

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DE CIRUGIA
ESTERILIZANTE VOLUNTARIA Y SU TOLERANCIA AL PROCEDIMIENTO
CON ANESTESIA LOCAL.**

**ESTUDIO PROSPECTIVO PARA CONOCER EL NIVEL DE ANSIEDAD EN
PACIENTES QUE SE SOMETIERON A CIRUGIA ESTERILIZANTE
VOLUNTARIA CON ANESTESIA LOCAL Y SUS EFECTOS SOBRE LA
TOLERANCIA DEL PROCEDIMIENTO. EN LA UNIDAD DE SALUD
REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.G.S.S.) PERIODO
DEL 01 AL 31 DE AGOSTO DE 1998.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.**

POR :

GRETEL NEISINA CHANQUIN JOCOL

**Previo a optar el título de PSICOLOGA
En el grado académico de LICENCIATURA**

Guatemala, septiembre de 1998



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-1 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4762780-4, 4762983, ext. 476-1
Director: 4769962, 4762118, fax 4769914
e Mail: USACPSC@edu.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 844-98

CODIPs. 814-98

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Octubre 06 de 1998

Señorita Estudiante
GRETEL NEISINA CHANQUIN JOCOL
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta TREINTA Y SEIS NOVENTA Y OCHO (36-98) de Consejo Directivo, de fecha 30 de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DE CIRUGIA ESTERILIZANTE VOLUNTARIA Y SU TOLERANCIA AL PROCEDIMIENTO CON ANESTESIA LOCAL", de la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

GRETEL NEISINA CHANQUIN JOCOL

CARNET No. 85-16577

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Doctor Mario Lobos Orellana y revisado por el Licenciado Walter René Soto Reyes.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

13
7(1007)
o. 4

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



Guatemala, 24 de septiembre de 1,998.

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
Edificio 14-3 Ciudad Universitaria, Zona 12
Telf. 476795-4, 476985, ext. 496-1
Director: 476983, 4767219, fax 4769914
e Mail: USAC75MC@usa.gj
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS

RECIBIDO
28 SET. 1998
[Signature] 18:00 HORA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Walter René Soto Reyes, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DE CIRUGIA ESTERILIZANTE VOLUNTARIA Y SU TOLERANCIA AL PROCEDIMIENTO CON ANESTESIA LOCAL"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

GRETEL WEISINA CHANOLIN JOCOL

CARNE No.

85-16577

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para obtener **ORDEN DE IMPRESION**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICDA. EDITH REOS DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ERDM/edr
c.c. Docente Revisor/a
Archivo





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-3 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4768798-4, 4768985, ext. 300-1
Directorio: 4768982, 4767319, fax 4749914
e-mail: USA CPSIC@edu.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala, 24 de septiembre de 1,998

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**,
titulado:

**"ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DE CIRUGIA ESTERILIZANTE
VOLUNTARIA Y SU TOLERANCIA AL PROCEDIMIENTO CON ANESTESIA LOCAL"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE

GRETEL NEISIMA CHANOLIN ZOCOL

CARNE No.

85-16577

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito
DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. WALTER RENE FOTO REYES
DOCENTE REVISOR

WRSR/edr

c. c. Archivo

Docente Revisor



Guatemala, septiembre 3 de 1998

Licenciada
Edith Fios de Maldonado
Coordinadora del Centro de Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

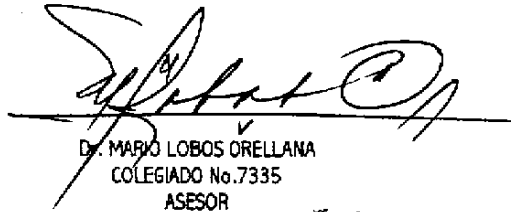
Licenciada. de Maldonado:

Informando a usted que he asesorado el Informe Final de Investigación titulado: "ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DE CIRUGIA ESTERILIZANTE VOLUNTARIA Y SU TOLERANCIA AL PROCEDIMIENTO CON ANESTESIA LOCAL".

Elaborado por la estudiante GRETEL NEISINA CHANQUIN JOCOL, con número de carnet: 8516577, de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

Al respecto y debido a que el trabajo revisado cumple con los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación en Psicología, emito el dictamen de aprobación correspondiente.

Atentamente.



Dr. MARIO LOBOS ORELLANA
COLEGIADO No. 7335
ASESOR

Dr. Mario Lobos Orellana
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 7335



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-1 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4768778-4, 4760983, ext. 490-1
Dirección: 4768993, 4767219, fax 4768914
e Mail: USA CPSIC@usac.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 644-98

CODIPs. 658-98

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Agosto 28 de 1998

Señorita Estudiante
GRETEL NEISINA CHANQUIN JOCOL
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta TREINTA NOVENTA Y OCHO (30-98) de Consejo Directivo, de fecha 19 de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DE CIRUGIA ESTERILIZANTE VOLUNTARIA Y SU TOLERANCIA AL PROCEDIMIENTO CON ANESTESIA LOCAL", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

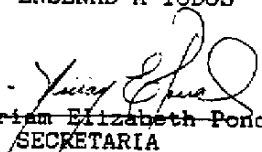
GRETEL NEISINA CHANQUIN JOCOL

CARNET NO. 85-16577

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Doctor Mario Lobos Orellana."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce U.S.A.C.
SECRETARIA



/Rosy

ACTO QUE DEDICO

A Dios	Por permitirme llegar a este momento, pues sin su luz y guía jamás hubiera podido alcanzarlo
A mis Padres	Emilio Chanquín Palacios María Agripina Jocol García de Chanquín
A mis hermanos	Lilian, Rosana, Nelson, Layla y Claudia
A mis abuelos	En especial a José María Jocol Alvarado (QEPD)
A mis cuñados y sobrinos	En especial a Rony y Saúl
A mis compañeras	Carina, Flory, Zayda y Rosa Delia

AGRADECIMIENTO

- A Dios** Por ser el centro de mi vida; por iluminar, guiar mi camino y haberme permitido alcanzar uno de mis mayores anhelos.
- A mis padrinos de Graduación** Dr. Mario Lobos Orellana
Licda. Loris Pérez Singer de Salguero
Lic. Pablo Orlando Ovalle Farfán
- A mi asesor** Dr. Mario Lobos Orellana
Por su orientación y valiosa ayuda en mi carrera profesional y brindarme sus conocimientos para la realización de este trabajo. Gracias
- A mi revisor** Lic. Walter Soto
Por su orientación en la realización de este trabajo
- A las instituciones** Universidad de San Carlos de Guatemala
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Hospital de Gineco-Obstetricia (IGSS)
- A las personas que incondicionalmente me apoyaron en la realización de esta investigación.**
- A usted** Muy atentamente

I. INTRODUCCION

La ansiedad puede ser definida, desde un punto de vista psicobiológico, como un estado del organismo en el que éste se sitúa en alerta con respecto a una amenaza a su integridad (física o psicológica) sistema de defensa para salir de una situación peligrosa. Un sentimiento subjetivo de temor indefinido, inseguridad, tensión, etc. expresándose verbalmente tales vivencias con estos u otros términos, dependiendo en parte de factores socioculturales. (1)

Es un hecho que cualquier paciente hombre o mujer sometido a un procedimiento quirúrgico presenta algún nivel de ansiedad, por enfrentarse a una experiencia nueva a veces desconocida, por las expectativas que se tienen del procedimiento, porque se percibe como una situación peligrosa.

El presente trabajo se realizó en la Unidad de Salud reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), diseñando para el efecto un estudio de tipo prospectivo durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998; el cual surgió de la necesidad de conocer el nivel de ansiedad del paciente al ser intervenido quirúrgicamente, para la realización del procedimiento, ya que la ansiedad del paciente puede provocar dificultades técnicas al realizar la cirugía; así mismo, haciendo del proceso una experiencia desagradable provocando traumas y secuelas posteriores en el paciente.

Encontrándose que de los 96 pacientes del estudio sometidos a la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local, se registró: 1 paciente con ninguna ansiedad presente tolerando el procedimiento con anestesia local en un 100%; ansiedad normal 23 pacientes de los cuales toleraron el procedimiento con anestesia local en un 100%; ansiedad mínima 35 pacientes de los cuales solamente 33 toleraron el procedimiento con anestesia local en un 94% y 2 pacientes que no toleraron el procedimiento con anestesia local en un 6 %, para lo cual fue necesaria la sedación durante la intervención; ansiedad severa 32 pacientes de los cuales no toleraron el procedimiento con anestesia local en un 100%, para lo cual fue necesaria la sedación durante la intervención; ansiedad extrema 4 pacientes de los cuales no toleraron el procedimiento con anestesia local en un 100%, para lo cual fue necesaria la sedación durante la intervención. Comprobando, que si influye el nivel de ansiedad en el paciente de cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local en la tolerancia al procedimiento.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es un hecho que cualquier paciente hombre o mujer sometido a un procedimiento quirúrgico presenta algún nivel de ansiedad, por enfrentarse a una experiencia nueva a veces desconocida, por las expectativas que se tienen del procedimiento y porque se percibe como una situación peligrosa.

Específicamente en una cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local, además de los factores anteriormente expuestos como causantes de ansiedad, también puede presentarse sentimientos de culpa, poca aceptación de la situación, insatisfacción en su decisión de no procrear más hijos, estos factores internos que pueden provocar ansiedad. La ansiedad afecta para que el proceso quirúrgico se lleve a cabo con mayor eficacia y tranquilidad; al estar el paciente muy ansioso evita que la anestesia local sea efectiva, haciendo del proceso una experiencia desagradable (provocando traumas y secuelas posteriores) tanto para el paciente como para el médico quien hace la intervención quirúrgica.

La necesidad de este estudio fue planteada por los médicos del Programa de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). ya que han observado en el área donde funciona el Programa y específicamente en la sala de operaciones, que el

componente emocional del paciente al ser intervenido quirúrgicamente es de vital importancia, para la realización del procedimiento ya que la ansiedad del paciente puede provocar dificultades técnica al realizar la cirugía.

Por medio del test IDARE de ansiedad se pretende conocer en que escala de ansiedad se encuentra el paciente previo a la operación, para decidir en base a la respuesta qué tipo de anestesia se debe administrar al paciente ya sea local o anestesia general al realizar el procedimiento quirúrgico.

La ansiedad es un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante y permite a la persona que tome medidas para enfrentarse a la amenaza.

La cirugía esterilizante voluntaria es un procedimiento quirúrgico para eliminar la fertilidad en los hombre y las mujeres.

La oclusión tubárica bilateral es un procedimiento quirúrgico voluntario de esterilización femenina definitiva, que consiste en la oclusión de las trompas de falopio impidiendo el paso del óvulo a la cavidad uterina. Este procedimiento se puede realizar en pacientes postparto y en pacientes no obstétricos. Sin alterar el funcionamiento de las gónadas (ovarios).

La vasectomía es un procedimiento voluntario para eliminar la fertilidad en los hombres de forma permanente, es un simple procedimiento quirúrgico menor.

Esta técnica también es llamada operación esterilizante del hombre, cuyo fin es bloquear los conductos deferentes para impedir el paso de espermatozoides, al bloquear el conducto deferente no hay espermatozoides en el eyaculado. Sin participación de las gónadas (testículos).

El presente problema se ubica dentro de la rama de Psicología Clínica, siendo la más apropiada para el estudio de la ansiedad en pacientes preoperatorios de esterilización permanente voluntaria y su tolerancia al procedimiento con anestesia local, por tratar dentro de los problemas de tipo emocional y conducta del paciente.

El estudio tiene relación con lo que se refiere a la causa que lleva al paciente a tomar la decisión de no procrear más hijos, los tabúes (hombria y feminidad) sobre esta operación en nuestra sociedad, estado psicológico de la persona ante una operación permanente y aceptar que jamás van a volver a tener hijos, secuelas psicológicas, problemas relacionados con su sexualidad.

La anticoncepción quirúrgica permanente voluntaria, para hombres y mujeres tiene dos dimensiones: en primer lugar lo que se proyecta a nivel familiar e individual que incluye el componente emocional y el saber el individuo que ha dejado de ser un ente capaz de continuar reproduciéndose en forma definitiva y el momento de la intervención quirúrgica le es crucial.

La segunda dimensión macro - económica se refiere a la práctica de esta operación, a la conveniencia que para un país o el mundo en general tiene el modificar el crecimiento de la población de acuerdo con las condiciones prevalecientes de dicha sociedad.

Esta intervención quirúrgica, actualmente se práctica en toda la república de Guatemala, por medio del Ministerio de Salud Pública en sus hospitales y centros de salud; Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); Asociación Pro-bienestar de la familia (APROFAM); sanatorios privados, etc.

III JUSTIFICACION

En el Programa de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se realiza la Cirugía esterilizante en hombres y mujeres, sin embargo, al momento no se ha realizado ningún estudio en esta institución considerando el componente emocional, el estudio es para detectar como influyo la ansiedad en el paciente de cirugía esterilizante voluntaria en el procedimiento con anestesia local, para evitar que tenga secuelas traumáticas posteriores, lo que se pretende es evitar que el paciente sufra Innecesariamente y que los médicos realicen su trabajo en forma incómoda ante el caos que provoca un paciente hombre ó mujer padeciendo un estado de ansiedad y desesperación durante la operación.

También dejar base para que en el futuro pueda realizarse un programa psicológico y una terapia adecuada capaz de preparar emocionalmente al paciente previó a la cirugía esterilizante voluntaria, al mismo tiempo que se da la consejería.

IV OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- 1 Conocer como influye la ansiedad en el paciente pre-operatorio de Cirugía Esterilizante voluntaria en la tolerancia al procedimiento con anestesia local.**

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Identificar en qué sexo es mas frecuente la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local.**
- 2- Identificar en qué edad es más frecuente la operación esterilizante voluntaria con anestesia local.**
- 3- Identificar el número de hijos que tiene los pacientes al momento de la cirugía esterilizante voluntaria.**
- 4- Detectar en qué escala de ansiedad se ubicaron los pacientes hombres y mujeres pre-operatorios de cirugía esterilizante voluntaria, mediante la aplicación del test específico de ansiedad.**
- 5- Detectar qué número de pacientes de acuerdo a la escala de ansiedad, si toleró el procedimiento con anestesia local.**
- 6- Detectar qué número de pacientes de acuerdo a la escala de ansiedad, no toleró el procedimiento con anestesia local.**
- 7- Verificar cuántos pacientes requirieron de anestesia general, al no tolerar el procedimiento con anestesia local.**
- 8- Determinar cuántos pacientes recomiendan el procedimiento.**
- 9- Dejar elaborado un mecanismo que permita evaluar de acuerdo a la escala de ansiedad, en la cual se encuentra el paciente si esta apto para la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local.**

V MARCO TEORICO

Antecedentes

En Guatemala actualmente la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local se práctica en hombres y mujeres en toda la república de Guatemala, por medio del Ministerio de Salud en sus Hospitales Nacionales, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); Asociación Pro-bienestar de la Familia (APROFAM); y Sanatorios Privados. Siendo considerada la misma un procedimiento más sencillo, más rápido y representa menos riesgo, según recientes estudios realizados en la Unidad de Salud Reproductiva, del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

ANSIEDAD

La ansiedad, como se ha visto, es una particular condición objetiva y subjetiva de sufrimiento que se manifiesta cada vez que el individuo debe afrontar una situación de emergencia potencialmente peligrosa, y tiene una precisa función por cuando se estimula al individuo a tratar de poner en el acto un oportuno sistema de defensa para salir de la situación de peligro. En el caso de un peligro externo, físico, la estimulación del sistema ortosimpático y al aumento del nivel de vigilancia característico de la ansiedad ponen al organismo en condiciones de afrontar más adecuadamente el peligro inminente. En el caso de un peligro interno, como el derivado de una situación de conflicto, la tensión derivada del

estado de ansiedad provoca la puesta en acto de oportunos mecanismos de defensa destinados a alejar el peligro. (1)

REACCIONES PSICODINAMICAS A LA ENFERMEDAD O CIRUGIA

Una gran variedad de reacciones emocionales van acompañadas de ansiedad. Puede producir síntomas de dolor psicógeno reacciones de dependencia, convalecencia prolongada, drogadicción o reacciones psicofisiológicas.

Los síndromes pre - operatorios:

Tienen lugar, con más frecuencia como resultado de temores, fantasías o recuerdos del pasado del paciente, que condujeron a determinadas anticipaciones llenas de ansiedad con la cirugía.

La ansiedad en este paciente se intensifica y no responde a los elementos de seguridad. Esta ansiedad se relaciona a menudo con las actitudes de la familia hacia los hospitales, los médicos, y los tratamientos médicos y quirúrgicos. Las experiencias de la niñez del paciente podrán haber incluido tantos relatos atemorizantes de médicos y hospitales como experiencias traumáticas.

1. PANCHERI, PAOLO. Manual de Psiquiatría Clínica. Editorial Trillas. México

En algunas ocasiones la pérdida de un órgano con significado simbólico, podrá ser suficientemente Impresionante para precipitar un síndrome preoperatorio. (2)

La ansiedad existe a tres niveles: un nivel neuroendócrino, un nivel visceromotor y un nivel de conocimiento consciente. Generalmente, la persona es consciente de sus sentimientos desagradables y más raramente de un intenso malestar, pero en general no conoce la causa de la ansiedad. El sentimiento desagradable tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas de la ansiedad también pueden producir confusión y distorsiones de la percepción.

La ansiedad sentida como un temor doloroso y desasosiego no formulado es la sensación libre flotante. Cuando la ansiedad produce una gran inquietud motora de llama agitación la palabra tensión describe un sentimiento de desasosiego, inquietud y temor. El pánico es una ansiedad excesiva que produce una desorganización del funcionamiento del yo. (3)

2. MACKINNON, ROGERS. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Editorial Interamericana.

México 1990. Páginas 137 - 139

3. ALFRED M. KAPLAN, M.D. HAROLD I. SADOCK M.D. BENJAMIN J. *Compendio de Psiquiatría*. Salvat Editores S.A. Barcelona España. Página 357.

Todos hemos presentado alguna vez ansiedad, que no es mas que una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores.

Aunque Freud al principio propuso una base fisiológica de la ansiedad, posteriormente concluyó que la ansiedad servía como señal del ego, del surgimiento o impulsos inconscientes. Lo que si es cierto es que la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas fuentes son fáciles de identificar, ya que frecuentemente se acompañan de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

Para comprender el significado de la ansiedad, hay que poner de relieve como las manifestaciones somáticas que se encuentran en este estado son muy semejantes a aquellas que se presentan en el animal frente a una situación de peligro. El aumento de la frecuencia cardiaca, de la tensión arterial y de la tensión muscular representa una reacción fisiológica del organismo, que se coloca en una situación más adaptada para las acciones de agresión o de defensa al confrontar un peligro físico que lo amenaza. Hay rasgos conductuales observables que hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con el paciente. Ante todo la inquietud motora: El ansioso está inquieto, no logra mantener la misma posición por largo tiempo, generalmente se estruja o se retuerce las manos, a veces se muerde las uñas o se lastima los labios con los

dientes, su lenguaje suele ser rápido y puede mostrar vacilaciones o tartamudeo, etc. (4)

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ANSIEDAD

El paciente con estado de ansiedad, presenta una actitud y comportamiento aprensivo y tenso, un aumento en la tensión muscular que se revela en su expresión facial y en su postura y dificultad para relajarse, de una manera característica, se sienta en el borde de la silla durante la consulta, cuando la tensión, muscular es muy marcada se advierten temblores en sus manos, continuos cambios de posición, tics, elevación de hombros, mirada furtiva y móvil, parpadeo incesante o mutismo, etc.

Los concomitantes corporales consisten en alteraciones del sistema muscular, del sistema neurovegetativo y del control nervioso autónomo de las funciones de diferentes órganos y sistemas, tensión de la musculatura voluntaria; sudoración de la frente, axilas y palma de las manos, taquicardia, hipertensión, respiración superficial y rápida, acompañada a veces de frecuentes suspiros, sequedad en la boca, contracciones epigástricas, náuseas y dispepsia, así como Incontinencias, diarrea o estreñimiento.

4- PANCHERI, PAOLO. Manual de Psiquiatría Clínica. Editorial Trillas, México 1979.

Páginas 30 -36 y 210.

El apetito suele verse menoscabado por algunas personas víctimas de la ansiedad, comen con mayor cantidad, dado que ello allivia su tensión emocional. Una mayor urgencia y frecuencia de la micción es corriente en el sistema génito - urinario. La ansiedad puede comprometer la función sexual, originar frigidez en la mujer e impotencia de erección en el hombre.

La ansiedad y sus manifestaciones psíquicas y somáticas, pueden representar un papel importante en el cuadro clínico y sumarse a la zozobra natural sentida por el paciente, además de influir en el resultado final prácticamente de todos los trastornos funcionales y quirúrgicos; por eso es importante para el profesional cualquiera que sea su disciplina, familiarizarse con el diagnóstico de ansiedad y con el papel que desempeña ésta en la enfermedad del paciente sea cual fuere su origen primario, psíquico o somático.

El reconocimiento de la presencia de la ansiedad y de su influencia en la sintomatología del paciente, aumentará el alto grado de capacidad del médico para dar una atención total (psicosomática) a su cliente, por tanto esta afección no es sólo un problema psiquiátrico; su importancia se extiende a todo el campo del ejercicio. (5)

5- DIEZ BENAVIDES, MARIANO. De la emoción a la lesión. Editorial Trillas. México 1976. Páginas 28-30

LOS CONCEPTOS DE ANSIEDAD - ESTADO Y DE ANSIEDAD - RASGO

La Ansiedad - Estado: es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio (la ansiedad en la persona como situacional del aquí y ahora) del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad - Rasgo: se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables (en este caso, se considera la ansiedad como un modo de ser, más que como un modo de estar en un momento dado), en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad - estado. Como concepto psicológico, la Ansiedad - Rasgo tiene las características del tipo locuciones que Atkinson (1960) llamó "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en forma especial, como a manifestar tendencias de respuestas "objeto consistentes".

Los conceptos de Ansiedad - Estado y Ansiedad - Rasgo pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La ansiedad - Estado, como energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La Ansiedad - Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto de la cantidad cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la Ansiedad - Rasgo implica la diferencia entre las persona en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad - Estado. (6)

CIRUGIA ESTERILIZANTE

Es un procedimiento quirúrgico permanente y voluntario, para eliminar la fertilidad en los hombres y mujeres.

6- SPIELBERGER, CHARLES DR. Y DIAZ GUERRERO ROGELIO DR. IDARE,
Inventario de Ansiedad Rango - Estado. Editorial Manual Moderno, S.A. México
D.F. 1975. Página 1.

LA OCLUSION TUBARICA BILATERAL

Es un procedimiento quirúrgico voluntario de esterilización femenina definitiva, que consiste en la oclusión de las trompas de falopio impidiendo el paso del óvulo a la cavidad uterina. Este procedimiento se puede realizar en pacientes post-parto y en pacientes no obstétricos.

La aplicación de este procedimiento se limita a los hospitales que pretenden por métodos sencillos y de bajo costo tener una amplia cobertura y proporcionar la mejor calidad de servicio. Un aspecto muy importante en los beneficios de esta técnica, es que a través de estudios anteriores presentando mayores ventajas, que a pesar de ser una cirugía sencilla hecha con anestesia local, tiene una eficacia elevada e inmediata y no hay efectos secundarios a largo plazo, además con la creación de esta técnica se ha comprobado que la posibilidad de complicaciones es mínima y reduce los costos, riesgos operatorios, anestésico y estancia hospitalaria.

La minilaparatomía es una versión modificada y simplificada de la diaparatomía convencional, la minilaparatomía es una operación sencilla y práctica para la oclusión de las trompas de falopio u oviductos. Utilizando una pequeña incisión de 2.5 a 3 cms. de longitud a nivel suprapúbico o infraumbilical según sea un paciente de intervalo o puerperio inmediato respectivo. Se localizan directamente dichas trompas movlizando el útero con un instrumento vaginal.

El mecanismo de acción de este procedimiento es que mediante la oclusión de las trompas impida el paso del óvulo a la cavidad uterina y pueda ser

fecundado. La simplicidad es la característica fundamental de las instalaciones y del equipo necesario para realizar la minilaparatomía.

Esta operación aumenta la aceptación por parte de las mujeres y reduce las Incomodidades post-operatorias. La mujer puede regresar a su casa el mismo día lo que hace posible la esterilización en pacientes externas o no hospitalizadas (7).

Procedimiento Quirúrgico: Para la oclusión tubárica Bilateral, se requiere un equipo y material de cirugía corriente y un equipo vaginal, es suficiente con que la sala de operación sea una habitación adecuada para llevar a cabo operaciones de cirugía menor, esta operación puede realizarse con anestesia local.

Indicaciones médicas, se pueden señalar como requisitos obvios o mínimos para llevar a cabo la esterilización femenina las siguientes:

Que existan circunstancias que a juicio médico la aconsejen.

Que la mujer en principio haya logrado el número y las características de hijos por sexo que ella y su cónyuge consideren ideales o aceptables.

7. FEDERACION MUNDIAL DE AGENCIAS DE SALUD PARA LA PROMOCION DE LA ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA. Páginas 5-26.

Que la pareja acepte el procedimiento luego de conocer las implicaciones de la esterilización.

Otras indicaciones médicas podemos dividir las en:

Obstétricas: que comprenden aquellas situaciones en que el embarazo se comporta como el agente etiológico directo al daño de la mujer o para su hijo entre ellas cesáreas previas, gran multiparidad, enfermedad hemolítica, toxemia o repetición, trastornos genéticos, patología obstétrica iterativa.

Generales: trastornos propios de la mujer como cardiopatías, nefropatías, hipertensión arterial, diabetes, trastornos psiquiátricos, leucosis carcinoma del seno.

Como en cualquier procedimiento de tipo quirúrgico las contraindicaciones se dividen en absolutas y relativas.

Contraindicaciones Absolutas: tumor pélvico de tamaño mediano y grande uterino u ovario; en embarazo en evolución, enfermedad pélvica y cualquier otro proceso infeccioso agudo de la cavidad pélvica, dermatitis severa de la pared abdominal.

Contraindicaciones Relativas: Obesidad extrema con exagerado pániculo adiposo en la pared abdominal; sospecha de adherencias pélvicas por infecciones o cirugías previas, endometriosis; cardiopatías descompensadas; enfermedades pulmonares avanzadas.

Mortalidad en recientes investigaciones no se han reportado de casos de mortalidad:

Ventajas: Los beneficios de la minilaparatomía esterilizante con anestesia local, es que brinda una eficacia elevada con una tasa de embarazo del 0.2 a 1 por cada 100 mujeres en el primer año, tiene eficacia inmediata, es permanente, es una cirugía sencilla, no hay que incurrir en ningún costo ulterior ni tener preocupación alguna sobre anticoncepción. No tiene efectos secundarios a largo plazo y no interfiere en función sexual. (8)

LA VASECTOMIA

La vasectomía sin bisturi es un método anticonceptivo inócuo y seguro. Es un procedimiento voluntario para eliminar la fertilidad en los hombres en forma permanente. Esta Técnica fue creada e introducida en China en 1974, y hasta el momento en ese país la vasectomía sobrepasa a la oclusión tubárica como método quirúrgico voluntario de esterilización.

8- CAMPOS GONZALEZ, LOPEZ GONZALEZ, MERCADO MONTOYA. Ginecología y obstetricia de México. Editorial. México 1993. Páginas 235, 285.

La historia de la vasectomía refleja estrechamente no sólo progresos científicos, sino también cambios políticos, económicos y culturales de los últimos 150 años. En 1823, Sir Astley realizó el primer trabajo experimental de vasectomía en perros. También se pensó que la interrupción del conducto deferente podría curar la hipertrofia prostática. Uno de los conceptos erróneos para el empleo de la vasectomía fue "La operación de rejuvenecimiento", popularizada por el fisiólogo austriaco Steinach.

En la actualidad se observan en estudios realizados en varios países pequeños y en vías de desarrollo que existe una sobre población que no permite una evolución adecuada de éstos. Según el calendario de APROFAM para 1996 estima que la tasa de crecimiento poblacional en Guatemala es de 3%, y a nivel internacional es tasa de crecimiento mayor de 2% se considera alta. Algunos países desarrollados al tener el mismo problema de sobre población, introdujeron varios métodos de planificación familiar y entre ellos la vasectomía. Dicho método es muy efectivo ya que provee de protección permanente contra el embarazo con eficacia del 99%.

Mediante estudios realizados sobre la técnica de vasectomía común se observó que producía algunas complicaciones que eran molestas para el paciente que se sometían al procedimiento. Entre estas complicaciones sobresalían los hematomas e infecciones y materiales para técnicas quirúrgicas. Además gastos de hospitalización y material para la cirugía; por lo que a través del tiempo se ha

tratado de modificar la técnica para reducir las complicaciones, gastos y tiempo quirúrgico. (9)

La vasectomía sin bisturí es un simple procedimiento quirúrgico menor. Esta técnica es también llamada operación esterilizante del hombre, cuyo fin es bloquear los conductos deferentes para impedir el paso de espermatozoides en el eyaculado.

La eficacia: la vasectomía es un método anticonceptivo muy efectivo, similar a la esterilización femenina. En estudios recientes las tasas de fracaso han fluctuado entre el 0 y 2.2% y otros estudios mencionados que se podrían esperar una tasa de falla del método de aproximadamente el 0.1 al 0.5% en el primer año, similar a la de la esterilización femenina. La vasectomía a diferencia de la esterilización femenina, no redonda en infecundidad inmediata. Los espermatozoides acumulados en el aparato reproductor del hombre, al extremo uretral de la obstrucción, deben ser expulsados antes de que una pareja pueda considerarse protegida de un embarazo. La expulsión completa de los espermatozoides puede ocurrir a la semana siguiente de la vasectomía o puede tomar de 10 a 12 semanas.

9- BETH, J. KOWAL, D. Tecnología Anticonceptiva. Editorial Internacional. Páginas 265 - 272.

Los fracasos de la vasectomía se deben generalmente a: Coitos no protegidos antes de que el aparato reproductor esté libre de espermatozoides, recanalización espontánea del conducto deferente, inadvertida durante la intervención.

Ventajas de la vasectomía sin bisturí: Es un procedimiento perfeccionado, que produce al mínimo el sangrado del trauma de los tejidos. Desde el punto de vista del cliente que se somete a la vasectomía, la técnica sin bisturí produce menos dolor y un rápido restablecimiento. En la vasectomía sin bisturí, debido a que no se practica incisión, se piensa que este procedimiento disminuye la aprensión de los hombres con respecto a la vasectomía.

Entre los beneficios que se pueden mencionar de la vasectomía ya sea con o sin bisturí; encontramos que: 1. Es muy eficaz como método anticonceptivo; 2. Puede ser reversible, pero se debe explicar a los pacientes que eligen este método que es más que todo permanente; 3. Cirugía sencilla que se hace bajo anestesia local; 4. Implica menos riesgos quirúrgicos y menos gastos que la esterilización femenina; 5. No existe preocupación ni gastos ulteriores relativos a la anticoncepción; 6. No interfiere con el coito ni con la función sexual. (10)

10. VASECTOMIA SIN BISTURI. Guía ilustrada para cirujanos. Asociación For Voluntary Surgical Contraception. 1993. Páginas 265-272.

HIPOTESIS

A mayor Ansiedad menor tolerancia en pacientes hombres y mujeres a la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Ansiedad

Ansiedad es la señal de alerta que advierte el peligro amenazante y permite a la persona que tome medidas para enfrentarse a la amenaza.

INDICADORES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Niveles de Ansiedad

- **ninguna ansiedad**
- **ansiedad rango normal**
- **ansiedad mínima**
- **ansiedad severa**
- **ansiedad extrema**

VARIABLES DEPENDIENTES

Tolerancia y anestesia local.

Tolerancia se refiere al estado emocional y a la conducta del paciente durante la intervención. Anestesia local es la que permite que el individuo esté

consciente mientras realizan la intervención, y únicamente pierda la sensibilidad en el área donde se realiza la cirugía.

INDICADORES DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

- tenso
- incomodo
- agitación nerviosa en las manos
- postura cambiante
- temblor en las manos
- ceño arrugado
- facies tensa
- aumento de tono muscular
- respiración jadeante
- palidez facial
- traga saliva
- taquicardia de reposo
- temblor
- sudor
- Anestesia local tipo de anestesia utilizada en la intervenció

IV METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo.

SELECCION DE LA MUESTRA:

La muestra fue de tipo estratificada, la conformaron 95 pacientes: 11 hombres y 84 mujeres que fueron sometidos a la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local, durante el mes de agosto de 1998, entre las edades de 21 a 50 años, en la Unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

CRITERIO DE INCLUSION:

En el estudio se incluyó a todos los pacientes que fueron sometidos a la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local.

CRITERIO DE EXCLUSION:

Todos los pacientes que no cumplen con los criterios de inclusión.

TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Cuestionario de entrevista:

Se utilizó para recolectar información concreta sobre los datos personales de los pacientes que fueron parte del estudio, y otros aspectos tales como: Cúal es la situación del paciente, cuáles son sus sentimientos y concepciones acerca de su operación, y qué piensa sobre las consecuencias dentro de su grupo social.

Para el efecto se diseñó una ficha individual de entrevista para los pacientes integrantes de la muestra (pacientes hombres y mujeres que les realizaron la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local), la cual se realizó previo a la operación y nos permitió informar al paciente que formaba parte del estudio.

Test - IDARE - Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado

Se les aplicó el test IDARE en referencia, previo a la intervención quirúrgica, en forma individual, con el cual se determinó en qué escala de encontraba el paciente previo a la operación.

El test IDARE consta de 40 preguntas dirigidas al paciente; 20 preguntas son para conocer su ansiedad-estado, que registra cómo se siente él en ese momento previo a la intervención quirúrgica; y las otras 20 preguntas son para

conocer la ansiedad rasgo que se refiere al modo de ser de la persona en forma general.

Se hizo uso del test IDARE, por haber sido utilizado con anterioridad en pacientes de medicina general y de cirugía con grandes muestras para lo cual fue posible estandarizarlo.

Ficha de Observación:

La observación en las salas de operaciones fue para conocer y anotar las reacción o cambio de conducta del paciente hombre o mujer, y se realizó durante la cirugía esterilizante voluntaria; así como todos los signos y síntomas que presentó y manifestó, lo cual es fundamental en el presente estudio.

Boleta de entrevista:

Se elaboró una boleta dirigida a los pacientes después de haber sido intervenidos quirúrgicamente, con la finalidad de saber si recomiendan o no el procedimiento con anestesia local y conocer el porqué de su respuesta. Así mismo, un breve resumen sobre su experiencia personal.

TECNICA DE ANALISIS

Interpretación de datos :

La interpretación de los datos se hizo con la utilización de la estadística descriptiva, para los resultados cuantitativos, con la ayuda de cuadros, frecuencias y porcentajes.

Para la interpretación del test -IDARE- Invetario de la Ansiedad Rasgo-Estado, se hizo uso de la clave específica, de acuerdo al punteo obtenido y escala correspondiente, por medio del cual fue posible ubicar a los pacientes dentro de la escala de ansiedad (ninguna, normal, mínima, severa, extrema).

La interpretación de los datos cualitativos se hizo en forma descriptiva con los resultados del estudio.

**VII. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION
DE RESULTADOS**

La Población:

El estudio lo integraron 95 pacientes de ambos sexos, sometidos a la operación esterilizante voluntaria con anestesia local, en la Unidad de Salud Reproductiva, del Hospital de Gineco Obstetricia, durante el periodo del 01 al 31 de agosto de 1998; el cual surgió por considerar de vital importancia el componente emocional del paciente y específicamente para conocer como la ansiedad influye en la tolerancia al procedimiento con anestesia local. A continuación se presentan los datos de los resultados obtenidos:

DATOS GENERALES

Distribución por sexo de pacientes sometidos a cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

CUADRO No. 1

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	11	12 %
Mujeres	84	88 %
Total	95	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

Como podemos observar en el cuadro No.1, el total de la población del estudio estaba integrada en 11% hombre y 88% mujeres, lo que demuestra que en la sociedad guatemalteca es parte de la cultura que en la mayoría de parejas sea la mujer la que se someta a la operación esterilizante, como medida para el control de la natalidad.

Edad de los pacientes al momento de realizarse la cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 2

HOMBRES

Intervalo de edades. (años)	Frecuencia	Porcentaje
20 - 25	2	19 %
26 - 30	3	27 %
31 - 35	3	27 %
36 - 40	1	9 %
41 - 45	1	9 %
46 - 50	1	9 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 3

MUJERES

intervalo de edades. (años)	Frecuencia	Porcentaje
20 - 25	12	14 %
26 - 30	44	52 %
31 - 35	16	19 %
36 - 40	10	12 %
41 - 45	0	0 %
46 - 50	2	3 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No. 2 de hombres, podemos observar el intervalo de 26 a 30 años con el 27 %; seguido por el intervalo de 31 a 35 años con el 27 %, continuando por el intervalo de 20 a 25 años con el 19 %, es de hacer notar que la mayoría de los pacientes (73 %) que fueron vasectomizados son adultos jóvenes, antes de los 35 años.

En el cuadro No. 3 de mujeres, podemos observar que en el intervalo de 26 a 31 años con el 52 % se encuentra la mayoría de las pacientes esterilizadas, seguido por el intervalo de 31 a 35 años de las pacientes con el 16 %, es de hacer notar que la mayoría de las pacientes (72 %) esterilizadas son adultos jóvenes, antes de los 35 años.

No existe diferencia significativa entre las edades de hombres y mujeres que fueron esterilizados, durante el período de estudio.

Número de hijos vivos de los pacientes al momento de realizarse la cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 4

HOMBRES

No. de hijos (vivos)	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0 %
2	1	9 %
3	2	19 %
4	4	36 %
5	3	27 %
6	0	0 %
7	0	0 %
8	1	9 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 5

MUJERES

No. de hijos (vivos)	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0 %
2	4	5 %
3	36	43 %
4	18	21 %
5	8	9 %
6	8	9 %
7	4	5 %
8	6	8 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No. 4 de hombres, podemos observar que la mayor parte de los pacientes vasectomizados han tenido entre 3 y 5 hijos al momento de realizarse la vasectomía sin bisturí.

En el cuadro No.5 de mujeres, podemos observar que la mayoría de las pacientes esterilizadas han tenido entre 3 a 6 hijos al momento de realizarse la operación tubárica bilateral.

Es de hacer notar, que no hay diferencia significativa entre el número de hijos entre hombres y mujeres al momento de realizarse la cirugía esterilizante voluntaria, con anestesia local.

Escolaridad de pacientes al momento de realizarse la cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 6

HOMBRES

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetos	0	0 %
Primaria incompleta	4	36 %
Primaria completa	1	10 %
Completó básicos	4	36 %
Concluyó diversificado	1	9 %
Estudiante universitario	1	9 %
Profesional	0	0 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 7

MUJERES

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetos	16	19 %
Primaria incompleta	30	36 %
Primaria completa	28	33 %
Completó básicos	6	7 %
Concluyó diversificado	3	4 %
Estudiante universitario	0	0 %
Profesional	1	1 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No.6 de hombres, podemos observar que la mayor parte de los pacientes vasectomizados su escolaridad era de primaria incompleta 36 %, al igual que completó básicos 36 %, al momento de realizarse la vasectomía.

En el cuadro No. 7 de mujeres, podemos observar que la mayoría de las pacientes esterilizadas su escolaridad era de primaria incompleta 36%, seguida de primaria completa 33 % al momento de realizarse la operación tubárica bilateral.

Es de hacer notar, que la mayoría de pacientes de ambos sexos su escolaridad es de primaria incompleta y primaria completa, y que solamente en el cuadro de mujeres se registró analfabetismo y una profesional, a diferencia del cuadro de hombre, en el presente estudio.

Religión de pacientes al momento de realizarse la cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 8

HOMBRES

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	9	82 %
Evangélico	1	9 %
Otras	0	0 %
Ninguna	1	9 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 9

MUJERES

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	55	65 %
Evangélico	23	27 %
Otras	0	0 %
Ninguna	6	8 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No. 8 de hombres, podemos observar que la mayor parte de los pacientes vasectomizados su religión es católica 82 %, seguido por la religión evangélica 9 %, al igual que ninguna religión el 9 %.

En el cuadro No. 9 de mujeres, podemos observar que la mayoría de las pacientes esterilizadas su religión es católica 65 %, seguida de la religión evangélica con el 23 %, seguida por ninguna religión el 8 %.

Es de hacer notar, que la mayoría de pacientes esterilizados de ambos sexos su religión es católica, es importante saber que en contradicción con la misma iglesia católica quien prohíbe el uso de este procedimiento en contra de la natalidad, pero a pesar de esta negativa sus integrantes la están utilizando.

ACTITUDES

Motivo que los pacientes expresaron, lo que los llevo a tomar la decisión de realizarse la cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 10

HOMBRES

motivo que expresó	Frecuencia	Porcentaje
Económico	8	73 %
Número de hijos satisfactorio	0	0 %
Salud de la esposa	3	27 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 11

MUJERES

motivo que expresó	Frecuencia	Porcentaje
Económico	66	78 %
Número de hijos satisfactorio	7	8 %
Salud de la misma paciente	11	14 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No. 10 de hombres vasectomizados, podemos observar que el motivo principal para su decisión, fue lo económico 73%, seguido por salud de la esposa 27%.

En el cuadro No. 11 de mujeres esterilizadas, podemos observar que el motivo principal para su decisión, fue lo económico 78%, seguido por la salud de la misma pacientes 14%.

Es de hacer notar, que la mayoría de pacientes esterilizados de ambos sexos su decisión fue por motivo económico, y solamente una minoría se sometió al procedimiento por tener el número de hijos deseados satisfactoria, resumiendo, lo económico limita a las parejas a tener los hijos deseados.

CONCEPCION SOBRE LA OPERACION

Conocimiento que los pacientes expresaron con respecto a la cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 12

HOMBRES

Sobre la operación del hombre	Frecuencia	Porcentaje
Definitiva, rápida y efectiva	6	55 %
Sencilla, menos complicada que la operación de la mujer	3	27 %
Buena elección, es de provecho para toda la familia	1	9 %
Algunas veces falla	1	9 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 13

MUJERES

Sobre la operación del hombre	Frecuencia	Porcentaje
Falla la operación	10	12 %
No se recomienda	71	85 %
No sabían que se puede operar el hombre	2	2 %
Es peligrosa la operación,	1	1 %
Total	84	100 %

Análisis:

En el cuadro No. 12 de hombres vasectomizados, se pueden observar respuestas positivas y acertadas sobre la vasectomía 91 %, lo que demuestra que los hombres que se realizaron el procedimiento si tenían conocimiento sobre la operación.

En el cuadro No. 13 de mujeres esterilizadas, podemos observar respuestas negativas y erróneas sobre la operación del hombre 84 %, seguido de que la operación falla en el hombre 12%, lo que demuestra el conocimiento equivocado que manejan las mujeres sobre la vasectomía.

Es de hacer notar, que los hombres que decidieron realizar la vasectomía, si estaban seguros que el procedimiento no era complicado, en las mujeres, la concepción de la vasectomía era negativa y errónea, razón por la cual decidieron operarse ellas.

Conocimiento que los pacientes expresaron con respecto a la cirugía de esterilización voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 14

HOMBRES

Sobre la operación de la Mujer	Frecuencia	Porcentaje
Más complicada, que la del hombre	7	64 %
No es complicada pero el hombre debe participar	4	36 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 15

MUJERES

Sobre la operación de la mujer	Frecuencia	Porcentaje
Efectiva, No duele Sencilla, pequeña y rápida	77	92 %
Complicada pero es mejor que planificar	7	8 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No. 14 de hombres vasectomizados, se pueden observar respuestas negativas y erróneas sobre la operación tubárica bilateral 64 %, seguida de esposos que desean apoyar a su esposa 36%.

En el cuadro No. 15 de mujeres esterilizadas, podemos observar respuestas positivas y acertadas sobre la operación tubárica bilateral 92 %, seguida de que es complicada, pero que es mejor que planificar con otros métodos en un 8%.

Es de hacer notar que falta información correcta, de ambas operaciones en hombres y mujeres.

Conocimiento que los pacientes del estudio expresaron, con respecto a como afecta la operación posteriormente en la vida sexual del hombre esterilizado, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 16

HOMBRES

Sobre la operación del Hombre	Frecuencia	Porcentaje
No afecta la relación sexual en la pareja	9	82 %
No hay impotencia sexual	2	18 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 17

MUJERES

Sobre la operación del hombre	Frecuencia	Porcentaje
Pierde el deseo sexual	7	8 %
Cambia de sexo	5	6 %
Promiscuos	2	3 %
No saben	3	4 %
No eyacula Queda impotente	1	1 %
No siente lo mismo en la relación sexual	33	39 %
Resulta con más hormonas femeninas	1	1 %
No funciona como hombre sexualmente y engorda	32	38 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No. 16 de hombres vasectomizados, se pueden observar respuestas positivas y acertadas 100 %.

En el cuadro No. 17 de mujeres esterilizadas, podemos observar respuestas negativas y erróneas 93 %, seguido por desconocimiento de la vasectomía 4 %, y desconfianza hacia la pareja 3 %.

Es de hacer notar que en nuestra cultura se manejan conceptos erróneos sobre la vasectomía, razón por la cual la población que participo en el estudio está representada en su mayoría por mujeres. (Ver cuadro No. 1)

Conocimiento que los pacientes del estudio expresaron, con respecto a como afecta la operación posteriormente en la vida sexual de la mujer esterilizada, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 18

HOMBRES		
Sobre la operación de la mujer	Frecuencia	Porcentaje
Promiscua	2	18 %
No puede tener relaciones sexuales	1	9 %
No afecta la vida sexual	8	73 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 19

MUJERES		
Sobre la operación de la mujer	Frecuencia	Porcentaje
No afecta la relación sexual	16	19 %
Queda mal sexualmente pero es efectiva	7	8 %
Queda igual que antes	61	73 %
Total	84	100 %

Fuente: Ficha de entrevista de recolección de datos.

Análisis:

En el cuadro No. 18 de hombres vasectomizados, se pueden observar respuestas positivas y acertadas 73 %, seguido por desconfianza del esposo, razón por la cual decidieron operarse ellos 18 %, y respuestas negativas y erróneas 9%, sobre la operación de la mujer.

En el cuadro No. 19 de mujeres esterilizadas, podemos observar respuestas positivas y acertadas 93 %, seguidas de negativas 7 % que la utilizó por motivos económicos.

Es de hacer notar que en nuestra cultura se manejan conceptos positivos y acertados sobre la operación tubárica bilateral, razón por la cual la población que participo en el presente estudio está representada en su mayoría por mujeres. (Ver cuadro No. 1)

DIAGNOSTICO

Diagnostico del test IDARE, Sobre la ansiedad de los pacientes que fueron sometidos a cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 20

HOMBRES		
Escala de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	9 %
Normal	6	55 %
Mínima	4	36 %
Severa	0	0 %
Extrema	0	0 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 21

MUJERES			
Escala de ansiedad	Frecuencia postparto	Frecuencia Intervalo	Porcentaje
Ninguna	0	0	0 %
Normal	17	0	20 %
Mínima	29	2	37 %
Severa	0	32	38 %
Extrema	0	4	5 %
Total	46	38	100 %

Fuente: Aplicación del test IDARE a pacientes del estudio.

Análisis:

En el cuadro No. 20 de hombres vasectomizados, se pueden observar, en la escala normal de ansiedad 55 %, ansiedad mínima 36 %, y ninguna ansiedad presente 9 %. Por lo que se puede inferir que la actitud del paciente frente a la vasectomía sin bisturi con anestesia local no es fuente de ansiedad severa o extrema.

En el cuadro No. 21 de mujeres esterilizadas, podemos observar, en la escala de ansiedad severa 38% que corresponden a pacientes de intervalo, ansiedad mínima 37% pacientes de postparto, ansiedad normal 20% de pacientes postparto, y ansiedad extrema 5% de paciente de intervalo.

Por lo que se puede inferir que la actitud de la paciente de intervalo, frente a la operación tubárica bilateral, es fuente de ansiedad marcada, severa y extrema

La actitud de la paciente postparto, frente a la operación tubárica bilateral, es fuente de ansiedad

normal y mínima o moderada. La respuesta de ansiedad por parte de la paciente es influenciada por el tiempo entre la última labor de parto y la operación.

Es de hacer notar que la diferencia de nivel de ansiedad entre el hombre y la mujer es significativo. Lo cual es atribuido a que los hombre vasectomizados, poseen mayor información correcta sobre la operación, a diferencia que la mujer, que a pesar de no poseer información correcta sobre la operación tubárica bilateral, se somete como solución a problemas económicos y sociales.

Las pacientes con ansiedad normal o mínima si toleran este procedimiento con anestesia local, por lo que no existe contraindicación emocional de realizar el procedimiento.

Las pacientes con ansiedad severa o extrema no toleran este procedimiento con anestesia local, por lo que está contraindicado realizar el procedimiento, si no se utiliza anestesia general.

Tolerancia al procedimiento con anestesia local, de los pacientes que fueron sometidos a cirugía esterilizante voluntaria, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 22

HOMBRES

Tipo de anestesia Vasectomía sin bisturí	Tolerancia		Frecuencia	Porcentaje
	Si	No		
Local	11	0	11	100 %
Total	11	0	11	100 %

Fuente: ficha de observación.

Cuadro No. 23

MUJERES

Tipo de anestesia operación tubárica bilateral	Tolerancia En paciente postparto		Tolerancia En paciente de Intervalo		Frecuencia	Porcentaje
	Si	No	Si	No		
	Local	44		2		
Local		*		*	38	45 %
		2		36		
Total	44	2	2	36	84	100 %

Fuente: ficha de observación.

- Las pacientes de operación tubárica bilateral, que no toleró el procedimiento con anestesia local se les administró sedación para la realización del procedimiento, en los cuales no existió ninguna complicación.

Análisis:

En el cuadro No. 22 de hombres, en los 11 pacientes vasectomizados, se utilizó anestesia local y todos ellos toleraron el procedimiento sin ningún problema.

En el cuadro No. 23 de mujeres, 44 de ellas de postparto toleraron el procedimiento con anestesia local sin ningún problema, las 2 pacientes restantes fue necesario utilizar además de la anestesia local, la sedación para la realización de la operación. De las pacientes de intervalo 2 toleraron el procedimiento con anestesia local, sin ningún problema, y las 36 pacientes restantes, además de la anestesia local fue necesaria sedación durante la operación.

Es de hacer notar que la no tolerancia al procedimiento con anestesia local está integrada en su mayoría por las pacientes de intervalo, y demuestra que la ansiedad influye en la tolerancia al procedimiento con anestesia local. (ver cuadro No. 21)

Escala de Ansiedad y tolerancia al procedimiento con anestesia local, de los 95 pacientes que fueron sometidos a cirugía esterilizante voluntaria, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

CUADRO No. 24

Escala de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje toleró el procedimiento con anestesia local
Ninguna	1	100 %
Normal	23	100%
Mínima	35	94 %
Severa	32	ninguno
Extrema	4	ninguno

Fuente: Test de IDARE y ficha de observación

Análisis:

En el cuadro No. 24 , es de hacer notar que los pacientes que se encuentran en la escala de ninguna ansiedad presente el 100 % si toleró el procedimiento con anestesia local; los pacientes que se encuentran en la escala de ansiedad normal el 100% si toleró el procedimiento con anestesia local; los pacientes que se encuentran en la escala de ansiedad mínima el 94 % si toleró el procedimiento con anestesia local y 6% (2 pacientes) no toleró el procedimiento con anestesia local, lo cual no es significativo; los pacientes con ansiedad severa y ansiedad extrema ninguno toleró el procedimiento con anestesia local.

En los pacientes que según la escala no presenten ninguna ansiedad, ansiedad normal o ansiedad mínima si está indicado el procedimiento con anestesia local.

En los pacientes que según la escala presenten ansiedad severa o ansiedad extrema no está indicado el procedimiento con anestesia local, por lo que se sugiere además de la anestesia local, sedación.

Recomiendan el procedimiento los pacientes que fueron sometidos a cirugía esterilizante voluntaria, con anestesia local, en la unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 1998.

Cuadro No. 25

HOMBRES

Recomienda el procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100 %
No	0	0 %
Total	11	100 %

Cuadro No. 26

Mujeres

Recomienda el procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	81	96 %
No	3	4 %
Total	84	100 %

Fuente: boleta de entrevista.

Análisis:

En el cuadro No. 25 de hombre, es de hacer notar que 100 % de los pacientes sometidos a la vasectomía sin bisturf con anestesia local, lo recomiendan con base en su propia experiencia.

En el cuadro No. 26 de mujeres, 96 % de las pacientes sometidas a la operación tubárica bilateral con anestesia local y con anestesia local mas sedación la recomiendan con base en su propia experiencia, seguida de las que no recomiendan el procedimiento 4 % por considerar incomoda la posición durante la operación y sentir dolor, recomiendan que se haga uso de otro método para la planificación familiar.

Opiniones sobre porqué recomiendan el procedimiento: es seguro, tolerable, sencillo, eficaz, confiable y definitivo para la planificación familiar.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Con base en la interpretación de los resultados obtenidos en el estudio, lo cual fue posible comprobar mediante la aplicación del Test IDARE de ansiedad al paciente previo a la operación, y a la ficha de observación del paciente durante la intervención quirúrgica, se acepta la hipótesis de investigación, por lo que puede afirmarse que "A mayor ansiedad menor tolerancia en pacientes hombre y mujeres a la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local".

Los datos confirmaron que los pacientes que se encontraban en las escalas: ansiedad severa o ansiedad extrema no toleraron el procedimiento con anestesia local, para lo cual fue necesario la sedación durante la intervención.

A diferencia de los pacientes que se encontraban en las escalas: ninguna ansiedad, ansiedad normal y ansiedad mínima si toleraron el procedimiento con anestesia local, sin ninguna complicación.

La población estaba integrada por mujeres 88% y hombre 12%, lo que demuestra que en la sociedad guatemalteca es parte de la cultura que en la mayoría de parejas sea la mujer la que se someta a la operación esterilizante, como medida para el control de la natalidad, es de hacer notar que el 72% de la población esterilizada son adultos jóvenes de ambos sexos menores de 35 años en edad reproductiva, y que la decisión de operarse fue 75% lo económico, lo que nos demuestra que situación económica de las parejas los limita a tener los hijos deseados.

Con base a las respuestas obtenidas de los pacientes del estudio, pudimos comprobar que los conocimientos sobre la operación esterilizante voluntaria, en el hombre, son erróneos y que es necesario proporcionar mayor información sobre este método como control de natalidad, para poder nivelar la población, por considerar que estos tabúes hacen que la población este integrada en su minoría por hombres.

De acuerdo con la Boleta que respondieron los pacientes hombre y mujeres, posterior a la operación esterilizante voluntaria, en su mayoría si recomiendan el procedimiento por ser de bajo riesgo operatorio, relativamente inócua, tolerable, sencillo y eficaz.

VIII. CONCLUSIONES

- 1 De los pacientes que se sometieron a la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local, fue mas frecuente el sexo femenino 88% y minoria 12 % sexo masculino.
- 2 De los pacientes que se sometieron a la cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local, lo integran 73% adultos jóvenes , antes de los 35 años, en edad reproductiva..
- 3 El número de hijos que con mayor frecuencia tienen los pacientes al momento de la cirugía esterilizante voluntaria, es de 3 a 4 hijos.
- 4 La escala de ansiedad en la cual se encontraron los pacientes hombres es: ninguna ansiedad 9%, ansiedad normal 55 % y ansiedad mínima 36%.
- 5 La escala de ansiedad en la cual se encontraron las pacientes mujeres de postparto es: ansiedad normal 20%, ansiedad mínima 37 %. La escala de ansiedad en la cual se encontraron las pacientes mujeres de intervalo es: 38 % en ansiedad severa y ansiedad extrema en un 5%.
- 6 Los pacientes que de acuerdo a la escala no presentaron ninguna ansiedad, si toleraron el procedimiento con anestesia local 100 %. Con ansiedad mínima 100 %. Con ansiedad normal 94% y no lo toleraron 6 %.
- 7 El 100% de los pacientes que presentaron ansiedad severa y extrema no toleraron el procedimiento con anestesia local.
- 8 La ansiedad si influyó en la tolerancia al procedimiento con anestesia local.
- 9 Los pacientes sometidos a cirugía esterilizante voluntaria ninguno requirió de anestesia general.
- 10 La mayoría de los pacientes expresaron recomendar el procedimiento por ser de bajo riesgo operatorio, relativamente inócuo, tolerable, sencillo y eficaz.

IX. RECOMENDACIONES

1. **Aplicar el test de IDARE de ansiedad, a todos los pacientes hombres y mujeres antes de ser sometidos a cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local.**
2. **Realizar el procedimiento con anestesia local sólo a los pacientes que se encuentren en la escala de: ninguna ansiedad, ansiedad normal o ansiedad mínima.**
3. **No realizar con anestesia local el procedimiento a los pacientes que se encuentran en la escala de: ansiedad severa y ansiedad extrema, por lo que se sugiere el uso adicional de la sedación.**
4. **Proporcionar mayor información a las parejas sobre la cirugía esterilizante voluntaria por medio de consejería, para disminuir el nivel de ansiedad por desconocimiento.**
5. **Crear un programa de psicología dentro de la misma Unidad de Salud Reproductiva, para preparar emocionalmente al paciente que se someterá a cirugía esterilizante voluntaria con anestesia local, y darle seguimiento a los pacientes que presenten problemas de tipo emocional como secuela del trauma pos-operatorio.**

X. BIBLIOGRAFIA

1. **ANTICONCEPCION QUIRURGICA SEGURA Y VOLUNTARIA**, Federación mundial de agencias de salud para la promoción de la anticoncepción quirúrgica voluntaria. 1989.
2. **BETH, J. KOWAL** , D. Técnica Anticonceptiva. Edición Internacional 1989.
3. **CAMPOS GONZALEZ, LOPEZ GONZALEZ, MERCADO MONTOYA**, Ginecología y Obstetricia de México, Editorial Interamericana, México 1993.
4. **DIEZ BENAVIDES, MARIANO**, De la emoción a la lesión, Editorial Trillas, México 1976.
5. **DSM IV**, Breviario Criterios Diagnósticos, Editorial Masson, S.A. Barcelona, España 1995.
6. **FRIEDBERG, KASER. THOMPSON, OBER, ZANGER**. Ginecología y obstetricia Editorial salvat, Barcelona, España 1973.
7. **FREEMAN, M.D. ALFRED M. KAPLAN, M.D. HAROLDO I. SADOCK M.D., BENJAMIN J.** Compendio de Psiquiatría, Salvat editores, S.A. Barcelona, España 1976.
8. **HERRERO VELASCO, SABANES MAGAÑA, PAYES AVELLI**. Trastornos de Ansiedad en Medicina. Hoechst Ibérica, S.A. Barcelona, España 1983.
9. **HOWARD H. WOLDMAN**, Psiquiatría General Editorial el Manual Moderno, México D.F. 1989.
10. **MACKINNO ROGERS**, Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana. México 1990.
11. **MANUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA TODOS LOS MEDICOS**, 6ª. Edición Federación internacional de planificación familiar, 1989.
12. **PANCHERI, PAOLO**, Manual de Psiquiatría clínica, Editorial Trillas, México 1979.
13. **SPIELBERGER, CHARLES D. DR. Y DIAS GUERRERO, ROGELIO DR.**, IDARE Inventario de Ansiedad: rango y estado. Manual Moderno, S.A. México D.F. 1976.
14. **VASECTOMIA SIN BISTURI**, Guía ilustrada para cirujanos. Asociación For Voluntary Surgical Contraceptivo, 1993.

XI. ANEXOS

FICHA DE ENTREVISTA

Para Pacientes pre-operatorios de cirugía esterilizante voluntaria y su tolerancia al procedimiento con anestesia local.

I DATOS GENERALES

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Estado civil: _____

Profesión u oficio _____

Religión: _____ Escolaridad: _____

No. de hijos vivos: _____

Porqué tomo la decisión de operarse:

II HISTORIA Y ANTECEDENTES SOCIO-EMOCIONALES

a) Qué piensa, siente e imagina (tabú) usted de su operación:

b) De qué manera repercute su operación dentro de su grupo social (pareja, familia, amistades, religión, etc.):

Psicólogo tratante: _____

FICHA DE OBSERVACION

De la conducta del paciente durante la cirugía de esterilización voluntaria y su tolerancia al procedimiento con anestesia local.
Tipo de anestesia utilizada en el procedimiento.

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de observación: _____ Psicólogo: _____

COMPORTAMIENTO DURANTE LA OPERACION

Generales:

tenso
incomodo
agitación nerviosa de las manos
frota sus dedos
aprieta los puños
postura cambiante
temblor en las manos
ceño arrugado
facies tensa
aumento de tono muscular
respiración jadeante
palidez facial

Fisiológicos:

traga saliva
taquicardia de reposo
frecuencia respiratoria de mas de 20 por minuto
temblor
dilatación pupilar
sudor

BOLETA DE ENTREVISTA

Del paciente post- operatorio de cirugía esterilizante voluntaria y su tolerancia al procedimiento con anestesia local.

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de entrevista: _____ Psicólogo: _____

I Recomienda o el procedimiento a otras personas: _____

Porqué: _____

II Resumen breve sobre su experiencia personal durante la intervención quirúrgica:

INDICE

I.	Introducción	1
12 II.	Planteamiento del problema	2
III.	Justificación	6
IV.	Objetivos	7
V.	Marco Teórico	8
VI.	Metodología	25
VII.	Presentación, análisis e interpretación de resultados	29
VIII.	Conclusiones	49
IX.	Recomendaciones	50
X.	Bibliografía	51
XI.	Anexos	52