

11217

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4

TESIS DE POSTGRADO

REPERCUSIONES MENSTRUALES, SEXUALES Y PSICOLOGICAS
POST OCLUSION TUBARIA BILATERAL

PRESENTADA POR:

DR. JESUS ALFONSO CASTAÑEDA PRIETO

COORDINADOR:

DR. JOSE ANTONIO AGUILAR GUERRERO

281876

NOVIEMBRE DE ~~1999~~
2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	6
RESULTADOS	7
COMENTARIOS	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	19

REPERCUSIONES MENSTRUALES SEXUALES Y PSICOLÓGICAS POST-OCCLUSION TUBARIA BILATERAL

INTRODUCCION

El increíble crecimiento de la población mundial constituye uno de los acontecimientos más trascendentales de nuestra era.

Fué hasta después de la Segunda Guerra Mundial que se despertó la inquietud sobre el peligro que pudiera cernirse con motivo de la sobrepoblación, y que llevaría a innumerables consecuencias adversas en diferentes aspectos.

Si el crecimiento de la población continuara al ritmo actual, la población mundial para el año 2000 sería mayor del doble que era en 1960. La planificación familiar probablemente reducirá poco a poco la tasa mundial de crecimiento demográfico, pero las predicciones más conservadoras todavía hablan de elevados incrementos en la población mundial.

Hay gran controversia en lo que se refiere a cuántas personas puede sostener nuestro planeta. Sin duda hay algún límite. A las presentes tasas de crecimiento, en un siglo y medio habrá cerca de diez veces la población actual. En seis siglos y medio habría una persona por cada 30 cm² de superficie terráquea que no se encuentra ahora bajo el agua.

Independientemente de estos datos, que algunos arguyen simplemente teóricos, los problemas de la sobrepoblación son ya evidentes en muchas naciones, especialmente en las menos desarrolladas.

En lo referente a alimentación, además de consumo exagerado de alimentos, se ha observado una disminución de campos cultivables; por otro lado la sobre población ha traído como consecuencia dificultades en la atención médica y en la educación, las cuales son totalmente inadecuadas en algunos países. El naci miento y la falta de espacio para recreación y contacto con la naturaleza, au- nados a salud y educación deficientes, han sido consecuencia de problemas so- ciales como desempleo, aumento de la criminalidad y conductas antisociales - en general, ya sean individuales o de grupo.

Es indudable que los adelantos de la medicina al lograr una disminución de la mortalidad y un aumento de la supervivencia, han contribuído a la sobrepobla- ción, lo cual en parte es paradójico, ya que al parecer, el salvar vidas puede irónicamente acelerar la miseria humana, y es por ello que la ciencia médica ha asumido también responsabilidad en la solución de este problema, con dos objetivos principales: en primer lugar reducir las tasas de crecimiento de la población y en segundo, contribuir con su acción al mejoramiento de la salud integral a nivel familiar, al evitar las concepciones no deseadas o inconvenien- tes.

Esta acción por supuesto que tiene implicaciones éticas y sociales importantes, cuya responsabilidad debe de ser compartida siempre, tanto por los médicos como las pacientes y las instituciones.

En los últimos años el problema de la planificación familiar ha sido motivo de atención en todos los niveles y en todo el mundo. Aunque se ha utilizado dife- rentes términos para denominarlo como: anticoncepción, control de la natali-

dad, paternidad responsable, etc. en nuestro país se ha aceptado el de planificación familiar que expresa la noción positiva de desear y planear un número determinado de hijos y no solamente la de evitar concepciones o nacimientos.

Sin importar en realidad cómo se le llame, para este fin se han ideado en un sentido genérico los llamados métodos anticonceptivos, que son todos aquellos que previenen o evitan la concepción: físicos (coito interrumpido o método de Onan, abstención periódica o ritmo), mecánicos (preservativo, diafragma, dispositivo intrauterino), químicos o farmacéuticos (jaleas, cremas, ovulos, hormonales de aplicación local, parenteral o por vía oral), y quirúrgicos (vasectomía y ligadura o sección de las trompas de Falopio); siendo estos últimos definitivos, es decir que al aplicarlos se provoca la esterilidad permanente del individuo.

La mayoría de los anticonceptivos introducen nuevas complejidades en las relaciones sexuales. Por otra parte, la sexualidad y la anticoncepción están relacionadas íntimamente. Algunas personas han sufrido graves culpas por el uso de anticonceptivos prohibidos por sus creencias religiosas. Los esposos pueden diferir en sus convicciones. La práctica de la anticoncepción puede ser un foco de fricción entre los conyuges, o de amor y cooperación. Lo mismo puede decirse de las decisiones sobre la concepción de un niño.

Cuando ocurren relaciones sexuales extramaritales, la anticoncepción parece especialmente importante. Algunos autores piensan que la disponibilidad de la anticoncepción fomenta el incremento de tales relaciones, pero la investigación sobre este punto es sumamente escasa. Con menos pesimismo algunos

creen, que los hijos no deberían nacer sin el amparo de una familia; y que la perfecta anticoncepción cambiaría el error de las relaciones sexuales no matrimoniales.

Los aspectos psicológicos de la planificación familiar incluyen multitud de áreas más allá de las pocas a ser tratadas en este estudio. Las razones por las que, los padres quieren o no quieren la concepción, y practican o no la anticoncepción efectivamente, son obviamente importantes. Las satisfacciones y nuevas dimensiones que traen los hijos, así como los costos emocionales que ellos proporcionan, están incluidos entre los aspectos básicos de las vidas de los padres. Quienes no pueden tener hijos sufren con frecuencia intensas reacciones personales. Muy diferentes son los problemas de aquellos que tienen más hijos de los que desean, o del sexo "incorrecto" o en el momento "inoportuno". Si las concepciones indeseadas llevan hacia indeseables efectos en los padres de los niños, afectarán muchos aspectos de la salud mental tanto del padre como del hijo.

Desde hace tiempo se han hecho bastantes intentos por controlar la natalidad; pero el control racional sobre el esparcimiento y el número de nacimientos para grandes partes de la población, cualesquiera que sea, parecen un desarrollo reciente en la historia de la humanidad. En algunos países desarrollados, la planificación familiar es el arma más importante para guiar hacia la sustancial disminución en las familias muy grandes, y para reducir a tiempo los nacimientos en años de posible reproducción. La entrada a gran escala de mujeres en la fuerza de trabajo y en otras actividades fuera del hogar, depende en gran parte de su habilidad para limitar el número de su familia.

La esterilización no puede usarse para posponer o espaciar los nacimientos. Solo es útil después de que se han tenido todos los hijos que se han deseado. Pero cuando se alcanza este punto, la esterilización podría parecer el paso ideal para controlar la natalidad, ya que de entre los métodos anticonceptivos es el que previene las concepciones en el porcentaje más elevado. Las objeciones psicológicas constituyen una de las razones principales para que tales operaciones no sean mas comunes. La esterilización se percibe con frecuencia simbólicamente, como una castración o desexualización, con el acompañamiento de: pérdida de potencia, juventud y vitalidad. Sin embargo las nociones sobre la mutilación y la acción mutilante, exceden en mucho la realidad médica de la operación.

Algunas veces los progenitores se manifiestan en contra de la esterilización porque si uno de los esposos muere y el otro se vuelve a casar, este podría desear más hijos. Adelantarse a la muerte del esposo puede encubrir presentimientos de divorcio o separación. El divorcio o la muerte del esposo pueden ser racionalizaciones del miedo a castrarse, o puede indicar la aversión a experimentar la esterilización.

Es por todo esto que debido a las necesidades actuales de planificación familiar y al incremento en los últimos años de métodos definitivos para esta planeación, recientemente se están efectuando en diferentes partes del mundo, estudios para la evaluación tanto de los aspectos funcionales como psicológicos en aquellas mujeres que han sido sometidas a este procedimiento quirúrgico. Sin embargo al revisar la literatura tanto nacional como internacional, al respecto, se ob-

serva que esta es escasa, por lo que, juzgamos conveniente hacer una investigación en nuestro medio que pudiera en un momento determinado servir de - base para estudios posteriores.

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social se estudiaron 198 pacientes captadas al azar, tanto en la consulta externa prenatal ó ginecológica, como en las áreas de labor y hospitalización; las cuales solicitaban o aceptaban voluntariamente el método definitivo de esterilización, denominado en este hospital como oclusión tubaria bilateral o salpingo-clasia. La captación de las pacientes se hizo entre los meses de octubre de - 1980 a febrero de 1981.

Antes de hacerles el procedimiento de esterilización ya mencionado, se les - efectuó una encuesta mediante interrogatorio directo, que contemplaba los si-guientes aspectos: a) Datos generales como, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso familiar mensual, tiempo de matrimonio, etc. b) Antece-dentes ginecobstétricos como, inicio de vida sexual activa, número de embarazos y paridad, número de embarazos planeados, así como número de embara-zos debidos a fallas en algún tipo de anticonceptivos, métodos anticonceptivos usados con anterioridad, patrón menstrual y síntomas concomitantes, núme-ro de relaciones sexuales en un mes, presentación de orgasmo durante - las relaciones sexuales, causas a las que atribuyen la falta de orgasmo, - etc. c) Aspectos psicológicos en relación con las áreas de ajuste emocional e integración familiar, en las que se recibió orientación del servicio de psicolo

gía del hospital.

Al ser dadas de alta, las pacientes fueron citadas seis meses después a consulta, con el fin de repetir parte de la encuesta y observar los posibles cambios en los parámetros estudiados.

Esta segunda encuesta se llevó a cabo durante los meses de mayo a agosto de 1981, y a todas las pacientes se les envió recordatorio mediante telegrama, - la semana anterior a la cita.

RESULTADOS

De las 198 pacientes estudiadas inicialmente, solo 52 acudieron a la cita, a pesar del recordatorio telegráfico, por lo que para el análisis de resultados solo se consideraron los 52 casos en que el estudio se completó.

A 29 pacientes (55.76 por ciento) se les efectuó la oclusión tubaria bilateral en el período pos parto inmediato; a 17 (32.69 por ciento) en el transcurso de una cesárea; y solamente a seis (11.55 por ciento) en período de intervalo.

Las 52 intervenciones quirúrgicas se llevaron a cabo con la técnica de Pomeroy.

La edad media de las pacientes fue de 30.19 años, con edad mínima de 19 años y máxima de 45 (cuadro I).

gía del hospital.

Al ser dadas de alta, las pacientes fueron citadas seis meses después a consulta, con el fin de repetir parte de la encuesta y observar los posibles cambios en los parámetros estudiados.

Esta segunda encuesta se llevó a cabo durante los meses de mayo a agosto de 1981, y a todas las pacientes se les envió recordatorio mediante telegrama, - la semana anterior a la cita.

RESULTADOS

De las 198 pacientes estudiadas inicialmente, solo 52 acudieron a la cita, a - pesar del recordatorio telegráfico, por lo que para el análisis de resultados - solo se consideraron los 52 casos en que el estudio se completó.

A 29 pacientes (55.76 por ciento) se les efectuó la oclusión tubaria bilateral en el período pos parto inmediato; a 17 (32.69 por ciento) en el transcurso de una cesárea; y solamente a seis (11.55 por ciento) en período de intervalo.

Las 52 intervenciones quirúrgicas se llevaron a cabo con la técnica de Pome-roy.

La edad media de las pacientes fue de 30.19 años, con edad mínima de 19 años y máxima de 45 (cuadro I).

Entre los antecedentes de importancia se encontró, que la edad de inicio de la vida sexual activa fue a los 19.13 años como media, con mínima a los 14 y máxima a los 30.

E D A D		
AÑOS	CASOS	POR CIENTO
- 20	3	5.76
21 - 30	24	46.15
31 - 40	22	42.33
41 -	3	5.76
TOTAL	52	100.00

CUADRO I

En cuanto a escolaridad el término medio de educación fue de quinto año de primaria y el máximo en preparación educacional fue tercero de secundaria.

El estado civil referido por las pacientes fue el siguiente: 45 (86.53 por ciento) eran casadas; cuatro (7.69 por ciento) vivían en unión libre; dos (3.84 por ciento) eran solteras; y una paciente (1.94 por ciento) era divorciada.

Las pacientes, tenían como media 4.32 hijos vivos y 0.28 hijos muertos.

Otro de los datos obtenidos, fue el de ingreso familiar mensual, cuyo promedio fue de \$8,432.70.

En lo referente a ocupación, 41 pacientes (78.84 por ciento) se dedicaban a actividades propias del hogar; mientras que 11 (21.16 por ciento) eran empleadas.

El tiempo de matrimonio de las pacientes fue: mínimo dos años; máximo de 26 con media de 9.7 años.

Por lo que respecta al promedio de embarazos se encontró como media 5.07; con mínimo de dos y máximo de 14, cuando decidieron la oclusión tubaria bilateral (cuadro II).

GESTACIONES		
NUMERO	CASOS	POR CIENTO
2 - 5	35	67.30
6 - 10	13	25.00
11 - 14	4	7.70
TOTAL	52	100.00

CUADRO II

Los métodos anticonceptivos usados con anterioridad por las pacientes fueron los siguientes: en 23 casos (44.23 por ciento) hormonales orales; en 20 (38.46 por ciento) dispositivo intrauterino; en ocho (15.38 por ciento) óvulos espermaticidas; en seis (11.53 por ciento) hormonales parenterales; en tres (5.76 por ciento) preservativos; en tres (5.76 por ciento) espuma espermaticida y en dos (3.84 por ciento) ritmo.

Se encontró que el último embarazo fue planeado en 14 pacientes (30.43 por ciento) y que en 15 (32.60 por ciento) se debió a falla del método anticonceptivo utilizado. Estos datos corresponden a 46 pacientes ya que en seis se les efectuó la oclusión tubaria bilateral en período de intervalo. Sin embargo de las 52 pacientes estudiadas, siete (13.46 por ciento) refirieron falla de algún mé-

todo anticonceptivo en otros embarazos previos, lo cual hace un total de 22 casos (42.30 por ciento) de embarazos no planeados que ocurrieron por este motivo.

La decisión de la intervención quirúrgica fue de la manera siguiente: exclusivamente por la paciente en 15 casos (28.84 por ciento); por ambos conyuges en 29 (55.76 por ciento); solamente por el esposo en tres (5.76 por ciento); y por indicación médica en cinco (9.64 por ciento). De estos últimos, cuatro fueron indicados por cesárea iterativa y el otro por diabetes insulino-dependiente. A pesar de haber sido en estos últimos casos la intervención por indicación médica, la decisión final siempre fue tomada por la paciente.

Excluyendo los casos de indicación médica, las causas principales que influyeron en la decisión por la esterilización se indican en el cuadro III, en el que se observa que predominaron el factor económico y el número de hijos.

FACTORES QUE INFLUYERON EN LA DECISION POR LA
ESTERILIZACION

FACTORES	CASOS	POR CIENTO
Económico	36	76.59
Paridad	34	72.34
Problemas Conyugales	3	6.38
Inestabilidad Emocional	1	2.12

CUADRO III

En cuanto al patrón menstrual, las 52 pacientes se referían normorreicas con ciclos menstruales promedio de 28 a 30 días con 3 a 5 de duración.

En las relaciones sexuales se observó, que se realizaban con un promedio de 7.53 veces al mes y 43 pacientes (82.69 por ciento) notificaban satisfacción con dicho promedio. En lo referente al orgasmo durante sus relaciones sexuales, se encontró que 35 (67.30 por ciento) lo presentaban y las causas atribuibles a la falta del mismo se muestran en el cuadro IV.

CAUSAS DE FALTA DE ORGASMO

CAUSAS	CASOS	POR CIENTO
Dispareunia	7	13.46
Temor al embarazo	16	30.76
Problemas conyugales	4	7.69

CUADRO IV

Los resultados obtenidos de los estudios hechos en las áreas de ajuste emocional e integración familiar fueron los siguientes: 10 pacientes referían encontrarse abatidas o tristes; 18 (34.61 por ciento) habían presentado accesos de llanto o deseos de llorar; 13 (25.00 por ciento) reportaban trabajo para conciliar el sueño frecuentemente; 27 (51.92 por ciento) sentirse irritables o enojarse con facilidad; 12 (23.07 por ciento) cefaleas frecuentes. Cincuenta de las pacientes declararon sentirse contentas con la familia y 45 refirieron que existe una comunicación familiar adecuada.

Se encontró que los conflictos familiares más frecuentes fueron: alcoholismo, adulterio, agresión física, agresión verbal y desintegración familiar; su frecuencia y porcentaje se muestra en el cuadro V.

CONFLICTOS FAMILIARES

PROBLEMA	CASOS	POR CIENTO
Alcoholismo	15	28.84
Adulterio	5	9.61
Agresión Física	13	25.00
Agresión Verbal	36	69.23
Desintegración Familiar	2	3.84

CUADRO V

Seis meses después de la esteriliación, al repetir parte de la encuesta los datos recopilados fueron: 29 pacientes (55.76 por ciento) persistían en amenorrea secundaria debido a lactancia; 23 (44.24 por ciento) habían iniciado sus ciclos menstruales; de estos últimos, siete (13.46 por ciento) presentaban trastornos menstruales del tipo de la hiperpolimenorrea y 16 (38.78 por ciento) se referían normorreicas (cuadros VI y VII).

ESTADO MENSTRUAL A LOS SEIS MESES

	CASOS	POR CIENTO
En Amenorrea	29	55.76
Con Menstruación	23	44.24
TOTAL	52	100.00

CUADRO VI

PATRON MENSTRUAL A LOS SEIS MESES		
	CASOS	POR CIENTO
Hiperpolimenorrea	7	13.46
Normorreicas	16	38.78
TOTAL	23	44.24

CUADRO VII

No se observó cambio alguno en cuanto al número de relaciones sexuales; ni hubo variación en lo referente a la presentación de orgasmo.

Según lo refieren las pacientes, la actitud del esposo ante la oclusión tubaria bilateral fue: 46 de ellos (88.46 por ciento) estuvieron de acuerdo y su actitud fue positiva; seis (11.54 por ciento) ignoraron la solicitud; de estos a tres -- (5.77 por ciento) se les comunicó después de haberse efectuado la intervención quirúrgica; los otros tres (5.77 por ciento) aún siguen ignorándola.

En cuanto a las áreas de ajuste emocional e integración familiar, los datos - obtenidos en la segunda encuesta fueron los siguientes: ocho (15.38 por ciento) pacientes referían encontrarse tristes o abatidas; once (21.15 por ciento) -- habían presentado accesos de llanto o deseos de llorar; nueve (17.30 por ciento) reportaban trabajo para conciliar el sueño frecuentemente; 20 (38.46 por ciento) sentirse irritables o enojarse con facilidad; y nueve (17.30 por ciento) reportaban cefaleas frecuentes.

Las mismas cincuenta pacientes declararon sentirse contentas con su familia, así como las cuarenta y cinco referían que existe una comunicación familiar adecuada.

En los conflictos familiares se encontró: 16 pacientes referían alcoholismo - del cónyuge; cinco sabían con certeza la existencia de adulterio por parte del esposo; dos reportaban desintegración familiar; 15 agresión física y 39 agresión verbal (cuadro VIII).

CONFLICTOS FAMILIARES		
PROBLEMA	CASOS	POR CIENTO
Alcoholismo	16	30.76
Adulterio	5	9.61
Agresión Física	15	28.84
Agresión Verbal	39	75.00
Desintegración Familiar	2	3.84

CUADRO VIII

COMENTARIOS

Este estudio prospectivo fue planeado en un principio de tal manera que, la primera encuesta fuese aplicada a 200 pacientes, de las cuales por lo menos acudieran a la segunda encuesta 100 de ellas, lo cual sería desde el punto de vista estadístico un número valorable. Sin embargo, a pesar del recordatorio telegráfico sólo acudieron a su cita 52 pacientes, por lo que los resultados y porcentajes se derivan de este número.

La razón por la cual el número de oclusiones tubarias bilaterales fué mayor en el período posparto que transcesárea o de intervalo, es debido a que tanto en nuestro hospital, como en cualquier otra unidad obstétrica, la mayoría de los embarazos se resuelven por la vía natural.

La edad observada en las pacientes estudiadas es lógica debido a que se encuentran en la fase media de la vida reproductiva de la mujer.

La mayoría de nuestras pacientes son de un status social bajo, por lo que su nivel educacional en consecuencia es precario; un gran porcentaje de ellas casadas y dedicadas a las labores del hogar, menos de una cuarta parte de ellas trabajan fuera de su casa.

Se observa un alto número de embarazos (5.07 como promedio), con mayor porcentaje de embarazos no planeados, y algunos debidos a fallas de métodos anticonceptivos; todas nuestras pacientes habían utilizado por lo menos un método anticonceptivo previo.

La decisión de la oclusión tubaria bilateral en más de la mitad de los casos fué por acuerdo de ambos conyuges, y en los casos en los cuales el esposo ignoraba la solicitud de dicha intervención quirúrgica, los problemas maritales eran graves.

La mayoría de las pacientes decidieron la esterilización por problemas económicos y por la gran paridad, en ese orden.

En cuanto al estudio de patrón menstrual, más de la mitad de las pacientes se encontraban aún en amenorrea secundaria a los seis meses, debido a que se encontraban en período de lactancia; sin embargo un pequeño porcentaje de ellas (13.46 por ciento) referían hiperpolimenorrea, como transtorno según su patrón menstrual previo. Tomando en cuenta que la segunda encuesta de este estudio, se realizó a los seis meses, tiempo en el cual el 55.76 por ciento de las pacientes aún no habían presentado su primera menstruación, consideramos que este tipo de estudios deben de llevarse a cabo en un plazo mayor de tiempo para poder valorar satisfactoriamente este parámetro.

Las relaciones sexuales, no variaron en cuanto a número antes y después de la oclusión tubaria bilateral, así como las pacientes que referían orgasmo en sus relaciones sexuales fueron las mismas después de la esterilización; sin embargo refieren que el número de orgasmos aumentó debido a la pérdida del temor ante otra posible gestación.

En cuanto a las áreas de ajuste emocional e integración familiar, no hubo cambios significativos después de efectuada la oclusión tubaria bilateral, pero -

encontramos que el tipo de pacientes que acude a este hospital, se trata de - personas pasivas, dependientes la mayoría de ellas del conyuge, con capacidad intelectual no desarrollada, con gran adaptación al medio, tolerancia a la -- frustración, y sus problemas tanto económicos como conyugales son los facto res principales que las llevan a solicitar o aceptar voluntariamente este méto do de esterilización.

Por otra parte, aunque su deseo de reducir definitivamente la familia es -- consciente, su información y conocimiento de los métodos definitivos es ina- decuado, traduciéndose esto en grandes dudas y temores.

Consideramos que este tipo de encuestas psicológicas, desde luego no son más que una vista panorámica de los problemas que pudieran surgir a consecuencia de la oclusión tubaria bilateral, mismos que deberán ser valorados por medio de tests psicológicos, más orientados hacia la problemática en estudio, en los próximos trabajos a realizar.

CONCLUSIONES

Uno de los problemas mundiales más debatidos en la actualidad - aunque vigen te y discutido desde hace mucho - es, sin duda el de la planificación familiar.

La oclusión tubaria bilateral, puede ser el método definitivo de planificación familiar ideal, por su gran porcentaje de eficiencia, mínima morbilidad y pocas repercusiones.

encontramos que el tipo de pacientes que acude a este hospital, se trata de - personas pasivas, dependientes la mayoría de ellas del conyuge, con capacidad intelectual no desarrollada, con gran adaptación al medio, tolerancia a la -- frustración, y sus problemas tanto económicos como conyugales son los facto res principales que las llevan a solicitar o aceptar voluntariamente este méto do de esterilización.

Por otra parte, aunque su deseo de reducir definitivamente la familia es -- consciente, su información y conocimiento de los métodos definitivos es ina- decuado, traduciéndose esto en grandes dudas y temores.

Consideramos que este tipo de encuestas psicológicas, desde luego no son más que una vista panorámica de los problemas que pudieran surgir a consecuencia de la oclusión tubaria bilateral, mismos que deberán ser valorados por medio de tests psicológicos, más orientados hacia la problemática en estudio, en los próximos trabajos a realizar.

CONCLUSIONES

Uno de los problemas mundiales más debatidos en la actualidad - aunque vigen te y discutido desde hace mucho - es, sin duda el de la planificación familiar.

La oclusión tubaria bilateral, puede ser el método definitivo de planificación familiar ideal, por su gran porcentaje de eficiencia, mínima morbilidad y pocas repercusiones.

Es necesario una mayor información educativa en la comunidad, en cuanto a -
la oclusión tubaria bilateral y todos los métodos anticonceptivos utilizados para
la planificación familiar.

Este tipo de estudios debe de llevarse a cabo en un plazo mayor de tiempo, --
para poder estudiarse a fondo todos los parámetros o repercusiones que puede
propiciar este tipo de esterilización.

BIBLIOGRAFIA

- 1.. Bakker, J. y Holzworth, A.: Psychological factors in fertility control. *Fertil. Steril.* 15: 559, 1964.
2. Cantu, J. y Hernández, A.: Actitud del médico ante la anticoncepción. *Ginec. Obstet. Mex.* 37: 222, 1975.
3. Chandrasekhar, S.: Population and planned parenthood in India. Allen & Unwin, 1961.
4. De León, J.; Arreola, M.; Velasco, S. y Ortíz, J.: Repercusiones - tardías de la salpingoclasia posparto. *Ginec. Obstet. Mex.* 41:37, 1977.
5. Lehfeldt, H.: Psychological aspects of planned parenthood. *J. Sex. Res.* 1: 97, 1964.
6. Meikle, S.; Brody, H. y Pysh, F.: An investigation into psychological effects of hysterectomy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 164: 36, 1977.
7. Ortíz, J.; Díaz, J.; Gamez, I. y Medina, M.: Consideraciones biopsicosociales de mujeres que solicitan esterilización. *Ginec. Obstet. Mex.* 41: 15, 1977.
8. Pohlman, E.: A psychologists introduction to the birth planning literature. *J. Social Issues.* 14: 143, 1967.
9. Rozgier, J.: Immediate postpartum tubal ligation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 15: 226, 1973.
10. Shchwyhart, W. y Kutner, J.: A reanalysis of female reactions to - - contraceptive sterilization. *J. Nerv. Ment. Dis.* 156: 354, 1973.