

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LUCHA CONTRA EL ABORTO,

EDUCACION SEXUAL Y METODOS ANTICONCEPTIVOS

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de -
la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

JOSE EVALT AYERDI GALICIA

En el Acto de su Investidura de
MEDICO Y CIRUJANO

Departamento de Medicina Preventiva y Social

ASESOR: Doctor Enrique Castillo

REVISOR: Doctor Manuel Antonio Girón.

Guatemala, agosto de 1,965.

I N D I C E
- - - - -

Introducción.	1
Antecedentes y Objetivos.	3
Material y Métodos.	53
Discusión y Resultados.	54
Conclusiones.	54
Sumario	56
Apéndice.	57
Bibliografía.	58

INTRODUCCION

En numerosas publicaciones, libros de la especialidad y tesis sostenidas en nuestra Facultad, se ha definido y clasificado plenamente el aborto, razón que nos lleva a no contemplar en detalle los conceptos ajenos al sentido de este trabajo.

En general, desde el punto de vista etiológico, - el aborto puede considerarse como espontáneo y provocado, dividiéndose este último a su vez en terapéutico y criminal.

Aborto espontáneo es la terminación del embarazo con producto previable, debido a causas naturales y sin la -- intervención de agentes mecánicos o farmacológicos, siendo -- las causas comprobadas del mismo, de índole orgánica y más -- aún, cuando son lesiones inherentes al plasma germinal de uno o ambos cónyuges, lo consideramos una defensa de la naturaleza, que evita así el desarrollo de productos que lejos de conducir a la superación genética, podrían ocasionar degeneración de la especie. Estos motivos inducen al médico a mantener una actitud expectante para proteger la salud materna.

El aborto terapéutico, sus indicaciones y necesaria legislación, se nos presenta como un complemento del espontáneo, por cuanto se realiza la interrupción de la gestación con miras a mantener el bienestar físico y/o mental de la madre y evitar el nacimiento de seres con anomalías graves.

Cuando el cese del embarazo se efectúa deliberadamente, sin existir justificación médica, transgrediéndose la legislación del Código Penal y el Código de Deontología Médica -a los cuales nos supeditamos en nuestro medio- nos encontramos frente al ABORTO CRIMINAL.

El aborto así considerado, conlleva una serie de circunstancias como son:

- a) El olvido consciente e intencional de que la vida humana es sagrada desde antes del nacimiento.
- b) El riesgo psicofísico a que se somete la abortante.
- c) Su elevada incidencia mundial, y
- d) La existencia de los medios que consideramos efectivos - para combatirlo.

Las anteriores razones y aún otras, tan importantes como éstas, en relación al aborto, nos han impulsado a escribir este trabajo con el profundo anhelo de que por fin se lleve a cabo la campaña destinada a terminar en nuestro medio tan lamentable práctica.

A N T E C E D E N T E S Y O B J E T I V O S
- - - - -

1. CONCEPTO DEL ABORTO CRIMINAL EN OTROS PAISES Y EN GUATEMALA.

Desde la más remota antigüedad, el hombre ha contemplado la posibilidad de interrumpir el embarazo por motivos que aún invocan ciertos pueblos en nuestra época; también la Historia nos dice de pueblos altamente moralistas que únicamente lo mencionan para condenarlo.

Podemos decir que la postura actual de todos los pueblos del mundo es en contra de efectuar el aborto injustificado; pero ha habido circunstancias especiales en la vida de algunos pueblos que vale la pena analizarlas para tener un concepto más real del pensamiento humano en lo que respecta al aborto.

U.R.S.S. En noviembre de 1,920 se llevó a cabo la legalización del aborto en la Unión Soviética aduciendo -- (2):

- a) El considerable aumento en la proporción de abortos clandestinos.
- b) Las leyes para evitarlo, lejos de tener un resultado práctico favorable, habían servido para que fuera practicado, por personas no calificadas, fuera de la ley.

Se trató pues, de proteger la salud de la madre -- que estaba dispuesta a interrumpir su embarazo acudiendo a -- inexerupulesos abortadores como ha sucedido en todo el mundo.

Los resultados previos a la emisión de tal Decreto, arrojaban datos tales como que el 50% de mujeres a quienes se efectuaba aborto enfermaban de alguna complicación, con una mortalidad global de 4% (13).

El Comisario de Salubridad en ese entonces, Profesor Semashko, estableció (2) que debido a "la moral que quedó de los días pasados (la guerra) y a las duras condiciones económicas del presente, la mujer decidía acudir a tal operación".

Estadísticas efectuadas por Genns nos informan de las razones aducidas por 5,365 abortantes para solicitar la operación (2):

Razones económicas.	31 %
Familia numerosa.	29 %
Ocultar relaciones sexuales (viudez ó soltería . .	20 %
Mala salud (enfermedad del esposo). .	11 %
Otras razones (felicidad matrimonial, alcoholismo, abandono)	8 %

El Dr. Stone (2) de la Federación Americana de -- Planificación Familiar, refiere que tuvo la oportunidad de -- presenciar en esos días cómo se efectuaban las operaciones en los Abortarium de Moscú y Leningrado: sin anestesia alguna -- se practicaban alrededor de ocho en un lapso de dos horas con dos médicos trabajando continuamente.

Los rusos dijeron en 1,934 que tenían muy pocas -- complicaciones y casi ninguna fatalidad con el sistema, te --

niendo reportes de una por cada dos mil abortos.

Sin embargo pronto comenzaron a aparecer restricciones a dichas leyes, considerando el excesivo número de mujeres que lo solicitaban. Hacia 1,934 Izvestia, el periódico oficial, inició su campaña calificando el aborto como "instrumento de mutilación en masa para las mujeres"; aparecieron reportes médicos acerca de complicaciones tales como enfermedad pélvica crónica, esterilidad, embarazo ectópico etc. (2). En junio de 1,936 se revocó completamente la legalización del aborto, a excepción de efectuarlos por muy estrictas indicaciones terapéuticas; es curioso el hecho de que tanto para legalizarlo como para después prohibirlo, se invocara "el interés en la salud de la mujer trabajadora". Aún antes de emitir el último Decreto, se trató de influenciar a las posibles abortantes y a la mujer en general, para buscar los Prophylactarium, o sea los lugares donde se les instruya acerca de métodos anticonceptivos (1).

Después de 1,936, el índice de natalidad aumentó considerablemente; en Moscú por ejemplo, el número de nacimientos en 1,936 fué de 35,000 mientras en 1,937 fué de 68,000; en Leningrado fué de 28,000 en 1,936 siendo al año siguiente de 48,000. No hay duda que este aumento enorme se debió a la prohibición del aborto.

Esta nueva postura moral tuvo origen en la opinión por ellos sostenida, de que una sociedad comunista garantiza plenamente el bienestar de la madre y el niño, por lo que no hay razones válidas para el aborto voluntario, (13).

JAPON: No cabe duda que motivos similares a los de Rusia (grave crisis económica después de la segunda guerra mundial) y sobrepoblación posterior, impulsaron a este país hacia un movimiento general a favor de la limitación de la familia y encontramos que en la Ley de Protección Eugénica aprobada en 1,948, se legalizó el aborto.

El Dr. Pommerenke (2) nos informa de ciertos hechos dignos de considerar. En ese país no hay restricciones acerca de indicaciones médicas y la mujer sólo necesita indicar que desea un aborto para que se le efectúe. Si las autoridades insistieran acerca de alguna razón médica, ella sólo tiene que decir que padece de vómitos por su embarazo, siendo ésto considerado como toxemia, motivo suficiente para interrumpir el embarazo.

La población médica del Japón, en 1,957 era de unos 88,000 médicos teniendo un 10% de ellos licencia para efectuar abortos sin consultar con nadie, lo cual significa que los únicos individuos involucrados en el acto son: la mujer, el feto y el médico.

En ciertas áreas como Yokohama, si una paciente no tiene medios económicos para practicarse el aborto, el estado lo paga, o bien, como sucede en muchas fábricas ó minas, donde la mujer o su esposo trabajan, el aborto es costado por el patrono con base a que "mejorará la moral de los trabajadores y se conseguirá mejor rendimiento si ella es abortada en los primeros tres meses, que si llegara a término" (2).

En cuanto a la actitud popular, se sigue el pensa--

niento de que el fin justifica los medios.

Hemos de mencionar, sin embargo, que también se fomenta la información anticoncepcionista y hay 800 centros de salud pública donde se ofrece orientación sobre planificación de la familia, habiéndose adiestrado a más de 40,000 comadronas y enfermeras para dar instrucciones a los padres.

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA: El pensamiento humano en las últimas décadas y su transformación, podemos observarlos patéticamente en este país; no podemos dejar de mencionar el incidente acaecido a Margaret Sanger -una enfermera joven- en 1,912 (16), quien fué llamada para atender a una madre de tres niños -Sadie Sachs- quien había tratado de provocarse un aborto; la complicación cedió, pero seis meses más tarde le tocó presenciar la muerte de la misma paciente, víctima de las maniobras de un abortero. La señora Sachs manifestó en la primera oportunidad que no deseaba más hijos por razones económicas, pero ignoraba los medios de evitarlos. El desconocimiento de medidas anticoncepcionales y el hecho de ser consideradas como una "obscenidad delictuosa" por las leyes federales, impulsó a Margaret Sanger a realizar una fuerte lucha para cambiar el concepto sobre control de la concepción e implícitamente contra el aborto.

En las leyes de todos los Estados hay artículos relativos al castigo para el que provocare ilegalmente el aborto, pero con tantas variantes que Taussig, hizo un estudio de las mismas y las resumió con respecto a los diferentes Estados, en cinco grupos (23):

- I.- Seis Estados: No hay excepciones y se emplean ciertos términos vagos como "ilegal", "criminal" o "sin intervención legal".
- II.- Treinta y un Estados y cuatro territorios: en éstos se establece una excepción: "para salvar la vida de la madre" aunque sin mencionar a la profesión médica.
- III.- Siete Estados: aquí la excepción "para salvar la vida de la madre" se califica con especial mención de la intervención o consejo médicos, sin lo cual no estaría justificado.
- IV.- Tres Estados y el Distrito de Columbia: La excepción -- "para salvar o preservar la salud de la madre" depende expresamente del juicio médico, desde el momento que el aborto debe ser realizado por un médico o por la dirección del mismo.
- V.- Mississippi: Aquí se permite el aborto siempre que el médico lo considere necesario.

En la profesión médica norteamericana ha habido -- grandes diferencias en lo que respecta a principios generales médicos y morales que induzcan a determinar si una mujer debe o nó ser sometida al aborto.

Lo anterior es ilustrado por las respuestas obtenidas en un cuestionario que J. C. Ayres enviara a 62 Ginecólogos del Sur de los Estados Unidos (23):

	SI	NO
1.- Por razones sociales, para prevenir desgracias	10	51
2.- Por razones económicas, pobreza	6	56
3.- Por razones de salud (sin afectar la vida)	22	37
4.- Para salvar la vida de la madre	61	1
5.- En caso de violación	36	20
6.- En caso de taras hereditarias dominantes	21	34

No cabe duda que el aborto voluntario existe en ese país; a pesar de no conocerse la gran cantidad de casos no complicados, se tiene la opinión de que, en relación con el aumento de la población no es un grave problema, debido al éxito de los esfuerzos de personas como Margaret Sanger. Actualmente - hay 151 Centros de Control de la Natalidad dirigidos por la Federación Americana de la Familia Planificada, además de un número desconocido de Centros que funcionan en los Hospitales y establecimientos de Salud.

ALEMANIA: Después de la primera guerra mundial, - durante el régimen de Weimar (2) no hubo legalización del aborto pero la incidencia del mismo fué muy alta; así encontramos que en 1,930 se reportaron más de un millón de abortos. El Código Penal de Alemania lo prohibía. Cuando el régimen Nazi llegó - al poder, la prohibición fué más severa y en el año de 1,943 - se decretó la pena capital para el que interfiriera en el curso de la vida de los alemanes. Debido a ésto y a que se ofrecían bonos por cada hijo, el número de abortos descendió notablemente; sin embargo, posteriormente aumentó y de acuerdo a - algunas estadísticas (2) hubo en 1,942: Un aborto por cada 20 nacimientos en 1,944: uno por cada 18; en 1,945: uno por ca-

da 3.3 nacimientos y se calculaba que para 1,955 (Dr. Stone) habría un aborto por cada nacido vivo.

OTROS PAISES EUROPEOS: En Finlandia encontramos -- que hacia 1,950 pasó una ley similar a las de Suecia y Noruega, legalizando el aborto de acuerdo a las tres indicaciones: médica, humanitaria y eugénica, (2).

De julio de 1,950 a diciembre de 1,952, hubo 7,056 abortos legales en Finlandia; 85% en casadas y 15% en no casadas. El 20% de los abortos se acompañaron de operaciones esterilizantes.

AMERICA LATINA: En esta región donde existen los -- dramáticos problemas que caracterizan a los países subdesarrollados, el aborto ilegal es una práctica muy difundida.

El único país que ha declarado legal el aborto (13) a la manera del experimento ruso, fué Uruguay en 1,934 al promulgarse un nuevo Código Penal. Sin embargo, meses más tarde -- un nuevo Decreto prohibió terminantemente la interrupción del -- embarazo por otros motivos que no fueran la protección de la salud y la vida de las mujeres. A pesar de ello el Dr. Rozada, -- en su informe presentado en la Conferencia Internacional de Familia Planificada en Singapur en 1,963, estableció que en Uruguay habían 50,000 nacidos vivos al año, mientras que en ese -- mismo período se registraban 120,000 abortos, es decir una relación de casi 3 abortos por cada nacido vivo.

La tendencia actual en este país, como en muchos otros del mundo es resolver sus problemas con la Planificación --

Familiar y sabemos que los que más tenazmente se oponen a ella son los aberteros.

GUATEMALA: Creemos, con Te Linde (23), que es imposible hacer cálculos exactos acerca de la frecuencia del aborto en cualquier país del mundo, debido a que sólo contamos con cifras proporcionadas por las complicaciones del aborto en casos que necesitan hospitalización, algunas de las cuales señalamos en un capítulo posterior.

Nuestro Código Penal (14), el cual se encuentra en vigor desde 1,936 y que necesita ser actualizado, dice con respecto al problema que nos ocupa:

Párrafo III.- Aborto

Arto. 304.- El que de propósito causare un aborto será castigado:

- 1o.- Con seis años de prisión correccional, si ejerciere violencia en la mujer embarazada;
- 2o.- Con cinco años de prisión correccional, si aunque no ejerciere violencia, obrare sin consentimiento de la mujer;
- 3o.- Con un año de prisión, si la mujer lo consintiere.

Arto. 305.- La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con un año de arresto mayor. Si lo hiciere por ocultar su deshonor, incurrirá en la pena de seis meses de arresto mayor.

Arto. 306.- El facultativo que abusando de su arte causare - el aborto o cooperare en él, incurrirá en las penas señaladas en el artículo 304.

Arto. 307.- El farmacéutico que sin la debida prescripción - facultativa expidiere un abortivo, incurrirá en la pena de -- cuatro meses de arresto mayor.

Como vemos en nuestro país, la ley teóricamente condena el aborto voluntario sin razones médicas, pero en la práctica las cifras hospitalarias sólomente, nos muestran panoramas aterradores, los cuales son el reflejo de una cotidiana violación a la ley y creemos que tal fenómeno ocurre porque nuestro Código no especifica que con cada aborto se verifique una minuciosa investigación hasta establecer la causa real del mismo.

El asunto es contemplado en el Código de Deontología Médica así (6) :

Arto. 71.- Al médico le está prohibido interrumpir el embarazo en cualesquiera de sus épocas, salvo con fines terapéuticos en los casos indicados por la ciencia médica.

Arto. 72.- No se procederá a la interrupción del embarazo sino después de haber cumplido con los preceptos siguientes:

- a) Haber agotado todos los recursos terapéuticos tendientes a evitar la interrupción del embarazo;
- b) Tener la opinión por escrito, apoyando la necesidad de tal interrupción, de por lo menos otro médico; y
- c) Haber obtenido el consentimiento de la paciente y del con-

yuge. Si ésto no fuere posible por incapacidad de la enferma ó ausencia del cónyuge, se obtendrá el consentimiento de los padres ó de las personas a cuyo cargo se encuentre la enferma.

Arto. 73.- El obstetra tiene el deber de luchar por la conservación de la salud tanto de la madre como del feto; si ello no fuera posible, dará la preferencia a la salud de la madre.

Arto. 74.- Al médico le está prohibido usar procedimientos quirúrgicos destinados a impedir la fecundación de la mujer. Podrá hacerlo sólo en los casos en que se tema que el embarazo pueda ocasionar trastornos graves a la salud, o que pueda ocasionar la agravación de enfermedades pre-existentes; en este caso deberá tener el apoyo de la opinión escrita de por lo menos otro médico.

De esta manera se condena el aborto con las ya anotadas excepciones por indicación médica, (aborto terapéutico).

2. EL ABORTO COMO PROBLEMA MEDICO-SOCIAL. SUS CAUSAS.

Es necesario enfatizar que aunque el aborto tiene una definición médica, propia, no es una entidad absoluta como el Embarazo Ectópico o la Mola Hidatidiforme; esta diferencia estriba en el hecho ya anotado de que puede ser producido por la voluntad humana y en alta proporción permanecer oculto. Podemos conocer la frecuencia de las situaciones obstétricas con las cuales lo hemos comparado, con cierta exactitud, pero si muchos abortos terapéuticos permanecen desconocidos y muchos espontáneos inadvertidos -por no tener mayor consecuencia en el régimen cotidiano de la mujer, especialmente en las primeras semanas del embarazo- nos encontramos ante la imposibilidad de vislumbrar la incidencia del voluntario por saberse ilegal y sumarse una peregrina idea de vergüenza. Sin embargo existe una situación en la cual, para el médico el aborto es uno y sucede todos los días cuando la mujer busca el centro asistencial por hemorragia, infección, shock o inminente peligro de muerte, es decir cuando sobreviene la complicación. - Estos son los casos que nos ofrecen algunas posibilidades de tipo estadístico pero no dejemos de mencionar el consenso general de que es proporcionalmente mayor lo desconocido.

Con el objeto de hacer algunas comparaciones y tener cierto juicio en la incidencia del problema que nos ocupa, en nuestro medio, revisaremos datos obtenidos en los Hospitales de la Capital y de estadísticas generales.

A.- En el año de 1,962 hubo 4602 abortos atendidos

en los hospitales de la República. Ese mismo año se registraron 22,332 partos, lo que nos arroja una relación de un aborto por cada 4.8 partos.

B.- Incidencia de Abortos en los Hospitales de la capital, durante los años de 1,963 y 1,964:

HOSPITAL GENERAL (15):

<u>Clasificación del aborto</u>	<u>1,963</u>	<u>1,964</u>
Aborto completo o incompleto . .	2,148	2,180
Aborto Séptico.	148	329
Endometritis o hemorragia post-la grado o post aborto.	31	21
Amenaza de aborto (con tratamien- to quirúrgico).	37	19
Aborto en curso.	<u>29</u>	<u>32</u>
TOTAL:	2,393	2,581

No se incluyen amenazas de aborto con tratamiento médico ni pelviperitonitis o hemorragias que se presentaron al Servicio sin establecerse plenamente la causa.

Es curioso que de todos los abortos, sólo uno está clasificado como aborto criminal, a consecuencia del cual falleció la paciente de veinte años de edad.

HOSPITAL ROOSEVELT

Cifras obtenidas en la Sección de Estadística de este Centro:

<u>Clasificación del Aborto</u>	<u>1,963</u>	<u>1,964</u>
Abortos embrionarios. . . .	55	45
Abortos fetales.	123	90
Abortos ovulares.	<u>1</u>	<u>4</u>
T O T A L:	179	139

En el Hospital Roosevelt únicamente se atienden complicaciones de la gestación a partir de las 22 semanas -si el caso no es de urgencia- por lo que es raro encontrar abortos -provocados.

CENTRO MATERNO INFANTIL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

Cifras obtenidas en la sección de Estadística de este Centro.

Completos o incompletos. . . .	1,396	1,513
Sépticos.	<u>6</u>	<u>58</u>
T O T A L :	1,402	1,571

No se incluyen, desde luego, abortos terapéuticos (5 en 1,963 y 14 en 1,964) y sólo hay señalados 4 como criminales en 1,964.

C.- En el año de 1,963 hubo un total de 3,974 abortos en los tres hospitales. En ese período se atendieron - - 11,609 partos en el Hospital Roosevelt y 6,901 en el I.G.S.S., o sea un total de 18,510 partos hospitalarios, lo cual nos - dá una relación de un aborto por cada 4.65 partos.

En 1,964 el total de abortos en los tres hospitales fué de 4,291 atendiéndose 11,758 partos en el Hospital Roose-

veit y 7,627 en el I.O.S.S., es decir, 19,385 partos en ambos hospitales, proporcionándonos una relación de un aborto por - cada 4.51 partos.

D.- Comparemos las cifras obtenidas, por ejemplo en el Centro Materno Infantil, con respecto a dos años anteriores, tomados al azar:

<u>Año</u>	<u>Partos</u>	<u>Abortos</u>	<u>Relación</u>
1,956	4,221	555	7.6
1,957	4,151	525	7.9
1,963	6,901	1,402	4.9
1,964	7,621	1,571	4.8

E.- En el año de 1,963 se atendió un promedio diario de once abortos o sus complicaciones en los Hospitales de la capital, subiendo dicha cifra a 11.9 en 1,964.

Si tomamos en cuenta que la mayor parte de pacientes permanecen en el hospital de 2 a 10 días, consideremos la carga económica que representan.

¿ Qué motivos llevan a una mujer de un país subdesarrollado a provocarse un aborto?

Se han efectuado algunos trabajos como el de los Dres. Rolando Armijo y Tegualda Monreal de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, en la Cuarta Conferencia de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, efectuada en San Juan, Puerto Rico del 19 al 27 de abril de -- 1,964, en el que encontramos los siguientes resultados en un

grupo de mujeres que recurrieron al aborto en un sector urbano de Santiago:

Causas económicas.	56.5 %
Problemas conyugales . . .	11.1 %
Madre soltera.	9.5 %
Familia numerosa	8.7 %
Salud	7.2 %
No desea hijos	4.7 %
Otros	2.3 %

Como vemos, al igual que las respuestas obtenidas - por Genns en las mujeres rusas, los motivos económicos van a la cabeza según los datos anteriores.

En Guatemala se han efectuado algunos trabajos aislados que nos proporcionan cifras interesantes acerca del tema de nuestra tesis, pero en ninguno de ellos se ha enfatizado - sobre las causas que impulsan a nuestras mujeres a buscar al abortero.

Existen no obstante, ciertos hechos comunes en Latinoamérica, que no podemos ignorar y que consideramos como factores determinantes para que el aborto criminal medre en nuestro medio.

10.- Factor económico: Nuestros pueblos llenan todos los requisitos que definen a un país sub-desarrollado y así tenemos: bajos ingresos por habitante (\$100. al año, lo cual contrasta con los \$2,350 en EE.UU. y alrededor de \$850 - en Europa Occidental), baja tasa de ahorros e inversiones, ba

ja producción industrial en proporción a la población, mala calidad de caminos, carreteras, transportes y comunicaciones, caudal insuficiente de luz y fuerza, pocos hospitales, atención médica deficiente, altas cifras de analfabetismo, elevado porcentaje de niños desvalidos, hambre y desnutrición general, inestabilidad política, una gran proporción de la población económicamente activa empleada en la agricultura, altas tasas de morbilidad, salud pobre en especial de la madre y el niño. De esta manera, cada niño que viene a una familia común -valga decir pobre- viene a constituir una verdadera carga, aumentando el ya grave desequilibrio familiar entre los ingresos y los egresos. El aborto viene a ser para ellos, una "medida de urgencia"...

2o.- Ignorancia y analfabetismo: La educación sexual en nuestro medio es adquirida por la propia experiencia. Si una familia decide limitar su número de hijos, generalmente desconoce los recursos que la ciencia moderna ofrece para ello y aunque conociera algunos, su situación económica constituye poderoso valladar para adquirirlos; así nuestras familias menesterosas se enfrentan a dos posibles soluciones: la "operación", es decir, la ligadura tubárica, o bien, el aborto.

Dado que nuestras mujeres desconocen los peligros del aborto inducido, muchas de ellas no vacilan en autoaplicar se medidas aconsejadas por terceras personas, tales como la ingestión de píocimas -todas ellas inefectivas- o la introducción de los más diversos objetos en la matriz (roldanas, agujas de

crochet, etc.); recordemos el caso referido por el Dr. Zecaña, del hallazgo de una sonda de Melaton en la cavidad abdominal, introducida por maniobras abortivas (1).

3o.- El embarazo como producto de uniones prohibidas, conlleva la idea de una maternidad vergonzante constituyendo una "afrenta social".

La solución de estos casos con un aborto es hecho común entre nosotros y no sólo en las clases menesterosas. Consideramos a éste uno de los factores más difíciles de combatir.

4o.- Existen otras situaciones que contribuyen a aumentar el número de abortos criminales, como prostitución, aberraciones sexuales, etcétera. Finalizamos este capítulo, señalando la postura de la Eugenesia frente al aborto voluntario, la cual es puntualizada por Betzhold y Naujoks entre los especialistas de Alemania (13):

1. Indicación económica. Se rechaza pues no se admite combatir preocupaciones económicas con la muerte de un nuevo ser.
2. Indicación social, mujer soltera: Abstenerse en absoluto, sin compasión.
3. Indicación social, familia numerosa. Se rechaza en absoluto si la madre está sana.

3.- PROBLEMAS DEMOGRAFICOS EN RELACION CON EL ABORTO.

Existen varias razones que nos obligan a considerar el problema de la superpoblación-o "explosión demográfica"- en el presente trabajo, como son:

- 1o.- El motivo para legalizar el aborto en algunos países, - ha sido la sobrepopulación.
- 2o.- Cuando una familia tiene un crecido número de hijos, o las circunstancias económicas son adversas, en la ignorancia, el aborto se torna una solución.
- 3o.- Se intenta actualmente en todo el mundo, combatir la sobrepopulación con métodos anticonceptivos.

Si bien Guatemala actualmente no es un país sobrepoblado, sí confronta el problema de familia numerosa, infancia desvalida y tiene para sí uno de los índices de natalidad más altos. Para tener una idea de la población mundial, su crecimiento y relación con nuestro medio, citaremos algunos datos - interesantes:

El crecimiento de la población mundial, lo podemos dividir en cuatro períodos de acuerdo con el Dr. Osborn (22):

- 1o.- En el período pre-histórico, se calcula que habían unos 5 millones de seres humanos en el planeta, hubo crecimiento lento en muchos millares de años.
- 2o.- El segundo período se supeditó al desarrollo de la agricultura y domesticación de animales. En 10,000 años la población llegó a unos 250 millones en la época de Cris

to.

3a.- En este período el crecimiento fué más rápido. Se inició con el reinado de la reina Isabel -unos 500 millones de seres- llegando en algo más de 300 años a quintuplicarse para tener en 1,940, 2,250 millones de habitantes.

4a.- El crecimiento en este último período adquiere caracteres fantásticos. Con el avance tecnológico y la desaparición de plagas, el número llegó en 1,960 a 3,000 millones, calculándose para 1,965, 3,300 millones de seres.

En el Apéndice de esta tesis, se ilustra del notable aumento en la población mundial, a partir del año 1,500, (17).

De lo anterior se deduce que se ha necesitado toda la evolución de la humanidad para que la población mundial --llegue a los tres mil millones y sólo los próximos treinta y cinco años para agregarle otros tres mil millones y menos de treinta y cinco años más para que esos seis mil millones lleguen a doce mil millones.

En América Latina, la población en 1,950 era de 163 millones; en 1,960 de 206 millones, calculándose para 1,970 -de 265 millones y en 1,975 de 303 y si las tasas de crecimiento permanecen inalteradas, para el año 2000 tendremos en esta área del globo 592 millones de seres humanos.

No cabe duda que el aumento enorme de la población en los años recientes se debe a la marcada reducción de la -- mortalidad.

El problema fundamental radica en que los recursos para atender esa "explosión demográfica" no han crecido acordes con ella, tal como lo anunciara Malthus en 1,798 y de esa manera cada vez viene al mundo un número mayor de seres que -- participan de un ingreso cada vez menor.

Es importante notar además que las tasas de crecimiento anual de la población son más elevadas en los países -- sub-desarrollados como lo demuestra el siguiente cuadro:

TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION POR CONTINENTES (10 y 11)

Año	Europa Incluyendo URSS Asiática	Latino América	Norte América	Asia Excluyendo URSS Asiá- tica.
1,750	0.33	0.36	0.00	0.53
1,800	0.59	1.68	3.65	0.62
1,850	0.70	0.72	2.98	0.20
1,900	0.87	1.30	2.30	0.54
1,920	0.71	0.74	1.86	0.60
1,930	0.89	1.82	1.44	1.05
1,940	0.75	1.86	0.79	1.24
1,950	0.05	2.15	1.35	1.35
1,960	1.08	2.43	1.77	1.94

En el siguiente cuadro apreciamos la población de algunos países del mundo y su porcentaje de aumento entre -- 1,950 y 1,960, en miles:

AFRICA Ej. país:	1,950	1,960	Aumento %
E.A.U. (Egipto)	20,448	25,929	26.8
Congo (leopoldville)	11,258	14,150	25.7
Tanganika	7,733	9,239	19.5
AMERICA			
Canadá	13,712	17,814	29.9
E.E. UU.	152,265	180,670	18.7
Cuba	5,520	6,797	23.1
<u>Guatemala</u>	2,805	3,765	<u>34.2</u>
Puerto Rico	2,218	2,361	6.4

Argentina	16,965	20,001	17.0
Chile	6,073	7,340	20.9
Perú	8,521	10,857	27.4
Brasil	51,976	65,743	26.5

ASIA

Turquía	20,947	27,829	32.9
India	368,819	433,386	17.2
Tailandia	20,000	25,517	27.6
China	556,000	687,000	23.6
Japón	82,900	93,200	12.4

EUROPA

Francia	41,736	45,542	9.1
Suecia	7,014	7,480	6.6
Alemania	68,734	72,818	6.5
Suiza	4,694	5,351	14.0
España	27,868	30,128	8.1

OCEANIA

Australia	8,179	10,275	25.6
Nueva Zelanda	1,908	2,372	24.3

U.R.S.S.	181,000	214,400	18.5
----------	---------	---------	------

En el mundo hay pocos países que aventajen a Guatemala en ese aumento porcentual; ellos son: México (35.5), República Dominicana (41.4), Venezuela (44.8), Israel (68).

Mencionamos, para finalizar datos numéricos, las -

**tasas de natalidad y mortalidad en algunos países del mundo, -
de acuerdo a recientes informaciones:**

AFRICA	Fecha	NATALIDAD	MORTALIDAD
Leopoldville	1,955-58	43	20
Uganda	1,959	42	20
AMERICA			
Canadá	1,961	26	7.7
EE. UU.	1,961	23.4	9.3
Guatemala	1,960	49.5	17.5
México	1,960	45	11.4
Puerto Rico	1,960	31	6.7
Argentina	1,960	22.3	8.1
Chile	1,960	35.4	19.9
ASIA			
Israel	1,961	22	5.7
India	1,958	39.1	19.2
<u>Japón</u>	1,961	<u>16.8</u>	7.4
EUROPA			
Francia	1,961	18.4	11.0
Austria	1,961	18.5	12.0
España	1,961	21.3	8.6
Italia	1,961	18.8	9.4

Nuestras tasas de crecimiento de la población y -
altos índices de natalidad no pueden enorgullecernos, ya que
basta visitar las áreas suburbanas para asombrarnos de las -
condiciones miserables, infrahumanas en que viven las fami--

lias. Vemos por las calles en horas hábiles a nuestros niños hambrientos de alimentos y educación y el común denominador - de los niños atendidos en los hospitales es hambre y desnutrición. Esto demuestra claramente que tenemos un déficit de recursos para atender debidamente a nuestra actual población, - déficit que se vuelve catastrófico al relacionarlo con el ostensible aumento diario de seres humanos. Mientras no se vigile una efectiva reforma socioeconómica, nuestro deber es - unirnos al movimiento realista mundial que propugna el control de la natalidad.

4. EDUCACION SEXUAL Y ANTICONCEPCION.

Entendemos por Educación Sexual la disciplina que - tiene por objeto la formación y capacitación del individuo para comprender y resolver en forma lógica sus problemas sexuales. Puede efectuarse, según el ideal que se persigue, en -- forma vertical u horizontal: la primera se aplicará al ser - juvenil, en edad temprana, con el fin de lograr una formación integral con su vida orgánica, psíquica, espiritual y social; la segunda, tendrá como objeto complementar o reorientar los conocimientos del adulto, teniendo así un carácter informativo e instructivo.

La formación sexual debe comprender las diferentes etapas del crecimiento individual y considero lógico que así como se enseña la anatomía y funcionamiento del aparato digestivo o respiratorio, se enseñe tempranamente en la escuela, - como parte del programa, adecuada información con respecto a

los órganos generativos, su anatomía, su función y en forma natural el proceso maravilloso de la reproducción, logrando en esa forma que lo sexual deje de ser un tabú y evitar que las interrogantes se canalicen hacia fuentes empíricas o mal intencionadas que generalmente conducen a la desorientación y más tarde a frustración o fracaso.

La insistencia debe ser mayor en la escuela secundaria, proporcionando una lógica concepción de los hechos, pues en ella el individuo experimenta uno de los cambios más impresionantes y decisivos de su vida: la pubertad. Supongo que la dificultad estribará en introducir estos conocimientos al programa.

En cuanto a la instrucción sexual del adulto, reconocemos la existencia de ciertos factores que se oponen a su realización, tales como el analfabetismo, la falta de medios adecuados de difusión y enseñanza, y en fin, la falta de instrucción general, más patente en las clases menesterosas que en realidad son las más urgidas de conocimientos sexuales, pues por su misma limitación económica no tienen acceso a fuentes adecuadas de conocimiento, contándose en ellas las familias numerosas y de mayor miseria.

Hay en la actualidad un poderoso auxiliar para la educación sexual del adulto y es la PLANIFICACION FAMILIAR, término amplio que no comprende sólo como corrientemente se supone el control de la natalidad o de la concepción, sino significa cinco importantes actividades, a saber (13):

- a) Información anticoncepcional con el fin de espaciar a voluntad los nacimientos.
- b) Tratamientos para la esterilidad.
- c) Educación prematrimonial para los novios.
- d) Ayuda y consejo para resolver los problemas que surgen en el matrimonio.
- e) Investigación científica para mejorar los métodos anticonceptivos y de lucha contra la esterilidad.

El objetivo es pues elevado y se trata de lograr que la comunidad marche hacia una orientación consciente de su procreación y felicidad conyugal.

La anticoncepción comprende todos aquellos métodos que tengan por objeto impedir la fecundación del huevo; debido al creciente interés mundial en luchar contra el aborto y considerar seriamente el problema demográfico ya señalado en capítulo anterior, algunos individuos y grupos responsables han llevado a cabo algunos experimentos en diversos países, con carácter regional o nacional. Los resultados que a continuación se exponen, indican por sí la importancia de estos planes dirigidos.

Mencionamos primero el caso de Singur en la India, donde en 1,957 (22) se inició un programa que logró bajar el índice de natalidad de 42 a 36.9 por mil hacia 1,961. Como -- anticonceptivos se usaron el método del ritmo y las tabletas -- de espuma. Recientemente y con la aprobación del estado se utiliza la esterilización quirúrgica en hombres (vasectomía).

En una aldea de 7,000 habitantes de Ceylán, el Dr. Arne Kinch llevó a cabo un experimento similar que redujo el índice de natalidad de 31 por mil en 1,959 a 21.9 por mil en 1,962 -para este año (1,962) el índice de natalidad en Estados Unidos fué de 22.4-; en las clínicas prenatales se les proporciona a las futuras madres enseñanza elemental acerca de la fisiología de la reproducción y los intervalos entre los embarazos, dando les información sobre anticoncepción únicamente a quienes muestran interés en diferir el nacimiento de su próximo hijo. los medios más usados: tabletas de espuma y preservativos.

En Tainchung, Taiwan se efectuó un programa de planificación familiar en 1,963, lográndose en 13 meses, que de 36,000 mujeres casadas de 20 a 39 años de edad, 3,000 utilizaran aditamentos intrauterinos. La campaña educativa ha empleado carteles para estimular el apoyo al programa, envío de literatura a recién casados, reuniones y contactos personales.

Entre las causas de oposición a cualquier campaña de este tipo, podemos citar la ignorancia, el factor pecuniario, el instinto sexual incontrolable y el dogma religioso. - Con respecto a lo último, la actitud de varias religiones, especialmente la católica ha cambiado y es necesario interpretarla correctamente, siendo opinión de eruditos católicos y no católicos, que el conflicto religioso entre ambos hoy día, sobre el control de la natalidad se circunscribe a los métodos y no a los objetivos. El Papa Pío XII (21) afirmó en 1,951, que la obligación de esposo y mujer de tener hijos está sujeta a la regla de moderación y razón, diciendo que "de

esta contribución positiva, es posible estar exento por un -- gran tiempo y aún por la duración total de la vida matrimonial si hay razones serias tales como las que proveen las llamadas indicaciones de orden médico, eugenético, económico y social".

También la actitud política denota una atención mayor al problema como lo demuestran las palabras del ex-Presidente Kennedy de los Estados Unidos, el 13 de marzo de 1,961 - (9): "A través de toda la América Latina -un Continente rico en recursos y en logros espirituales y culturales de sus habitantes- millones de hombres y de mujeres sufren las privaciones diarias del hambre y de la pobreza.... El crecimiento de la población es mucho mayor que el crecimiento económico, los ya de por sí bajos niveles de vida se están reduciendo aún más y el descontento -el descontento de una masa que sabe que la abundancia y las herramientas del progreso están al fin a su alcance- ese descontento sigue aumentando". Más tarde el 24 de abril de 1,963 afirmó: "sí debemos saber más acerca de todo el ciclo reproductivo y de sí deberíamos poner esta información a la disposición del mundo, de manera que cada quien la use de acuerdo con su propio juicio, entonces yo creo que éste es un asunto que ciertamente debemos apoyar".

Con respecto a la opinión de nuestras mujeres, tenemos pocos datos, pero conviene conocer algunos de ellos y - para tal fin expone algunos resultados obtenidos en pequeñas encuestas realizadas en nuestro medio.

A.- Entrevistadas 500 multiparas del Centro Materno Infantil del IGSS, por trabajadoras Sociales (8), encontra

nos los siguientes datos:

Causas referidas por madres que no desean tener más hijos:

Salud.	10%
Familiares . .	13%
Económicas . .	77%

Con respecto al uso de anticonceptivos:

Los usaban . .	17%
No los usaban	83% por no conocer -

medios.

De las 500 madres entrevistadas, 8 (católicas) manifestaron no desear orientación anticonceptiva, por no permitir solo su religión.

B.- En un estudio efectuado en 800 familias de la zona 5 de la ciudad de Guatemala (7) se encontraron los siguientes datos, para nosotros interesantes:

Número total de embarazos. . .	3,550
Nacidos vivos.	84.8%
Nacidos muertos.	1.8%
Abortos.	13.4%

Total de Abortos: 476, es decir, que ocurrió un aborto por cada 6.3 nacidos vivos.

Usaban anticonceptivos	26.7%
No usaban anticonceptivos. . .	73.3%

De las que no los utilizaban, el 71% ignoraba su existencia. Es interesante conocer los medios anticoncepti-

vos practicados por el grupo analizado:

Abstinencia	8%
Ritmo.	17%
Preservativo	9%
Diafragma	0.5%
Jaleas.	2.3%
Lavados vaginales	17.9%
Coitus interruptus.	5.2%
Progestínicos orales.	27.4%
Otros.	12.7%

Creemos que la planificación familiar y especialmente el uso de anticonceptivos, debe regularse y legalizarse, orientándolos debidamente ya que existe la siguiente paradoja - en nuestro medio: se habla de la oposición religiosa, del -- "desenfreno sexual" (?), que traerían infidelidades conyugales y más científicamente se mencionan los peligros de la falta - de control médico --especialmente con los progestínicos- y sin embargo cualquier persona puede obtenerlos sin receta médica. Agregamos a este respecto que muchas complicaciones de los anticonceptivos intrauterinos en los Estados Unidos dependieron del empleo de los estuches "hágalo usted misma" que podían obtenerse sin ningún problema (22).

Con base en lo anteriormente expuesto, es necesario el control legal y científico (médico) de los anticonceptivos como medio de lucha contra el aborto o como método de regulación de la natalidad en un programa que debe elaborarse inmediatamente ya sea por la Universidad de San Carlos --que no --

puede ignorar este problema de carácter nacional y mundial- - por el Ministerio de Salud Pública- como sucede en otros países - o por Asociaciones privadas como la Sociedad pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca ya en funciones, y lo más deseable, la acción integral de estos organismos.

Finalizamos este capítulo, transcribiendo los postulados de la Asociación pro Bienestar de la Familia Portorriqueña (5):

- 1- Que no nazca un sólo hijo indeseado.
- 2- Que la maternidad sea consciente y voluntaria.
- 3- Que no haya emigración impuesta por la necesidad de ir a ganar la vida fuera del país como se observa en Puerto Rico.
- 4- Que las madres y los padres se conserven unidos en su firme propósito de tener los hijos que puedan atender y darles el cariño que necesitan, de modo que estos niños se levanten emocionalmente equilibrados.
- 5- Que cada hijo tenga aseguradas, por lo menos, las necesidades mínimas de techo, alimento, ropa, educación, recreo y servicios médicos.
- 6- Que haya empleo bien remunerado para todos los brazos.
- 7- Que todo ser que nazca, tenga motivos para sentirse gozoso y satisfecho de haber nacido.

5.- METODOS ANTICONCEPTIVOS

El objeto esencial de dedicar este Capítulo a los métodos anticonceptivos, es exponer, en forma resumida cuál es la situación actual de todos aquellos procedimientos de que podemos disponer para evitar la fecundación humana, con miras a la utilización científica, consciente y ética de los mismos. Se pone atención especial en los más modernos, prácticos y de eficacia comprobada en las pruebas y estudios específicos. El empleo de cada uno o la alternancia en su uso, dependerá de la pareja misma, de su nivel cultural, económico, necesidades propias, religión y del objeto o ideales que persiga una campaña anticonceptiva. Estas múltiples facetas del problema hacen indispensable que todo centro de planificación familiar se encuentre dotado de un equipo paramédico bien entrenado como enfermeras y trabajadores sociales.

El médico cuenta actualmente como veremos, con un gran número de procedimientos anticonceptivos. Sin embargo, ninguno de ellos, por circunstancias propias que también mencionamos, llega a ser el ideal, aunque el alto índice de seguridad y mínimo de molestias de algunos, los llevan a constituir una esperanza y una arma poderosa de lucha contra el aborto.

Deseo enfatizar la necesidad de investigación no sólo sobre algunos de los métodos actuales, sino sobre nuevos procedimientos que permitan disponer de una variedad de técnicas cada vez mayor, que puedan ser utilizados por personas de

distintos niveles sociales, grupos culturales y creencias religiosas.

Como conclusión de los capítulos precedentes, se elimina en la clasificación de anticonceptivos al aborto. Su práctica como tal, no es comparable con el más molesto de los anticonceptivos.

CLASIFICACION:

Como división primaria, creo útil separarlos según sean utilizados por el hombre o por la mujer.

A.- En el hombre:

- | | |
|---------------------|--|
| I - Mecánicos | 1 Preservativo |
| II - Quirúrgicos | 2 Vasectomía |
| III - Físicos | 3 Termoterapia testicular |
| | 4 Irradiación testicular |
| IV - Inmunológicos | 5 Aspermatogénesis provocada por -
autoinmunización o isoimmuniza-
ción. |
| V - Conducta sexual | 6 Abstinencia |
| | 7 Coitus interruptus. |

B.- En la mujer:

- | | |
|---------------|---------------------------|
| I - Mecánicos | 8 Diafragma |
| | 9 Capuchones cervicales |
| | 10 Tapones intravaginales |
| | 11 Esponjas espumosas. |

- | | |
|---------------------------------------|---|
| II - Físicos o Químicos | 12 irrigaciones |
| | 13 Espuma vaginal por aerosol |
| | 14 Crenas, jaleas, tabletas
de espuma y supositorios. |
| | 15 Irradiación ovárica |
| III - Quirúrgicos | 16 Salpingotomía |
| | a) Pomeroy o sus modificaciones. |
| | b) Aldridge o sus modificaciones. |
| | 17 Constricción por cauterización de las aberturas tubáricas en el útero. |
| IV - Inmunológicos | 18 Inmunización contra sustancias espermáticas |
| | a) activa |
| | b) pasiva |
| V - Fisiológicos | 19 Método del ritmo |
| VI - Hormonales | 13 Anovulatorios de uso oral |
| VII - De acción no bien
Dilucidada | 14 Aditamentos intrauterinos. |

La valoración, mencionada por la Dra. Calderone, -- fundada en experiencias clínica y estudios estadísticos, de la eficacia teórica de los métodos anticonceptivos (22) y que es similar a la expuesta por el Dr. Guttmacher (16), es la siguiente:

- Grupo I Eficacia máxima: Anticonceptivos orales
- Grupo II Sumamente eficaces: Diafragma o capuchón cervical con crema o jalea; preservativo.
- Grupo III Muy eficaces: Espuma vaginal por aerosol
- Grupo IV Menos eficaces: Cremas y jaleas usadas exclusivamente; tabletas de espuma; supositorios; coito interrumpido; ritmo (período seguro); esponja con espuma.
- Grupo V Eficacia mínima: Amamantamiento.
- Grupo VI Probablemente ineficaces: ducha vaginal simple o con sustancias químicas añadidas.

La eficacia de los métodos más usados actualmente, se estima con la aplicación de la ecuación de Pearl, modificada por Stix y Notestein. El índice de gestación para un método cualquiera por 100 años de exposición se expresa por la siguiente fórmula (22):

$$R = \frac{\text{Total de exposiciones} \times 1200}{\text{meses totales de exposición.}}$$

En el denominador se incluyen únicamente los meses en los cuales se usó el método dado.

En la Mesa Redonda sobre Crecimiento Demográfico -

y planificación Familiar auspiciada por la Federación Médica de Guatemala, que se efectuó el 21 de mayo de 1,965, el Dr. - Germán Aramburú expuso los siguientes resultados que se han - obtenido, con base en la ecuación de Pearl:

Ducha	40.8
Ritmo	38.5
Coito interrumpido . .	16.8
Diaphragma	14.4
Preservativo.	13.8
Anovulatorios	2.1
Intrauterino (Lippes) .	0.7

Preservativo o condom: es receptáculo destinado a retener el esperma eyaculado y se adapta a la forma del pene: mide generalmente 1 3/8 pulgadas -en el extremo abierto- pueden ser hechos de latex o de material biológico (intestino de carnero) siendo estos últimos más elásticos (tres veces) que -- los otros. Hacia 1,961 se calculaba que su producción anual - en los Estados Unidos era de 700 a 800 millones.

Debido a la atención que sobre ellos se ha puesto y a que la Administración de alimentos y Fármacos de los Estados Unidos, ha señalado penas por imperfecciones en su fabricación, se han efectuado notables adelantos (16) en las pruebas hasta utilizar métodos electrónicos que permiten detectar las más leves imperfecciones. Un trabajador es capaz de examinar 2000 unidades por hora y se rechazan de 10 al 15%.

La Administración de Alimentos y Fármacos no uti-

liza métodos electrónicos sino que sus inspectores seleccionan preservativos al azar, los llenan con 10 onzas de agua, cierran el extremo abierto y los retuercen sobre una toalla seca, detectándose así agujeros relativamente grandes por escape, y pequeños por humedad en la toalla. La entidad mencionada calculó en 1,958 una frecuencia de preservativos defectuosos de 0.30% ó sea de 1 X 350.

Ventajas: 1.- Fácil adquisición; 2.- Relativamente baratos ya que si se siguen las instrucciones adecuadas, los de material biológico pueden usarse hasta 6 veces cada uno; 3.- Uso comprensible fácilmente; 4.- Sumamente eficaces; se calcula que en Estados Unidos lo utilizan el 25% de parejas que llevan a cabo algún medio anticonceptivo; 5.- Su uso es especialmente indicado en ciertas condiciones patológicas; por ejemplo, cuando hay tricomoniasis en ambos cónyuges, mientras se lleva a cabo el tratamiento, para evitar re-infecciones; - 6.- Algunas mujeres lo prefieren para evitar manipular sus órganos genitales, como sucede con el diafragma.

Desventajas: La mayor parte de desventajas se circunscribe a lo afirmado por algunas parejas acerca de que disminuye el placer sexual, interrumpe el juego amoroso para aplicarlo y que puede romperse al utilizarlo.

Vasectomía: Es una operación esterilizante sin desexualización que puede ser reversible y consiste en la ligadura y sección de los conductos espermáticos. Además de ser un método utilizado para prevenir accesos agudos de epididimitis crónica, se usa como anticonceptivo y ésto especial--

mente en países como la India donde es un método aprobado por la ley; en los medios rurales se ha llegado a formar campamentos de vasectomía, que son unidades temporales para este propósito. Opina Lady Dhanvanty Kama Rau, fundadora y Presidenta de la Asociación de Familia Planificada de la India (12) que "es un método positivo y completo la limitación familiar". En -- 1,963, 100,000 norteamericanos escogieron la esterilización -- como mejor medio de limitar la descendencia al número de hijos para el cual se pueda proveer lo necesario y se pueda cuidar. En la India, de 1,956 a 1,964, se efectuaron unas 170,000 vasectomías (5).

Entre sus ventajas, tenemos que la técnica operatoria es sencilla, se utiliza anestesia local, no es necesaria -- la hospitalización ó es mínima, no tiene las posibles complicaciones postoperatorias de una ligadura tubárica y no interfiere en el placer sexual.

El hecho de que el hombre es menos anuente que la mujer para permitir que se le practique a él la operación, -- constituye una de las principales desventajas de este método y también que no puede esperarse una reversibilidad 100%.

Termoterapia e irradiación testicular: Considerados por Kickinson (13) como métodos de protección prolongada, destinados a detener la espermatogénesis en el hombre o la ovulación en la mujer, no están suficientemente investigados; algunos los consideran peligrosos por lo que no se han usado en ninguna campaña de planificación familiar, sino sólo como instrumento político de esterilización (Nazis).

Aspermatogénesis provocada por autoinmunización o isoinmunización:

Se trata de suprimir la espermatogénesis por medio de inyecciones de esperma ó de testículo homólogo o autólogo - y se basa en la producción de anticuerpos circulantes (22).- aún se encuentra en etapa de investigación y los experimentos en animales dan resultados prometedores.

El uso de las sustancias receptoras del óvulo y del espermatozoide actualmente en experimentación para casos de - infertilidad, son una promesa potencial para impedir la fecundación.

Abstinencia: Es un método que sólo se menciona, pero que no ofrece ningún resultado práctico en parejas de temperamento sexual normal y se le ha acusado de factor que lleva a la infidelidad conyugal.

Coitus interruptus: Es un método que empleaba Onán según la Biblia. Su seguridad no es absolutamente efectiva ya que puede darse el caso que penetren espermatozoides en la vagina antes de llegar al orgasmo. Se altera brutalmente el -- curso de la unión sexual por lo que se considera antifisiológico, además deben considerarse las consecuencias emocionales para la mujer que generalmente así no obtiene ninguna satisfacción.

Diafragma y capuchones cervicales: Cubiertos o no de sustancias espermaticidas están destinados a impedir que - los espermatozoides alcancen el canal cervical. Su uso nece--

riamente tiene que ser individualizado y estar bajo vigilancia médica, ya que el tamaño debe ser exacto para cada mujer. La Dra. Calderone los considera "métodos para la minoría privilegiada". Se les atribuye una eficacia de 90%.

Tapones intravaginales: Son de uso más popular y consisten en fragmentos de algodón o lana embebidos en sustancias espermaticidas generalmente ácidas e incluso se ha generalizado recientemente el empleo de tales tapones únicamente empapados de agua. No hay estudios que nos indiquen el índice de eficacia.

Esponjas espumosas: Similares a los anteriores, son esponjas que generalmente tienen un hilo para ser extraídas. Una esponja de 5.5 cm. de diámetro por 1 cm. de grosor, se sumerge en agua, se exprime parcialmente, luego se le aplican polvos ó líquido espermaticida, que produzca espuma. Es un método sencillo, barato, de aplicación fácil. Su éxito ha sido señalado por Tyler (22) del Centro de Planificación Familiar de los Angeles, California. Su uso requiere comprensión y colaboración en lo que a técnica se refiere, especialmente ciertas indicaciones como: no hacerse duchas ni quitarse la esponja antes de transcurridas seis horas del acto sexual. - Se le ha calculado eficacia del 55 al 95%.

Irrigaciones o duchas vaginales de soluciones ácidas (vinagre, jugo de limón, etc.) se consideran de muy poca eficacia y basados en el elevado número de espermatozoides -- que se necesitan para que la fecundación se efectúe, se cree que las duchas tienen su efecto reduciendo el número de esper

matezoides.

El Dr. Stone (16) aconseja las reglas siguientes:

- a) Utilizar soluciones no irritantes pero altamente espermaticidas.
- b) Distender la vagina con suave presión.
- c) Efectuar el flujo con chorro.
- d) Hacerla inmediatamente después del coito.

Espuma vaginal por aerosol: Producto ya aceptado por la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos (22), consiste en espumas envasadas en recipientes bajo presión, las cuales se distribuyen por el conducto vaginal y cuello uterino por medio de aplicador especial. Se les considera una eficacia intermedia entre el diafragma y las jaleas o cremas. Son más baratas que éstas últimas, pues a peso igual, la cantidad es menor, disminuyendo así el costo por aplicación; además no tienen el inconveniente del escurrimiento post coito que sucede al usar otros productos intravaginales y su aplicación es sencilla.

Cremas y jaleas: Se dispone actualmente de numerosos productos en estas formas, incluso totalmente acuosolubles. Son preparados generalmente con ácidos para aplicación intravaginal; su eficacia está entre 60 y 90%. Son de aplicación sencilla, relativamente baratos y fácilmente accesibles al público.

Supositorios: Pueden ser hechos de manteca de cacao o de gelatina glicerizada con sustancias espermaticidas.

Tienen el inconveniente de que debe esperarse cierto tiempo - (tiempo de fusión) antes del coito. Dicho tiempo se aconseja de 15 minutos como mínimo y una hora como máximo. Se estima - que el tiempo promedio de fusión para los diversos preparados es de 7 a 11 minutos. Son relativamente baratos y fáciles de adquirir. Su eficacia se calcula entre 60 y 90%, si se siguen las instrucciones.

Salpingotomía: Puede hacerse por vía vaginal o - abdominal; la primera da un 16.6% de fracasos según Boiren y Mc Rae (23). La segunda un 100% de seguridad, especialmente si se hace ligadura y sección con o sin modificación a la técnica de Pomeroy. Una variante del método es la técnica reversible de alridge o sus modificaciones y consiste esencialmente en sepultar el extremo fibroso de las trompas en el ligamento ancho correspondiente. Utilizando el método original de alridge, el Dr. Castañeda Palacios de Guatemala informa de dos - fracasos en treinta intervenciones y ninguno utilizando su modificación que consiste en emplear los ligamentos redondos para mejor soporte de las suturas de fijación de las trompas (3).

El Dr. Castañeda nos da tres indicaciones precisas para el empleo de este método:

"A) En pacientes con Desproporción Cefalopélvica, con una cantidad de Cesáreas que no sabemos porque razón se fija en tres en nuestro medio.

b) En pacientes que sufren una enfermedad descompensada y en quienes el juicio médico autorizado conside--

ra que una nueva gestación y parto ponen en grave peligro la vida de la madre, y por consiguiente la estabilidad de un hogar.

c) En pacientes psíquicamente seleccionadas, para evitar maternidades vergonzantes y descendencia tarada".

La importancia de la Salpingotomía radica en que es el método solicitado a nuestras instituciones por familias menesterosas con demasiados hijos. El efectuarlo queda a criterio de Junta de Médicos después de hacer el estudio socioeconómico correspondiente, necesitándose además la anuencia de ambos cónyuges. Es un procedimiento de elección cuando existen situaciones patológicas incompatibles con futuros embarazos.

Se dispone actualmente de métodos anticonceptivos mucho más satisfactorios que esta operación, por lo que las indicaciones para efectuarla se han reducido. Una de las principales desventajas que tiene es que si debido a cualquier circunstancia la pareja desea nuevamente tener hijos, las posibilidades de lograrlo con la anastomosis son bajas.

Cierre por cauterización de la abertura tubárica - en el útero por vía cervicovaginal, es un método de esterilización sin desexualización poco aceptado, no hay estudios estadísticos de su uso y su principal dificultad estriba en obtener una buena visualización del campo operatorio (13).

Inmunización contra sustancias espermáticas: Puede ser activa o pasiva. La primera consiste en inyectar paren

teralmente esperma o extractos de esperma humano en la hembra y además se ha amplificado la reacción de inmunidad agregando el coadyuvante de Freund (Micobacterias muertas, aceite mineral y un emulsionante). Se ha tenido bastante éxito en animales de laboratorio, pero los experimentos en humanos son tan escasos y recientes que no permiten establecer conclusiones - (22). Podemos decir que aún se encuentran en etapa de estudio y tal aplicación es aplicable también para la forma pasiva que consiste en la inyección parenteral de un antisuero homólogo para alterar la capacidad fecundante de los espermatozoides - (22). No dejemos de mencionar que tienen que eliminarse -- ciertos inconvenientes como la enfermedad del suero en el caso de usar suero heteroinmunizante.

Método del ritmo o continencia periódica: Es el único aceptado por la Iglesia Católica, aunque como sabemos - en el actual Concilio Ecuménico se discute la posibilidad de aceptar las tabletas anovulatorias. Ideado por los Doctores Kyusaka Ogino (Japones) y Hermann Knaus (Austriaco) (20) independientemente en 1,930; sin embargo los investigadores -- franceses Pouchet, Raciborski y Courty ya habían afirmado hace más de cien años que una mujer normal no concibe durante - los diez o doce días que preceden a la menstruación (18).

El fundamento de la teoría se basa en los siguientes hechos:

- a) Hay una relación estrictamente regular entre la ovulación y el siguiente período menstrual. Es de 14 ± 2 días.
- b) Los espermatozoides no se mantienen fértiles por más de - 30 ó 40 horas en el canal genital femenino (22).

- c) Se ha calculado (Hartman) conservadoramente en 24 horas la fecundabilidad del óvulo humano, por lo que la concepción sólo es factible si la cópula tiene lugar inmediatamente antes ó después de la ovulación.

El Dr. Knaus (18) ha ideado tablas y calendarios - aplicables incluso a mujeres con ciclos irregulares, aunque - afirma que una mujer con un ciclo corto puede concebir durante o inmediatamente después de la menstruación.

El período de fecundidad en el ciclo es de unos -- cuatro días y el problema es predecir con exactitud la fecha de la ovulación en un ciclo determinado. Hay ciertos signos - como: pequeña hemorragia, el mittelschmerz, estudio del moco cervical y lo más práctico, la curva difásica de temperatura corporal que se eleva por la influencia termógena de la progesterona. Además se cuenta actualmente con indicadores para -- pregnandiol en la orina (indicine) que reaccionan cuando esta sustancia excede de 3.5 mgm. por día y esa cifra se cree sea el nivel que indica la ovulación. En criterio del Dr. Mastrogiani (22) lo ideal sería predecir la ovulación tres o cuatro días antes.

Ventajas: Barato, aprobado por la Iglesia Católica, no se usan aditamentos mecánicos o químicos.

Desventajas:

- a) Las mujeres interesadas en este método poseen familias numerosas y las múltiples ocupaciones que ello implica difi-

cultan ciertos controles necesarios como tomarse y anotar la temperatura oral diariamente al despertar.

- b) Se necesita un alto nivel de motivación e inteligencia en las parejas.
- c) La necesaria abstinencia del hombre durante varios días puede ser un obstáculo en nuestro medio, ya que ciertas condiciones como el alcoholismo pueden hacer que se olvide y se omita este requisito.
- d) Es método inseguro porque:
 - 1.- Generalmente la irregularidad menstrual es la regla.
 - 2.- No disponemos de métodos eficaces y fáciles de controlar la ovulación.
 - 3.- Se ha mencionado la posibilidad que la mujer pueda ovular por el mecanismo de la excitación, como sucede en ciertos animales como las conejas.

Inhibición de la ovulación con hormonas de uso oral: desde 1,897 Seard supuso que del cuerpo amarillo dependía la falta de ovulación durante el embarazo (22). Hacia 1,930 Smith observó que con extracto de cuerpo amarillo se impedía la ovulación en las conejas. Después del aislamiento de la progesterona en 1,934, Makepeace, Weinstein y Friedman comprobaron el efecto inhibidor de la ovulación por este esteroide en la coneja.

Alrededor de 1,950 se utilizó una combinación de progesterona y un estrógeno sintético (dietilestilbestrol) para suprimir la ovulación en mujeres. Estos experimentos se realizaron en la Fundación Worcester por los Dres. Gregory --

Pincus y N. C. Chang uniéndose posteriormente el Dr. John Rock, destacado luchador católico en pro del control de la natalidad, quien afirma que: "las píldoras no permiten la reproducción -- modificando simplemente las secuencias en las funciones del -- cuerpo. El método del ritmo, sancionado por la Iglesia, depende de la secreción de progesterona por los ovarios, cuya acción las píldoras únicamente duplican. Por lo tanto la fisiología que apoya al "período sin peligro" espontáneo es idéntica con la que inician los compuestos esteroidales" (20).

Actualmente se dispone de productos que son el resultado de diversas combinaciones de progestínicos y estrógenos. La introducción de estrógenos se hizo para remedar mejor el ciclo menstrual humano y la combinación se basa en el temor al efecto cancerígeno del uso de estrógenos por progestínicos, como la 19 norprogesterona, debido al efecto masculinizante de los primeros. Los principales progestínicos usados son los derivados de la progesterona y de 19 noresteroides (Noretindrona, etinodiol, noretinodrel y desoxinoretindrona) y de estrógenos el 3 metiloetinilestradiol (mestrenol).

El uso aconsejado es: tomar una tableta diariamente durante 20 días consecutivos, a partir del quinto día de la menstruación. Entre los efectos secundarios observados están: náusea, vómito, plenitud mamaria, mastalgia, cefalea, vahídos, depresión, apatía, fatiga, dolor pélvico y cloasma -- así como aumento de peso (22. Esto último se atribuye a la retención de líquido por aumento en la secreción de aldosterona, pero hay quien asegura que es debido a que la paciente se

alimenta mejor al desaparecer la tensión originada por el temor al embarazo.

Uno de los principales inconvenientes es que se ha dicho que propende a la aparición de tromboflebitis, lo cual se atribuye a un aumento del tiempo de coagulación sanguínea, especialmente en caso de várices o tumores pelvianos (estasis sanguínea) por lo que se han contraindicado al coexistir tales entidades. También se ha reportado la aparición de ictericia, en algunos casos, atribuyéndose a colestasis (22).

Dónde se inhibe la ovulación? Debido a que dosis inferiores no modifican la concentración de gonadotrofinas urinarias, se deduce que es a nivel ovárico y no hipofisiario; la opinión aceptada es sobre su efecto múltiple. No hay pruebas efectivas de que sean carcinógenos. Su eficacia se calcula en 100%.

Una de sus ventajas principales es que en campañas de planificación familiar, el costo anual por mujer sería de aproximadamente seis quetzales.

Anticonceptivos intrauterinos: Su uso no es nuevo. Debido a que en las travesías, una gestación en los camellos era inconveniente e incómoda, los árabes introducían una piedrecita en el útero de los animales evitando el embarazo con buen éxito (22). En 1,916 Dickinson menciona los tallos intrauterinos para impedir la gestación y después de los experimentos de Rawls, -- volvió a insistir en su uso como anticonceptivos cuando se idea ra un tallo pequeño "que se extienda y sea tole- - - - -

rado por el útero.

En 1,924 Siddall lo consideró ineficaz y peligroso. El interés en los aditamentos intrauterinos renació con el anillo de Poust y la modificación de Grafenberg en 1,927.

Los materiales utilizados actualmente son el acero inoxidable y materiales sintéticos como el nylon, polivinilo y polietileno.

El tipo de diseño corresponde al nombre de creador. Las dos variedades principales son: totalmente intrauterinos e intrauterinos con prolongación cervical. Se cuenta hoy en día con los siguientes:

- 1.- Anillo de acero inoxidable de Hall, que es una modificación del similar de plata de Grafenberg. Se emplea desde 1,949.
- 2.- Anillo de Ota, de metal o plástico, usados en Japón y -- Taiwan desde hace treinta años.
- 3.- Anillo de Zipper, de nylon, tiene prolongación cervical - filiforme. Casi todos los mencionados miden de 2 a 2.5 - cm.
- 4.- Espiral de Margulies, con prolongación cervical en forma de rosario.
- 5.- Asa de Lippes.

Los dos últimos son de polietileno con bario, lo cual permite su identificación radiológica.

Se introducen por medio de un tubo de 4 mm. de diá-

metro y su extracción es sencilla. Ambos procedimientos deben ser efectuados por ginecólogos o por médicos bien entrenados.

Se han señalado efectos secundarios como: hemorragia vaginal, generalmente pasajera. Dolor pélvico; en realidad la dismenorrea fué la primera indicación de los pesarios de talla. Enfermedad inflamatoria pélvica, sin embargo, en estudios efectuados (22), como el del Comité Nacional de Salud Materna, en Estados Unidos y Puerto Rico, en 10,324 mujeres, sólo 105 la presentaron y de ellas el 50% tenía antecedentes de esta entidad, el 50% fueron tratadas sin extraer el aditamento y sólo el 33% necesitaron hospitalización. Endometritis o reacción inflamatoria es de baja frecuencia (22). No se cree que aumenten la frecuencia de cáncer.

El mecanismo de acción no se conoce exactamente; se piensa que impiden la implantación por reacción a cuerpo extraño pero esto no se ha comprobado.

Tienen las siguientes ventajas: son baratos, no se necesita control frecuente y son de los más efectivos métodos anticonceptivos.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar el presente trabajo se efectuó una revisión bibliográfica de las principales publicaciones que han visto la luz sobre el aborto provocado, los métodos anticonceptivos y el crecimiento demográfico. Se utilizaron da--

tos obtenidos de los libros de registro de pacientes del Servicio de Complicaciones prenatales del Hospital General e información de las secciones de Estadística del Hospital Roosevelt y - Centro Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se incluye material informativo de conferencias relacionadas con el tema, por asistencia personal y de trabajos inéditos como los del Dr. Castañeda Palacios.

DISCUSION Y RESULTADOS

=====

Con la premisa de que muchos abortos provocados permanecen ocultos, no se pudo vislumbrar la incidencia global -- de tal práctica en nuestro medio, pero se expone el índice de complicaciones hospitalarias que origina. No se obtuvo datos acerca del uso de anticonceptivos en nuestro medio -en lo que - respecta a los más eficaces- ya que únicamente han sido utilizados por médicos en clientela privada y las actividades del - Comité pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca se iniciaron - este año.

El trabajo es de tipo informativo y los resultados prácticos se considerarán en la medida que contribuya a la lucha contra el aborto criminal en nuestro medio, pero nos permite, por ahora, llegar a las siguientes

CONCLUSIONES

=====

- 1.- En países donde se ha utilizado el aborto como medio de limitación familiar, la tendencia actual es usar medios anticonceptivos.

- 2.- Los mejores medios de lucha contra el aborto son la educación sexual y los métodos anticonceptivos.
- 3.- Es imposible conocer la incidencia total de abortos criminales, pues sólo los casos complicados llegan a los -- hospitales.
- 4.- Tanto en la lucha contra el aborto como en actividades -- de planificación familiar, es necesario el control legal y médico de los anticonceptivos, especialmente los intra-uterinos y los hormonales.
- 5.- No hay un anticonceptivo que sea 100% satisfactorio.
- 6.- Los anticonceptivos más seguros y satisfactorios en la -- actualidad, son los aditamentos intrauterinos y los ano-
vulatorios de uso oral.
- 7.- En Guatemala hay un alto índice Hospitalario de abortos (un aborto por cada 4.51 partos en 1,964).
- 8.- La planificación familiar previene el aborto que es un -- crimen en nuestra legislación y que aunque no lo fuera, -- es un medio indeseable de control de la natalidad, aún -- en los países donde está legalizado.
- 9.- Nuestras familias menesterosas ignoran la existencia de -- anticonceptivos adecuados.
- 10.- Los serios problemas médico-sociales de un país en desa-
rrollo económico como Guatemala, exigen una mayor respon

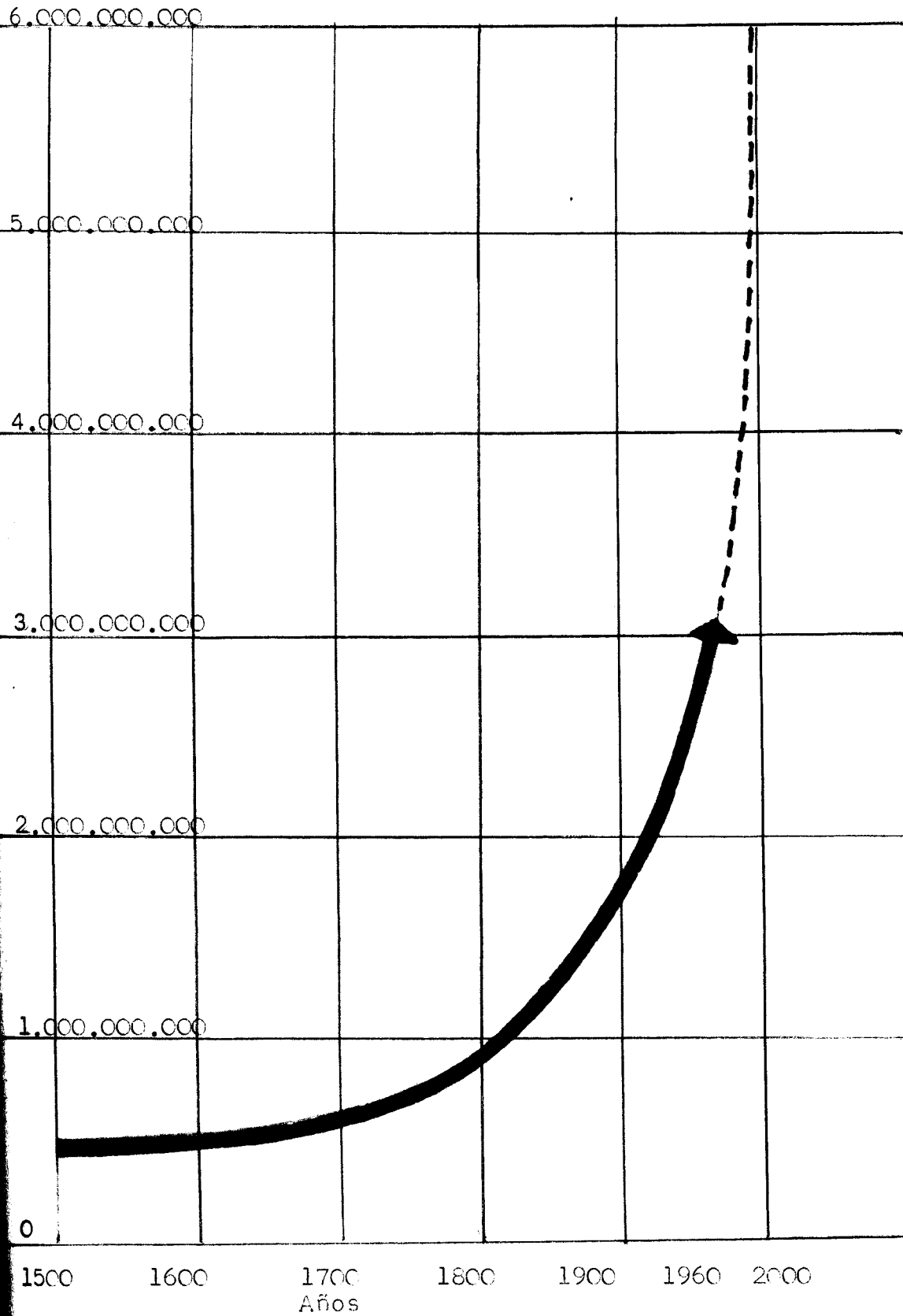
sabilidad hacia la procreación, y la planificación familiar es el medio que permite lograr una maternidad consciente y voluntaria, es decir, una maternidad responsable.

S U M A R I O

Se exponen las principales ideas y opiniones sobre el aborto en los principales países del mundo, especialmente - en aquellos donde la legislación del mismo se ha tornado necesaria, presentándose el concepto de nuestras leyes y del Código de Deontología Médica de Guatemala, así como la incidencia del aborto Hospitalario en dos años consecutivos; se hace énfasis en la necesidad de atender el crecimiento demográfico y sus consecuencias -especialmente en los países subdesarrollados y en la importancia de la educación sexual, y finalmente se enumeran los principales métodos anticonceptivos señalando especialmente los más eficaces y de uso práctico.

A P E N D I C E

Población Mundial



La "Explosión de la Población" (17)

B I B L I O G R A F I A

1. Bosque, Lionel. El Aborto como Problema Médico-Social en Guatemala. (Tesis). Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1,945. 75 p.
2. Calderone, Mary Steichen, comp., El aborto en los Estados Unidos. Conferencia auspiciada por la Federación Americana de Planificación Familiar. N. Y., 1,958. pp. 150 -260.
3. Castañeda Palacios, Ricardo. Consideraciones relativas al problema del Aborto Provocado y Enfoque de una Campaña Anticonceptiva. Modificación a la Técnica Reversible de Alridge. Guatemala. Julio, 1,954. 10 p. - (Sin publicar).
4. _____ El Aborto como Problema Médico-Social. Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Nos. 3 : 26 - 29. 1,961 ?
5. Castillo Arenales, Enrique. Planificación Familiar y uso de Anticonceptivos. Revista de la Juventud Médica. Guatemala, 12 (5) : 27 -36. Noviembre 1,963.
6. Código de Deontología Médica. Guatemala. Imprenta Mansilla, 1,949. pp 22-23.

7. De Díaz, Gloria Ruiz y otros. Estudio sobre Condiciones de Vida de 800 familias de la zona 5 de la Ciudad - de Guatemala. (Tesis). Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Escuela de Servicio Social. 1,964. 40 p.
8. De Orellana, Marta Hernández y Gloria Paiz Castro. La - Multiparidad como Problema Médico-Social. (Tesis). Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Escuela de Servicio Social. 1,963. 68 p.
9. Estados Unidos. Population Reference Bureau, Inc. El Problema de la Población. Washington, D. C. s.f. 4 p.
10. Estados Unidos. Report on the world Social Situation. (United Nations Publication, Sales No. 63. IV. 4, 1,963. 6 p.
11. _____ United Nations. The Determinants and Consequences of Population Trends. (Population Studies, No. 17, 1,953).
12. First International Conference on Voluntary Meets. HRAVS News. Spring 1,964, p 2.
13. Girón, Manuel Antonio. Pediatría Social. Guatemala. - Editorial Universitaria, 1,956. pp. 159 - 234.
14. Guatemala. Asamblea Legislativa de la República. Decreto 2164 (Código Penal), párrafo 3. Artículos 304, -- 305, 306 y 307. 29 de abril de 1,936.

15. _____ Hospital General. Libros de Registro de -
Pacientes del Servicio de Complicaciones Prenatales.
1,963-64.
16. Guttmacher Allan. Birth Control. New York. Ballantine
Books. 1,961. pp. 10 - 120.
17. Jones, Joseph. La Sobrepoblación ¿Significa Pobreza?.
Washington, D. C. Centro para el Desarrollo Económi-
co International, 1,962. pp. 7 - 58.
18. Knaus, H. H. El Control Natural de la Concepción. News
of Population and Birth Control. (London) 120, 4 p.
Dic. 1,963.
19. Rainwater, Lee. And the Poor get Children. Chicago.
Burleigh B. Gardner, 1,960. pp 122 - 184.
20. Rock, John. The Time has Come. New York. Alfred A. -
Knopf. 1,963. pp. 159 - 200.
21. _____ Ya es tiempo de Terminar la Controversia so-
bre el Control de la Natalidad. 7 p. (Sin publicar).
22. Simposio sobre Práctica Médica y Regulación de la Natali-
dad. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. pp. 751
- 875. Septiembre, 1,964.
23. Te Linde, Richard. Ginecología Operatoria. 2a. ed. Bue-
nos Aires. José Bernadés, 1,956. pp. 555 - 594, -
635 - 643.