

BALAKRISHNAN, T.; KROTKI, K. y LAPIERRE-ADAMCYK, E. (1985). Citados en De Wit, M. y Rajulton, F. Voluntary sterilisation among Canadian women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

BARGLOW, P. y EISNER, M. (1966). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16,1 January/February. 1985.

BARRS, P. (1985). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

BEACH, L.; HOPE, A.; TOWNENS, B. y CAMPBELL, F. (UNPUBLISHED). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

BEAN, F.; PRUITT, M.; SOUTH, S.; SWICEGOOD, G. y WILLIAMS, D. (1980). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16,1 January/February. 1985.

- BERTRAND, J.; KASHWANTALE, C.; BALOWA, D.; BAUGHMAN, N. y CHIRWISA, C. (1990). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- BHATIA, S.; FARUQUE, A. y CHAKRABORTY, J. (1980). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- BIRDSALL, N. y CHESTER, L. (1987). Citados en De Wit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.
- BLUNDELL (1923). Citado en Eslava, M. La actividad de la mujer ante la esterilización voluntaria. Un primer acercamiento. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. 1981.
- BORING, C.; ROCHAT, R. y BECERRA, J. (1988). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- BRACHFELD. Sentimientos de inferioridad. Biblioteca Universal. Barcelona. 1970.
- BRANDEN, M. Cómo mejorar su autoestima. Paidós. Buenos Aires. 1988.
- BRUCHON-SCHWEITZER (1984). Citado en Martínez, A. Diferencias en la autoestima entre grupos subsidiados e independientes que practican profesionalmente danza. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UVM. 1992.
- BUMPASS, L. y PRESSER, H. (1972). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16,1. January/February. 1985.
- BURNIGHT, R.; VERASING MUANGMUN y COOK, M. (1975). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: a Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- CALVIN, S. La teoría de sí mismo y la personalidad. Paidós. Buenos Aires. 1977.
- CHAMIE, M. (1977). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- CHAMIE, M. (1981). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- CHI, I. y FELDBLUM, P. (1983). Citados en Richards, J.; Kohler, C.; Goldenberg, R.; Jackson, J.; Ryan, m. y Caldwell, J. Psychological Impact of Tubal Ligation in Alabama Women. Journal of Applied Social Psychology, 21, 15, pp. 1248-1264. 1991.
- CHI, I.; SIEMENS, A.; CHAMPION, C.; GATES, D. y CILENTI, D. (1987). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- CLEPAREDE (1926). Citado en Brachfeld. Sentimientos de inferioridad. Biblioteca Universal. Barcelona. 1970.
- COOLEY (1902). Citado en Lingren, H. Introducción a la Psicología Social. Trillas. México. 1972.

- COOPER, P.; GATH, D.; FIELDSEND, R. y ROSE, N. (1981-82). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- COOPERSMITH, S. The antecedents of self esteem. Freeman and Co. San Francisco. 1967.
- CUELI, J. y REIDL, L. Teorías de la personalidad. Trillas. México. 1979.
- DAHL, C.; KJAER, S.; BAGGER, P. y STAKEMANN, G. (1988). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- DELORA Y WARREN (1977). Citados en McCary, J. Sexualidad humana de McCary. Manual Moderno. México. 1983.
- DESTEFANO, F.; GREENSPAN, H.; ORY, H.; PETERSON, H.; MAZE, J. y SMITH, J. (1982). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1 Jan/Feb. 1985.
- DE WIT, M. y RAJULTON, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.
- DIAZ, Y.; MEJIA, S. y NISHIMURA, M. Depresión y autoestima en ancianos. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UVM. 1992.
- DIAZ-SANCHEZ, V.; BONILLA, C.; REYES, A.; VALERO, A.; DOMENZAIN, M. y PEREZ-PALACIOS, G. (1987). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- DEUTSCH, M. y KRAUSS, R. Teorías en Psicología Social. Paidós. Buenos Aires. 1974.
- DICCIONARIO ANAYA DE LA LENGUA. Fundación Cultural Televisa. México. 1981.
- DICCIONARIO PORRUA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Editorial Porrúa. México. 1989.
- DI MUSTO, J.; OWENS, E. y KLOMPARENS, K. (1974). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 January/February. 1985.
- DYER, W. Tus zonas erróneas. Grijalbo. España. 1978.
- ERIKSON E. (1966). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F. Revista Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288. 1981.
- ESCOBEDO, L.; PETERSON, H.; GRUBB, G. y FRANKS, A. (1989). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- ESLAVA, M. La actividad de la mujer ante la esterilización voluntaria: Un primer acercamiento. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. 1981.
- FEDERACION INTERNACIONAL DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA (INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION). Manual de Planificación Familiar para Médicos. FIFP. 1989.

- FILSHIE, G. (1989). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- FISHBURNE, J. (1989). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- FITTS, W. Self Concept Scale. Manual Nashville Counselor Recording. 1965.
- FREUND, M. y DAVIS, J. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- FROMM, E. (1939). Citado en Brachfeld. Sentimientos de Inferioridad. Biblioteca Universal. Barcelona. 1970.
- GALVAN, M. Relación entre los rasgos de personalidad y la autoestima en madres que tienen hijos con parálisis cerebral. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UVM. 1993.
- GANDORA, V.; JOSEPH, G.; MOHAN, D. y RAMACHANDRAN, K. (1978). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- GANDY, R. (1978). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1. January/February. 1985.
- GOLDSMITH, A.; GOLDBERG, R. y ECHEVERRIA, G. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1. January/February. 1985.
- GONZALEZ, B. (1991). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- GOUGH, H. (1976). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- GRINDSTAFF, C. y EBANKS, G. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- HAMACHEK, E. Encuentros con el yo. Nueva Interamericana. México. 1981.
- HAMSON, M. (1979). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- HAPUGALLE, D.; JANOWITZ, B.; WEIR, S.; COVINGTON, D.; WILKENS, L. y ALUVIHARE, C. (1989). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- HASSAN, R. (1975). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- HAUSSER, B. y BECKMAN, L. (1978). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- HOLLERBACH, P. y NORTMAN, D. (1984). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1. Jan/Feb. 1985.

- HORESTEIN, D. y HOUSTON, K. (1975). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- HSIEN, Y. y HSIN-YING, W. (1975). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1. Jan/Feb. 1985.
- HULKA, J. (1985). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- HULKA, J. y HALME, J. (1988). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10, 1990.
- HUNTER, K.; LINN, M. y HARRIS, R. (1981). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- JACKSON, D. y PAUNOMEN, S. (1980). Citados en Oñate, M. El autoconcepto. Norcea. España. 1986.
- JAMES, W. (1890). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288. 1981.
- JANIS, I. (1954). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F. Revista Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288. 1981.
- JANOWITZ, B.; NUÑEZ, J. COVINGTON, D. y COLVEN, C. (1983). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- JANSEN, R. (1986). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- JOHNSON, M. y MILLER, C. (1970). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- JOSHI, C.; MAHESHWARI, S. y SOANGARA, M. (1979). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- KAKAR, D. (1972). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- KERLINGER, F. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. Interamericana. México. 1985.
- KHORANA, A. y VYAS, A. (1975). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- KNODEL, J. y PITAKTEPSOMBATTI, P. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- KOHLI, K. (1973). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

- KOHLI, K. y SOBRERO, A. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- KOHN, I. (1985-86). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento, Serie C, Número 10. 1990.
- KOYA, Y. (1961). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- LAING, R.; PHILLIPSON, H. Percepción interpersonal. Amorrortu. Buenos Aires. 1973.
- LANDRY, E. How and Why Women Choose Sterilization: Results from Six Follow-up Surveys, Studies in Family Planning, 21(3): 143-151. May-Jun. 1990.
- LAYDE, P.; FLEMING, D.; GREENSPAN, J.; SMITH, J. y ORY, H. (1980). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Vol. 16, 1. January/February. 1985.
- LEE, H. (1970). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1. January/February. 1985.
- LEOPRAPI, B. (1980). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1. January/February. 1985.
- LEVIN, J. Fundamentos de estadística en la investigación social, Harla. México. 1979.
- LINDENMEYER, J.; STEINBERG, M.; BJORK, D. y PARDES, H. (1976). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan /Feb. 1985.
- LINDGREN, H. Introducción a la Psicología Social, Trillas. México. 1972.
- LISKIN, L.; RINEHART, R.; BLACKBURN, R. y RUTTEDGE, A. (1985). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento, Serie C, Número 10. 1990.
- LU, T. y CHUN, D. (1967). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.
- MACKENZIE, I.; TURNER, E.; O'SULLIVAN, G. y GUILLEBAUD, J. (1987). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento, Serie C, Número 10. 1990.
- MARCIL-GRATTON, N. (1988). Citado en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento, Serie C, Número 10. 1990.
- MARKMAN, L. y FRANKEL, H. (1982). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan /Feb. 1985.
- MARTINEZ, A. Diferencias en la autoestima entre grupos subsidiados e independientes que practican profesionalmente danza. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UVM. 1992.
- MARTINEZ, C. y MONTANE, J. (1981). Citado en Oñate, M. El autoconcepto, Norcea. España. 1986.
- MEAD, G. Espíritu, persona y sociedad, Paidós. Buenos Aires. 1934.

McCARTHY, J. (1982). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

McCARY, J. y McCARY, S. Sexualidad humana de McCary. Manual Moderno. México. 1983.

McEVROY, M. (1979). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

MIGRA, S. (1970). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima en mujeres del Sur del D.F. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288. 1981.

MILLER (1971). Citado en Lindgren. Introducción a la Psicología Social. Trillas. México. 1972.

MILLER, W. (1978). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1 Jan/Feb. 1985.

MOSHER, W. y WESTOFF, C. (1982). Citados en Richards, J. Jr.; Kohler, C.; Goldenberg, R.; Jackson, J.; Ryan, W. y Caldwell, J. Psychological Impact of Tubal Ligation in Alabama Women. Journal of Applied Social Psychology, 21, 15, pp. 1248-1264. 1991.

MULLEN, P.; REYNOLDS, R.; CIGNETTI, P. y DORNAN, D. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

NEAMATALLA, G. y HARPER, P. (1990). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

NOONAN (S/A). Citado en Vázquez, H. Depresión y ansiedad pre y postsalpingoclasia. Tesis de postgrado para obtener la especialidad en Medicina Familiar. IMSS-IPN. 1982.

ONTIVEROS, E. (1981). Citado en Vázquez, H. Depresión y ansiedad pre y postsalpingoclasia. Tesis de postgrado para obtener la especialidad en Medicina Familiar. IMSS-IPN. 1982.

OÑATE, M. El autoconcepto. Norcea. España. 1986.

OSWAL, M. (1973). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

PETERSON, H.; DESTEFANO, F.; GREENSPAN, J. y ORY, H. (1982). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

PHILLIBER, S. y PHILLIBER, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1. January/February. 1985.

PICK, S. y LOPEZ, A. Cómo investigar en Ciencias Sociales. Trillas. México. 1979.

PILLAI, R.; MAHADEVAN, S.; SETHU, S.; GOVINDACHARY, A. y PADMAVATHI AMMA, G. (1977). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

POFFENBERGER, S. y SETH, D. (1963). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

POINDEXTER, A.; ABDUL-MALAK, M. y FAST, J. (1990). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

POPULATION REPORTS. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

PRATT, W. (1975). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies In Family Planning. Vol. 16, 1. January/February. 1985.

PRATT, W.; MOSHER, W.; BACHRACH, C. y HORN, M. (1984). Citados en De Wit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

PRESSER, H. (1973). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Vol. 16, 1. January/February. 1985.

PRITCHARD, J.; MacDONALD, P y GANT, N. (1985). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

RAKSHIT, B. (1966). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

RAMOS-CORDERO, R.; ACKMAN, D. y NAFTOLIN, F. (1972). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1. January/February. 1985.

RATCLIFFE, J.; QUDDUS, A. y CROLEY, H. (1972). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization. Studies in Family Planning. Vol. 16,1. January/February. 1985.

RATHORE, S. (1970). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

RATNOW, S. (1974). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

READING, A.; SLEDMER, C. y NEWTON, J. (1980). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

REDDY, P. y RAJU, K. (1979). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

REIDL DE AGUILAR, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología. 1(2), 273-280. 1981.

RICHARDS, J. Jr.; KOHLER, C.; GOLDENBERG, R.; JACKSON, J.; RYAN, W. y CALDWELL, J. Psychosocial Impact of Tubal Ligation in Alabama Women. Journal of Applied Social Psychology. 21, 15, pp.1248-1264. 1991.

ROBERTO, E. (1974). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

- ROCK, J.; BERQUIST, C.; ZACUR, H.; PARMLEY, T.; GUZICK, D. y JONES, H. Jr. (1982). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- RODGERS, D.; ZIEGLER, F.; ROHR, P. y PRENTISS, R. (1963). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- RODGERS, D. y ZIEGLER, F. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- ROGERS (1951). Citado en Lindgren, H. Introducción a la Psicología Social. Trillas. México. 1972.
- ROSENBERG, M. La autoestima del adolescente y la sociedad. Paidós. Buenos Aires. 1975.
- ROY, A.; RAJ, R. y RAJ, B. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SAKENA, D. (1974). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: a Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SANTISO, R.; BERTRAND, J. y PINEDA, M. (1983). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SATIR, V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax. México. 1981.
- SCHWYHART, W. y KUTNER, J. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SHAIN, R. y DICKSON, H. Tubal Sterilization. Characteristics of women most affected by the option of reversibility. Social Science Medicine. Vol. 16, pp. 1067-1077. 1982.
- SHERIF, M. Psicología Social. Harla. México. 1966.
- SIEGLER, A.; HULKA, J. y PERETZ, A. (1985). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- SIIPOLA, E. (1935). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288. 1981.
- SIVANESARATNAM, V.; SINNATHUARAY, T. y CHIN, C. (1974). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SMITH, A. (1979). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SORANO (S. II D.C). Citado en Eslava, M. La actividad de la mujer ante la esterilización voluntaria: Un primer acercamiento. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. 1981.
- SPIVACK, M.; LIBRACH, C. y ROSENTHAL, D. (1986). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

SPIVACK, M.; LIBRACH, C. y ROSENTHAL, D. (1986). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

STRIMLING, W. (1981). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

SULLIVAN, H. (1953). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288.

TELLO, M. Estudio comparativo entre rasgos de personalidad y autoestima en psicólogos egresados. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UVM. 1992.

TEMKIN-GREENER, H.; KUNITZ, S.; BROUDY, D. y HAFFNER, M. (1981). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1. Jan./Feb. 1985.

TERTULIANO (S/A). Citado en Eslava, M. La actividad de la mujer ante la esterilización voluntaria: Un primer acercamiento. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. 1981.

THRANOV, J.; HERTZ, J. y RYTTOV, N. (1987). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

TIEN, Y. (1982). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Vol.16, 1. Jan/Feb. 1985.

TOVELL, H.; DANK, L. y COLS. Operaciones ginecológicas. Salvat Editores. Barcelona. 1981.

TRUSSELL, J. y WESTOFF, C. (1980). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

VAUGHNAN, B.; TRUSSELL, J.; MENKEN, J. y JONES, E. (1977). Citados en DeWit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

VAZQUEZ, H. Depresión y ansiedad pre y postalpinoclasia. Tesis de postgrado para obtener la especialidad en Medicina Familiar. IMSS-IPN. 1982.

VERCRUYSE, P.; BOECKX, W. y BROSENS, I. (1988). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WARREN, C.; SMITH, J.; GARCIA-NUÑEZ, R.; ROCHAT y MARTINEZ-MANAUTOU, J. (1981). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16,1. Jan/Feb. 1985

WESTOFF, C. y McCARTHY, J. (1979). Citados en De Wit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

WESTOFF, C. y RYDER, N. (1977). Citados en De Wit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

WHITBY, R.; BROWN, I. y SEENEY, N. (1975). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

- ROCK, J.; BERQUIST, C.; ZACUR, H.; PARMLEY, T.; GUZICK, D. y JONES, H. Jr. (1982). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- RODGERS, D.; ZIEGLER, F.; ROHR, P. y PRENTISS, R. (1963). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- RODGERS, D. y ZIEGLER, F. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- ROGERS (1951). Citado en Lindgren, H. Introducción a la Psicología Social. Trillas. México. 1972.
- ROSENBERG, M. La autoestima del adolescente y la sociedad. Paidós. Buenos Aires. 1975.
- ROY, A.; RAJ, R. y RAJ, B. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SAKENA, D. (1974). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: a Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SANTISO, R.; BERTRAND, J. y PINEDA, M. (1983). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SATIR, V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax. México. 1981.
- SCHWYHART, W. y KUTNER, J. (1973). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SHAIN, R. y DICKSON, H. Tubal Sterilization, Characteristics of women most affected by the option of reversibility. Social Science Medicine. Vol. 16, pp. 1067-1077. 1982.
- SHERIF, M. Psicología Social. Harla. México. 1966.
- SIEGLER, A.; HULKA, J. y PERETZ, A. (1985). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.
- SIIPOLA, E. (1935). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288. 1981.
- SIVANESARATNAM, V.; SINNATHUARAY, T. y CHIN, C. (1974). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SMITH, A. (1979). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.
- SORANO (S. Il D.C). Citado en Eslava, M. La actividad de la mujer ante la esterilización voluntaria: Un primer acercamiento. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. 1981.
- SPIVACK, M.; LIBRACH, C. y ROSENTHAL, D. (1986). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

SPIVACK, M.; LIBRACH, C. y ROSENTHAL, D. (1986). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

STRIMLING, W. (1981). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

SULLIVAN, H. (1953). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288.

TELLO, M. Estudio comparativo entre rasgos de personalidad y autoestima en psicólogos egresados. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UVM. 1992.

TEMKIN-GREENER, H.; KUNITZ, S.; BROUDY, D. y HAFFNER, M. (1981). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16, 1. Jan./Feb. 1985.

TERTULIANO (S/A). Citado en Eslava, M. La actividad de la mujer ante la esterilización voluntaria: Un primer acercamiento. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. 1981.

THRANOV, J.; HERTZ, J. y RYTTOV, N. (1987). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

TIEN, Y. (1982). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Vol.16, 1. Jan/Feb. 1985.

TOVELL, H.; DANK, L. y COLS. Operaciones ginecológicas. Salvat Editores. Barcelona. 1981.

TRUSSELL, J. y WESTOFF, C. (1980). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

VAUGHNAN, B.; TRUSSELL, J.; MENKEN, J. y JONES, E. (1977). Citados en DeWit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

VAZQUEZ, H. Depresión y ansiedad pre y postsalpingoclasia. Tesis de postgrado para obtener la especialidad en Medicina Familiar. IMSS-IPN. 1982.

VERCRUYSE, P.; BOECKX, W. y BROSENS, I. (1988). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WARREN, C.; SMITH, J.; GARCIA-NUÑEZ, R.; ROCHAT y MARTINEZ-MANAUTOU, J. (1981). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol. 16,1. Jan/Feb. 1985

WESTOFF, C. y MCCARTHY, J. (1979). Citados en De Wit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

WESTOFF, C. y RYDER, N. (1977). Citados en De Wit, M. y Rajulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

WHITBY, R.; BROWN, I. y SEENEY, N. (1975). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/Feb. 1985.

WHITEHOUSE, D. (1969). Citado en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

WIG, N.; SINGH, S.; SAHASI, G. y ISAAC, P. (1970). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

WIG, N. y SINGH, S. (1972). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

WILCOX, L.; CHU, S. y PETERSON, H. (1990). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WILSON, J. y WILSON, S. Sources of self-esteem and the person situation controversy. Psychological Reports, 38, 355-358. 1976.

WISE, D.; PERKIN, G. y CORREY, J. (1976). Citados en Philliber, S. y Philliber, W. Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review. Studies in Family Planning. Vol.16, 1 Jan/feb. 1985.

WOLFE, B. (1980). Citado en De Wit, M. y Rnjulton, F. Voluntary Sterilisation among Canadian Women. Journal of Biosocial Science. 23, 263-273. 1991.

WORLD FEDERATION OF HEALTH AGENCIES FOR THE ADVANCEMENT OF VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (WFHAAVSC), (1988). Citada en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WORLD FEDERATION OF VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (WFVSC) (1991). Citada en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1984). Citada en Population Reports. La esterilización voluntaria: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985). Citada en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (WHOAVSC) (1990). Citada en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

WYLIE (1961). Citado en Reidl, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2); 273-288. 1981.

XUE, P. y FA, Y. (1989). Citados en Population Reports. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Serie C, Número 10. 1990.

YOON (1974). Citado en Tovell, H. y cols. Operaciones ginecológicas. Salvat Editores. Barcelona. 1981.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____

NUMERO DE HIJOS: _____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ESTERILIZACION: _____

TECNICA UTILIZADA: _____

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL PARTO Y LA ESTERILIZACION:

¿FUE VOLUNTARIA LA ESTERILIZACION? ¿SI? ¿NO? ¿POR QUE?

ESCALA DE AUTOESTIMA

CUESTIONARIO

Instrucciones: Va a leer una serie de afirmaciones; quiero que las lea atentamente y marque con una "X" si está usted de acuerdo (A), en desacuerdo (D) o le es neutro o indiferente (N), de antemano muchas gracias por su cooperación.

1.- Soy una persona con muchas cualidades

A	N	D
3	2	1

2.- Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo.

A	N	D
3	2	1

3.- Con frecuencia me avergüenzo de mi misma.

A	N	D
1	2	3

4.- Casi siempre me siento segura de lo que pienso.

D	N	A
1	2	3

5.- En realidad no me gusto a mi misma.

A	N	D
1	2	3

6.- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho.

D	N	A
1	2	3

7.- Creo que la gente tiene buena opinión de mí.

A	N	D
3	2	1

8.- Soy bastante feliz.

A	N	D
3	2	1

9.- Me siento orgullosa de lo que hago.

A	N	D
3	2	1

10.- Poca gente me hace caso.

A	N	D
1	2	3

11.- Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera.

D	N	A
3	2	1

12.- Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente.

A	N	D
1	2	3

13.- Casi nunca estoy triste.

D	N	A
1	2	3

14.- Es muy difícil ser uno mismo.

A	N	D
1	2	3

15.- Es fácil que yo le caiga bien a la gente.

D	N	A
1	2	3

16.- A veces desearía ser más joven.

A	N	D
1	2	3

17.- Por lo general, la gente me hace caso cuando le aconsejo.

D	N	A
1	2	3

18.- Siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer.

A	N	D
1	2	3

19.- Con frecuencia desearía ser otra persona.

A	N	D
1	2	3

20.- Me siento bastante segura de mi misma.

A	N	D
3	2	1