



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



PAREJAS INFERTILES:

INTERRELACION DE FACTORES DE PERSONALIDAD

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MIREN LARRAITZ DE IZURIETA
MEXICO, D. F. 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

psa 98

Sst 34202



1980

L3

I N D I C E

	Pág.
<u>PROLOGO</u>	1
<u>INTRODUCCION</u>	4
<u>CAPITULO I</u> REVISION DE LA LITERATURA	10
1. Definiciones	11
a. Esterilidad e Infertilidad psi cógica	13
2. Estructura y funcionamiento del - aparato reproductor en el hombre y en la mujer	16
a. Aparato reproductor masculino	16
b. Aparato reproductor femenino	17
c. Proceso de espermatogénesis	18
d. Ciclo menstrual y formación de el óvulo	20
e. Fecundación y embarazo	23
f. Trastornos en el proceso de re producción	25
g. Tratamiento de la infertilidad	29
3. Relación psique-soma en la inferti lidad	41
<u>CAPITULO II</u>	99
1. Metodología	100
a. Obtención de la muestra	100
b. El MMPI como instrumento de me dicción	102
c. Diseño experimental	105
d. Hipótesis	108
e. Comparabilidad de las muestras	109
<u>CAPITULO III</u>	120
1. Análisis y discusión de resultados	121
a. Análisis de varianza por medio de lotes subdivididos	

b.	Análisis de varianza de las diferencias al cuadrado con retención de signo	137
c.	Configuración de escalas	148
<u>CAPITULO IV</u>	151
1.	Interpretación de resultados	152
<u>CAPITULO V</u>	167
1.	Conclusiones	168
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	175
<u>APENDICES</u>		
APENDICE A, material del MMPI	186
a.	Reactivos que componen la escala L	189
b.	Reactivos que componen la escala F	190
c.	Reactivos que componen la escala K	194
d.	Reactivos que componen la escala 1	196
e.	Reactivos que componen la escala 2	198
f.	Reactivos que componen la escala 3	201
g.	Reactivos que componen la escala 4	205
h.	Reactivos que componen la escala 5	208
i.	Reactivos que componen la escala 6	211
j.	Reactivos que componen la escala 7	214
k.	Reactivos que componen la escala 8	217
l.	Reactivos que componen la escala 9	220
m.	Reactivos que componen la escala 0	223
APENDICE B		
Tabla 1	Puntaje bruto y porcentajes de edad de las muestras	227
Tabla 2	Puntaje bruto y porcentaje: lugar de origen	228
Tabla 3	Puntaje bruto y porcentaje: años de casados	229
Tabla 4	Puntaje bruto y porcentaje: escolaridad	230

Tabla 5	Puntaje bruto y porcentaje: ocupación	231
Tabla 6	Puntaje bruto y porcentaje: ingresos	232
Tabla 7	t de Fischer	233
Tabla 8	Análisis de varianza, lotes subdivididos varones	234
Tabla 9	Análisis de varianza, lotes subdivididos mujeres	235
Tabla 10	Análisis de varianza, diferencias - al cuadrado con retención de signo	236
Tabla 11	Configuración de escalas, varones	237
Tabla 12	Configuración de escalas, mujeres	238

P R O L O G O

Este trabajo representa la integración de un proceso de desarrollo que se inicia dentro de una madre fértil -mi propia madre- y da fruto debido a la labor de un psicoanalista, el Dr. Héctor Prado-Huante, quien me llevó al reencuentro con mi madre fértil. A los dos mi más profundo agradecimiento.

Son muchas las personas que me han ayudado, enseñado y estimulado a lo largo de mi desarrollo profesional.

Mi esposo me impulsó a estudiar la carrera y, durante todos estos años, me ha alentado y orientado. Para mis hijos fue duro tener una madre estudiante, sin embargo, ahora que están en la adolescencia, se sienten contentos de tener una madre diferente a la de sus amigos. Especialmente estimulante era ver la alegría que mostraban mi padre y mis hermanos ante los logros académicos.

Por todos mis maestros, tanto de la Universidad de las Américas como de la Universidad Nacional Autónoma de México, siento un especial agradecimiento. Ellos me enseñaron lo que sé y, además, despertaron en mí curiosidad, interés e inquietud hacia diversos temas.

Al Dr. José Lichtszjan le debo el interés por la psicología ya que, por medio de un curso introductorio, hizo dar un viraje a mi rumbo profesional.

El Dr. Juan Mora Rubio me introdujo al campo de la filosofía y abrió ante mis ojos el fascinante mundo de la literatura latinoamericana. A él debo, en gran parte, haberme identificado con los problemas que sufre actualmente este Continente.

El Dr. Rafael Núñez me incluyó en una investigación del MMPI y despertó mi interés por esta prueba. Con él compartí la organización de tres talleres y simposia del MMPI que se realizaron en México.

Entre mis maestros de la Nacional recuerdo, especialmente, a la Dra. Raquel Radosh de Heilblum. Unas palabras suyas me alentaron en un momento difícil. El Dr. Raúl Bellón me abrió los ojos a las dificultades de la psiquiatría. Al Dr. Fernando Cesarman le debo mi iniciación e integra --

ción como psicoterapeuta de adultos. Al Dr. Ignacio Maldonado la inquietud por el estudio y tratamiento de la familia.

La Dra. Marie Langer, a quien admiro, me interesó en la psicología de la mujer, sobre todo, en los complejos aspectos de la maternidad e infertilidad.

El recuerdo de todos estos maestros será, en el futuro, fuente de alegría y afecto.

A dos personas más les estoy muy agradecida, al Dr. James Butcher y a la Dra. Gloria Leon. El Dr. Butcher fue el asesor en los aspectos estadísticos de la tesis. La Dra. Leon, además de hospedarme en su casa, llevó a cabo una búsqueda bibliográfica por terminal de computadora. Ambos me ofrecieron las facilidades de la biblioteca y de la computadora de la Universidad de Minnesota en donde se procesaron los datos de la presente investigación.

I N T R O D U C C I O N

El individuo vive realmente una doble existencia; como fin en sí mismo y como eslabón de un encadenamiento al cual sirve in dependientemente de su voluntad, si no contra ella. Considera la sexualidad como uno de sus propios fines, mientras que, desde otro punto de vista, se advierte claramente que él mismo no es sino un agregado de su plasma germinativo a cuyo servicio pone sus fuerzas, a cambio de una prima de placer, que no es sino el substrato mortal de una sustancia inmortal quiza.

Freud, S. Introducción al Narcisismo

La infertilidad es un problema que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes. Estatuillas de barro y de piedra de mujeres embarazadas o de seres, hombres/dioses, con grandes falos, atestiguan que debieron haber sido usados en ritos para propiciar la fertilidad desde tiempos prehistóricos. Era esencial la fertilidad de los animales, de

los campos y del propio ser humano.

Al iniciarse la agricultura el hombre pudo dejar su vida nómada de cazador-recolector al mejorar las condiciones de manutención del ser humano; las familias nucleares originales se agruparon en sociedades y se multiplicaron. Tener hijos era una necesidad; hacían falta brazos para cultivar la tierra y, con la domesticación de animales, pastores para atender al rebaño. Tener muchos hijos era un bien más que permitía aumentar el patrimonio familiar.

Además representaban un seguro para la vejez, ya que ellos cuidarían de los padres ancianos. La pareja sin hijos había perdido el favor de los dioses puesto que la habían castigado sin progénie.

En la segunda mitad del siglo XX sigue habiendo la misma preocupación por la fertilidad, aunque el problema que ahora aqueja a la humanidad sea el de superpoblación. Las presiones sociales que indican la necesidad de reducir la familia van en aumento; sin embargo, no se postula que no se tengan hijos. El ideal de cero crecimiento de la población señala que cada pareja debe tener de dos a tres hijos, para reponer a la pareja y cubrir el lugar de los que no procrearon. La misma palabra "estéril" tiene una connotación peyorativa ya que significa vacío, seco, sin vida, -

inútil, etc.

Las presiones sociales influyen y afectan, haciéndoles más difícil de tolerar la infertilidad, a aquellos matrimonios que no pueden tener hijos. Un interesante análisis del significado social de la paternidad-maternidad publicado por el sociólogo Veevers, (1973) incluye seis valores implícitos a la condición de paternidad-maternidad. Son los siguientes: Ser padres es una obligación moral. Las religiones apoyan la fertilidad; incluso algunas, como la Católica, están en contra de medidas anticonceptivas que interfieran con el proceso normal de la naturaleza. Está implícito, incluso, a veces, explícito, que los "hijos los manda Dios"; por tanto, si un matrimonio no tiene hijos es "porque Dios no quiso" sobreentendiéndose que ésto se debe a las culpas de la pareja.

El otro valor es responsabilidad. Tener hijos es una obligación cívica y social. Hay que cumplir con la obligación de reproducirse. No hacerlo implica irresponsabilidad.

El tercero es naturalidad. El deseo de tener hijos es instintivo. Ser padres es cumplir con lo que manda la naturaleza. No tener hijos es ir contra natura.

El cuarto es identidad con el rol sexual y competencia sexual. Ser padres implica una buena identificación - masculina y femenina. Es señal de capacidad y potencia sexual. No ser padres indica problemas de identificación o - de capacidad para el acto sexual. El conflicto de falta de identificación femenina parece estar más ligado a la infertilidad.

El quinto es equilibrio matrimonial. Los hijos son la esencia y el objeto del matrimonio evitando el divorcio. No tener hijos es fallar en el matrimonio. Se considera razón suficiente para un divorcio, como lo atestiguan casos - famosos.

El sexto está relacionado a la normalidad y salud - mental del matrimonio. Desear tener hijos implica madurez y estabilidad emocional. No tener hijos es señal de inmadurez o de trastornos de personalidad.

Con esta lista el autor quiere indicar el origen social de las presiones hacia la paternidad contraponiéndolo a una necesidad netamente biológica.

Para la pareja que no tiene hijos y que desea tener los, las presiones sociales antes mencionadas surten su efecto generando tensión y ansiedad en las parejas que, des

pués de meses o años, no logran procrear. Generalmente es la mujer la que desea el hijo con mayor intensidad y se siente frustrada e infeliz. Va al médico en busca de ayuda y en ese momento comienza para la pareja el peregrinaje que los llevará al sometimiento a pruebas de fertilidad tediosas, costosas, y, muchas de ellas, dolorosas. Es tal su desesperación que están dispuestos a someterse a todo, incluyendo inseminación artificial. Para muchos matrimonios el tratamiento tiene éxito y la pareja concibe. Para otros el final no es tan feliz. En unos casos hay lesiones orgánicas irremediables, en otros, no se encuentra causa orgánica alguna, pero la fecundación no se logra. Finalmente el médico les aconseja que consideren la posibilidad de adopción. Con ésto se les asesta un golpe a la autoestima, dudan de su virilidad y femeneidad, surgen sentimientos de culpa, de desesperación, de tristeza. De un momento de shock inicial, pasan por un período de duelo y elaboración, hasta que, al llegar a la fase de resolución, deciden adoptar y comienzan con los trámites que ésto implica. (Renne, 1977, Menning, 1975).

El objeto del presente trabajo es estudiar la personalidad de un grupo de matrimonios infértiles que, después de haber seguido muchos de ellos el peregrinaje antes descrito, presentan una solicitud de adopción a la Casa Cuna de la Paz ubicada en la Ciudad de México.

Algunas de las parejas estudiadas reportaban la presencia de trastornos orgánicos, bien en el hombre o en la mujer. Otras reportaban que no se les había encontrado a normalidad física alguna. Este grupo es de especial interés para la presente investigación, pues en él no parece haber trastornos que, a nivel somático, pudieran explicar la infertilidad.

Se postula que, en estos casos, es la interrelación de la personalidad de cada miembro de la pareja la que crea una combinación de factores que evitan que se produzca el embarazo; siendo probable que, con una pareja distinta, pudieran procrear.

Para determinar lo anterior se compararon un grupo de parejas que reportaban alteración somática, el grupo que no reportaba alteración somática y un grupo control de parejas fértiles. El diseño del estudio y la metodología se explicarán más adelante.

Con el presente estudio se espera contribuir, en alguna medida, al esclarecimiento del complejo problema de la infertilidad psicógena.

C A P I T U L O I

REVISION DE LA LITERATURA

REVISION DE LA LITERATURA

1. DEFINICIONES

Esterilidad: Forsham, (s/f) proporciona una definición típica.

"La esterilidad puede definirse como la incapacidad para concebir, en el curso de una vida sexual activa normal. De hecho, es la incapacidad del espermatozoide y del óvulo para unirse y formar un cigoto". p. 633.

Guttmacher (1969) es más inclusivo en su definición y considera que hay infertilidad en aquellos

".... casos en que la unión entre el óvulo y el espermatozoide no se produce; también cuando el óvulo fertilizado no se desarrolla normalmente o si el embrión o feto es expulsado del claustro materno antes de que pueda sobrevivir fuera de él". p. 288

Algunos autores hacen una diferenciación entre este

ilidad e infertilidad. Muchos son los autores que los emplean como sinónimo.

Realmente no parece haber acuerdo en el significado de estos vocablos.

Ruíz de Velasco (1976) hace la siguiente distinción:

"Esterilidad es la incapacidad de una pareja para concebir... se diferencia de infertilidad en que ésta es la incapacidad de una pareja para llevar a buen término el producto de una concepción". p. 18

Sin embargo, Cooper (1971) hace la siguiente distinción:

"La infertilidad implica un estado reversible, mientras que la esterilidad está relacionada a una condición basada en patología orgánica". p. 719*

Esta definición parece implicar que esterilidad debe usarse cuando la patología orgánica no es reversible.

Estas fueron las únicas definiciones que se encontraron que hacen una distinción entre infertilidad y esterilidad; ambas dan significados diferentes.

* Nota: Esta traducción y las siguientes que se encuentren en el texto son de la autora de este trabajo.

En el presente estudio se empleará la palabra infertilidad dándole el sentido que usa Cooper de un estado reversible y, en los casos en que se emplee esterilidad, implicará un estado irreversible. Esta regla no se seguirá en los casos en que se cite directamente a los autores; en ellos, se utilizará la empleada por el autor.

a) ESTERILIDAD O INFERTILIDAD PSICOGENA

Las definiciones que se encuentran en la literatura pueden clasificarse dentro de tres grupos:

- a) Las que definen por exclusión de causas orgánicas.-
A continuación se citan algunas representativas:

Langer (1974) dice, "Excluyo aquí, al hablar de esterilidad, todos los trastornos causados por graves anomalías anatómicas, por operaciones mutilantes, - estados infecciosos agudos, etc. Lo que en la presente exposición interesa es la esterilidad pasajera y crónica por causas hormonales o por espasmo tubario, es decir, la esterilidad psicógena". p. 132

La definición de Kroeger y Freed, (1950) indica, - "... aquellos casos donde no hay disfunción endócrina demostrable, ni enfermedad orgánica". p. 328

Fischer (1953) escribe, "La esterilidad psicósomática o psicógena puede definirse como esterilidad en una pareja en la cual no se puede demostrar ninguna patología o disfunción con los métodos accesibles - en la actualidad". p. 466

b) El segundo grupo de definiciones corresponde a aquellas en que se atribuye la esterilidad a causas psíquicas, aunque, generalmente, no se explicitan cuales son.

Deutsch (1960) define a la infertilidad psicógena - diciendo que

"La incapacidad de determinada mujer para ser madre tiene causas psíquicas que han perturbado alguna -- parte del proceso fisiológico". p. 107

Benedek (1953) dice que "La esterilidad funcional - como diagnóstico se refiere a los efectos somáticos de factores psicodinámicos que resultan en una inhibición más o menos persistente de la función propagativa en individuos cuya capacidad para la relación sexual es adecuada". p. 527

c) El tercer grupo de definiciones toma en consideración la interrelación de los distintos factores, tanto físicos como psíquicos, en la pareja.

Ruiz de Velasco (1976) dice al respecto:

"Es importante destacar que no debe pensarse en la esterilidad como una enfermedad, puesto que en realidad es sólo la manifestación de un padecimiento - ginecológico o genital masculino. No existe la esterilidad femenina o masculina aisladamente, ya que hay situaciones en las cuales un varón o una mujer pueden concebir separadamente con otros cónyuges - y, sin embargo, no lo pueden hacer entre si, por lo que es necesario hablar siempre de esterilidad conyugal o de la pareja". p. 18

Heiman (1959) enfatiza la importancia de la relación conyugal:

"Dentro del marco del concepto psicossomático, la infertilidad puede definirse como un problema conyugal psicofisiológico. En base a este concepto, la infertilidad es el resultado de la interacción entre los factores psicológicos y fisiológicos dentro de cada miembro de la pareja, y de la interacción de factores psicológicos y/o fisiológicos entre los miembros de la pareja". p. 247-248.

El presente estudio enfoca el problema de la infertilidad como problema conyugal; sin embargo, dada la necesidad de aislar variables, los grupos utilizados se dividieron en grupo de infertilidad orgánica, definido como parejas que reportan alguna anomalía en el aparato reproductor del hombre o de la mujer. Grupo de infertilidad psicógena, aquellos que no reportan anomalías en el aparato reproductor del hombre o de la mujer, y el grupo fértil, aquellas parejas que tienen dos o más hijos y no desean más embarazos.

Aunque la literatura indica que muchos trastornos del aparato reproductor tienen sus causas en factores psicógenos, éstos no se tomaron en consideración al hacer la clasificación de los grupos.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL APARATO REPRODUCTOR EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER

a) APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

El aparato genital masculino está compuesto por los testículos, en cuyo interior se encuentran los túbulos seminíferos que están recubiertos por tejido germinal. Es en este lugar donde ocurre la espermatogénesis, proceso que se describirá más adelante.

Los testículos se encuentran dentro del saco escrotal o escroto, que está formado por un tejido especial y tiene un sosten muscular que le permite regular la temperatura de los testículos, alejándolos del cuerpo si la temperatura es elevada o acercándolos si hace frío. La temperatura de los testículos debe ser de 36 grados centígrados (Guttmacher, 1969). A los lados de cada testículo se en encuentra el epidídimo que contiene un tubo compactamente enrollado por donde pasan los espermatozoides, que son impulsados por movimientos musculares y ciliares hacia los con ductos deferentes o vasos deferentes que salen del escroto y pasan por el canal inguinal hacia el interior de la cavidad abdominal en donde desembocan en las vesículas seminales. Estas vesículas son estructuras en forma de bolsa y están situadas detrás de la vejiga a los lados de la próstata. Es

en este lugar donde se almacenan los espermatozoides hasta el momento de la eyaculación, cuando son vertidos en el con ducto eyaculador que desemboca en la uretra. La uretra se encuentra dentro del pene y es el canal por donde se evacúan la orina y el semen.

La próstata está compuesta por tejido muscular y glandular, rodea los conductos eyaculadores y está situada entre la vejiga y la base del pene. Las glándulas de Cowper están situadas bajo la próstata, junto a la base del pe ne. Secretan un líquido alcalino que parcialmente neutri za la acidez de la uretra.

Las secreciones del epidídimo, de las vesículas seminales, incluyendo su contenido de espermatozoides, las de la próstata y las de las glándulas de Cowper constituyen el fluido seminal o semen. (Mc Cary, 1967; Cuttmacher, 1969).

b) APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos genitales internos de la mujer están compuestos por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. Los ovarios están situados a cada lado del útero dentro de la cavidad abdominal. En su interior se producen los óvulos. Este proceso se describirá más adelan te. Las trompas de Falopio, uno de cuyos extremos cubre li

geramente el ovario, se encuentran entre el ovario y el útero, con el que conecta el otro extremo. Son estructuras - musculomembranasas que tienen el interior recubierto de cilios, los cuales, con movimientos ondulatorios, ayudan al - paso del óvulo. Es aquí donde ocurre la fecundación.

El útero o matriz se encuentra dentro de la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto. Tiene forma de pera estrechándose al extremo a medida que se acerca al cervix o - cuello que conecta con la vagina. El cuello es más fibroso que el cuerpo del útero; produce una mucosa favorable al - paso del espermatozoide durante la época de ovulación.

La vagina es un tubo muscular que tiene gran capacidad para contraerse y dilatarse. Se encuentra casi en ángulo recto con el útero y recibe al pene durante el cóito. -- Sus secreciones son de un PH bajo, es decir, ácidas y poco favorables a la viabilidad del espermatozoide. La apertura externa de la vagina está parcialmente cubierta por el himen el cual, normalmente, se rompe con el contacto sexual. - (Mc Cary, 1969; Guttmacher, 1969).

c) PROCESO DE LA ESPERMATOGÉNESIS

En el interior de los túbulos seminíferos se encuentra el tejido germinal que contiene dos tipos de células, - los espermatogonios y las células sustentaculares o de Ser-

toli, cuya función es nutrir a los espermatozoides en las diferentes etapas del desarrollo.

En la primer etapa del proceso de espermatogénesis se dividen los cromosomas del espermatogonio longitudinalmente, produciendo dos células iguales, una de las cuales permanecerá en su sitio lista para una nueva división, perpetuando de esta manera el proceso. La otra es un espermatocito primario que se desplazará hacia la parte central del túbulo y sufrirá una división reductora de la que se obtendrán dos espermatocitos secundarios con 22 cromosomas cada uno, más un cromosoma Y en uno, y un cromosoma X en el otro. De esta manera se forman el mismo número de espermatozoides Y y X. Estos espermatozoides secundarios vuelven a sufrir otra división mitótica que corresponde a la última fase de células primitivas. De esta división surgen las espermátides que crecen y maduran hasta llegar a espermatozoides. Este proceso es contínuo en el hombre adulto normal; su duración es de 10 días según Mc Cary (1969) y entre 21 y 28 días según Guttmacher.

Los espacios entre los túbulos están cubiertos de tejido intersticial el cual, bajo la acción de la hormona luteinizante, conocida en el hombre como hormona estimulante de la célula intersticial, HECI, produce la testosterona. (Mc Cary, 1969). La HECI es producida por el lóbulo ante

rior de la glándula pituitaria o hipófisis, la cual, a su vez, es estimulada por neurosecreciones provenientes de los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo. (Heiman, 1958).

El espermatozoide maduro no se desarrolla sin la presencia de la hormona estimulante de la célula intersticial. (Mc Cary, 1969).

d) CICLO MENSTRUAL Y FORMACION DEL OVULO

El ciclo menstrual se encuentra regulado por las secreciones de las glándulas endócrinas estimuladas por la parte anterior de la glándula pituitaria. Aquí se forman las diferentes hormonas gonadotróficas que influyen en la producción de las gónadas masculinas y femeninas.

Son tres las hormonas gonadotróficas que actúan en la mujer: la hormona folículo-estimulante (HFE), la hormona luteinizante (HL), y la hormona lutetrófica (HLT). Las tres hormonas, pero especialmente las dos primeras, actúan en forma cíclica en el transcurso del ciclo menstrual regulando la formación de estrógenos y de progesterona.

Durante la primera mitad del ciclo, el ovario produce estrógenos bajo la influencia de la hormona folículo-estimulante. Durante este período un óvulo madura dentro de

un folículo de Graaf. Hacia la mitad del ciclo menstrual, - el día 14 en ciclos de 28 días, ocurre la ovulación. Bajo el estímulo de la hormona luteinizante y la luteotrófica, - el folículo de Graaf estalla expulsando al óvulo maduro, el cual es atrapado por las trompas de Falopio, en donde, si - hay espermatozoides presentes, ocurrirá la fecundación. En este momento comienza el desarrollo del cuerpo lúteo, o -- cuerpo amarillo, al llenarse el interior del folículo que - quedó vacío con células lúteas, las cuales segregan la progesterona. Este proceso es controlado por la acción de la hormona luteotrófica sobre el cuerpo amarillo.

Bajo la influencia del estrógeno, durante la primera mitad del ciclo menstrual, se produce la proliferación - del endometrio; bajo la influencia combinada de los estrógenos y la progesterona, se producen cambios secretorios en el endometrio y éste se prepara para la anidación del cigoto u óvulo fertilizado.

Si la fecundación no ocurrió, hacia el día 12 ó 13- después de la ovulación se degenera el cuerpo lúteo en otro cuerpo conocido como corpus albicans, cesando la producción de progesterona. El endometrio se degenera y desintegra so breviniendo el sangrado de la menstruación. (Mc Cary, 1969; Tyler, 1963; Niswander, 1975).

Si ocurrió el embarazo, el cuerpo lúteo continúa -- produciendo progesterona hasta que esta función es asumida por la placenta. (Guttmacher, 1969; Mc Cary; 1969; Tyler, 1963).

Al nacer la niña, los ovarios contienen de 200,000- a 400,000 folículos, cada uno de los cuales contiene un oocito. A lo largo de la vida reproductiva de la mujer sólo serán empleados unos 400 ó 500. En cada ovario se producen óvulos maduros en la mujer adulta, aunque no necesariamente en forma alterna.

El proceso de división y maduración desde la etapa del oocito a la del óvulo es la siguiente: la primer etapa corresponde a la fase de oogonio, que es la célula básica - encerrada dentro del folículo. En la segunda etapa se desarrolla el oocito de primer orden, que es más grande que la célula original. Antes de la ovulación, el oocito de primer orden sufre una división reductora, separándose los cromosomas para formar dos células hijas con 23 cromosomas cada una. Una de estas células retiene la mayor parte del citoplasma siendo, por tanto, más grande que la otra. Esta célula continúa madurando hasta convertirse en óvulo. La célula más pequeña, conocida como cuerpo polar, se degenera. (Mc Cary, 1969).

e) FECUNDACION Y EMBARAZO

Durante el cõito, impulsado por las contracciones orgásmicas, el semen es depositado dentro de la vagina que contiene un medio ácido. Sin embargo, el medio alcalino del semen, la gran cantidad de espermatozoides eyaculados, de 400 a 500 millones, y la velocidad de los mismos, si el medio es favorable, hace que un gran número sobrevivan y lleguen al os cervical donde las secreciones de la mucosa tienen un PH similar al del semen (7.0) y apropiado para la viabilidad del espermatozoide. Al rápido desplazamiento de los espermatozoides ayudan, también, las contracciones del útero en el orgasmo femenino, aunque ésto no es indispensable para la fecundación.

El espermatozoide sube por el útero hasta llegar a las trompas de Falopio, en donde, si encuentra un óvulo, ocurrirá la fertilización. La vida del óvulo no fecundado es de 24 horas aproximadamente, y la del espermatozoide varía, según diversos autores, entre 48 y 72 horas. Por tanto, la fecundación puede ocurrir, si hay espermatozoides viables, en las trompas de Falopio cuando ocurre la ovulación, o si arriban poco después que ésta ocurra.

El óvulo fertilizado baja por las trompas de Falopio hasta llegar al útero, en donde, si no hay trastornos hormonales, el endometrio se encuentra listo para recibirlo

dando lugar a la anidación. Este proceso dura aproximadamente cinco días (Tyler, 1963). Durante el descenso del cigoto éste crece y se desarrolla por medio de división mitótica y, a través de una acción encimática, anidará en el endometrio.

La división celular se inicia en la formación de dos células con el mismo número de cromosomas, dividiéndose éstas, a su vez, para formar cuatro y así sucesivamente, estas células pronto comienzan a diferenciarse y formarán los distintos órganos. A las 20 semanas el producto está lo bastante desarrollado como para poder sobrevivir fuera del claustro materno.

Desde el momento de la fertilización hasta la segunda semana, el grupo de células en desarrollo se conoce como cigoto; de la segunda semana a la octava, embrión y de la octava hasta el momento del nacimiento, feto. (Tyler, 1963; Mc Cary, 1969; Guttmacher, 1969).

Puesto que el proceso del desarrollo del embarazo no es de interés especial para el tema de este trabajo, no se dará una explicación más detallada del mismo.

f) TRASTORNOS EN EL PROCESO DE REPRODUCCION

Varios autores consideran que no puede hablarse aisladamente de esterilidad masculina o femenina, aunque todavía, cuando hay un problema de infertilidad, existe la tendencia a atribuírselo a la mujer, quien es, por regla general, la que primero acude al médico en busca de ayuda.

El médico solicita entrevistar a los dos cónyuges, puesto que está demostrado que en un 35 al 40 por ciento de los casos de infertilidad, ésta se debe al hombre; incluso hay autores que consideran que esta proporción es del 60 -- por ciento. (Tyler, 1963).

Muchos hombres equiparan la infertilidad con ausencia de virilidad, aunque se ha demostrado que no existe una relación orgánica entre ambas.

Los diversos autores consultados enumeran cuatro factores causales de la esterilidad en el hombre y cinco en la mujer, a excepción de Ruíz de Velasco (1976), quien incluye 12 factores causales de esterilidad tanto en el hombre como en la mujer.

En vista que la exposición de causas que hace dicho autor está muy bien organizada y, además, sigue un enfoque-

interrelacional, seguiré la secuencia que usa, indicando a los otros autores que suscriben las mismas causas o aportan información diferente.

Primera: "Que el testículo produzca espermatozoⁱdes sanos en buena cantidad". (Ruíz de Velasco, Guttmacher Tyler). Forsham, (s/f) especifica lo siguiente: "ausencia congénita de espermatogonios o cromosomas defectuosos con actividad mitótica anormal". p. 633.

Segunda: "Que exista un tránsito adecuado de los espermatozoides hasta el meato uretral" (Ruíz de Velasco, Tyler, Guttmacher). Forsham dice lo siguiente: "defectos adquiridos de la espermatogénesis". p. 633

Tercera: "Que existan secreciones próstato-vesiculares adecuadas para mantener la viabilidad espermática". - p. 23 (Ruíz de Velasco, Guttmacher, Tyler). Forsham incluye "defectos de las células secretoras de los testículos, o sean las células de Leydig, productoras de testosterona, y de las células de Sertoli, que participan en la nutrición de los espermatozoides". p. 633

Cuarta: "Que los espermatozoides sean recibidos por el cérvix". Ruíz de Velasco (1976). Tyler y Guttmacher incluyen "Posibilidad de tener una erección y eyacular en la vagina". (Guttmacher, 1969, p. 289).

Quinta: "que las secreciones endocervicales sean favorables para los espermatozoides y éstos tener buena penetración en ellas". (Ruíz de Velasco, Tyler, Forsham).

Sexta: "Que el útero permita el libre paso de los espermatozoides hasta la trompa". p. 23 (Ruíz de Velasco, Tyler, Guttmacher, Forsham).

Séptima: "Que la trompa sea permeable tanto al paso del óvulo como al ascenso del espermatozoide". (Ruíz de Velasco, Tyler, Guttmacher, Forsham).

Octava: "Que las trompas capten al óvulo desde el ovario y lo transporten hasta la cavidad uterina". (Ruíz de Velasco, Tyler, Guttmacher).

Novena: "Que los ovarios produzcan óvulos normales capaces de ser fecundados". (Ruíz de Velasco, Tyler, Forsham). Guttmacher aclara que al menos un ovario debe funcionar normalmente.

Décimo: "Que el endometrio sea capaz de anidar, contener y nutrir el huevo". p. 23 (Ruíz de Velasco, Tyler). Guttmacher divide este punto en dos secciones; la primera se refiere a la anidación del óvulo y la segunda dice lo siguiente: "El útero debe hallarse adecuadamente recubierto para proteger al niño que nacerá y proporcionarle la nutri-

ción necesaria, hasta que se encuentre en condiciones de vi
vir en el mundo exterior". p. 289

Tyler añade que el útero debe ser normal y "que --
reacciona a los estímulos de las hormonas sexuales". p. 18

Tanto Tyler como Guttmacher dan como último requisi
to un parto normal. Ruíz de Velasco no incluye este punto;
sin embargo, añade dos más que no son tomados en cuenta por
los otros investigadores:

Undécimo: "Que no existan problemas inmunológicos-
o alérgicos entre los cónyuges". p. 23

Duodécimo: "Que ambos cónyuges presenten buen es-
tado de salud, con un adecuado funcionamiento endócrino ex-
tragenital y un psiquismo normal" p. 23

Como podrá comprenderse por lo antes expuesto, son-
muchos los puntos en los que puede obstruirse el proceso de
fecundación. Para detectar las causas que producen la in-
fertilidad en las parejas involuntariamente infértiles, és-
tas tienen que someterse a estudios detallados de los que -
se hablará a continuación.

g) TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD

Todos los autores consultados están de acuerdo que para tratar la infertilidad es indispensable ver a la pareja. Algunos de ellos (Guttmacher, Tyler, Hamblen, 1963) - consideran que es preferible empezar el estudio por la parte masculina de la pareja, ya que en él el parato genital - es menos complicado. Otros (Ruíz de Velasco, Forsham) consideran importante iniciar el estudio de ambos miembros de la pareja simultáneamente, puesto que puede haber más de una causa que produzca la infertilidad.

Hay unanimidad de opinión en que debe obtenerse una historia clínica lo más completa posible, investigando contacto, pero a profundidad, los hábitos sexuales de la pareja, ya que en esta área se encuentran, frecuentemente, conflictos que afectan la fertilidad; ie: poca frecuencia - del cóito, incapacidad para mantener la erección, dispareunia, eyaculación precoz sin penetración, vaginismo, etc.

El siguiente paso deberá ser una examen físico completo para estimar el estado de salud general de ambos cónyuges, ya que factores tales como alteraciones de la tiroides, diabetes, ciertas infecciones, exceso de stress, etc.- pueden afectar la fertilidad. La edad de la pareja es otro factor a considerar, puesto que la fertilidad disminuye en-

la mujer hacia los 35-40 años, siendo la etapa más fértil - la tercera década de la vida (Guttmacher, Heiman).

Con relativa frecuencia ocurre que al iniciarse el estudio de esterilidad, la mujer se da cuenta que está embarazada. Guttmacher (1969) reporta un estudio de Abraham - Stone sobre 500 casos de infertilidad tratados con éxito en el Margaret Sanger Research Bureau, en el que 122 mujeres - concibieron poco tiempo después de iniciarse las consultas - y antes de que se iniciara algún tipo de tratamiento. Otros autores reportan experiencias similares (Sandler, 1968, Eisner, 1960). Parece que una información sexual adecuada, - más la influencia de factores psicológicos reductores de ansiedad, hicieron posible que estas mujeres se embarazaran.

Desde el inicio de las consultas se le pide a la mujer que tome su curva de temperatura basal con el objeto de determinar si la ovulación está ocurriendo y en qué momento acontece. La curva de temperatura basal es bifásica cuando hay ovulación, mostrando un ligero descenso hacia el día 14 para luego tener un ascenso brusco y mantenerse así el resto del ciclo hasta que aparece la menstruación. Cuando el ciclo es anovulatorio, la curva no presenta la característica bifásica (Gross, 1963, Tyler, 1963, Guttmacher, 1969, - Ruiz de Velasco, 1976). Esta curva bifásica muestra la influencia cíclica de las secreciones de estrógenos y progesterona.

terona, manteniéndose bajo los efectos del estrógeno durante la primera mitad del ciclo, y elevándose ante la acción conjunta de los estrógenos y la progesterona (Gross, 1963).

Como se mencionó anteriormente, la presencia de la progesterona prepara al endometrio, transformándolo de un epitelio en proliferación en uno secretor, que permitirá la anidación del cigoto y su futuro desarrollo (Gross, 1963).

Algunas mujeres detectan el momento de la ovulación y reportan un dolor en la parte inferior del abdomen (Dingnam, 1963). La literatura psicoanalítica menciona sueños - donde se puede detectar el momento de la ovulación (Benedek, 1952, Ramírez, 1962).

Mientras la mujer registra la temperatura basal, se investiga al hombre cuya fertilidad depende del semen. El estudio deberá incluir desde la producción hasta la deposición del semen en la vagina.

El primer paso consiste en hacer un recuento de espermatozoides en cada eyaculación para determinar su número, su morfología y motilidad. Se investiga también la consistencia y el volumen de la eyaculación. Para obtener la muestra se le pide al hombre que se masturbe y eyacule dentro de un recipiente adecuado. Este es el método más simple de obtener un eyaculado. En caso de que el hombre ten-

ga objeciones a la masturbación, la muestra puede obtenerse por coito interrumpido o por medio del uso de un preservativo. Si elige esta última medida, se le pide que lave bien el preservativo antes de usarlo, pues contiene sustancias espermaticidas.

Anteriormente se mencionó que una eyaculación normal contiene de 400 a 500 millones de espermatozoides. Con recuentos más bajos de espermatozoides disminuye la probabilidad de fecundación. La Sociedad Americana para el Estudio de la Esterilidad da cifras de 20 a 40 millones de espermatozoides por milímetro cúbico como dentro de lo normal (citado por Tyler, 1963).

Después del conteo hay que determinar la morfología de los espermatozoides. Una muestra normal de semen contiene de 80 a 85 por ciento de formas normales. Una mayor proporción de formas anormales determina la dificultad para la fecundación y está, además, relacionada a los abortos espontáneos (Tyler, 1963).

También hay que analizar las características físicas del semen. En el momento de la eyaculación ofrece un aspecto coagulado y grumoso que se liquidifica en breve tiempo -15 minutos- transformándose en una masa viscosa y líquida que facilita la motilidad del espermatozoide (Tyler,

1963, Guttmacher, 1969).

La composición química del semen es también importante, especialmente la alcalinidad, que normalmente es de PH 7.7 a 8.0. Tyler reporta que esta cualidad se mantiene bastante constante de hombre a hombre.

Si no se encuentran anomalías en esta primera fase se continúa la investigación del aparato genital masculino, para lo cual se recurre a la biopsia testicular. Esta debe llevarse a cabo en los casos de azoospermia y en muchos casos de oligospermia (Nelson, 1963). Por medio de la biopsia se puede determinar el tamaño y grado de maduración de los túbulos seminíferos, la actividad espermatogénica, las características del tejido conectivo y peritubular y las características de las zonas intertubulares (Nelson, 1963).

Cuando hay azoospermia, pero la biopsia testicular muestra una espermatogénesis normal, el diagnóstico probable será una obstrucción bilateral o falta de alguna parte del trayecto canalicular (Nelson, 1963). Las obstrucciones pueden deberse a cicatrizaciones post-infecciosas, por ejemplo gonorrea, o a tumores o traumatismos. Puede encontrarse también ausencia congénita de vasos deferentes (Ruiz de Velasco, 1976). Para determinar donde está el bloqueo puede inyectarse un líquido opaco y emplear rayos X (Guttma -

cher, 1969).

Es importante determinar las hormonas gonadotróficas y la testosterona, lo que puede lograrse por medio de análisis de sangre o de orina.

Según Ruiz de Velasco en un 25 por ciento de los casos la infertilidad se debe a anomalías de los espermatozoides.

Si los estudios del eyaculado fueron normales, se procede a analizar la reacción del semen una vez que se encuentra dentro del cuerpo de la mujer. Esta información se obtiene por medio de un test post-coito o test de Sims-Huhner. Se toman muestras de las secreciones vaginales y del moco cervical algún tiempo después de efectuado el coito. Esto varía entre 2 a 3 horas hasta 12 horas después de realizado éste. Se determina la cantidad de espermatozoides que se encuentran en cada una de estas áreas. Dado que las secreciones de la vagina son hostiles a los espermatozoides, se encontrarán ahí un gran número de ellos inmóviles, sino que todos; esto dependerá del tiempo transcurrido entre el coito y la toma de la muestra (Tyler, p. 94).

Se espera encontrar espermatozoides con motilidad en el os cervical, ya que las secreciones cervicales son fa

vorables por su nivel alcalino semejante al del semen, y se tornan especialmente favorables a la penetración durante el tiempo de la ovulación. El moco en ese tiempo es más abundante, menos viscoso y forma largos filamentos conocidos como Spinnbarkeit (Tyler, Guttmacher, Ruiz de Velasco).

Se considera que el momento óptimo para efectuar el examen post-coito es en la época cercana a la ovulación, -- la que ha sido determinada por medio de la temperatura basal. Algunos investigadores consideran que fuera de las épocas cercanas a la ovulación el moco cervical puede no favorecer la penetración de los espermatozoides (Tyler, 1963).

Si no se encuentran muchos espermatozoides con movimientos activos en el os cervical durante la época de ovulación, puede ocurrir que las secreciones cervicales sean hostiles, o que haya factores inmunológicos que impidan la penetración, o que los espermatozoides tengan poco poder de penetración.

Si los estudios muestran que hasta este momento todo está normal, que la ovulación ocurre adecuadamente y que las eyaculaciones son normales y nada impide el paso del espermatozoide al cervix, se prosigue con un estudio detallado de la mujer para determinar las características anatómicas del útero, la permeabilidad de las trompas y la capaci-

dad de las mismas para captar al óvulo.

El útero puede presentar deformaciones congénitas, - defectos de desarrollo, tumores, crecimiento de pólipos, - desplazamientos, etc.

Los defectos que pueden encontrarse en las trompas - son falta de luz tubaria debido a traumatismos, infecciones, tumores o anomalías congénitas. Puede haber ausencia de motilidad tubaria con lo cual el óvulo no se desplaza; se - pueden encontrar, también, obstáculos entre la trompa y el ovario tales como adherencias, tumores, etc. (Ruiz de Velasco, 1976).

Para poder diagnosticar si la anomalía se encuentra en la anatomía del útero se emplea una histerosalpingografa - fía, procedimiento por medio del cual se inyecta una substancia opaca a presión y se toma una radiografía del útero - y las trompas (Rubin, 1963, Guttmacher, 1969).

Rubin compara las ventajas y desventajas de la histerosalpingografía y el método inventado por él de la quimoinsuflación tubaria, o test de Rubin, como también se le conoce. En este método se inyecta anhídrido carbónico a través del cuello uterino y se controla la presión por medio - de un quimiógrafo. Esta prueba permite determinar si los -

conductos están libres de obstrucción. En algunos casos la prueba puede dar resultados negativos debido a espasmos de las trompas, lo que puede resolverse utilizando antiespasmódicos y tranquilizantes. (Rubin, 1963, Langer, s/f). Además de la utilidad diagnóstica de la prueba, se obtienen con ella buenos resultados terapéuticos. Rubin reporta 500 casos de esterilidad en los cuales a la insuflación tubaria, siguió el embarazo. Debido al espasmo tubario, recomienda que sólo puede considerarse permanente una obstrucción después de tres resultados negativos.

Las técnicas quirúrgicas empleadas para determinar el grado y extensión del bloqueo tubario son la culdoscopia

"... mediante la cual pueden observarse directamente las estructuras pelvianas por medio de un sistema de lentes. Requiere ... la inserción del culdoscopio a través de la pared vaginal en la cavidad peritoneal" (Dingnam, 1963, p. 176).

Esta técnica se aplica bajo anestesia total o parcial, requiriendo de un período de hospitalización, según Guttmacher (1969), y no siendo ésto necesario, según Dingnam (1963).

Como último recurso se emplea la laparotomía, que consiste en separar la pared abdominal para penetrar en su interior. Requiere anestesia total y hospitalización.

Se mencionó en varias ocasiones la toma de la temperatura basal como medida para estimar si la ovulación había

tenido lugar. Sin embargo, esta prueba no siempre es suficiente y puede ser necesario recurrir a otras, ya que sin ovulación, obviamente, no puede haber fecundación. Ruiz de Velasco opina que el factor ovárico es responsable del 40 por ciento de los casos de infertilidad.

Al ocurrir la ovulación hay un cambio hormonal, como antes se dijo. Por tanto, se puede tratar de medir el nivel de progesterona circulante. Una forma de hacerlo es a través de un análisis de orina, pues esta transporta el derivado principal de la progesterona que es el pregnandiol. La paciente debe recolectar la orina durante el ciclo menstrual para detectar la aparición del pregnandiol.

Otra prueba más que la paciente puede realizar en su casa, consiste en obtener una muestra de la secreción del cervix por medio de un algodón impregnado de un producto químico que reacciona ante la glucosa del cervix, que se modifica en el momento de la ovulación (Guttmacher, 1969).

Varias pruebas utilizan las secreciones cervicales para determinar, por medio del microscopio, la forma en que éstas se cristalizan (Dingnam, 1963).

Hay un análisis del frote vaginal que se utiliza para determinar la formación de células cornificadas, que --

son indicio de que ha ocurrido la ovulación (Guttmacher, - 1969).

Cuando los períodos anovulatorios son prolongados - hay también amenorrea.

La amenorrea puede ser primaria, en cuyo caso la paciente nunca ha menstruado; o secundaria, que puede ser de intensidad y duración variables.

Entre las causas de la amenorrea primaria se encuentran malformaciones congénitas del ovario y anomalías en - las glándulas endócrinas, incluyendo la hipófisis (Dingnam, 1963).

Cuando hay amenorrea secundaria los períodos menstruales han sido suspendidos. Entre los factores que pueden producir este trastorno se encuentran los hormonales, - los dietéticos, los infecciosos, etc. Uno de los factores - más importantes de la amenorrea secundaria es el impacto de emociones intensas y condiciones de stress extremas y prolongadas; por ejemplo, mujeres en campos de concentración - (Langer, 1974, Bos, 1958), o que presenciaron bombardeos - durante la Segunda Guerra Mundial (Lewis, 1975, Peterson, - 1963).

El último factor a considerar es la capacidad del endometrio para anidar el cigoto y la del útero para llevar el embarazo a término. Cuando hay anomalías en esta parte del proceso se produce un aborto espontáneo. Davis (1963), define el aborto espontáneo como "la terminación del embarazo antes de la época de viabilidad fetal", p. 241, es decir, antes de las 20 semanas.

Varias son las causas que pueden producir el aborto espontáneo: 1) insuficiente producción de progesterona, 2) cigoto con serias anomalías cromosómicas, 3) debilidad del cuello cervical, lo que dificulta la retención del feto dentro de la matriz, y 4) tumores en el útero (Davis, 1963).

Los factores emocionales también tienen aquí un papel muy importante, sobre todo en el caso de las "abortadoras habituales", que son mujeres con dos o más abortos espontáneos (Grimm, 1963, Davis, 1963).

Para resumir, en esta sección se incluyó una descripción del aparato genital masculino y femenino, de los procesos de espermatogénesis y ovogénesis, del ciclo menstrual y de los procesos que intervienen en la fecundación y en el embarazo. También se revisó la literatura pertinente a los trastornos fisiológicos que pueden presentarse, tanto en el hombre como en la mujer, y que afectan la reproduc -

ción. Se explicaron algunas de las causas posibles de es -
tos trastornos y se describieron los medios empleados para
diagnosticarlas.

La sección siguiente contendrá una revisión de la -
literatura que trata de explicar los mecanismos que coadyu-
van a que los factores emocionales logren alterar los procece
sos fisiológicos que controlan la fecundación.

3. RELACION PSIQUE-SOMA EN LA INFERTILIDAD

Antes de revisar la literatura pertinente se va a -
incluir un breve resumen de un estudio llevado a cabo para
determinar la "tasa de infertilidad terminal". Los autores
consideran importante obtener un parámetro que permitiera -
evaluar los resultados de los tratamientos para aliviar la-
esterilidad. Weir y Weir, (1961) definen la "tasa de inferer
tilidad terminal" como "... el porcentaje de parejas que -
llegan al final de la época procreativa sin hijos". p. 443.
A estas parejas las subdividen en cuatro grupos: 1) aqueue -
llas voluntariamente sin hijos, 2) aquellas estériles -
por defectos que hacen imposible la concepción, 3) aquellas
con defectos que reducen, pero no evitan la concepción, y 4)
aquellas sin defectos aparentes pero que aún así no conccon -
ben.

El interés de los autores se centra en los dos últiúlti

mos grupos. Revisan dos estudios, el G.AF (Growth of American Family) y el estudio de Indianapolis. En base a ambos determinaron que del 4 al 9.8 por ciento de los matrimonios no llegan a concebir nunca y que existe un 9 por ciento más de parejas que sí conciben pero que no logran llevar el embarazo a término. Redefinen "tasa de infertilidad terminal" como "la incapacidad de producir un feto potencialmente viable de 20 o más semanas de gestación" y estiman que esta tasa es del 12 por ciento para la pareja promedio norteamericana que no busca tratamiento. No se encontraron datos similares para México.

Esta estimación parece indicar que la incidencia de parejas infértiles es bastante elevada, al menos en Estados Unidos. Sería interesante tener datos comparativos de -- otros lugares.

La interrelación psique-soma en la infertilidad ha preocupado a varios autores quienes, en base a estudios -- del campo de la biología, la zoología, la veterinaria, y la neurofisiología tratan de encontrar una explicación extrapolable al hombre.

Heiman (1959) hace una extensa investigación de la bibliografía al respecto y describe la existencia de una especie de arco reflejo que tiene su centro en los núcleos hi

potalámicos. Es un mecanismo reflejo neuro-psicológico-hormonal con dos vías, una aferente compuesta por estímulos sensoriales y emocionales, y la otra que actúa a través de las hormonas gonadotróficas y el sistema nervioso autónomo. Los estímulos aferentes provienen de excitaciones de las zonas erógenas, de las emociones que actúan sobre el hipotálamo, y de los órganos que envían información al cerebro por medio del sistema nervioso autónomo. El sistema límbico integra la información proveniente de las tres áreas enviando señales por medio de la estimulación de los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo, los cuales, directa o indirectamente, controlan la secreción de una serie de hormonas tanto del lóbulo anterior como del lóbulo posterior de la hipófisis. Puesto que no existen nervios secretorios que puedan transmitir el mensaje del hipotálamo al lóbulo anterior de la hipófisis, se postula que existe un mediador humoral que pasa a través del sistema de vasos hipofísico-portales. Este mediador humoral influye en la secreción o inhibición de las hormonas gonadotróficas (Heiman, 1959, Bos y Cleghorn, 1958).

Heiman (1959) describe el importante papel que juega la oxitocina, producida en el hipotálamo, sobre las contracciones del útero. Estas, durante el coito, impulsan el semen hacia las trompas, y durante el parto, al feto hacia el exterior. La oxitocina influye también en la secreción de la

leche (MacLeod, 1964, Heiman, 1959). Está comprobado que el estado emocional de la madre afecta la lactancia. Heiman explica que es posible que la adrenalina, secretada por las glándulas suprarrenales a consecuencia de la emoción, tenga influencia sobre la secreción de oxitocina.

Rutherford (1966) postula el concepto de retroalimentación, (feedback) en donde un órgano clave, en el caso de la infertilidad el ovario, es afectado por la secreción de hormonas gonadotróficas; el ovario, a su vez, envía mensajes al hipotálamo por medio de las hormonas que ahí se producen, controlando así la secreción de gonadotrofinas. Este autor considera que es posible que la central principal que controle todo el proceso sea el sistema límbico.

Tanto Rutherford como Bos y Cleghorn hacen marcado énfasis en la importancia de los factores psiconeurofisiológicos en la ovulación. Dan como ejemplo la amenorrea hipotalámica cuya incidencia aumentó en época de guerra. Heiman relaciona la amenorrea con la pseudociesis, e indica que ésta última también ocurre en perras. Knight (1960) reporta un caso de un marino mercante de 33 años con pseudociesis.

Todos estos autores opinan que las relaciones sexuales en donde la mujer se excita parcialmente sin llegar al orgasmo influyen más sobre el proceso reproductor que la fri-

gidez total. Sostienen que en la excitación parcial se produce una congestión pélvica crónica debido a los efectos del sistema nervioso autónomo. Bos lo compara con la congestión nasal que se encuentra en ciertos pacientes neuróticos.

Los autores de los tres estudios citados consideran que la esterilidad puede ser una defensa de una personalidad débil ante la tensión y responsabilidad que representan el embarazo, el parto y la maternidad.

Rutherford (1960, 1961 y 1966) recomienda que en los estudios de rutina a que se someten las parejas infértiles se agregue un estudio psicométrico para detectar la posible presencia de trastornos emocionales que requieran tratamiento. Insiste en especificar que la infertilidad puede ser una defensa ante trastornos más severos.

Bos y Cleghorn (1958) enfatizan que se averiguen las razones por las que una mujer desea un hijo, tanto como las razones por las que no lo desea. Recomiendan, también, la investigación psicológica y psiquiátrica de la pareja.

Rakoff (1962), quien estudió a 38 mujeres con disfunciones ováricas de origen psicógeno, encontró que los estudios endócrinos mostraban hipogonadotropismo y disminución de es

trógenos y progesterona.

Dukes y Franklin (1968) investigan la presencia de anticuerpos en el cérvix que provocan que el esperma se aglutine. Encontraron esta característica presente en varias mujeres infértiles en las que no se encontraba ninguna otra causa que explicara la infertilidad. Los autores concluyen que encontraron una correlación entre anticuerpos e infertilidad sin especificar relación causa-efecto.

Los autores revisados coinciden en postular la existencia de una especie de arco reflejo controlado, en última instancia, por el hipotálamo, en donde se encuentran varios centros que regulan las emociones. La información proveniente de diversos lugares se integra en el sistema límbico que envía la información al hipotálamo. Estas estructuras cerebrales perciben tanto los estímulos exógenos como endógenos y reaccionan ante ellos. Los estímulos pueden ser innumerables; sin embargo, las posibilidades neurofisiológicas de reacción son limitadas y se expresan por medio de alteraciones somáticas.

A continuación se revisará la relación que establece Benedek (1969) entre el ciclo menstrual y los cambios psicológicos en la mujer.

Explica que las emociones acompañantes a la fase de se-

creción de estrógenos de la primera mitad del ciclo menstrual están motivadas por una tendencia activa, dirigida hacia el objeto heterosexual, teniendo como objetivo biológico la cópula. La sensación de la mujer es de bienestar y alegría. Al aproximarse la ovulación, la energía sexual activa se conjuga con la tendencia pasivo-receptiva, lográndose así el grado más elevado de integración psicosexual. La mujer está lista, biológica y emocionalmente, para la concepción. Después de la ovulación sigue un período de tranquilidad y bienestar. Al tiempo que el endometrio se prepara para anidar al óvulo fertilizado, se intensifican en la mujer las tendencias receptivo-retentivas, las cuales representan la preparación psíquica para el embarazo. Al declinar la producción de progesterona se inicia la fase premensual. En la mujer ocurre una regresión a nivel psicosexual donde predominan las tendencias pregenitales, especialmente las correspondientes a la fase oral.

Para algunas mujeres esta etapa significa un incremento considerable de tensión que corresponde al síndrome premensual. Rara es la mujer que no nota algún cambio en ella. Cuando finaliza esta fase sobreviene la menstruación, con lo cual disminuye la tensión de la fase anterior.

Las variaciones emocionales que acompañan al ciclo menstrual en la mujer normal pueden revivir experiencias traumá

ticas de las etapas del desarrollo temprano. En algunas mu jeres estas experiencias pueden ser expresadas por medio de trastornos en la función reproductora.

En otro trabajo, Benedek (1952) considera la esterili - dad funcional como "una defensa somática en contra de las - tensiones del embarazo y la maternidad" p. 527. Hace espe - cial énfasis en señalar que "... el embarazo y la materni - dad primeramente representan una fase del crecimiento orgá - nico y desarrollo psicosexual inherente a la constitución - femenina" p. 527.

Relaciona la regulación hormonal de la alimentación, -- la del crecimiento y la de la reproducción, y aclara que só - lo son diferenciaciones del mismo sistema glandular que fun - cionan en los distintos niveles de maduración. Debido a es - ta relación, los conflictos de la etapa infantil del desa - rrollo psicosexual pueden revivir al llegar a niveles más - avanzados del desarrollo cuando el organismo se enfrenta a situaciones que no puede dominar.

La autora describe la importancia que tienen las in - fluencias culturales en el desarrollo psicodinámico. Este -- aspecto lo hacen notar también Langer (1974) y Ramírez -- (1962). Los valores culturales son transmitidos de madre a hija, siendo la relación temprana entre ellas esencial y de -

terminante para la futura maternidad de la hija. Si la ansiedad de la joven ante los procesos procreativos es extrema surgirán los trastornos ante el ciclo menstrual y, posteriormente, ante la fecundación.

La represión evita que las ansiedades presentes ante la posibilidad de embarazo se hagan conscientes, pudiendo decir la mujer, con toda sinceridad, que desea un hijo.

El patrón actual cultural promueve la actividad de la mujer y crea aspiraciones que pueden entrar en conflicto con la maternidad (Langer, 1974; Ramírez, 1962; Deutsch, 1960).

Benedek estima que la mujer que emplea la esterilidad como defensa ante las ansiedades tempranas posee un yo relativamente fuerte, ya que otra mujer más débil, ante las mismas tensiones, podría desarrollar una psicosis.

Recomienda que, cuando se trate a una mujer infértil, debe considerarse la esterilidad como síntoma e investigar las causas subyacentes para lograr resolver el problema; ya que, aunque se lograra el embarazo, los conflictos se manifestarían a través de él y, posteriormente, en la relación materno-filial (Langer, s/f; Soifer, 1973; Lewis, 1972; Rutherford, 1966).

En una investigación realizada por Benedek y colaboradores se trató de determinar algunos de los factores emocionales que subyacen la infertilidad. Estudiaron seis mujeres, aparentemente sin conflicto para procrear, sometidas a tratamiento de inseminación artificial, debido al bajo conteo de espermatozoides en el esposo, incluyendo azoospermia en un caso.

El deseo manifiesto de maternidad en estas mujeres dispuestas a someterse a inseminación artificial parece obvio; sin embargo, los repetidos intentos de inseminación que se llevaban a cabo eran infructuosos. Reportan que la inseminación en animales tiene éxito en un 99 por ciento de los casos, mientras que la tasa de éxito en las mujeres varía entre un 4 a un 30 por ciento por un promedio de ocho inseminaciones. Para el psicoanalista estos resultados no son sorprendentes, pues no se puede comparar los efectos de una técnica mecanizada y traumatizante que sustituye un acto que debe estar lleno de intimidad y gratificación.

En los casos estudiados la duración de la infertilidad variaba de tres a seis años. A pesar de que la causa era debida al hombre, muchas de estas mujeres se consideraban estériles al fallar la inseminación.

La actitud consciente ante el procedimiento era ambiva-

lente; sin embargo, a través de los sueños expresaban el temor ante el embarazo y el hijo. La persistencia demostrada al seguir intentando la inseminación parece indicar la necesidad de negar los conflictos emocionales ante la maternidad.

Todos los casos estudiados manifestaban una intensa dependencia hacia la madre, por quien sentía haber sido frustradas. Temían la maternidad por miedo al daño corporal y percibían al hijo como a un enemigo.

Estas mujeres se encontraban dentro de un círculo vicioso. Con cada inseminación artificial fallida aumentaba el deseo de un hijo, lo cual, a su vez, reactivaba el temor a la maternidad. Toda la libido de estas mujeres estaba ligada al conflicto, quedando poca disponible para las relaciones heterosexuales satisfactorias, aumentando la frigidez.

Los autores señalan que la infertilidad debería considerarse un fenómeno conyugal, pero que casi nada se sabe de los conflictos psíquicos que puedan estar afectando al esposo. Señalan que ni siquiera en este estudio, en que el responsable de la infertilidad era el esposo, se investigaron en él los factores causales psicógenos.

El único estudio relacionado a este tema que se encon -

tró al hacer esta revisión fue el reporte de un caso clínico de inseminación artificial de la esposa con semen del esposo, descrito por Heiman y Kleegman (1966). El esposo estaba bajo tratamiento psicoanalítico. Presentaba eyaculaa-ción precoz y no deseaba el embarazo de la esposa. Existía el temor a dañar a la esposa, debido a impulsos sádicos y fantasías incestuosas. Temía que el hijo separara al matrimonio y no se sentía capaz de enfrentarse a la responsabilidad de la paternidad.

Langer Y Ochandorena (1953) investigan siete mujeres - con obstrucción tubaria, que es uno de los factores más comunes de esterilidad psicógena. Eran mujeres tensas y emotivas. Bajo el efecto de antiespasmódicos y tranquilizanutes se obtenían pruebas salpingokimográficas positivas; sin los medicamentos, los resultados eran negativos.

Este estudio muestra como bajo la tensión emocional la mujer puede producir, por medio del sistema nervioso autónoumo, una contracción tubaria que actúa como defensa ante la fecundación.

Los autores opinan que si, en un momento dado, la mujer se relaja bajo la influencia del deseo de maternidad permitiendo el paso al espermatozoide, mas luego, se erigen de nuevo las defensas ante las ansiedades y se produce un es -

pasmo tubario, se evitaría la migración del óvulo fecundado y se produciría un embarazo ectópico.

Coinciden estos autores con otros en atribuir el temor principal de la mujer estéril a la identificación con la madre embarazada y, por consiguiente, odiada. Teme sufrir - los males que ella, en su infancia, deseó le ocurrieran a - la madre.

Se encontraron varios trabajos que investigan los factores psicógenos que actúan en la anovulación.

Piotrowsky (1962) investigó las características de personalidad de mujeres con amenorrea secundaria. Comparó 38- mujeres con amenorrea psicógena y 14 mujeres con amenorrea-secundaria pero en las cuales existían lesiones orgánicas - que imposibilitaban la ovulación. Este grupo representó el grupo orgánico. A ambos grupos se les administró una bate- ría de pruebas psicométricas; ambos eran comparables en - edad e inteligencia.

Los resultados mostraron que cuando se encontraban dife- rencias estadísticamente significativas era el grupo orgáni- co quien manifestaba mayor patología. Este grupo mostró mayor grado de ansiedad, menor productividad mental y mayor - dependencia que el grupo psicógeno. Sin embargo, señalan -

los autores, ambos grupos diferían marcadamente de las normas.

Loftus (1962) se interesa en investigar los aspectos conductuales y psicoanalíticos de la amenorrea anovulatoria en cinco pacientes bajo tratamiento psicoterapéutico. Estas pacientes habían estado sometidas a estudios gonadotróficos por el Dr. Rakoff, y, están incluidas en el estudio antes mencionado, en el cual se encontraron alteraciones -- hormonales. Todas las mujeres respondieron a la psicoterapia con cambios hormonales favorables y en cuatro de ellas reanudó el ciclo espontáneamente.

Dos fueron las emociones fundamentales que se encontraron en estas pacientes: culpa e ira. Los autores definen la culpa como:

"... un compuesto de auto-decepción normal (conocido como 'delirio de responsabilidad'); es la emoción de -- emergencia del miedo, con sus correlatos autonómicos, -- hormonales y físicos; es el motivo no reportado del deseo de ser perdonados. Debido al elemento de miedo, la culpa en este contexto debería llamarse miedo culpable. (guilty fear)". p. 26

La ira y el miedo son emociones de emergencia. Los autores concluyen que cuando estas mujeres hicieron consciente la ira y pudieron expresarla en forma constructiva, ocurrieron los cambios hormonales que culminaron con la reanu-

dación del ciclo menstrual.

El patrón psicodinámico que emergió de este estudio fue la incapacidad de identificarse con una madre culpígena a-- quien se odia y se teme. Superficialmente estas mujeres - eran calmadas, lo que indicaba el empleo de controles obsesivos para manejar la ira.

Un tema que se encuentra con frecuencia en la literatura se refiere a la relación que tiene la frigidez con la fe cundación. La mayoría de los autores coinciden en que las contracciones uterinas facilitan la impregnación; por tanto, la frigidez podría ser factor causal importante. Sin embargo, el consenso general es que aunque no es factor determinante si es coadyuvante.

Langer, (1974) considera que está relacionado con el va ginismo y con la fobia a la desfloración indicando, los -- tres, temor al coito.

Kostic y Madenovic (1960) investigan este tema. Estu dian 1814 mujeres con problemas de infertilidad, de las cu les 1378 conciben. El interés de los investigadores se cen tra en 81 mujeres con diversos grados de frigidez y esterilidad. 28 de estas mujeres eran totalmente frigiditas; sin embargo, 20 de ellas llegaron a concebir.

Los autores consideran que el problema de la frigidez es complejo, pero que no debe considerarse un factor causante de la esterilidad. Estiman que hay otras causas de origen psicológico que determinan tanto la frigidez como la infertilidad.

Karahasanoglu et al. (1972) hacen una muy completa investigación de la literatura que concierne a los aspectos psicológicos en la infertilidad. Analizan la literatura psicoanalítica para discernir los mecanismos psicodinámicos, la literatura que investiga las relaciones psicosomáticas, y la que se refiere al papel que juega el orgasmo en la fertilidad.

En base a este estudio señalan la relación que parece existir entre las pacientes infértiles y los pacientes de ambos sexos que sufren de depresión. Postulan la siguiente hipótesis:

"... la disminución de la secreción de HFS y HL que acompaña a la depresión puede causar cambios en el tiempo de ovulación lo mismo que en otros factores, lo cual podría originar la infertilidad". p. 247

Heiman (1963) hace una revisión de los conceptos psicoanalíticos relacionados a la importancia del clítoris, la vagina y el útero en la respuesta sexual de la mujer. Analiza los conceptos expresados por Freud, Jones, Ferenczi, -

Deutsch, Fliess, Reich y los correlaciona con los hallazgos reportados por Kinsey y por Masters y Johnson.

Enfatiza el papel del coito como fase inicial de todo el proceso de reproducción en la mujer, proceso que culminará en el parto. Indica la doble función del coito como propagador de la especie y productor de placer. Hay una unidad integral de pene-vagina-útero. Dice:

"Ambos, el útero y la vagina juegan diferentes papeles en estadios posteriores del proceso reproductivo, pero en el coito, las contracciones rítmicas, sincronizadas de los tres representa el substrato fisiológico del orgasmo, el cual está basado en el paso del esperma -del pene, a la vagina, al útero- a través de las contracciones de uno y la succión del otro". p. 380

Este mismo concepto lo expresa Deutsch (1960), pero hace la analogía entre las contracciones del útero que succiona el semen, y la succión del lactante al pecho.

Heiman demuestra como los conceptos psicoanalíticos han sido duplicados por los hallazgos en el campo de la biología. Concluye diciendo:

"El instinto del Yo y el instinto sexual, comprometidos en la autopreservación y la preservación de la especie, respectivamente, finalmente han contactado uno con otro y formado un continuo, como el círculo de la serpiente con la cola en la boca". p. 328

Rubenstein (1951) advoca la necesidad de enfrentarse al problema de la esterilidad en forma integral, es decir, psicósomática. Hace una reseña de las frustraciones a las que está expuesto el médico que no toma en cuenta los factores psicológicos.

Investigó a cinco mujeres bajo tratamiento psicoterapéutico cuyos esposos no mostraban anomalías espermáticas ni se encontraban en ellas fallas orgánicas responsables de la infertilidad.

Reporta que, a pesar de las diferencias sociales, religiosas, educativas, etc., de las pacientes, todas coincidían en describir a la madre como agradable, linda y con quien tenían una relación cercana. Sin embargo, ninguna quería parecerse a la madre y todas negaban la hostilidad que sentían hacia ella. Esta hostilidad inconsciente era tan intensa que temían matar al hijo si llegaban a tenerlo. Este conflicto se manifestaba a través de sueños. El odio inconsciente que sentían hacia el hijo era similar al que se encuentra en mujeres con psicosis post-parto.

Rubenstein especula si la esterilidad en estas mujeres con una identificación hostil tan intensa hacia la madre no será una defensa ante una psicosis post-parto.

Al hacer consciente el conflicto y, ayudadas por la -- transferencia hacia el terapeuta, cuatro de estas cinco mujeres lograron un embarazo.

De la literatura revisada hasta este momento parece emerger un perfil de la mujer infértil: ésta es, probablemente muy sensible a los cambios producidos en ella por el ciclo-menstrual, lo que la lleva a revivir los temores originados en la identificación con una madre hostil y odiada pero de quien se siente depender. Teme que la madre le haga, si - llega a embarazarse, lo que ella, a su vez, en época infantil, deseó hacerle. Al mismo tiempo, siente hacia el futuro hijo, el odio que experimentó hacia el hermano menor, lo que la llevaba a desear su muerte.

Bajo los efectos de la angustia, reacciona somáticamente, bien sea con anovulación, espasmo tubario, secreciones-cervicales hostiles, o bien encuentra innumerables razones-para evitar el coito en la época en que pudiera ocurrir la-fecundación. La represión y la negación parecen ser los mecanismos de defensa principales, empleados por el YO.

Algunas de las mujeres parecían estar lo bastante perturbadas como para que pudiera ocurrir una psicosis post-par - to en caso de éxito del tratamiento médico seguido por un - embarazo llevado a término.

La depresión que varios autores reportan pudiera ser - una manifestación de la hostilidad reprimida vuelta hacia - el Yo.

A continuación se revisarán las investigaciones que estudian la relación entre adopción y embarazo. Más adelante se discutirán los estudios que han puesto énfasis en los as pectos psicológicos y psicodinámicos del problema y las cau sas de infertilidad en el hombre, para concluir con los escasos estudios sobre parejas infértiles.

La idea que sostiene que es frecuente que la pareja infértil llegue al embarazo después de la adopción de un niño está muy difundida. Como evidencia de la misma se cita que casi toda la gente tiene conocimiento de alguna persona que quedó embarazada después de haber adoptado. Algunos investigadores han tratado de comprobar si existe alguna relación causa-efecto entre adopción y embarazo que apoye la idea an tes expresada.

Banks et al. (1962) estudian 31 parejas que habían a doptado un hijo; de éstas sólo en un caso ocurrió un embarazo posterior, cinco años después de efectuada la adopción.

Los autores citan tres estudios más que obtuvieron re sultados negativos: el primero de Hansen y Rock en 1950 -

con 202 padres adoptivos, otro de E. Tyler et al. en 1960 - y el tercero de Weinstein en 1962.

Rock et al. (1965) compararon 249 parejas infértiles - que adoptaron un niño con 113 parejas infértiles que no a-adoptaron. En análisis estadístico mostró que 22.9 por ciento de las parejas que adoptaron y 35.4 por ciento de las - que no adoptaron tuvieron un embarazo posterior.

Dos estudios revisados reportan resultados positivos.

Sandler y Obst (1965) estudiaron exhaustivamente una serie de pacientes con alteraciones orgánicas. Al declarar - las normales medicamente se les sugería que adoptaran un niño. De 36 casos que forman la muestra se dieron 18 embara-zos, o sea, 56 por ciento. Concluyen que la evidencia indica que los mismos factores operan en la tensión emocional - y en la adopción. La concepción ocurre porque la adopción-alivia la tensión en aquellos casos que han sido adecuada-mente tratados, pero en donde continúa existiendo tensión - emocional.

Andrews (1970) llega también a resultados positivos al investigar el número de parejas que habían concebido un niño después de la adopción. La muestra consistía de parejas que, en un intervalo de 10 años, habían recibido un niño en

adopción de una determinada agencia. No siguieron ninguna metodología precisa para la obtención de datos. 60 parejas concibieron en este período. Plantea una serie de hipótesis para investigación futura. Una de ellas es especialmente interesante; dice que al ser aceptada una pareja por una agencia de adopción, representante de la autoridad materna, disminuyen la culpa y los sentimientos de inferioridad, lo cual permite que la pareja conciba.

Bos (1958) estima que los mecanismos psíquicos que intervienen en la toma de decisión de la adopción probablemente se reflejen en la relajación de las tensiones neuropsicológicas que impiden la concepción.

Cooper (1971) se interesa por la gran incidencia de trastornos psiquiátricos que se presentan en adoptados. Investiga las características de lo que llama "síndrome de infertilidad psicógena-adopción". Señala que las madres de hijos adoptivos son frías y distantes. Viven a los hijos como una evidencia constante de una herida narcisista. Concuerda con Deutsch en que la psicología de la madre adoptiva está determinada por los mismos factores que la hicieron estéril.

Explica los mecanismos del "síndrome de infertilidad psicógena-adopción" indicando la existencia de una madre in-

segura de su femineidad y emocionalmente inestable. En la femineidad de la hija ve una amenaza. Se establece una situación de rivalidad en la que la hija se vuelve una amenaza para la femineidad de la madre, y la madre una amenaza para la hija. En la lucha por lograr la femineidad la hija teme sufrir la venganza de la madre. El conflicto se intensifica durante la adolescencia y se manifiesta por medio de problemas en la menstruación y en la identificación sexual adecuada. El conflicto culmina en el matrimonio ante la perspectiva de embarazo y maternidad. Esta es la última oportunidad de la madre para mantener la superioridad sobre la hija, pues si ésta llega a la maternidad usurpará su lugar.

La hija, psicológicamente oprimida, conscientemente busca la maternidad, pero inconscientemente la refrena el temor a la venganza materna. Si el miedo triunfa, permanecerá estéril. Cuando adopta un niño, la necesidad consciente queda satisfecha, pero se siente culpable por haber asumido el papel de madre. Este conflicto impide que pueda expresar afecto y dar cuidados maternos adecuados al niño. Los mismos conflictos psicológicos que la llevaron a la infertilidad la llevan a rechazar al niño.

La evidencia aportada por la literatura investigada indica que no hay relación causal directa entre adopción y em

barazo, aunque en ciertos casos sí ocurra el embarazo después de una adopción. Parecería que el tomar una decisión, bien sea adoptar o decidirse a no tener familia, puede aliviar los factores emocionales que impedían la fecundación.

Los dos estudios que reportan resultados positivos no indican la validez de los mismos. El de Sandler carece de grupo control y no aclara si la diferencia de 56 por ciento es estadísticamente significativa. Este grupo, además, estuvo sujeto a estudios médicos amplios, lo que pudo haber permitido que la relación paciente médico-aceptante, más la aprobación dada por una clínica de adopción que los consideraba capaces de ser buenos padres, hicieran que disminuyeran los conflictos y ansiedades involucrados en la rivalidad con la madre que prohíbe la femineidad, descrita por Cooper.

El estudio de Andrews reporta 60 embarazos en 10 años. No da la cifra del número total de niños dados en adopción durante ese lapso de tiempo, con lo cual sus resultados no son significativos.

Esta autora, en los cuatro años de colaboración con la Casa Cuna, sólo se enteró de un caso de embarazo posterior a una adopción. Este resultado no es determinante, pues no se llevó a cabo ningún estudio sistemático al respecto.

Dos estudios tratan de averiguar aquellas características de personalidad específicas a determinados trastornos - orgánicos que afectan la fertilidad.

Nesbitt et al. (1968) estudian 36 mujeres subdivididas en tres grupos: Grupo A, compuesto por 10 mujeres con síndrome de ovario policístico; Grupo B, 8 mujeres con infertilidad causada por patología pélvica; y, Grupo C, 18 mujeres fértiles. Los tres grupos eran comparables en edad y nivel educativo.

Se les sometió a entrevistas psicológicas y se les administraron pruebas proyectivas, un cuestionario para investigar relaciones heterosexuales y un procedimiento taquitoscópico para determinar el nivel de ansiedad provocado por -- ciertos temas afines.

No encontraron diferencias entre los grupos A y B. Sin embargo, cuando ambos grupos se compararon con las mujeres fértiles, se vió que el grupo infértil mostraba mayor ansiedad y dificultad ante temas relacionados con rivalidad en - tre hermanos, sentimientos de culpa, dificultad para desviar la energía de uno mismo hacia los demás, y, por último, difi - cultad para percibir temas narcisistas y de protección ante un ser más débil.

Concluyen que la incapacidad de subordinar las necesidades narcisistas y dependientes al cuidado de un niño indefenso implica una seria dificultad para establecer relaciones materno-infantiles adecuadas en caso que llegaran a ser madres.

Grimm (1962), en un bien diseñado estudio, investiga las características de personalidad de las "abortadoras habituales". Compara 70 "abortadoras habituales" con 35 mujeres sin historia de abortos previos. Les administra el WAIS, el Rorschach y el T.A.T.

Las diferencias significativas que encontró indican que las "abortadoras habituales" tienen dificultad para planear y anticipar, y poseen un control emocional pobre con tendencia al acting out. Estas mujeres eran ultraconvencionales, con fuertes sentimientos hostiles inconscientes y marcada dependencia oral. Se hallaban dentro de un círculo vicioso de sumisión ante las demandas de los otros, esto les producía hostilidad que no podían expresar abiertamente por la culpa que les generaba y por el temor a ser rechazadas. El conflicto emocional en que se encontraban las llevaba a un mayor sometimiento del marido/madre con el consiguiente aumento de tensión interna. El resultado es el rechazo al producto del embarazo. Este grupo tuvo tratamiento psicoterapéutico y, al ser examinado un tiempo después, mostró un-

marcado cambio en la dirección del grupo control.

Deutsch (1960) considera que en el aborto repetido las tendencias destructivas están dirigidas hacia el propio individuo y, Langer (1974) considera que la mujer revive sus tendencias de expulsión hostil hacia el feto equiparado en el inconsciente con el excremento.

La literatura que investiga preponderantemente los aspectos psicológicos de la infertilidad podría clasificarse, a grosso modo, en: a) Aquella que se interesa en establecer los factores causales originados durante el transcurso del desarrollo psicosexual y hace hincapie en señalar la relación familiar, especialmente la de la hija con la madre, - b) Se interesa en hacer una descripción del perfil de personalidad de la mujer infértil. c) Trata de descubrir evidencia de trastorno emocional. Evidentemente, hay amplio - traslape entre estos tres grupos de investigaciones.

Langer (1974) postula que la matriz es el órgano sobre el que la mujer puede proyectar con mayor facilidad los -- trastornos resultantes de la relación con su propia madre, - ya que es lo primero que conoce de su madre y, además, es - el órgano ejecutante de la maternidad.

Como tesis central de su libro plantea:

"... la mujer moderna, al adquirir más libertad sexual y social, ya no sufre tanto de cuadros neuróticos típicos, como la gran histeria; restringida, empero, en sus funciones maternas, padece, en cambio, de trastornos psicossomáticos en su función procreativa". p. 21

La raíz de la esterilidad psicógena se encuentra en la primera relación de la hija con su madre embarazada. La hija odia la idea de la posibilidad de otros hermanos y desea destruirlos; al ser mayor, inconscientemente se culpa por este odio y teme que su madre, en venganza, desee destruir el fruto de su embarazo. "El odio es la primera culpa de la mujer estéril". p. 154

La segunda culpa que, inconscientemente, experimenta la mujer estéril es su voracidad y egoísmo infantil, consecuencia de las frustraciones vividas en épocas tempranas.

La tercera culpa es la fijación erótica hacia la madre, la cual se torna amenazadora al hacer posible la realiza -- ción preedípica de darle un hijo a la madre.

La literatura sobre esterilidad describe dos tipos de mujeres infértiles: la mujer infantil y la masculina. Langer opina que la virilización es una defensa contra la fijación a una madre frustradora y odiada pero a la cual se necesita intensamente. Esta necesidad de dependencia llevará a la hija hacia el infantilismo si ésto satisface a la ma -

dre; o hacia la virilización, fantaseando tener un pene, - y poder, así, dominar a la madre. La virilización permite, asimismo, evitar los peligros involucrados en la feminidad.

La falta de un padre fuerte y cariñoso que pueda separar a la hija de la madre es otro factor determinante de la fijación preedípica hacia la madre.

La envidia de pene expresada por medio de la viriliza - ción de la mujer encubre una angustia primitiva de ser des - truida en los genitales internos.

La autora hace un esquema de la constelación familiar - de las mujeres infértiles cuyos historiales reporta en el - libro.

La madre es la figura central, en general fría y dominadora, rechazante y/o emocionalmente inestable. El padre es una figura secundaria que no puede rescatar a la hija de la madre. Vive frustraciones intensas durante la etapa oral, - generalmente debido a destetes bruscos por la llegada de - nuevos hermanos. Surge un odio intenso hacia la madre em - barazada con deseos de destruir su interior y/o el producto. En los casos estudiados, ocurrieron acontecimientos dramáticos que hicieron creer a la niña en la eficacia de su odio. La consecuencia es un temor intenso a identificarse con la -

madre embarazada. El resultado es la esterilidad, abortos-espontáneos o embarazos extrauterinos. El mecanismo somático para mantener estos resultados es la virilización o el infantilismo.

Cuando disminuye la culpa que estas mujeres sienten al percibir que son aceptadas por el/la analista, representante de la madre, se logra el embarazo.

Rothman et al. (1962, con pacientes infértiles en psicoterapia, y Ford et al. (1953), en un estudio que comparó un grupo infértil y un grupo control, llegan a resultados similares a los de Langer.

Rothman et al. encontraron que el problema más destacado en estas mujeres era la frustración de las necesidades tempranas debido a madres sobreprotectoras o rechazantes.

De las seis mujeres estudiadas, cuatro eran infantiles e inmaduras, y las otras dos eran masculinas y deseaban ser el hijo de papá. Varias sintieron rechazo al nacer los hermanos. En todas había problemas sexuales. Aunque conscientemente deseaban el embarazo, lo temían. Vivían la infertilidad como evidencia de castigo por la culpa que sentían por relaciones sexuales premaritales; por sus deseos hostiles y envidiosos hacia la madre y los hermanos; o bien, -

por el deseo inexpressado de ser como el sexo opuesto. La culpa las inundaba cuando sentían enojo hacia los padres, especialmente hacia la madre. No se atrevían a pensar en la muerte de los progenitores por temor de que sus deseos pudieran convertirse en realidad.

La psicoterapia obtuvo resultados positivos con estas pacientes.

Ford et al. (1953) investigan 32 mujeres divididas en grupo infértil orgánico, infértil psicógeno y un grupo normal de multíparas. Se llevó a cabo una investigación psiquiátrica y ginecológica. La investigación psiquiátrica se centró en las actitudes conscientes e inconscientes relacionadas a: motivación para el embarazo, relación matrimonial, historia familiar e identificación con los padres. Con los datos obtenidos en la investigación hicieron un psicograma de la mujer infértil que se cita a continuación:

"La mujer funcionalmente infértil conscientemente verbaliza el deseo de un hijo; inconscientemente rechaza el embarazo, el parto y la maternidad. Tiene grave conflicto sobre su feminidad, se encuentra bien sea en una unión de dependencia hostil con una imagen materna que es negada, o bien imita agresivamente el papel masculino. Había mezcla de estas actitudes en cada caso, con el predominio de una. Es infeliz en la sexualidad genital; su funcionamiento menstrual frecuentemente está perturbado y su función reproductora está o parcialmente o totalmente suspendida en un arresto dinámico. Un funcionamiento regresivo infantil neurótico está siempre presente con hincapié en el fin incorporativo de la

boca -necesidad, envidia, celos- o bien en los fines de daño agresivo o retentivo del intestino- desafío, ataque o deseo de herir, retener y dominar. Vive en dependencia mágica de la madre". p. 462.

Dado que en todos los casos estudiados, tanto orgánicos como funcionales, se encontraron factores psicógenos contribuyentes, opinan los autores que el diagnóstico de infertilidad funcional o psicógena es muy rígido. Rutherford (1960) concuerda con esto, considerando que la línea divisoria entre lo somático y lo psíquico es muy tenue.

Deutsch (196), en su muy completa obra sobre la psicología de la mujer, describe los diversos tipos de personalidad que se encuentran en las mujeres estériles. Define la esterilidad como:

"La incapacidad de determinada mujer para ser madre, - tiene causas psíquicas que han perturbado alguna parte del proceso fisiológico".p. 107 (Sus causas se encuentran en) "... una interacción: los acontecimientos del proceso reproductivo (que) tienen su prelude en fantasías infantiles, y los sucesos de la infancia influyen más o menos en la ulterior función reproductora. Las funciones de incorporación, eliminación y retención -- constituyen los puntos de unión". p. 63

Clasifica a las mujeres estériles dentro de uno de cinco grupos de personalidad. Al primero pertenecen las mujeres física y fisiológicamente infantiles, dependientes originalmente de los padres y posteriormente del esposo. Estas mujeres tienen fantasías de preñez desde la pubertad, -

las cuales se manifiestan somáticamente por medio de vómitos, trastornos digestivos, anorexia nerviosa, etc. Su demanda de ternura es infantil. Cuando llegan al matrimonio son infértiles y en su anhelo de cuidados y atención comienzan el pergrinaje para aliviar su esterilidad. La autora señala que este tipo de personalidad se encuentra, asimismo, en la mujer hiperfétil.

El segundo grupo corresponde a mujeres dotadas de gran tendencia maternal pero que permanecen infértiles por razones psíquicas. Vuelcan su capacidad maternal sobre el esposo, quien, por lo general, es débil y necesita el apoyo y la ternura de la mujer. Ellas temen que, si llegan a embarazarse, el marido no tolere la responsabilidad que representa la paternidad y las rechace, las abandone o se autodestruya; por ejemplo, por el alcoholismo.

El tercer grupo está compuesto por mujeres con tendencia maternal pero la cual desvían hacia intereses eróticos, o intereses artísticos y/o profesionales.

El cuarto tipo de mujer corresponde a la agresivo-masculina que se mantiene estéril como rechazo a su feminidad. Este tipo de mujer puede, también, expresar el conflicto por medio de la hiperfecundidad.

Al quinto tipo pertenece la mujer emocionalmente tra-st-o-r-n-a-d-a, para la cual un embarazo significaría una carga ex-ce-s-i-v-a para su Yo pobre.

Las causas que subyacen a la infertilidad son el temor y la culpa. El temor más frecuente es a perder la personalidad a favor del hijo; temor que se basa en la ley natu-ral de que lo nuevo sustituye a lo viejo. Otros temores im-portantes están relacionados a ser dañada y a la muerte.

La culpa tiene su origen en la masturbación y en la rivalidad con la propia madre. Esto es especialmente cierto si no se logró una identificación adecuada con la madre embarazada. Las fantasías infantiles también ejercen su in-fluencia culpígena.

En aquellos casos en que la causa de la esterilidad se encuentra en el hombre, la mujer sufre un trauma múltiple, el cual resolverá de acuerdo a su personalidad.

La mujer agresivo-masculina no tolera esta situación - que la priva del componente narcisista de la maternidad. - Reacciona en contra del esposo.

La que está en buenas relaciones con el marido aceptará la situación y renunciará al hijo, pero constantemente pedi

rá al esposo pruebas evidentes de su virilidad. En este tipo de mujer predominan también los aspectos narcisistas de la personalidad.

Al tercer tipo pertenece la mujer que realmente es maternal y que transfiere sus tendencias maternas sobre otros niños o las deriva hacia actividades que satisfacen estas tendencias.

Deutsch describe alguno de los temores que subyacen la esterilidad en la mujer; Morris y Sturgis (s/f) describen varios más.

En un estudio que evaluó a 83 parejas infértiles encontraron evidencia de la influencia que sobre la fertilidad tienen los temores asociados a sufrir algún daño físico, tanto durante el coito como durante el embarazo y el parto. Los hombres temían dañar a la esposa durante el acto sexual y en los dos se encontraba el temor a la muerte.

Otra serie de temores estaba relacionada a la ansiedad de tener un hijo defectuoso, o bien a que alguno de los dos miembros de la pareja estuviera defectuoso.

El tercer tipo de temores estaba relacionado a la sensación de ser incapaces de asumir el papel de padres o de es-

posos en forma madura y adecuada.

El estudio reportado investigó los temores conscientes en las parejas, pero es posible que las causas inconscientes se encuentren en la culpa y en las fantasías inconscientes que describen otros autores.

Fischer (1953), sostiene que la infertilidad psicógena no sólo se limita a la mujer, sino que, asimismo, afecta la función reproductora en el esposo, aunque en el hombre es -
tos factores no hayan sido estudiados. A pesar de su comentario introductorio, este autor también se centra en las -
causas psicógenas de la infertilidad en la mujer y describe dos tipos frecuentes de personalidad que ha encontrado en -
las pacientes.

El primer tipo corresponde a la mujer débil, inmadura, dependiente y sobreprotegida. Este grupo se subdivide en -
a) mujeres temerosas de la maternidad debido a una infan -
cia infeliz, y b) mujeres que, no solo temen a la maternidad, sino también al embarazo, al parto, a la muerte, a la pérdida de la figura corporal, a la pérdida del esposo, etc.

El segundo tipo de mujer corresponde a la ambiciosa, do -
minante, masculina, agresiva; equipara a este grupo con la mujer profesionalista. Lo subdivide en: a) mujeres tiernas

y maternas que se dedican al marido débil que necesita de ellas; b) mujeres profesionistas que, aunque tienen ten-dencias maternas, evitan, inconsientemente, el embarazo que entraría en conflicto con los intereses profesionales - y c) aquellas mujeres masculinas que rechazan la feminidad.

En la clasificación de este autor se puede ver la marca da influencia de Deutsch.

Fischer señala que es más difícil explicar las causas - psicodinámicas de la esterilidad secundaria o 'la esterilidad de un hijo'; intenta una explicación al decir que la - mujer se embaraza con facilidad, pero que, posteriormente, - se siente abrumada ante la responsabilidad y se torna infértil.

Ramírez (1962) atribuye la esterilidad secundaria al - trauma sufrido por la mujer ante el nacimiento de un herma- no menor, que teme volver a sufrir y Rutherford (1961), lo- relaciona a la incapacidad de permitir que un tercero inter - fiera en la díada madre-hijo.

Entre los estudios relacionados con la investigación - del monto de trastornos emocionales que se encuentran en las mujeres infértiles en comparación a las fértiles, tenemos - el de Grover (1960), quien emplea el Rorschach para compa -

rar los resultados de un grupo de 28 mujeres infértiles sin problemas ginecológicos, y un grupo control de 28 mujeres fértiles. La autora postula que si hay conflicto en una mujer sobre su feminidad, éste se reflejará, en alguna medida, sobre el proceso reproductivo.

Los protocolos de las pruebas fueron evaluados por diferentes jueces que no conocían a las pacientes ni sabían a qué grupo pertenecían. Hubo acuerdo unánime entre los jueces que los protocolos de las mujeres infértiles revelaban un mayor grado de trastornos emocionales, siendo éste tan elevado que en algunos casos podría ser indicativo de psicosis.

Los resultados de este estudio concuerdan con las recomendaciones de aquellos autores que insisten que se traten los problemas emocionales de las mujeres infértiles en vez de intentar, por todos los medios al alcance del médico, que se produzca un embarazo que podría precipitar una psicosis post-parto (Rutherford, 1960; Rubinstein, 1951; Lof tus, 1962).

Rommer y Rommer (1958), en un cuidadoso y bien controlado estudio, comparan tres grupos de mujeres cada uno con 30 sujetos. El primero es el grupo fértil; el segundo es el persistentemente estéril, con más de cuatro años de matrimonio, que desea un hijo, en donde no se encuentran anomalías

ginecológicas, pero que no pueden procrear. El tercer grupo consta de 30 mujeres que habían sido infértiles y que lograron el embarazo después de someterse a tratamiento y tenían un mínimo de dos hijos.

A los tres grupos les administraron un cuestionario con el objeto de investigar cinco áreas: 1) experiencia sexual prematrimonial incluyendo caricias sexuales, 2) actitud general hacia el sexo, 3) vida sexual en el matrimonio, 4) experiencias sexuales extramatrimoniales y, 5) clima emocional dentro del matrimonio.

Los resultados indicaron que el grupo persistentemente estéril y el anteriormente estéril habían tenido un mayor número de experiencias extramaritales con el deseo de comprobar su fertilidad. Las experiencias extramaritales de la mujer fértil tenían como fin obtener placer.

Tanto la estéril persistente como la anteriormente estéril, aunque ésta en menor grado, sentían culpa y ansiedad por la masturbación y por el sexo. Tenían sentimientos de inadecuación. Las mujeres estériles tenían fantasías de coito con hombres diferentes al marido con mayor frecuencia que las mujeres fértiles.

En general se encontró que las mujeres persistentemente



estériles tenían conflictos emocionales mucho antes del matrimonio y que éstos eran la causa de la esterilidad y no consecuencia de la misma. Recomiendan los autores que, en este tipo de casos, se provea asistencia terapéutica para ayudar a resolver los conflictos emocionales y a aceptar la feminidad.

Platt et al. (1973) enfocan el problema desde un ángulo algo diferente.

Plantean tres hipótesis:

- a. Las personas infértiles tienen una marcada discrepancia entre la forma como se perciben, como perciben su Yo ideal, como perciben a la generalidad de los hombres y las mujeres y como perciben a sus padres y madres.
- b. Las personas infértiles consideran que los eventos vitales significativos están controlados por fuerzas externas y caprichosas y no están bajo el control de sus propios esfuerzos.
- c. Las personas infértiles difieren de las fértiles en varias dimensiones de personalidad mostrando mayor trastorno emocional. p. 972. Estudiaron a los dos miembros de la pareja y compararon 25 parejas infértiles con 15-

parejas control. Se les administró la prueba de Con --
trol Interno-Externo, el Diferencial Semántico y una --
prueba proyectiva grupal de personalidad.

Encontraron diferencias significativas entre los dos -
grupos.

Las parejas infértiles perciben que los eventos impor -
tantes de su vida están determinados por fuerzas externas a
ellos y no por sus propios esfuerzos. La discrepancia en -
tre la autopercepción y la percepción de su Yo Ideal es --
grande; asimismo difieren de la percepción de ellos mismos
y en la forma como perciben al padre y a la madre.

Las mujeres infértiles, especialmente, mostraron una ma
yor discrepancia entre su autopercepción y la de la madre.-
El estudio no indica la dirección de esta discrepancia.

Encontraron mayor evidencia de trastorno emocional en -
las mujeres infértiles, pero no en los hombres del grupo in
fértil.

Concluyen que las hipótesis A y B se comprueban y que -
la C se comprueba para las mujeres.

Dos estudios de Seward et al. (1965), uno adendum del-

otro, reportan resultados contradictorios a los anteriores.

Los autores tratan de investigar las hipótesis acepta - das por la mayoría de los investigadores. Esta son: de -- trás del deseo manifiesto de tener un hijo existe una ambivalencia o incluso un rechazo. Esta ambivalencia es eviden - cia de inmadurez en las parejas infértiles, indicando, pri - mordialmente, problemas en la identificación femenina y -- trastornos en el funcionamiento sexual. El hijo no es de - seado como fin en sí mismo, sino como medio para lograr -- ↘ otros fines. Existen problemas no resueltos de dependencia hacia la madre, los cuales son transferidos al esposo cau - sando, con ésto, tensiones dentro del matrimonio.

Emplearon un grupo de 41 mujeres infértiles sin diferen - ciarlas en orgánicas y psicógenas y 41 mujeres fértiles sin trastornos ginecológicos. Controlaron todas las variables - pertinentes, y se les administró una batería de pruebas pro - yectivas, sin incluir el Rorschach. Tuvieron, además, una - entrevista personal.

Lo más sorprendente de los resultados del estudio fue - la semejanza entre los grupos, siendo mínimas la s diferen - cias encontradas. La más saliente se relaciona al orden de nacimiento, siendo un número significativamente mayor de mujeres infértiles, hijos del medio o menores. Otras dife - rencias significativas halladas están relacionadas a una ma

yor incidencia entre las mujeres infértiles de experiencias homosexuales, y a la existencia de fantasías de ser abandonadas por el hombre debido a alguna experiencia extramatrimonial. Se encontró, asimismo, una mayor aceptación verbalizada hacia la maternidad que en las mujeres fértiles.

En el addendum los autores dividen el grupo infértil en orgánico y psicógeno. Encuentran que, aunque ambos grupos dibujan en el Machover una mujer más joven que la edad cronológica de los sujetos, esta diferencia se intensifica en el grupo orgánico, lo cual indica una autopercepción inmadura e infantil.

Mai et al. (1972) estudiaron, por medio de entrevista-psiQUIÁTICA, a 50 mujeres infértiles y a 35 de los maridos, y a 50 mujeres fértiles y a 15 de los esposos; este último grupo representó el control.

Las diferencias encontradas son pequeñas. Se encuentra en ambos poca patología psiquiátrica. Sin embargo, a nivel individual, dos mujeres infértiles fueron diagnosticadas psicóticas y esta clasificación no se le dió a ninguna de las fértiles.

Las características que diferencian al grupo infértil del fértil se relacionan a los sentimientos respecto al rol

sexual. Se halló un número mayor de personalidades agresivas e histéricas dentro del grupo infértil, lo cual interpretan los autores como un aspecto de un trastorno general en las emociones relacionando a la identidad sexual. Consideran que las mujeres infértiles tienen más posibilidad de tener un desorden de personalidad y trastornos en la identidad sexual.

Los autores dicen que no pueden responder a la pregunta de si estos cambios preceden o son consecuencia de la infertilidad. La mayoría de los estudiosos del tema consideran que la infertilidad se debe a un trastorno de personalidad, pero algunos estiman lo contrario; es decir, sostienen que la angustia y desesperación resultante de la incapacidad para concebir trae, como consecuencia, el trastorno emocional. Esta hipótesis la sostiene Kaufman (1969), pero no presenta datos para apoyarla, y la plantea Grover (196), en el estudio antes citado; sin embargo, al final del mismo la rechaza.

Mai et al. encontraron, además, que varias mujeres infértiles tenían sentimientos ambivalentes hacia el embarazo y negativos hacia la adopción. Señalan, como dato interesante, que tres de las cinco mujeres que tuvieron un embarazo prematrimonial sentían que la infertilidad era resultado de su conducta "irregular", lo que les producía gran ansiedad.

Aunque en este estudio se entrevistó a varios esposos, no se reportan los resultados y los autores discuten, solamente, lo encontrado en las mujeres. Quizá la diferencia numérica entre ambos grupos de esposos no permitió que, de haber discrepancias, éstas llegaran a sobresalir.

Poco se ha escrito sobre los factores emocionales que pueden afectar la fertilidad en el hombre. En general, -- cuando se encuentran, están relacionados a las causas psicógenas de la impotencia, la cual, obviamente, si es total, -- conduciría a la infertilidad.

Varios autores recomiendan investigar los factores psicológicos que afectan la fertilidad en el hombre y no contentarse con hacer un recuento de semen para decidir su fertilidad (Fischer, 1953; Rutherford, 1960; Bos, 1957; Heiman, 1959). Sin embargo, al hacerse esta investigación bibliográfica no se encontró ningún estudio al respecto.

Fischer (1953) se cuestiona si el recuento adecuado de espermatozoides que se encuentra al hacer la evaluación de fertilidad se encuentra también presente en el momento del coito o en los días correspondientes a la ovulación. Esta pregunta, hasta el momento, se queda sin respuesta.

Langer (1974) considera que el hombre no establece una-

relación directa entre el deseo de satisfacer una necesidad sexual y la posible paternidad derivada de este acto, y, además, que el sentimiento de paternidad está determinado - por causas puramente psicológicas y culturales.

Asimismo se pregunta si los hombres infértiles no revivirán los sentimientos de hambre agresiva hacia la madre - que los abandonaba para reunirse con el padre; y si, al reactivarse estos temores en el matrimonio podrían causar - que la llegada del hijo se viviera como una repetición del trauma infantil.

Horney (1968) considera que el hombre envidia el embarazo, el parto y la maternidad, lo mismo que los senos de la mujer y el acto de mamar. Esta envidia, si es intensa, puede llevar al rechazo de la mujer embarazada.

Freud (1912) supone que el hombre teme sufrir la hostilidad de la esposa virgen a quien desfloró. Relaciona la sangre vertida durante el primer coito con la hostilidad, la agresión y el crimen. Siente culpa y temor de ser víctima de la hostilidad de la mujer. Esta, a su vez, estaría llena de rencor hacia el marido que la desfloró.

Langer (1974) estima que el hombre "vive la desfloración como una perversión y prostitución de su compañera".p.

Varios de los autores revisados señalan el temor que po see el hombre de dañar a la mujer durante el acto sexual.

Otros (Abse, 1966 y Heiman, 1966) consideran que las experiencias incestuosas infantiles pueden interferir con el funcionamiento sexual adecuado en el hombre, especialmente si éste equipara a la esposa con la madre.

Abse considera, asimismo, que los factores sociales -- transmitidos a través de la madre, que inculcó la represión de la agresividad durante la infancia, pueden inhibirla en el hombre adulto y evitar que posea la necesaria para efectuar un coito exitoso.

Gutheil (1969) supone que la gran mayoría de las disfunciones sexuales, que en el hombre llevan a la impotencia, son de origen psicógeno. En estos casos, la libido del paciente sigue un curso desviado del fin que sería la unión sexual con la mujer. Esta libido puede haberse quedado fijada a una etapa pregenital o haberse resuelto en una tendencia homosexual. Estima que la impotencia es un fenómeno bastante común y que aflige más al hombre que lo que la frigidez afecta a la mujer, y que varios varones se han suicidado por esta causa, pero que no sabe de ningún caso de suicidio por frigidez. Señala que la mujer hipercrítica, que constantemente devalúa al hombre, puede causar trastornos sexuales severos en un compañero sensible.

Bastantes autores mencionan que la interrelación de los factores de personalidad y la combinación de las necesidades y las ansiedades de cada uno de los miembros de la pareja determinan la elección de cónyuge y pueden llegar a contribuir a la infertilidad (Benedek, 1953; Heiman, 1959; Deutsch, 1960; Peterson, 1963; Langer, 1974; Martínez Bouquet, 1976). Sin embargo, el único trabajo que se encontró en donde se reporta esta interrelación en una pareja infértil es el de los Martínez Bouquet. Esta pareja estaba en tratamiento de psicodrama psicoanalítico con los autores.

Este trabajo resalta la manera en que los conflictos del esposo encajan con los de la esposa. El está lleno de temores originados en la infancia. Estos temores eran producto de una madre sádica, abortadora y aplastadora de renacuajos, con la cual se identifica parcialmente. Al mismo tiempo, otra parte de él se identifica con las víctimas de la madre y teme ser asesinado por ella. La esposa, por su historia, siente la prohibición materna a la fecundación. La madre paría hijos muertos y murió prematuramente. La hija se siente mala, teme engendrar monstruos y morir a consecuencia de los hijos o envenenada por el marido.

En esta pareja se crea una relación madre-hijo, en la cual ella se siente mala y asesina, y él se siente, a la vez, víctima y victimario. La esposa, a su vez, teme ser

víctima del esposo. Este tipo de relación establece un e - equilibrio de las ansiedades profundas pero no acepta la pre - sencia del tercero. Los autores reportan el éxito del tratamiento que llevó a la pareja a lograr la concepción y dar a luz a un niño, pero, aclaran que se inicia otra etapa - del tratamiento para que los tres se integren en una famili - lia.

Los estudios reportados enfocan la investigación de la infertilidad desde diversos ángulos teóricos y emplean difere - rentes métodos de investigación, los cuales van desde estudios realizados por medio de un diseño experimental bien - controlado, hasta investigaciones a profundidad empleando - técnicas psicoanalíticas y de psicodrama psicoanalítico.

Aunque los enfoques son diferentes, los hallazgos son - bastante parecidos. Los estudios se centran, especialmente, en las características emocionales y de personalidad de la mujer. El poco material que se encontró relacionado al hom - bre plantea una serie de hipótesis y cuestionamientos pero - no provee resultados de investigación. El único trabajo - que reporta la dinámica de los factores de personalidad in - dividuales en su interrelación dentro de la pareja es el de los Martínez Bouquet.

Las futuras investigaciones dentro de esta área deberían

enfocar el problema tanto desde el ángulo de los factores psicológicos en el hombre como en la mujer haciendo hincapie, especialmente, en su interrelación dentro de la pareja.

DISCUSION DEL CAPITULO

La medicina psicosomática pone fin al enfoque médico tradicional que crea una dicotomía entre psique y soma. Cada vez es mayor el número de médicos que aceptan la estrecha relación que existe entre los factores emocionales y sus repercusiones sobre algún órgano del cuerpo.

Esta relación es sumamente estrecha en lo que concierne al aparato genital tanto masculino como femenino. La importancia de la relación entre los factores emocionales y la respuesta sexual es algo totalmente aceptado tanto por los científicos como por el público en general. Se estima que esta relación existe, asimismo, entre los diversos elementos que regulan la fertilidad.

El reto que se plantea en la actualidad a los investigadores es, por un lado, averiguar cuales son los mecanismos-neurofisiológicos involucrados en esta relación, cómo funcionan, de qué manera se transmite la información desde los órganos sensoriales hasta el cerebro, que estructuras median e interpretan la información, y cómo envía el cerebro-

las órdenes que controlan el funcionamiento de los órganos de reproducción y determinan que ocurra un espasmo tubario en el momento del coito, o un ciclo anovulatorio, o que no se eyaculen espermatozoides, cómo "sabe" el organismo que ha ocurrido la ovulación, etc. Otra pregunta inquietante tiene que ver con la explicación a nivel biológico, del funcionamiento del inconsciente, etc., etc..

Varios de los trabajos revisados tratan de contestar estas preguntas. La dificultad estriba en la imposibilidad de llevar a cabo muchos de estos estudios neurofisiológicos en seres humanos; por tanto, es necesario extrapolar los conocimientos obtenidos en estudios con animales, principalmente mamíferos -conejos y vacas- al ser humano.

La complejidad de la psique humana no es comparable ni siquiera a la del chimpancé, nuestro pariente más próximo en la escala evolutiva; por tanto, las extrapolaciones, -- aunque contribuyen en forma muy importante a dilucidar las relaciones existentes entre los centros del cerebro involucrados en el control emocional y hormonal y las reacciones de los órganos específicos, dejan una sensación de que la respuesta aún no está del todo clara en lo que concierne al ser humano.

Otro gran grupo de investigaciones trata de averiguar las relaciones que existen entre la infertilidad y trastor-

nos emocionales específicos; asimismo, tratan de aclarar - si este problema está correlacionado con determinado tipo - de personalidad. Muchos estudios buscan la etiología del - trastorno en la estructura y dinámica de la familia de ori - gen de la mujer infértil, centrándose varias de las investi - gaciones en la interrelación madre-hija.

Este grupo se interesa, principalmente, por los facto - res psicológicos y sociales de la infertilidad, sin tratar - de explicar los mecanismos por medio de los cuales se origi - nan las alteraciones a nivel somático.

Los estudios revisados investigan, fundamentalmente, - las características de la mujer infértil. Aunque éstos son muy variados tanto en el enfoque teórico desde el que se - aproximan al problema, como desde la metodología empleada, - parece surgir de los mismos una serie de constantes:

- a) Tanto aquellas mujeres infértiles por causas orgánicas - como las infértiles por causas psicógenas muestran ca - racterísticas de personalidad parecidas, considerando - algunos autores que las "mujeres orgánicas" tiene mayo - res trastornos psicológicos y son más inmaduras que las "mujeres psicógenas".
- b) Se encuentran, principalmente, dos tipos de personali -

dad en estas mujeres: las infantiles, inmaduras, dependientes, y las masculinas, agresivas.

- c) Algunos autores incluyen un grupo de mujeres maternas que tienen toda esta tendencia depositada en un marido inmaduro y dependiente; o bien la han desviado hacia fines profesionales o artísticos.
- d) Otro grupo de mujeres infértiles parece sufrir graves alteraciones emocionales; para ellas, la infertilidad representa una defensa ante una quiebra psicótica.

No se encontró ningún estudio que haya investigado a profundidad las características de este grupo de mujeres que parecen formar una categoría diferente, no necesariamente agrupable con las anteriores. Es probable que tanto una mujer infantil como una virilizada, o cualquier otro tipo de personalidad con alteraciones emocionales severas, pueda emplear la infertilidad como defensa ante la psicosis. Sería interesante investigar las relaciones tempranas materno-infantiles de estas mujeres, al igual que las de aquellas con psicosis post-parto. Es posible que el tipo de constelación familiar reportada por Langer se encontrara presente, en forma más intensificada aún, en este tipo de mujeres.

Varias características aparecen constantemente en las -

investigaciones, aún en las que reportan resultados negativos. Se encuentran entre éstas presencia de sentimientos de culpa, de temor, hostilidad, ambivalencia. Hay inmadurez y se da una discrepancia entre la verbalización del deseo del hijo y los sentimientos de rechazo subyacentes.

Muchas de estas características se encuentran en gran número de mujeres, sin que por eso sean infértiles. Es importante poder llegar a detectar el o los mecanismos, o bien, la combinación de éstos, que contribuyen a que se reaccione con infertilidad. Los sentimientos descritos están en estrecha relación con las fantasías relacionadas a la madre y los hermanos. La culpa surge ante el deseo de destruir tanto el interior como el producto de la madre embarazada. El temor principal es a ser destruida interiormente, como en la infancia uno deseó destruir a la madre. También hay el temor a ser destruida por el propio producto del embarazo. Miedos a nivel más consciente están relacionados a morir en el parto, a engendrar un hijo deforme, a la incapacidad para asumir las responsabilidades que implica la maternidad, etc.

Otro temor inconsciente surge ante la posibilidad de darle a la madre el hijo fantaseado en la infancia, con lo que se reavivan los temores a la homosexualidad. Es interesante notar que los estudios que reportaron resultados negativos indican que encontraron sentimientos de rivalidad ha

cia los hermanos y mayor incidencia de contactos homosexuales entre las mujeres infértiles que en el grupo control; - asimismo, reportan mayor número de fantasías de ser abandonadas por el esposo. A nivel inconsciente, el esposo puede, bien, ser el representante de la madre, o bien, equipararse con la figura del padre, débil y distante.

Parece que se encuentra una intensa atadura entre estas mujeres infértiles y la figura femenina, como lo atestiguala la incidencia de contactos homosexuales.

Reportan los autores que las mujeres infértiles eran hijos del medio o menores. La deprivación del hijo del medio es notoria, pues no tiene ni las atenciones y prerrogativas del mayor, ni los mimos del pequeño. El temor del hijo menor a perder su lugar privilegiado por la llegada de nuevos hermanos pudiera intensificar las fantasías inconscientes - de destrucción del interior de la madre, y, al no haber embarazos posteriores que llevaran al nacimiento de un hermano, puede haber considerado que sus fantasías poseían alto poder mágico.

Otra característica reportada por varios investigadores es la existencia de elementos que preservarían la creencia en la omnipotencia del pensamiento. El pensamiento mágico es característica universal en los niños y en los pueblos -

primitivos. Los adultos, ante la evidencia provista por la realidad, llegan, con bastante dificultad, a desembarazarse de él, encontrándose rastros del mismo aún en adultos muy - maduros. Es posible que la inmadurez encontrada en las mujeres infértiles de una mayor preponderancia a este tipo de pensamiento el cual, al ser de gran intensidad, lograría - producir alteraciones somáticas. Los estudios científicos - acerca de las consecuencias de la magia atestiguan que las - personas pueden enfermar, y aún morir, si creen que han sido víctimas de un hechizo (Róheim, 1959; Murdock, 1956). - Knight (1960), reporta un caso de pseudociosis en un marino de 32 años en el cual se hallan todas las alteraciones - somáticas correspondientes a un embarazo. Este marinero - creía que iba a engendrar otro salvador de la humanidad.

La preponderancia de la creencia en la eficacia del pensamiento mágico, con sus características de omnipotencia, - pudiera ser un mecanismo esencial en la infertilidad. En - este caso, las situaciones infantiles que dieron origen al surgimiento de la culpa, la hostilidad y los temores de destrucción, al resurgir ante la posibilidad de embarazo, adquirirían una realidad tangible y concreta mediada por el - pensamiento mágico. Este pensamiento, que iguala fantasía a realidad, sería una de las características del proceso - primario que, en estas personas, no fue superado al desarrollarse el proceso secundario debido a que, en la infancia,

habían ocurrido incidentes que intensificaron y mantuvieron la creencia en la omnipotencia del pensamiento.

La persistencia e intensidad de este mecanismo pudieran ser lo que diferencie a las mujeres infértiles de las mujeres fértiles, en las cuales también se encuentran sentimientos de culpa, miedos, etc., pero no son conducentes a la infertilidad.

Estos elementos funcionarían no sólo en la mujer, sino también en el hombre, y, al constituirse la pareja, se combinarían. De esta manera, ambos podrían defenderse de las ansiedades profundas de destrucción a la madre. Estos deseos se deberían a la voracidad infantil o serían consecuencia del temor ante la llegada de nuevos hermanos. La ecuación para el inconsciente de esposa-madre, y, viceversa, esposa-madre, permiten proyectar las ansiedades tempranas de hostilidad y destrucción existentes en ambos cónyuges y, al mismo tiempo, mitigar la culpa al reasegurarse que mamá-esposa odiada pero necesitada, está ahí y no ha sido destruída. Para este tipo de matrimonio la llegada del hijo implicaría revivir los traumas infantiles e intensificaría los temores ante lo desconocido y no controlado representado por el futuro hijo.

Esta discusión es hipotética ya que no existen suficien

tes estudios que aporten el número necesario de datos para sustentarla. El reporte de los Martínez Bouquet si demuestra la existencia de este tipo de relación en la pareja estudiada.

La mente humana es compleja y son determinantes sus relaciones con el soma. Cuando nos encontramos ante el problema de la fertilidad no tenemos a uno, sino a dos individuos involucrados en el proceso. Esta combinación crea una complicada trama de relaciones e interrelaciones de temores, angustias, culpas, fantasías, proyecciones-introyecciones, que se complementan y dan como resultado la infertilidad.

C A P I T U L O I I

METODOLOGIA

METODOLOGIA

a) OBTENCION DE LA MUESTRA

Los matrimonios infértiles investigados en el presente-trabajo habían presentado una solicitud para poder adoptar un niño a la Casa Cuna de la Paz, ubicada en la Ciudad de México.

Esta es una institución de religiosas católicas que, además de fungir como noviciado, se dedica al cuidado de niños abandonados. La orden de religiosas se formó expresamente para dedicarse al cuidado de niños sin padres. En la actualidad se dedican al cuidado de niños que no puedan ser atendidos por sus progenitores. La mayoría de los chiquillos que ahí se encuentran son hijos de madres solteras. Si un niño es huérfano se le buscan padres adoptivos; lo mismo ocurre con aquellos niños rechazados por sus madres. Las edades de los niños fluctúan entre los pocos días de naci-

dos y los 6 años de edad. Otras instituciones de la misma orden se encargan de los de más edad, dándoles casa, comida y educación hasta los 15 ó 16 años.

Los matrimonios que desean adoptar un niño se entrevistan con la religiosa a cargo de este proceso, la cual les da la información pertinente y se asegura que sean católicos pues, uno de los reglamentos de la orden, impide que se den niños en adopción a personas no católicas. Posteriormente se somete a la pareja a una entrevista y estudio psicológico. Finalmente se hace un estudio socioeconómico de la pareja.

El estudio psicológico consiste en una breve entrevista con ambos cónyuges y la aplicación del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) en forma de rutina y, además, alguna o algunas otras pruebas que el psicólogo considere convenientes. El objetivo de esta evaluación es determinar si, en la pareja o en alguno de sus miembros, existe patología severa que impidiera su función como padres.

La muestra empleada en este estudio fue recopilada durante un período de cuatro años y consta de 117 matrimonios que efectuaron los trámites necesarios para la adopción de un hijo.

b) EL MMPI COMO INSTRUMENTO DE MEDICION

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), es el instrumento empleado para medir características de la personalidad de mayor uso en la actualidad, como lo atestiguan las 6000 referencias al MMPI reportadas por Dahlstrom, Welsh, y Dahlstrom (1975) y las 888 reportadas por Butcher y Owen (1978), quienes hacen una revisión de la literatura de artículos publicados en revistas de 1972 a 1977.

Este instrumento fue desarrollado por los doctores Starke R. Hathaway y J. C. McKinley de la Universidad de Minnesota al final de la década de los años treinta. El objetivo principal que llevó al desarrollo de la prueba era encontrar un medio que permitiera detectar las diferentes entidades nosológicas de los pacientes que ingresaban al hospital de la Universidad con el propósito de ayudar y acelerar el diagnóstico.

Su desarrollo fue empírico, es decir, no está basada en ninguna teoría previa. Consiste de 550 reactivos seleccionados de entre más de mil reactivos originales provenientes de fuentes diversas y variadas tales como: entrevista psiquiátrica, escalas de actitudes sociales y personales, reportes clínicos, resúmenes de casos etc. Sus fundamentos son estadísticos y objetivos. Aunque se desarrolló para -

ser empleada dentro del ámbito hospitalario, rebasó sus -- fronteras y, actualmente, es utilizada en otras áreas ta - les como selección de personal, selección universitaria, y en investigaciones de diversa índole. Ha sido traducida a más de 36 idiomas y el manual de Dahlstrom et al. (1975) re - porta la existencia de 455 escalas adicionales a las 14 ori - ginalmente desarrolladas.

La popularidad del inventario se debe a las siguientes - características.

Se puede administrar en forma individual o grupal.

No requiere de una persona especialmente entrenada para administrarlo.

Se califica con facilidad y en pocos minutos, obtenién - dose un perfil con los resultados.

Se necesita un experto para interpretarla, pero éste - puede hacerlo con solo ver el perfil.

La calificación e interpretación pueden obtenerse a tra - vés de centros computarizados, lo que ahorra tiempo y - costo cuando se manejan gran número de casos.

Se han llevado a cabo investigaciones sobre su validez - y confiabilidad en diversos países. Estas investigacio - nes han encontrado que es sensible para detectar adecua - damente las diferentes entidades nosológicas. (Butcher y Panchieri, 1976).

Dentro de los márgenes de variabilidad de la personalidad normal no muestra tanta sensibilidad como la que tiene para detectar desviaciones patológicas, siendo ésta una de sus limitaciones (Butcher, y Tellegen, 1978)

El MMPI está dividido en cuatro escalas de validez y -- diez escalas clínicas.

Las siguientes son las escalas de validez:

? (Cannot say) - No puedo decir - incluye los reactivos que el sujeto no contestó. Dado que la inmensa mayoría de las parejas a quienes se les administró la prueba contestaron todos o casi todos los reactivos, esta escala no se incluyó en la investigación.

L (Lie) -mentira- Detecta el grado de credibilidad - que se le puede dar a la prueba.

F Esta escala está compuesta por reactivos raramente - marcados por la normalidad de los sujetos. Indica incom -- prensión de la prueba o un grado muy severo de patología.

K Detecta la tendencia del sujeto a contestar los reactivos en forma favorable para él. Normalmente se usa como corrección para contrarrestar este efecto favorable cuando-

se hace una interpretación clínica. Se emplea sin corrección en la investigación.

Las escalas clínicas son las siguientes:

- 1 (Hs), hipocondriasis
- 2 (D), depresión
- 3 (Hi), histeria
- 4 (Dp), desviación psicopática
- 5 (Mf), masculinidad-feminidad
- 6 (Pa), paranoia
- 7 (Pt), psicastenia
- 8 (Es), esquizofrenia
- 9 (Ma), manía
- 0 (Si), introversión-extroversión.

Al referirse a las escalas es usual emplear o el número de la misma o su abreviatura. Se evita utilizar el término diagnóstico que no tendría aplicación fuera de ambientes hospitalarios.

c) DISEÑO EXPERIMENTAL

Se seleccionaron 117 matrimonios infértiles que llevaron a cabo los trámites necesarios para la adopción de un hijo. A su vez, fueron divididos en dos subgrupos en base-

a las causas reportadas de la infertilidad:

El grupo orgánico, compuesto por aquellas parejas que reportaban tener alguna/s anomalía/s orgánica/s que pudiera/n provocar la infertilidad. 61 parejas.

El grupo psicógeno, compuesto por aquellas parejas que no reportaban la existencia de causa orgánica alguna - que pudiera explicar la infertilidad pero que, sin em - bargo, no podían concebir un niño. 56 parejas.

Con propósitos comparativos se obtuvo un grupo control, compuesto por parejas con dos o más hijos. 41 parejas.

Las causas que reportó el grupo orgánico son las siguientes: en la mujer, ovarios atrofiados, matriz infantil, obs - trucción de conductos, anovulación, extirpación de ovarios, y/o matriz, y/o trompas; fibromas en la matriz. Se incluyeron dentro de este grupo a las que habían tenido abortos - previos.

Para los hombres, las causas reportadas fueron las si - guientes: cliptoquidea, oligospermia, azoospermia, lesión - en el escroto y problemas de pituitaria.

La división entre el grupo orgánico y el grupo psicóge - no se hizo en base al reporte verbal de los matrimonios y -

no se pidieron pruebas médicas para corroborar lo dicho. La mayoría de las parejas había consultado al ginecólogo antes de hacer la solicitud de adopción. Algunos habían sido sometidos a estudios minuciosos e incluso a tratamientos; sin embargo, algunos matrimonios no habían tenido consultas médicas previas y venían porque, después de varios años de matrimonio sin emplear métodos anticonceptivos, no habían logrado procrear.

Este comentario intenta aclarar que la división en dos subgrupos es un tanto cuanto arbitraria y que sería deseable poder hacer un estudio con un mejor control de estas variables. Dada la imposibilidad que existía en este caso para llevar a cabo este control, se trató de resolver el problema en la forma antes mencionada.

El grupo control se seleccionó entre aquellos matrimonios con hijos que aceptaron, buenamente, tomar parte en la investigación. Se procuró que este grupo fuera comparable a los anteriores en las variables importantes.

A cada uno de los miembros de la pareja se les administró el MMPI y se les hicieron preguntas para determinar la edad, el lugar de origen, escolaridad, ocupación, ingresos, años de casados, y número de hijos. Estas mismas preguntas se les hicieron a los matrimonios infértiles, pero en lugar

de número de hijos, se les preguntaron las causas por las que no podían procrear.

d) HIPOTESIS

En base al instrumento de medición empleado se plantearon las siguientes hipótesis:

Se espera encontrar diferencias significativas en la elevación de las escalas de la triada neurótica (hipocondriasis, depresión, histeria) entre los tres grupos de mujeres.

Se espera encontrar diferencias significativas en la elevación de las escalas de la triada neurótica entre los tres grupos de hombres.

La interrelación de las características de personalidad de los miembros de las parejas que componen cada uno de los tres grupos indican la existencia de diferencias significativas entre las parejas infértiles psicógenas y las de los otros dos grupos.

No se esperan encontrar diferencias significativas en la interrelación de las características de personalidad de las parejas del grupo infértil orgánico y del grupo fértil comparativo.

e) COMPARABILIDAD DE LAS MUESTRAS

A continuación se investigará la distribución de las -- muestras en relación a las variables de edad, lugar de origen y socioeconómicas.

La Figura I muestra la distribución de los tres grupos en cuanto a edad. Los hombres del grupo orgánico dan una distribución unimodal con la mayor frecuencia en el rango de 31 a 35 años. El grupo psicógeno muestra, también, una distribución unimodal con la mayor frecuencia en el rango de los 31 a los 40 años.

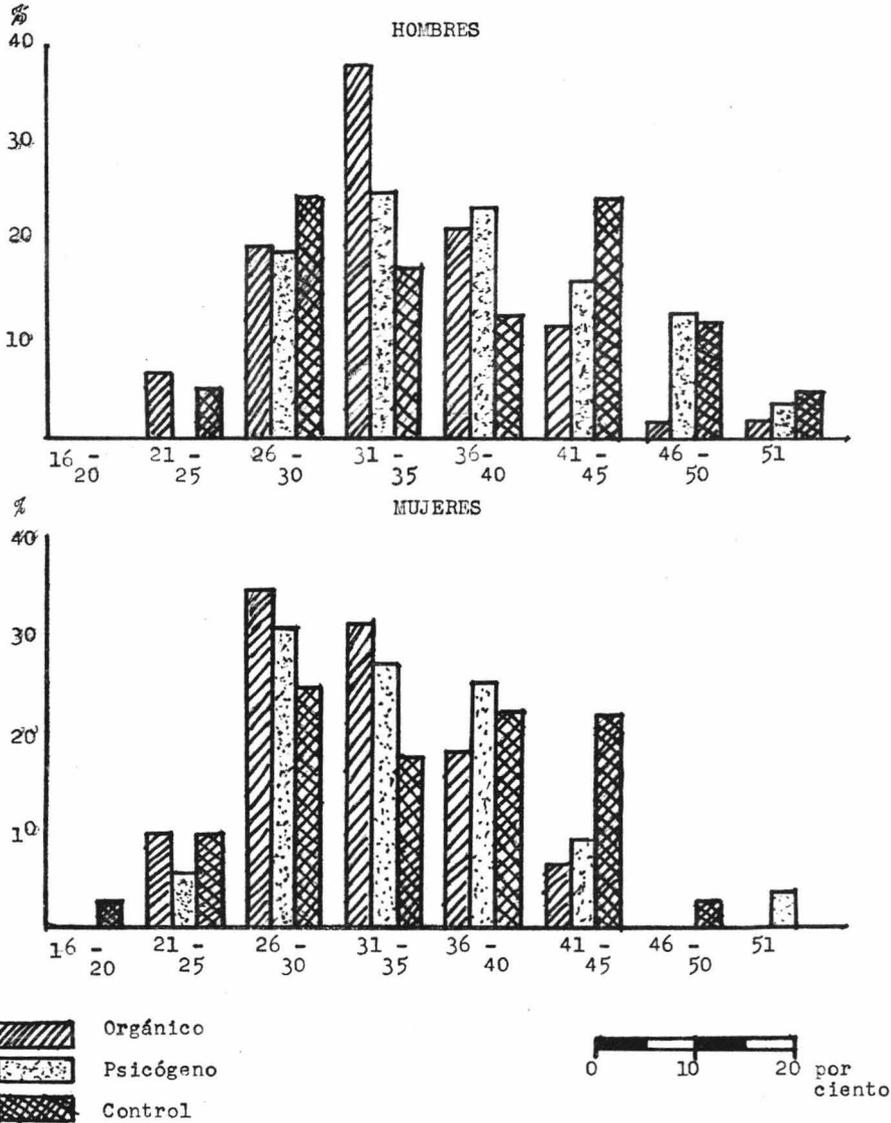
El grupo control presenta una distribución bimodal con un máximo de frecuencia entre los 26 y los 30 años y otro entre los 41 y 45 años. Como grupo, tiene un promedio de edad mayor.

Las mujeres de los grupos orgánicos y psicógeno muestran distribuciones unimodales de edad con la frecuencia máxima entre los 26 y los 30 años. El grupo control presenta una distribución bimodal de edad, con máximos en los 26 a los 30 años y de los 36 a los 45 años.

Como grupo las parejas orgánicas tienden a ser más jóvenes; esto es explicable, ya que el saber que hay alguna a-

FIGURA I

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN CUANTO A EDAD



inmaduras y superficiales (Graham, 1977:39).

Los hombres obtienen mayor elevación en la escala 5, (masculinidad-femineidad) que las mujeres. Esta escala se interpreta en forma diferente dependiendo del sexo. Los descriptores de personalidad asociados a elevaciones en los hombres indican que no se adecúan al estereotipo de "macho", y que tienen intereses artísticos y estéticos. Hay una relación directa entre el nivel educativo del hombre y la elevación en la escala 5 (Graham, 1977:47).

La escala 7, (psicastenia), está más elevada para los hombres que para las mujeres. Esta diferencia es marcada en el grupo psicógeno (56.161, hombres, 50.518, mujeres). El término psicastenia ya no se emplea actualmente, pero era ampliamente usado cuando se elaboró la prueba; actualmente el diagnóstico de obsesivo-compulsivo es lo que más se le acerca. Los correlatos asociados a elevaciones en esta escala son: dudas sobre la propia capacidad, tendencia a preocuparse en exceso sobre toda clase de problemas, temor y aprensión, sentimientos de inseguridad e inferioridad y perfeccionismo. Los individuos que tienen elevación en 7 son concienzudos, tienden a distorsionar la importancia de los problemas, y reaccionan en exceso ante situaciones de stress (Graham, 1977:52-53).

Una inspección de las medias indica que las diferencias

nomalía física que les impida la procreación les facilitará la toma de decisión para la adopción.

El grupo psicógeno muestra mayor dispersión en cuanto a edad. Parece que continúan esperando que el embarazo ocurra en algún momento. El grupo control muestra dos máximos. Como antes se dijo, se eligió entre aquellos matrimonios que tuvieran dos o más hijos, procurando que fueran comparables a los otros dos grupos. Por lo que indican los datos, se obtuvieron dos subgrupos faltando las edades intermedias; sin embargo, se considera que la diferencia no es tan grande como para que pudiera afectar los resultados.

A continuación se investigará la distribución de las muestras en cuanto al lugar de origen (Figura II). Los tres grupos son bastante parecidos entre si. Se encuentra un mayor número de hombres del grupo orgánico nacidos en algún estado de la República y mujeres del grupo psicógeno nacidas en algún estado del país. Hay ligeramente más extranjeros entre los hombres y las mujeres del grupo control.

La Figura III indica el número de años de casados que llevan los matrimonios de los tres grupos. El grupo orgánico tiene un menor número de años de casados que los otros dos grupos. Esto corresponde a lo que se encontró en la Figura I que indicaba que eran más jóvenes, lo cual parece a-

FIGURA II

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN CUANTO LUGAR DE ORIGEN

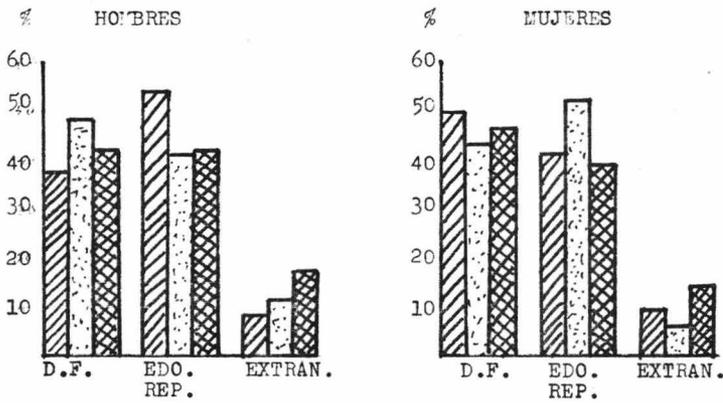
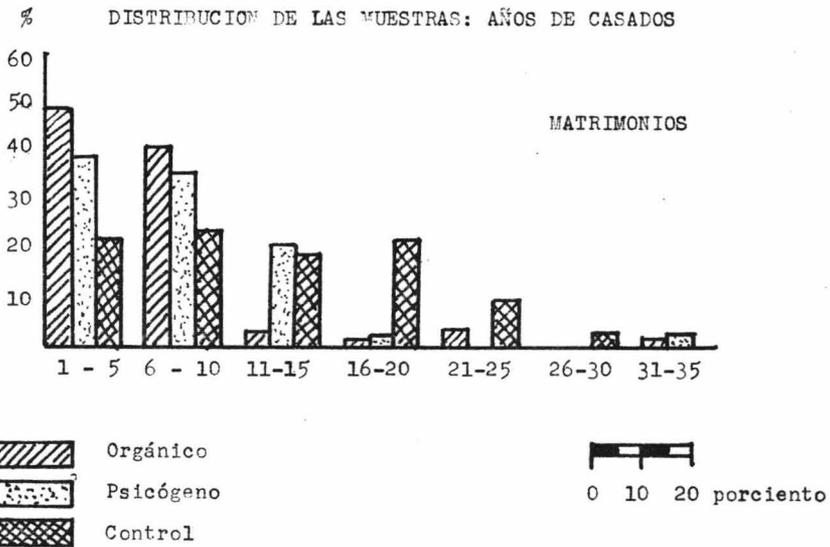


FIGURA III

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS: AÑOS DE CASADOS



pozar la hipótesis de que el tener conocimiento de la existencia de alguna anomalía en el aparato reproductor los lleva a aceptar la solución de obtener un niño por adopción.

El grupo psicógeno se encuentra contenido dentro de un rango más amplio de años de casados (de 1 a 15) encontrándose un par de casos en el extremo de 31 a 35 años. Parece que este grupo varía más en cuanto a la rapidez con la que toman la decisión de adoptar.

El grupo control se encuentra esparcido en forma más uniforme entre 1 a 25 años. No se encuentra ningún caso en el extremo superior. Es interesante observar que, cuando se investigó la edad, este grupo dió una curva bimodal; es posible que varios de ellos se hayan casado muy jóvenes.

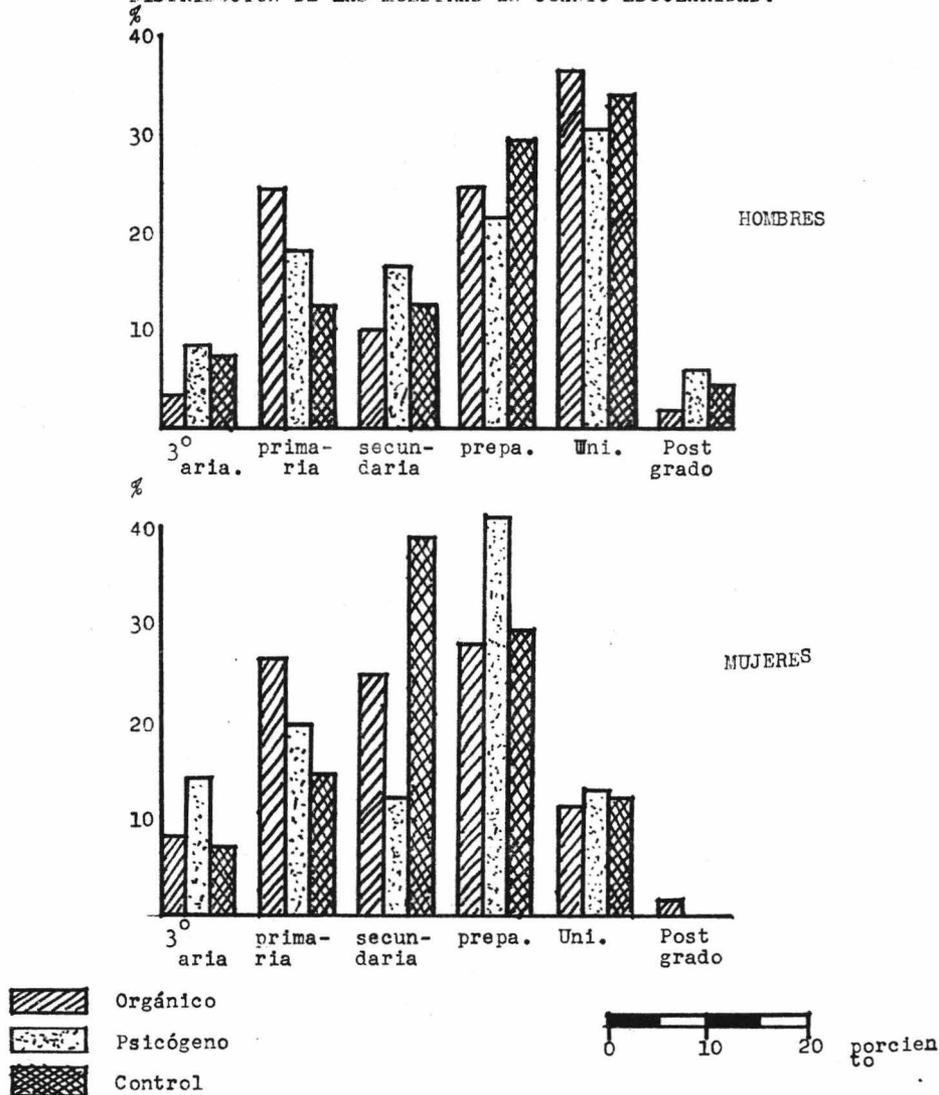
Para determinar las variables socioeconómicas se tomaron en consideración la escolaridad, la ocupación y el nivel de ingresos.

La Figura IV muestra la distribución en cuanto a escolaridad. La distribución es bimodal para los tres grupos de hombres, con máximos a nivel de Primaria y de Universidad.

Las mujeres de los grupos orgánico y psicógeno, en cuanto a nivel educativo, están distribuidas bimodalmente, con-

FIGURA IV

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN CUANTO ESCOLARIDAD.



máximos a nivel de Primaria y Preparatoria. El nivel educativo de las mujeres del grupo control presenta una distribución unimodal, con el máximo a nivel de Secundaria. Las mujeres del grupo psicógeno tienen un nivel educativo medio - más alto que las de los otros dos grupos.

La distribución en cuanto a ocupación indica bastante - variabilidad para los tres grupos teniendo gran parte de - los hombres una profesión. La variabilidad entre los tres - grupos no está distribuida en forma organizada y consisten - te.

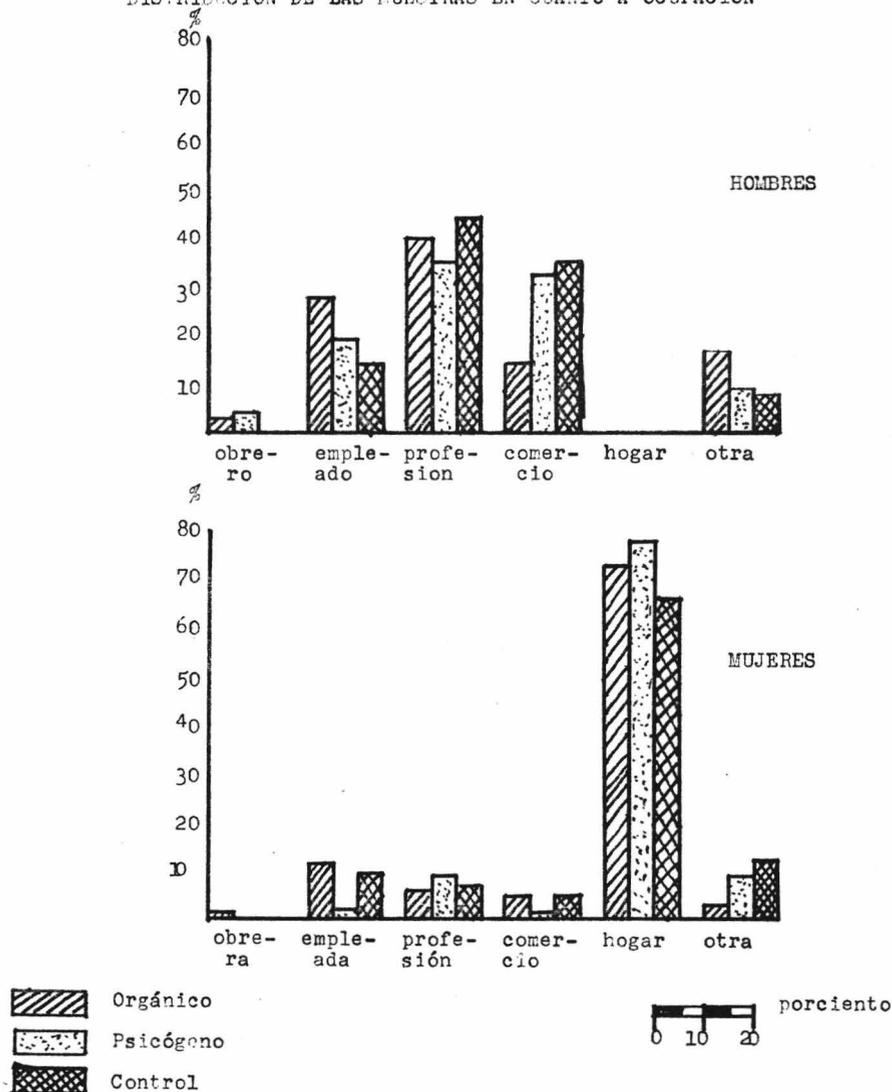
La mayoría de las mujeres de los tres grupos se dedican al hogar. Sin embargo, dentro del grupo control encontra - mos, proporcionalmente, un mayor número de mujeres que tra - bajan. Es probable que la presencia de los hijos incremen - te la necesidad de que la mujer obtenga un ingreso adicio - nal. En cambio, la mayor frecuencia de mujeres dedicadas - al hogar se encuentra en el grupo psicógeno.

La Figura VI, correspondiente a los ingresos, indica bas - tante variabilidad en general, aunque no entre los tres gru - pos.

Proporcionalmente un mayor número de hombres obtienen - ingresos entre los 4000 y 7999 pesos. El grupo orgánico y -

FIGURA V

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS EN CUANTO A OCUPACION



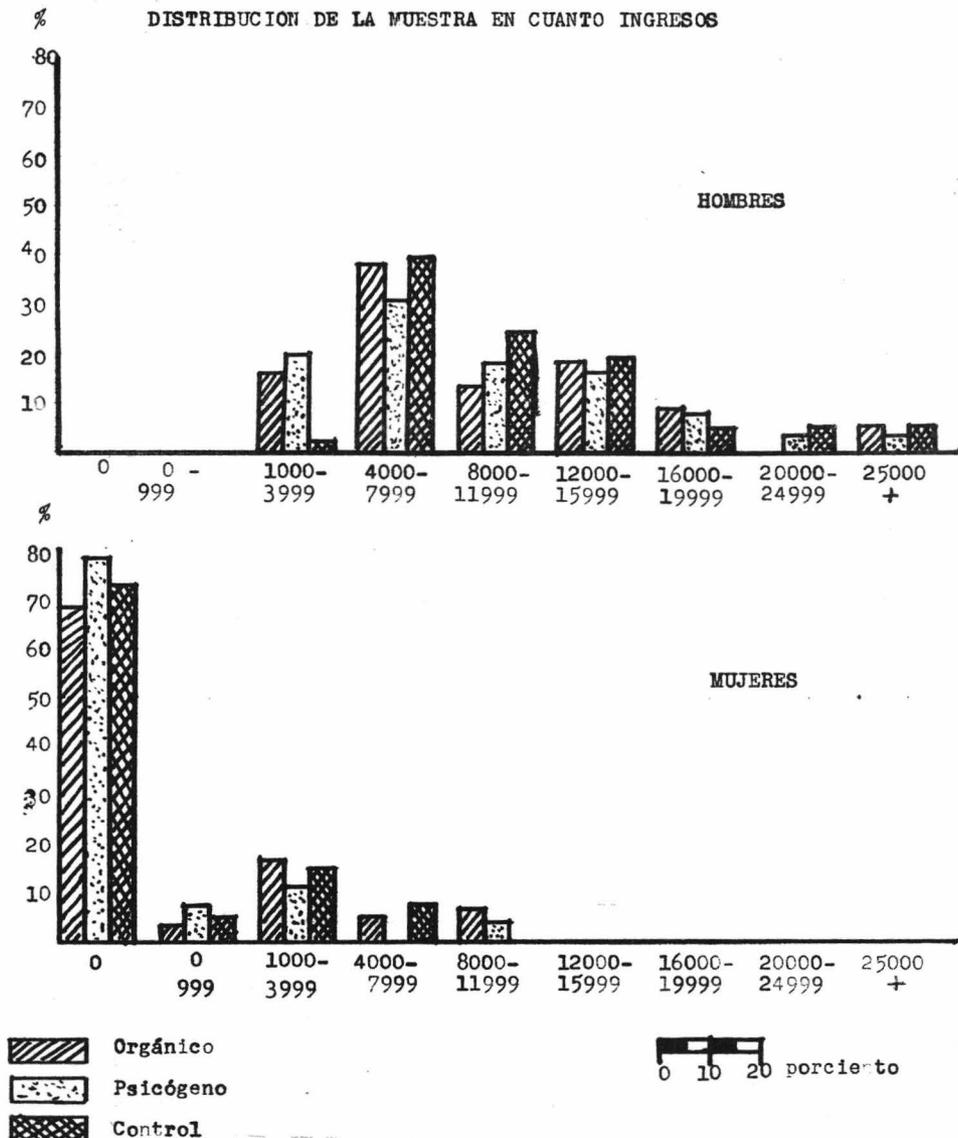
el grupo control son bastante parecidos en cuanto a percepción de ingresos. Los hombres del grupo psicógeno tienden a recibir menos dinero que los de los otros dos grupos.

La gran mayoría de las mujeres se dedican al hogar y no reciben ningún ingreso. Proporcionalmente, un mayor número de mujeres del grupo control y del orgánico obtienen algún dinero. Es interesante notar que, aunque las mujeres del grupo psicógeno tuvieron un grado más elevado en escolaridad, es menor el número de las que trabajan y obtienen ingresos.

La inspección de las muestras nos indica que hay variabilidad entre los tres grupos tanto para los hombres como para las mujeres. Sin embargo, exceptuando el renglón de edad, no se encuentra que esta variabilidad tenga una direccionalidad determinada que indique que uno de los tres grupos es realmente diferente de los otros dos con lo cual se pudiera contaminar los resultados del presente estudio. Al estar la variabilidad distribuida entre los tres grupos se asume que no hay ningún factor que pueda dar un peso específico que pudiera alterar los resultados de la presente investigación; por lo tanto, se considera que las muestras son válidas y que pueden aceptarse los resultados que de ellas se obtengan.

FIGURA VI

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN CUANTO INGRESOS



C A P I T U L O I I I

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Dada la cantidad de variables que se manejaron en el presente estudio, se enviaron las hojas de respuesta del MMPI, junto con los datos de edad, lugar de origen, años de casados y los correspondientes a las variables socioeconómicas, al Centro de Computación de la Universidad de Minnesota.

Los datos fueron analizados de diversas maneras con el objeto de obtener la mayor información posible de ellos.

Se realizó un análisis de varianza por el método de los lotes subdivididos (split-plot analysis of variance), para determinar las variaciones entre los grupos, entre los se - xos y la interacción de ambas variables.

Se hizo otro análisis de varianza de las diferencias al cuadrado con retención de signo (analysis of variance: --

squared signed differences) para determinar la interrelación de la variabilidad de cada uno de los miembros de la pareja.

Asimismo se recabó información de las escalas que obtuvieron puntajes superiores a T-70 y de las escalas cuya elevación apareció con mayor frecuencia dentro de los grupos estudiados.

Los análisis arriba mencionados se llevaron a cabo en el Centro de Computación como se dijo anteriormente; los análisis ad-hoc posteriores al resultado del análisis de varianza fueron calculados por la autora del presente trabajo.

A continuación se hará una discusión detallada de los resultados obtenidos por medio del análisis de varianza por el método de lotes subdivididos (split-plot analysis of variance), que se calculó para cada una de las escalas del MMPI.

Cuando se emplea un análisis de varianza se asume que las medias de los diferentes grupos pertenecen a la misma población y que, por tanto, las diferencias que se encuentran son debidas al azar y que no hay diferencias reales entre los grupos. En esto consiste la hipótesis nula. En otras palabras, la hipótesis nula plantea que no hay dife -

rencias entre las medias de los diferentes grupos. Si al calcularse el análisis de varianza se encuentra que las diferencias reportadas son mayores de lo que podía esperarse por las fluctuaciones producidas al azar, se concluye que las medias corresponden a poblaciones diferentes y que hay algo (normalmente lo que se trata de determinar) que hace que los grupos sean diferentes.

En varios casos se investigan más de dos variables si multáneamente y es importante saber si la interacción entre ellos produce resultados específicos. Para estos casos, un método que se puede emplear es el de los lotes subdivididos.

El presente estudio trató de determinar, dependiendo de las respuestas dadas por los grupos orgánico, psicógeno y control aparejados en base a matrimonio, si los resultados de las escalas del MMPI variaban entre si dependiendo de las siguientes interacciones:

- a) Pertenencia a alguno de estos tres grupos.
- b) Variabilidad diferente en las escalas del MMPI dependiendo de si las respuestas fueron dadas por los hom -- bres o por las mujeres. Esta variabilidad indicaría la presencia de características de personalidad asociadas a cada sexo.

- c) Interacción específica entre las respuestas dadas por - los hombres de uno de los tres grupos en comparación a los de los otros dos, y por las mujeres de uno de los - tres grupos en comparación a las de los dos restantes.- Por ejemplo: los hombres del grupo psicógeno pueden - contestar a la escala 3 en forma diferente a como la - contestan los hombres de los otros dos grupos, y las mu - jeres del grupo control responder en forma que discrepe de la de los otros dos grupos de mujeres en la escala K.

Los grupos orgánico, psicógeno y control, emparejados - en base a matrimonio, se consideran la varianza entre suje- tos; la pertenencia a uno u otro sexo fue tomada como la - varianza dentro de los sujetos, obteniéndose, finalmente, - la varianza de la interacción sexo-grupo.

A continuación se presenta una tabla que contiene los - resultados del análisis de varianza entre los grupos, den- - tro de los sujetos y la correspondiente a la interacción de grupo y sexo.

T A B L A I

GRUPO X SEXO, ANOVAS SOBRE PUNTAJE T*

escala	Grupo		Sexo		interacción grupo x sexo	
	F	P	F	P	F	P
L	10.212	<u><.001</u>	5.831	<u>.017</u>	< 1	---
F	6.988	<u>.001</u>	< 1	---	< 1	---
K	8.166	<u><.001</u>	< 1	---	1.660	.193
1	1.442	.240	6.058	<u>.015</u>	4.929	<u>.008</u>
2	9,562	<u><.001</u>	14.977	<u><.001</u>	2.348	.094
3	< 1	---	3.378	.068	5.027	<u>.008</u>
4	8.434	<u><.001</u>	1.522	.219	2.171	.118
5	< 1	---	7.655	<u>.006</u>	< 1	---
6	< 1	---	< 1	---	< 1	---
7	2.118	.124	9.329	<u>.003</u>	2.394	.095
8	1.987	.141	< 1	---	1.531	.220
9	4.077	<u>.019</u>	2.398	.123	< 1	---
0	3.676	<u>.028</u>	20.854	<u><.001</u>	< 1	---

Los valores de F menores de uno no son significativos.

* Se empleó el puntaje T sin corrección de K.
Los valores subrayados son significativos a niveles de .05 o mayores.

Una ojeada a la Tabla I indica la presencia de bastantes diferencias significativas entre los grupos, (escalas L, F, K, 2, 4, 9, 0). También hay diferencias significativas relacionadas a la pertenencia a uno u otro sexo (escalas L, 1, 2, 5, 7, 0). Finalmente, en la escala 1 y en la escala-3 se encuentran diferencias debidas a una interacción entre grupo y sexo.

Para determinar exactamente de donde surgen estas diferencias es necesario hacer unas comparaciones ad-hoc. Puesto que existen tres grupos y que las probabilidades de que las diferencias que muestra el análisis de varianza sean las mismas para los tres grupos son remotas, o, para ponerlo en otros términos, las probabilidades de que la discrepancia se deba a diferencias entre las medias de los tres grupos es baja, habrá que calcularse una prueba t de Fischer entre cada dos grupos para determinar a que grupo o grupos se debe la diferencia.

La fórmula para la t de Fischer (Fischer's protected-t) es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Mserror} \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)}$$

donde:

$$\bar{X}_1 = \text{media del grupo 1}$$

\bar{X}_2 = media del grupo 2

Ms error = mean square error, usado en la prueba de F - para determinar el efecto del grupo, tomado del análisis de varianza.

N_1 = Número de sujetos en el grupo 1

N_2 = Número de sujetos en el grupo 2

Los grados de libertad son los mismos del Ms error, es decir, 155.

La tabla que contiene las medias de los tres grupos y el Ms error para cada una de las escalas se encuentra en el apéndice. A continuación se presenta la tabla con los valores que resultaron significativos y que indican la diferencia entre los tres grupos.

T A B L A 2

t de Fischer

Comparación de dos grupos por vez

Valores significativos al .05 o mayor

escala	org.-psic.		org.cont.		psic.-cont.	
	F	P	F	P	F	P
L	-0.49	---	3.82	<.01	4.20	<.01
F	-0.17	---	-3.43	<.01	3.22	<.01
K	-0.24	---	3.52	<.01	3.68	<.01
2	0.35	---	3.76	<.01	4.01	<.01
4	0.73	---	3.31	<.01	3.91	<.01
9	1.66	---	1.36	---	2.83	<.01
0	-1.57	---	2.67	<.01	1.21	---

gl. 155

N_1 = 122 sujetos, grupo orgánico

N_2 = 112 sujetos, grupo psicógeno

N_3 = 82 sujetos, grupo control

Las medias del grupo orgánico y el psicógeno parecen pertenecer a una misma población ya que no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos; por lo tanto, podemos concluir que estos dos grupos son bastante seme

jantes entre sí en las características que miden las escalas arriba notadas. Ambos son diferentes al grupo control en las escalas de validez (L, F, K) y en las escalas 2 y 4. En la escala 9 el grupo psicógeno difiere del grupo control, y en la escala 0 es el orgánico, pero no el psicógeno, -- quien difiere del control.

Un estudio de las medias ayudará a comprender a qué grupo se deben las diferencias y de qué forma están distribuidas. Ver Tabla 7 en el apéndice.

El grupo orgánico y el psicógeno obtienen un puntaje más elevado en la escala L (lie) que el grupo control. -- (60.6 media del org. y 61.3 media psic. versus 54.5 media grupo cont.). Esta diferencia indica que el grupo org. y el psic. deseaban mostrarse en forma favorable ante los demás y utilizaban formas ingenuas para lograrlo. Por ejemplo, contestando que es cierto que nunca dicen una mentira.

En la escala F es el grupo control quien obtiene un puntaje más elevado (59.1, cont, versus 54.1, org. y 54.3, -- psic.). Las medias se encuentran dentro de la variabilidad normal. Los descriptores de personalidad asociados a elevaciones en esta escala indican que el grupo control ha endosado reactivos que señalan la presencia de algún problema específico, pero que en general, como grupo, funciona bien-

en la mayor parte de sus aspectos vitales (Graham, 1977, p. 22).

En la escala K el grupo orgánico y el psicógeno vuelven a obtener un puntaje mayor que el del grupo control (56.97- y 57.27 Vs. 52.35). Esta elevación indica, nuevamente, el deseo de "dar buena impresión" indicando tener confianza en si mismo y que se puede confiar en ellos.

Las elevaciones tanto en la escala L como en la escala-K pueden explicarse tomando en consideración las circunstancias en que se administró la prueba. Como se mencionó anteriormente, tanto el grupo orgánico como el psicógeno habían presentado una solicitud a la Casa Cuna de la Paz para que se les diera un niño en adopción. Es de esperarse que trataran de dar la mejor impresión posible de sí mismos; mientras que el grupo control, que se ofreció voluntariamente a contestar la prueba y no tenía nada que ganar o perder - con ello, diera una imagen menos favorable de si mismos y, -posiblemente, más apegada a la realidad.

La escala 2 (depresión) muestra mayor elevación para el grupo control (59.7, org., 59.1, psic. y 65.4 cont.). Es posible que las preocupaciones inherentes a mantener una familia de varios hijos más el índice mayor de edad se reflejen en esta elevación.

La escala 4 (desviación psicopática) muestra un promedio más alto para el grupo control que para los otros dos (55.0, org., 54.0, psic. y 60.4, cont.); elevaciones moderadas en esta escala indican agresividad y rebeldía.

El grupo orgánico y el control son más parecidos entre sí en la forma como contestan a la escala 9. El grupo psicógeno se diferencia bastante del control; los promedios son: 55.6, org., 53.2, psic., y 57.8, cont. Elevaciones en esta escala (manía) dentro de la población normal indican sociabilidad, energía, individualidad, entusiasmo, impulsividad.

También la escala 0 (introversión-extroversión) indica un continuo siendo la diferencia lo bastante grande como para ser estadísticamente significativa entre el grupo orgánico y el control, (51.4, org., 53.0, psic., y 54.3, cont.).- Todas las medias están cercanas al $T = 50$ que es la media normativa, con lo que es difícil dar descriptores de personalidad. Una elevación en esta escala indica introversión, modestia y sensibilidad.

Resumiendo, los sujetos del grupo orgánico y control tratan de dar una buena impresión al contestar la prueba, lo cual es de esperarse dados los propósitos que tenían al someterse a ella.

El grupo control en general endorsa algunos reactivos - indicadores de conflictos. Hay una mayor agresividad dentro de este grupo en comparación a los otros dos. Se encuentra también mayor depresión y elementos maníacos. Elevaciones moderadas en las escalas 4 y 9 se asocian a personalidades agresivas y no muy escrupulosas. Es un perfil característico del agente de ventas. Sin embargo, contrasta la elevación en la escala 0 que indica introversión. Como en este caso se analizaron los tres grupos mezclándose los puntajes de los hombres y los de las mujeres, es posible que la discrepancia dada por la elevación 4-9 y por la elevación en 0 se aclare con los análisis posteriores en los que se estudiarán las diferencias debidas a la pertenencia a uno u otro sexo.

Anteriormente se mencionó que el análisis de varianza - por el método de lotes subdivididos (split-plot) permite detectar si las diferencias se deben a que las parejas pertenecen a uno de los tres grupos lo que indicaría que los factores en base a los cuales se hizo la división son importantes; o bien, si la diferencia se debe a factores asociados a la pertenencia a uno u otro sexo o, en un tercer caso, si la diferencia ocurre sólo en los hombres o en las mujeres - de uno o más de los tres subgrupos.

La discusión anterior versó sobre las diferencias que -

se encontraron tomando tanto a los hombres como a las mujeres emparejados por matrimonio de los tres grupos, lo cual dió el efecto debido a grupo.

A continuación trataremos de la influencia del efecto resultante de pertenecer a uno u otro sexo y, finalmente, discutiremos la interacción grupo-sexo.

T A B L A 3
ANALISIS DE VARIANZA DENTRO DE LOS SUJETOS
(within subjects)

escala	Mujer \bar{X}	Hombre \bar{X}	F	P
L	60.405	58.183	5.831	.017
1	55.361	58.152	6.058	.015
2	58.924	63.057	14.977	<.001
3	55.367	57.304	3.378	.068
5	56.924	59.658	7.655	.006
7	52.537	55.462	9.329	.003
0	54.462	50.943	20.854	<.001

La tabla 3 contiene los valores de F y la probabilidad, además de las medias totales obtenidas por los hombres de los tres grupos y por las mujeres de la muestra total.

En la escala de validez L (mentira) y en la 0 (introversi3n-extroversi3n) las mujeres obtienen un puntaje mayor relativo al de los hombres. Los correlatos asociados a elevaciones en esta escala son: deseo de mostrarse en forma favorable ante los dem3s, dificultad para aceptar peque1os defectos, poca capacidad de insight, uso de la negaci3n como mecanismo de defensa. La elevaci3n en 0 indica introversi3n social, timidez, reserva, sumisi3n, falta de auto-confianza y conformismo (Graham, 1977, p. 19 y p. 61).

En las escalas restantes, 1, (hipocondriasis); 2, (depresi3n); 3, (histeria); 5, (masculinidad femineidad) y 7 (psicastenia) obtienen los hombres un puntaje mayor relativo al de las mujeres. Sin embargo, una inspecci3n m3s cercana de las medias indica que las elevaciones no ocurren en igual proporci3n dentro de los tres grupos. Incluiremos una tabla con las medias tanto de los hombres como de las mujeres de los tres grupos.

T A B L A 4
 MEDIAS DE LAS ESCALAS SIGNIFICATIVAS PARA AMBOS
 SEXOS

escala	orgánico		psicógeno		control	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
L	59.885	61.361	59.821	62.857	53.415	55.634
1	56.836	56.836	59.054	51.714	58.878	58.146
2	61.852	57.508	62.339	56.036	65.829	64.976
3	56.541	56.115	58.411	52.625	56.926	58.000
5	59.508	57.967	60.107	55.768	59.268	56.951
7	53.984	52.869	56.161	50.518	56.707	54.805
0	49.262	53.574	51.161	54.750	53.146	55.390

La diferencia en la escala 1, (hipocondriasis) se debe a la desigualdad existente entre los hombres y las mujeres del grupo psicógeno en la forma de contestar los reactivos de esta escala. El puntaje de los hombres y las mujeres de los otros dos grupos es casi idéntico. Los correlatos asociados a elevaciones en esta escala indican preocupación excesiva en relación al cuerpo, síntomas somáticos difusos, - quejas relacionadas a fatiga, dolor y debilidad; estos individuos también muestran egoísmo, narcisismo, infelicidad, expresión de la hostilidad en forma indirecta, rigidez de - pensamiento y falta de ambición. No hay ansiedad manifies-

ta. (Graham, 1977: 35).

La escala 2, (depresión) se encuentra elevada para los hombres de los tres grupos; esta elevación es aún mayor para el grupo control en el que las mujeres tienen un puntaje superior al de las de los otros dos. Esta elevación fue detectada también en la comparación que se hizo de los tres grupos.

Los correlatos asociados a elevaciones en esta escala son pesimismo, tendencia a preocuparse en exceso, insatisfacción generalizada, depresión. (Butcher, 1970).

Los hombres del grupo psicógeno y las mujeres del grupo control obtienen el puntaje más elevado en la escala 3, -- (histeria). Es notoria la discrepancia entre el puntaje de los hombres del grupo psicógeno y el de las mujeres del mismo. Las características de personalidad asociadas a elevaciones en esta escala son: tendencia a desarrollar síntomas somáticos ante situaciones de stress, falta de insight en relación a sus propios sentimientos y motivaciones, inmadurez e infantilidad, narcisismo, egocentrismo y necesidad de gran cantidad de atención y afecto y empleo de métodos indirectos para lograr obtenerlo. La necesidad de afecto lleva a buscar amistades, a ser entusiastas y parlanchines; sin embargo, las relaciones interpersonales tienden a ser -

en el puntaje de los hombres y de las mujeres son mayores - para el grupo psicógeno que para los otros dos grupos, sien do los hombres y las mujeres de los grupos orgánico y con trol más parecidos entre sí.

La Tabla 1 contiene dos valores de F significativos al .008 en la columna correspondiente a la interacción grupo x sexo. Estos valores pertenecen a las escalas 1 (hipocon drias) y 3 (histeria) respectivamente. La escala 7 (psi castenia) tiene un valor de P .095 el cual, aunque no llega al valor de P .05 normalmente aceptado en los estudios psi cológicos, indica que hay sólo 9 probabljidades en 100 de - que la interacción grupo x sexo para esta escala haya sido producto del azar. Esto mismo ocurre con la escala 2 (de-- presión).

La Tabla 4 indica que, en lo que respecta a las escalas 1 (hipondrias) y 3 (histeria), los hombres del grupo psi cógeno obtienen un puntaje superior al de los hombres de - los otros dos grupos, lo que indica que poseen las caracte rísticas de personalidad asociadas a estas dos escalas en - mayor grado.

ANALISIS DE VARIANZA DE LAS DIFERENCIAS AL CUADRADO CON RE TENCION DE SIGNO

Este análisis indica la interrelación que existe entre-

las características de personalidad de cada uno de los miembros de la pareja. Para obtener esta interrelación se restó el puntaje obtenido por la esposa del puntaje obtenido por el esposo para cada una de las escalas. Ejemplo: si la esposa obtuvo un puntaje de T 70 para la escala L y el esposo obtuvo un puntaje de T 54 para la misma escala L la substracción daría un puntaje de T-16 indicando una diferencia de 16 puntos en esta escala. Si el signo es negativo - la mujer obtuvo un puntaje más elevado, si el signo es positivo, el hombre obtuvo el puntaje mayor.

A continuación se mostrará la tabla que contiene las medias y el resultado del análisis de varianza de las diferencias al cuadrado con retención de signo.

T A B L A 5

MEDIDAS Y ANALISIS DE VARIANZA

Diferencias al cuadrado con retención de signo

Escala	orgánico \bar{X}	psicógeno \bar{X}	control \bar{X}	F	P
L	-41.901	-45.500	-34.463	< 1	---
F	7.656	42.786	-13.829	1.263	.286
K	-18.279	28.821	21.244	1.741	.179
1	- 3.869	184.196	-38.976	5.419	<u>.005</u>
2	79.820	118.946	-45.146	3.767	<u>.025</u>
3	- 6.246	88.786	-42.537	3.991	<u>.020</u>
4	-12.082	69.571	-25.927	1.717	.183
5	61.672	54.982	37.244	< 1	---
6	-10.049	21.161	-37.219	< 1	---
7	21.869	91.714	45.171	< 1	---
8	-35.623	67.036	- 9.317	1.085	.341
9	4.754	36.071	84.780	1.164	.315
0	-61.164	-49.125	-27.170	<1	---

Los valores subrayados de P indican que son significativos.

Una inspección a las medias de los tres grupos indica la existencia de una serie de diferencias entre hombres y mujeres, lo mismo que entre las parejas de los tres grupos.

En la escala L (mentira), las mujeres de los tres grupos obtienen valores superiores a los de los hombres.

La escala F muestra variabilidad entre los grupos, -- siendo los hombres del grupo orgánico y psicógeno y las mujeres del grupo control quienes obtienen un puntaje más elevado.

La escala K indica, asimismo, diferencias entre los -- tres grupos, teniendo las mujeres del grupo orgánico y los hombres del grupo psicógeno y control el puntaje mayor.

La escala 1 (hipocondriasis) muestra gran variabilidad -- entre los grupos. Los hombres del grupo psicógeno obtienen un puntaje muy elevado en esa escala en relación al de las esposas, y las mujeres del grupo orgánico y control, en especial las de este último, consiguen una mayor elevación. -- La diferencia que se encuentra en este caso es significativa al .005.

La escala 2 (depresión) indica la existencia de gran -- variabilidad entre los grupos obteniendo mayor puntaje los hombres del grupo psicógeno y orgánico y las mujeres del -- grupo control.

Al analizarse esta escala por medio del método de los -- lotes subdivididos se encontró que las medias de la escala-

de depresión eran superiores para los hombres que para las mujeres, lo cual discrepa de lo que este resultado muestra. Sin embargo, se puede explicar esta discrepancia al recordar que este análisis se basa en la substracción del puntaje de la esposa del de el esposo y este grupo muestra gran variabilidad individual, como puede comprobarse al comparar las desviaciones estándar de los tres grupos. Estas son: --- 209.716 para el grupo orgánico, 232.459 para el psicógeno y 452.882 para el grupo control.

La diferencia que se encuentra para la escala 2 es significativa al .025.

La escala 3 (histeria) nuevamente refleja la diferencia entre los tres grupos. Los hombres del grupo psicógeno y las mujeres del grupo orgánico y control tienen mayor puntaje en relación a los cónyuges. La diferencia no es estadísticamente significativa.

Los hombres muestran mayor elevación en la escala 5 que las mujeres. Dado que la direccionalidad de calificación en esta escala es diferente para los hombres que para las mujeres, resulta difícil interpretar la diferencia, ya que no miden las mismas características.

La escala 6 (paranoia) señala la existencia de varia -

ción entre los tres grupos, obteniendo mayor elevación, en relación a sus parejas, los hombres del grupo psicógeno y las mujeres del grupo orgánico y control. La diferencia no es significativa.

Los hombres obtienen un puntaje más elevado que las mujeres en la escala 7 (psicastenia); tampoco es significativa esta diferencia.

Vuelve a encontrarse variabilidad entre los tres grupos para la escala 8 (esquizofrenia); nuevamente los hombres del grupo psicógeno y las mujeres del grupo orgánico y control obtienen mayor puntaje relativo al del cónyuge. Tampoco es significativa la diferencia.

Los hombres obtienen un puntaje más elevado en la escala 9 (manía) que las mujeres. Esta elevación indica la presencia de mayor actividad y energía.

La escala 0 (introversión-extroversión) está elevada en dirección a las mujeres de los tres grupos. Esta escala, como su nombre lo indica, mide la dimensión introversión-extroversión, siendo la elevación indicadora del polo introversión. Los correlatos de personalidad son timidez, modestia, sensibilidad, sumisión, sentimentalismo, tensión y amabilidad (Butcher, 1970).

Puesto que el análisis de varianza indicó que existían algunas diferencias significativas, se realizaron pruebas ad-hoc para determinar a qué grupo se debía esta diferencia. Para calcularlas se empleo una prueba de t de student. Se hicieron cálculos para todas aquellas escalas que habían obtenido valores superiores a 1 en el análisis de varianza.

Para calcular la t se empleó la siguiente fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left[\frac{S_1^2 (N_1 - 1) + S_2^2 (N_2 - 1)}{(N_1 + N_2 - 2)} \right] \left[\frac{N_1 + N_2}{(N_1 N_2)} \right]}}$$

donde:

\bar{X}_1 = media del primer grupo

\bar{X}_2 = media del segundo grupo

S_1^2 = desviación estándar del primer grupo al cuadrado

S_2^2 = desviación estándar del segundo grupo al cuadrado

N_1 = número de parejas del primer grupo

N_2 = número de parejas del segundo grupo

A continuación se incluye la tabla de valores de t para las diferencias al cuadrado con retención de signo comparando dos grupos a la vez.

T A B L A 6
VALORES DE t PARA LAS DIFERENCIAS AL CUADRADO

Escala	org. t	Psic. P	org. t	cont. P	Psic. t	cont. P
F	1.20	---	0.64	---	1.30	---
K	1.61	---	1.51	---	0.24	---
1	3.13	<u>.01**</u>	0.48	---	2.50	<u>.05*</u>
2	0.96	---	1.88	---	2.33	<u>.05*</u>
3	2.08	<u>.05*</u>	0.74	---	2.73	<u>.01**</u>
4	1.71	---	0.22	---	1.61	---
8	2.44	<u>.05*</u>	0.29	---	0.80	---
9	1.10	---	1.38	---	0.64	---
g1	115		100		95	
P.05	1.981		1.984		1.985 *	
P.01	2.620		2.626		2.629 **	

Un análisis de la Tabla 6 indica diferencias entre las parejas del grupo psicógeno y orgánico y del grupo psicógeno y el control. No hay diferencias significativas entre las medias de los grupos orgánico y control. Los datos indican que las parejas catalogadas como psicógenas tienen características diferentes a las de los otros dos grupos pero no en las mismas áreas.

Porporcionalmente a sus esposas, los hombres del grupo psicógeno muestran una mayor elevación en las escalas Hy y Hs, hipocondriasis e histeria respectivamente, que los hombres de los otros dos grupos. También son más depresivos, como lo indica la elevación en la escala 2, Dp., y más esquizoides en la escala 8 (esquizofrenia).

Para comprender los valores de la tabla 6 y determinar si la diferencia se debe a los hombres o a las mujeres, hay que consultar las medias que se encuentran en la Tabla 5.

El grupo psicógeno se diferencia del orgánico en las escalas 1, Hy; 3, Hs; y 8, Sc. En estas tres escalas los hombres del grupo psicógeno obtienen puntajes más elevados que las esposas, mientras que son las mujeres del grupo orgánico quienes obtienen mayor elevación que los esposos.

Como antes se mencionó, los grupos orgánico y control no indican la existencia de diferencias significativas entre ellos cuando se subtrae el puntaje de la esposa del de el esposo.

El grupo psicógeno difiere del grupo control en las escalas 1, Hy; 2, Dp, y 3 Hs, los hombres nuevamente obtienen mayor puntaje que las esposas, mientras que son las esposas del grupo control quienes obtienen una elevación superior.

El análisis de la interrelación de las características de personalidad de los cónyuges indica que hay bastante semejanza en la forma como estas características están distribuidas en el grupo orgánico y en el control; sin embargo, el grupo psicógeno es diferente a los otros dos, teniendo los hombres características más similares a las de las mujeres de los otros dos grupos y las mujeres características parecidas a las de los hombres de los otros dos grupos.

A continuación se hará una descripción del tipo de persona al que corresponderían las elevaciones que se encontraron en la investigación.

Este tipo de persona da una impresión de normalidad y responsabilidad mostrando sus aspectos favorables ante los otros.

Se queja, con frecuencia, de distintos trastornos físicos, tales como malestar general, fatiga, dolores de cabeza, agotamiento, etc. Tienen muy poca capacidad de insight sobre las causas de sus trastornos, prefiriendo adoptar explicaciones médicas que psicológicas sobre el origen de sus molestias.

Emplean la negación, la proyección y la racionalización en exceso y culpan a los otros de sus dificultades. Son in

maduros, egocéntricos y egoístas. Tienen gran necesidad de afecto y atención, siendo muy dependientes. Buscan la compasión de los demás y generalmente movilizan en los otros - actitudes de ayuda, compasión y ternura. Su dependencia y la incesante necesidad de recibir atención y afecto hace que con frecuencia se sientan frustrados, lo cual les genera - sentimientos de hostilidad, que expresan en forma indirecta y pasiva.

Tienden a ser sociables y extrovertidos, haciendo amistades con bastante facilidad; sin embargo, tienen gran dificultad para formar relaciones íntimas y profundas, puesto que utilizan las relaciones sociales con el objeto de satisfacер sus necesidades personales y no se preocupan genuinamente por el otro.

Son ambiciosos y excesivamente controlados, ocultando - los sentimientos subyacentes de minusvalía e inseguridad. - Tienen dificultad para enfrentarse a situaciones de tensión ante las que escapan utilizando sintomatología física. Sienten incapacidad para expresar sus sentimientos y niegan los impulsos inaceptables.

Se muestran incómodos ante el sexo opuesto. Pueden tener poca libido disponible para las relaciones heterosexuales presentando, con frecuencia, trastornos sexuales, tales

como impotencia o frigidez.

CONFIGURACIONES DE ESCALAS

Desde que se desarrolló el MMPI, Hathaway y McKinley - hicieron hincapié en la conveniencia de utilizar el análisis configuracional del perfil del examinado. Sostenían - que se obtenía una mayor información si la interpretación - se hacía en base a esta relación configuracional en vez de - realizarla exclusivamente en base a la elevación de escalas - independientes. Posteriormente, otros investigadores de la - prueba han apoyado el empleo de este mismo tipo de acerca - miento al material (Meehl, 1951; Meehl y Dahlstron, 1960; - Taulbee y Sisson, 1957; etc.)

Los perfiles se agrupan de acuerdo a las dos escalas - clínicas que obtuvieron el puntaje más elevado. Se han lle - vado a cabo numerosos estudios con el fin de identificar - correlatos conductuales asociados exclusivamente a ese tipo - de perfil (Black, 1953; Guthrie, 1952; Meehl, 1951). -- Otros investigadores han desarrollado reglas complejas para - la clasificación de los perfiles por escalas y han desarro - llado manuales para facilitar la interpretación, la cual - puede, incluso, ser llevada a cabo por una computadora (Gil - bertstad y Duker, 1965; Marks y Seeman, 1963).

Con el objeto de averiguar si los matrimonios infértiles, tanto orgánicos como psicógenos presentaban alguna configuración particular, se hizo un análisis de las pruebas - tomando en consideración aquellas dos escalas que tenían - un puntaje superior o igual a $T \geq 70$.

Se encontraron varias pruebas que llenaban ese requisito pero no se encontró ninguna agrupación específica. La - distribución se dió al azar. Se encontró un mayor número - de pruebas con elevaciones iguales o superiores a $T \geq 70$ en los hombres del subgrupo orgánico. Se incluye la tabla en - apéndice.

Asimismo se clasificaron las pruebas de acuerdo a las - dos escalas que representaban la mayor elevación aunque ésta no pasara de $T \geq 70$. También se incluye esta tabla en - el apéndice.

En análisis de este material no aportó ningún resultado significativo que aclare la problemática que investiga el - presente estudio. Sólo un pequeño número de sujetos anotó - una combinación específica y, en aquellos casos en los que - se encontraron combinaciones endorsadas con cierta frecuencia, no se hallaron descriptores para ellas.

Este hallazgo plantea interrogantes interesantes para -

posibles investigaciones futuras, aunque no contribuya a aclarar la problemática del presente estudio.

Los resultados obtenidos a través de los diferentes análisis nos muestran la existencia de diferencias significativas en la elevación de las escalas de la tríada neurótica - entre los tres grupos de mujeres y entre los tres grupos de hombres. Estos resultados confirman la primera y la segunda hipótesis.

En cuanto a la no existencia de diferencias entre la interrelación de los miembros de las parejas de los grupos orgánico y control, los resultados confirman esta hipótesis.

La hipótesis que plantea que la interrelación de las características de cada uno de los miembros de la pareja infértil es diferente a las interrelaciones de las parejas de los otros dos grupos está también validada por los resultados.

El capítulo que sigue trata de interpretar los hallazgos a la luz del material proporcionado por la investigación bibliográfica.

C A P I T U L O I V

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El problema de la infertilidad es complejo, puesto que involucra a dos individuos de distinto sexo que no pueden procrear. Este problema se intensifica en el ser humano, en el cual una multitud de factores de orden biológico, psicológico y sociocultural se entrelazan e influyen en forma determinante sobre la capacidad de reproducción. Sí, además de la complejidad que representa la interrelación de estos factores en una persona, se suman a los de otra persona, con la complicación adicional que ésta pertenece a otro sexo, nos encontramos ante una trama intrincada, difícil de desentrañar.

La literatura consultada indica que las investigaciones que se han realizado encaran el problema de la infecundidad desde distintos ángulos, pero que, exceptuando el reporte de un caso clínico de una pareja, no se ha abordado el problema desde la interacción conyugal.

Ruiz de Velasco (1976) considera que se debe hablar -- siempre de "esterilidad conyugal o de la pareja". Este enfoque considera que un miembro de una pareja estéril lo es dentro de esa relación específica, pero que en otra diferente podría procrear.

La autora del presente trabajo concuerda con la tesis propuesta por Ruiz de Velasco y esta investigación enfrenta el problema de la esterilidad funcional desde el aspecto interaccional de la pareja.

Con el objeto de ayudar a desentrañar la compleja red interrelacional se llevó a cabo la presente investigación. Esta enfoca las diferencias de personalidad reflejadas en la forma de contestar a los reactivos del MMPI por cada uno de los tres grupos: orgánico, psicógeno y control.

Trata de averiguar, asimismo, las diferencias atribuibles a la pertenencia a uno u otro sexo y a la interacción-grupo-sexo.

La parte central del trabajo concierne a la investigación de la interrelación de cada una de las parejas de cada uno de los tres grupos. El objetivo, en este caso, es averiguar si se da una interrelación que muestre una direccionalidad específica dentro del grupo psicógeno, al igual que dentro de los otros dos grupos.

De los tres grupos empleados, el que muestra menos características que lo definan en forma especial es aquel al que denominamos grupo orgánico. Es posible que éste obedezca a la influencia de diversos elementos que se mezclaron -

dentro de este grupo. Como se explicó al describir la muestra, bajo este rótulo se reunieron aquellas parejas que reportaban tener alguna anomalía en el aparato reproductor - que impidiera la fecundación. Algunas de estas causas son obstrucción de conductos, anovulación, oligospermia y azoospermia, matriz infantil, histerectomías, o extirpación de ovarios y trompas; también se incluyeron 13 casos con abortos previos. No se llevaron a cabo estudios específicos - dando lo limitado del número de casos en cada subgrupo. Como antes se dijo, todos ellos se reunieron bajo el rótulo - de grupo orgánico.

El estudio realizado indica la existencia de una serie de características que son atribuibles al hecho de pertenecer a un grupo específico o a un sexo específico.

El grupo orgánico y el psicógeno tratan de presentarse en forma positiva y crear una buena impresión. Para lograrlo, las mujeres emplean métodos de defensa menos sofisticados que los hombres, entre ellos la negación, no aceptando, siquiera, tener defectos menores y universales tales como - decir una mentira de vez en cuando.

Esta actitud es explicable para ambos grupos, pues deseaban que se les diera un hijo en adopción. La forma empleada, más ingenua para las mujeres y menos obvia para los hombres, puede ser indicio de diferencias educativas, social

les y culturales, especialmente en el empleo de mecanismos de defensa. La elevación en L, más empleada por las mujeres que por los hombres, indica que utilizan la represión y la negación; mientras que la elevación en K denota el empleo de la racionalización.

Las escalas F y la 2 (depresión) se encuentran más elevadas para el grupo control que para los otros dos. Las mujeres presentan mayor elevación en F y los hombres en 2. Esta elevación es indicativa de problemas, aunque no tan severos que interfieran con un funcionamiento adecuado a la realidad. La diferencia puede haber sido dada por dos o tres protocolos que obtuvieron elevaciones superiores a un puntaje bruto de F 16. Se dudó si incluirlos en la investigación; sin embargo, como los datos de la entrevista indicaban que sí existía comprensión de la prueba, se añadieron, pues eran indicativos de psicopatología, y ésta es una variable que interesa conocer.

Es interesante que esta elevación se diera dentro del grupo fértil y no en los otros dos. Deutsch considera que la mujer agresiva que rechaza la maternidad puede ser hiperfértil, lo mismo que la mujer infantil que maneja las tensiones por medios somáticos. Ella pueda expresar sus conflictos con la femineidad y la maternidad bien sea a través de la infecundidad o de la hiperfertilidad.

La escala 2 (depresión) está más elevada en los hombres de los tres grupos. Como grupo, el control muestra mayor puntaje; tanto los hombres como las mujeres tienen una elevación superior a T 60. La discrepancia entre los puntajes del marido y la mujer es mayor para el grupo psicógeno y menor para el grupo control. Las investigaciones realizadas en México indican que una elevación de T 60, lo cual es superior a los T 50 de Estados Unidos, es normal para la población mexicana. También se encuentra más elevación en esta escala para los hombres que para las mujeres (Pucheu y Rivera, 1976).

La elevación que se encuentra en los hombres del presente estudio puede indicar diferencias de personalidad atribuibles a características culturales. Sin embargo, la mayor elevación del grupo control y la discrepancia entre el puntaje de los hombres y las mujeres del grupo psicógeno indica la presencia de otros factores.

El grupo control, en promedio, es de mayor edad, lo cual, unido a la responsabilidad que implica la crianza de los hijos, puede contribuir a la elevación. Para los hombres del grupo psicógeno este puntaje corresponde a la elevación de las escalas de la tríada neurótica, indicando trastornos de personalidad de tipo histérico.

Los hombres del grupo control muestran una mayor elevación en 4 (desviación-psicopática) y en 9 (manía). Ambas escalas están relacionadas a atributos de actividad, agresividad, rebeldía, y energía. Es el perfil del agente de ventas. Es probable que los hombres de este grupo empleen defensas maníacas para contrarrestar la depresión subyacente, y así, poder enfrentarse a las dificultades de sostener a una familia.

Las mujeres de los tres grupos obtienen una mayor elevación en la escala 0 (introversión-extroversión), lo mismo que en la escala L. Estas elevaciones indican una personalidad convencional, conformista, socialmente introvertida, sumisa y muy respetuosa de la autoridad, rígida e inflexible en sus actitudes, que goza del trabajo y en la que se puede confiar. La descripción corresponde al hallazgo de que la gran mayoría de las mujeres que participan en este estudio se dedican exclusivamente al hogar, aún aquellas que tienen estudios avanzados o una profesión. Es posible que esto refleje el concepto, ampliamente aceptado por los grupos de clase media, de que el lugar de la esposa está en el hogar, con lo cual se le limitan las posibilidades de desarrollo posterior y madurez.

La escala 7 (psicastenia) está más elevada para los hombres que para las mujeres. Esta diferencia es muy marcada-

para el grupo psicógeno. Esta elevación indica el empleo - de mecanismos obsesivo-compulsivos para enfrentarse a la ansiedad.

El más definido es el grupo psicógeno. En él se inclu- yeron a aquellas parejas que no reportaban anomalías orgáni- cas pero que no podían procrear. Dentro de este grupo se - pueden estudiar, con claridad, la interrelación de los fac- tores caracterológicos y emocionales de los cónyuges, sin - que la influencia de elementos de tipo somático contribuyan a confundir el cuadro.

Con toda claridad se demostró que las parejas de este - grupo son diferentes de las de los otros dos y que tienen - características específicas e importantes.

La parte masculina de la pareja es más semejante a la - femenina de los otros dos grupos en los resultados a las escalas K; 1, Hs; 3, Hi; 4, Pd; 6, Pa; y 8, Sc, mientras que la parte femenina de este grupo es más semejante a los hom- bres de los otros dos en las escalas mencionadas. Los varo- nes diferían marcadamente de sus cónyuges en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria y psicastenia. La par- te masculina de la pareja es la que contiene marcados ele- mentos neuróticos.

Este hallazgo plantea una serie de interrogantes. Tra-

dicional e históricamente se ha considerado la histeria como un trastorno casi exclusivo de la mujer; incluso la palabra histeria viene del griego histeron, que significa útero. Este estudio muestra que los hombres del grupo psicógeno no tienen las características de inmadurez, dependencia, infantilismo, manejo de la ansiedad y tensión por medio de la somatización, empleo de mecanismos de proyección, represión y negación, etc., mientras que las mujeres de este grupo no presentan esta configuración. Dentro de este grupo se encuentra la infertilidad sin que un diagnóstico médico haya encontrado alguna alteración en el aparato reproductor.

Quizá esto se pueda explicar, en parte, porque la mujer es quien, normalmente, consulta al médico y el marido, con frecuencia, se resiste a hacerlo. Sin embargo, la revisión de la literatura indica que los médicos enfocan el problema del tratamiento de la infertilidad estudiando a ambos cónyuges, lo que hace suponer que ambos cónyuges deben haber visito al médico, en los casos en que consultaron.

Del estudio realizado surgen los siguientes interrogantes:

Qué procesos pueden ocurrir a nivel fisiológico para que no se realice el embarazo? Y, qué factores psicológicos y/o psicodinámicos podrán estar actuando en este caso?

No se posee la evidencia empírica que ayude a contestar estas preguntas. Sin embargo, se tratará de formular una hipótesis que explique lo hallado; para lograrlo, se utilizarán los datos proporcionados por la investigación, alguna otra información adicional que se posea y el material proporcionado por la literatura.

La evidencia aportada por los datos empíricos indica que la parte masculina de la pareja infértil funcional presenta trastornos en el desarrollo de su personalidad, lo cual lo lleva a utilizar defensas somáticas ante la tensión. Tiene, también, dificultades para relacionarse con el sexo-opuesto y, frecuentemente, sufre de impotencia.

Se tratará de dibujar un cuadro clínico de las parejas. Los hombres son inmaduros, con grandes necesidades de dependencia y afecto a nivel infantil. Son egocéntricos, buscan amistades para que satisfagan sus necesidades de afecto, pero no pueden establecer relaciones íntimas por la dificultad que tienen de darse cuenta de la existencia del otro como ser separado, autónomo y con necesidades propias.

Estos datos indican que algo les ocurrió en la infancia que no les permitió satisfacer adecuadamente sus necesidades pregenitales, quedando fijados a ese estadio y no pudiendo pasar a la etapa genital.

La revisión de unos cuantos datos adicionales que se po seen, aunque no están sistematizados para los tres grupos, pueden ayudar a aclarar el panorama. Estos se darán a continuación.

T A B L A 7
LUGAR QUE OCUPAN ENTRE LOS HERMANOS

lugar	H.	orgánico			H.	psicógeno		
		%	M.	%		%	M.	%
primero	28	46	20	33	8	14	13	23
último	7	11	8	13	5	9	4	7
medio	26	43	33	54	43	77	39	70
total hnos.	339		342		208		238	
X	5.57		5.60		3.71		4.25	

T A B L A 8
FALLECIMIENTO DE PROGENITORES

	H.	%	M.	%	H.	%	M.	%
difunto								
padre	14	23	9	15	19	34	17	30
madre	4	7	9	15	8	14	7	13
ambos	3	5	4	7	6	11	5	9
T o t a l	21	35	22	36	33	59	29	52

Una revisión a la tabla 7 que contiene el lugar que ocupan entre los hermanos indica que la mayoría de los hombres y de las mujeres del grupo psicógeno son hijos del medio. - Proporcionalmente a los del grupo orgánico tienen menos hermanos. Varias parejas reportaron tener hermanos muertos, - pero este dato no está sistematizado.

Seward et al., reportaron en el estudio antes citado - que una proporción significativamente mayor de mujeres in - fértiles eran hijas del medio o menores. Este resultado se encuentra, asimismo, en este estudio. Esta situación oc - rre tanto para las mujeres como para los hombres.

Aunque no se tiene la información relativa a la edad - que tenía el sujeto cuando murió el progenitor, se encuen - tran una proporción mucho mayor de defunciones, especialmen  te del padre, dentro del grupo psicógeno. Es muy probable que muchas de éstas ocurrieran siendo aún pequeño el indi - viduo.

Se puede hacer una hipótesis del cuadro de la familia - de origen del hombre. Este tiene tanto hermanos mayores co - mo hermanos menores. Los sentimientos de odio hacia la madre embarazada deben haber sido muy intensos. Estos sentimientos se aunan a la carencia de cuidados, atención, pre - rrogativas y/o responsabilidades por el lugar intermedio -

que ocupa entre los hermanos. Es probable que con frecuencia no fuera deseado.

La falta de un padre intensificaba la carga para la madre, la cual debía cuidar y atender a los hijos no sólo en el aspecto emocional, afectivo y de cuidado corporal, sino que también debía cubrir las necesidades de manutención y económicas. En bastantes de los casos la que falta es la madre o ambos progenitores.

Este cuadro de carencias parentales es bastante parecido para la mujer. También ella ocupa un lugar intermedio entre los hermanos. Pareciera que lo que atrajo la unión de las parejas fueran las semejanzas, tanto en la pérdida de los progenitores, como el lugar que tienen entre los hermanos. Esta semejanza permite lograr una relación conyugal complementaria; en ella, él asume el papel de hijo que desea una madre que lo cuide y proteja, y ella el de madre que protege al hijo satisfaciendo, a través de la introyección proyectiva, sus deseos de ser también protegida y tener una buena madre.

Los sentimientos de culpa por la sensación de haber destruido al progenitor o a los hermanos deben tener gran fuerza en este tipo de personas. En estos casos se encuentra, asimismo, lo que Langer encontró en las mujeres estudiadas-

por ella; presencia de un evento exterior dramático que afianzara la convicción en la omnipotencia del deseo de destrucción. El convencimiento en la eficacia de la omnipotencia del pensamiento debe ser intenso dentro de este grupo, dadas las características de inmadurez que reflejan los resultados del estudio, y la incidencia de progenitores fallecidos.

Para estos hombres y probablemente también para las esposas, la llegada de un hijo desequilibraría la relación, de por sí emocionalmente precaria. Reviviría temores de ser destruidos por el hijo, como lo fueron los padres debido a los ataques envidiosos de ellos hacia sus progenitores.

Las mujeres deben sentir rechazo hacia la imagen de la madre embarazada que está fraguada de peligros. Varias de ellas reportaron que la madre murió en el parto. Otras reportaron un padre ausente por divorcio; el 39% de las mujeres de este grupo informaron que uno de los padres había fallecido.

Dentro de la relación de pareja se equilibran las ansiedades y, como en el caso clínico reportado por los Martínez Bouquet, la presencia del cónyuge resulta tranquilizadora y aliviadora de culpas, pues, a pesar de las fantasías sádicas y hostiles hacia el/ella, no ha sido destruída.

La configuración de este tipo de perfil de personalidad indica trastornos en las funciones sexuales y empleo de la somatización. Es probable que en varios de los esposos - exista impotencia en varios grados y que ésta se intensifique en los días fértiles del mes. O, como lo plantea Fisher, pueda no haber espermatozoides viables en la eyacuación durante el coito o en la etapa fértil, aunque éstos sí se encuentren presentes en un recuento de laboratorio.

También se puede hipotetizar que las quejas somáticas, los disgustos de pareja, etc., se intensifiquen en los períodos fértiles del mes evitando, de esta manera, el coito que pudiera dar como resultado un embarazo.

El caso de pseudociesis en un marino mercante, reportado por Knight, indica la posibilidad de que un hombre tenga alteraciones somáticas de un tipo que podría considerarse - perteneciente a la mujer exclusivamente. Este reporte, unido a bastantes datos más, indica que los factores emocionales pueden producir trastornos en el aparato reproductor, - tanto en el hombre como en la mujer.

Se puede suponer que cuando se les da un hijo en adopción a estas parejas, los problemas fundamentales que desembocan en la infertilidad no se van a resolver sino que, probablemente, se intensifiquen. Las consecuencias podrían -

ser la ruptura matrimonial, o bien, como lo plantea Cooper, será el niño quien sufrirá las consecuencias del "síndrome de infertilidad psicógena-adopción". Es posible, asimismo, que el desequilibrio en la estructura de la pareja que ocurre como resultado de la llegada de un niño, los lleve a encontrar un ajuste a un nivel más adecuado y maduro, o a la búsqueda de ayuda para resolver los problemas emocionales.

Sería muy interesante hacer un seguimiento de las parejas estudiadas para complementar los resultados de la pre-sente investigación. Desafortunadamente esto implicaría - gran cantidad de gasto, tanto en recursos económicos como - en tiempo lo cual, por el momento, está fuera del alcance - de la autora.

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

Las investigaciones sobre la infertilidad han enfocado el problema desde el aspecto biológico estudiando los factores causales orgánicos de la infertilidad, o bien, se han centrado en averiguar los factores causales de origen psicógeno. Cierta número de estudios han intentado explicar la interrelación entre los factores psicológicos y los somáticos.

Los estudios psicológicos que se consultaron están centrados, principalmente, en averiguar las causas psíquicas que afectan la fecundidad en la mujer. Aunque varios autores opinan que los factores psicógenos actúan, igualmente, en el hombre, y que, además, se debe considerar la esterilidad como un problema de pareja, no se encontró ningún estudio, exceptuando un caso clínico, que investigara el problema estudiando a ambos cónyuges.

La hipótesis central del presente trabajo es que la infertilidad, especialmente la infertilidad psicógena o funcional, es un producto de la interrelación de las características de personalidad de cada uno de los cónyuges, y sostiene que es posible que, con otra pareja que tenga un tipo de personalidad diferente, pudieran procrear.

Para investigar la validez de la hipótesis se llevó a cabo un estudio de 158 matrimonios subdivididos en tres grupos: grupo orgánico, en el cual se incluyeron aquellas parejas que reportaban algún tipo de trastorno orgánico que pudiera interferir con la fecundación. El grupo psicógeno consistía de aquellas parejas que no reportaban ninguna anomalía orgánica, pero que, después de varios años de matrimonio sin emplear anticonceptivos, no habían logrado concebir. Con propósitos comparativos se utilizó un grupo control compuesto por parejas con dos o más hijos.

Tanto a los hombres como a las mujeres de los tres grupos se les administró un MMPI y se les hicieron algunas preguntas para determinar las variables pertinentes.

Se llevaron a cabo dos tipos de análisis de varianza de los datos proporcionados por la prueba. El análisis de varianza por medio de los lotes subdivididos suministró información sobre la variabilidad de cada uno de los grupos; la-

variabilidad debida a la pertenencia a uno u otro sexo y,-- la variabilidad correspondiente a la interacción de grupo y sexo.

Se calculó, asimismo, un análisis de varianza de las diferencias al cuadrado con retención de signo. Este análisis indicó la variabilidad de cada uno de los miembros de la pareja en relación a su cónyuge para cada uno de los tres grupos.

Los resultados del último análisis mostraron que el grupo psicógeno era diferente a los otros dos. Esta diferencia se debía a que los hombres tenían un puntaje mucho más elevado, en relación a las esposas, en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria y psicastenia.

La diferencia hallada indica que los hombres del grupo psicógeno tienen bastantes características de personalidad semejantes a las de las mujeres de los otros dos grupos, mientras que, sus esposas son más parecidas a los hombres de esos mismos grupos.

Las escalas de histeria, depresión, hipocondriasis y psicastenia están compuestas de indicadores de personalidad de tipo neurótico en donde predominan las defensas de proyección y negación; indica asimismo, inmadurez y dificultad

tad para establecer relaciones íntimas a nivel genital adulto.

Dentro de los hombres del grupo psicógeno se encontró mayor incidencia de falta de alguno de los progenitores, especialmente el padre, por fallecimiento. También se vio que bastantes de ellos ocupaban lugares del centro en la escala de los hermanos.

Los datos hallados indican que estos hombres se identificaron con la madre, la cual, probablemente, tuviera características similares a las que se encontraron en las mujeres del grupo control.

Díaz-Guerrero (1967:23) sostiene que el patrón psicocultural familiar que domina en México es conducente a la formación de familias neuróticas. Esto es especialmente cierto en el caso de la mujer mexicana a quien se le enseña, desde niña, la sumisión, el sometimiento y la abnegación, además de la aceptación, incondicional, de la autoridad del hombre. Este sistema represivo no permite un desarrollo adecuado para lograr una madurez equilibrada; más bien, mantiene la inmadurez y el infantilismo. Dentro de este patrón de condiciones la agresividad se maneja por medios indirectos, con frecuencia se vuelve contra el individuo mismo.

Este patrón de educación es, asimismo, conducente al desarrollo de trastornos en la esfera de la sexualidad. Los conflictos en esta área se expresan, con frecuencia, por medio de reacciones conversivas.

Es posible que los hombres del grupo psicógeno se identificaran con este modelo de madre. Al mismo tiempo, se deben haber sentido carentes del afecto materno, necesario durante la infancia, ya que ocupaban un puesto del medio entre los hermanos. Es posible que alguna hermana mayor haya ocupado el lugar de la madre con relación al hermano.

Estos hombres buscaron como parejas a mujeres que, en general, también eran hijas de en medio y que reportaban, bastantes de ellas, progenitores fallecidos. Sin embargo, estas mujeres no desarrollaron el patrón predominantemente neurótico-pasivo, frecuente en las mujeres del nivel socio-cultural dominante en México, sino, más bien, desarrollaron características de personalidad similares a las de los hombres de los otros dos grupos.

Proporcionalmente a las otras, un mayor número de estas mujeres estudió una profesión; sin embargo, es interesante notar que el 78% de las mismas no trabaja y se dedica al hogar. Parece que después de casadas se adecuaron al papel, tradicionalmente aceptado, de que el lugar de la esposa es-

el hogar y, en el caso de este grupo, se dedicaron a aten -
der las necesidades de afecto y atención desmedida del marido.

También es de interés observar que los hombres del grupo psicógeno, proporcionalmente a los otros dos, obtienen -
menos ingresos. Es posible que las características neuró-
ticas de la personalidad no les permiten alcanzar niveles -
laborales de mayor responsabilidad y, por ende, de mayor -
remuneración.

En un nivel inconsciente las ansiedades, producto de -
las experiencias y fantasías infantiles de ambos cónyuges -
se deben de complementar y hacen que se viva la llegada de -
un vástago con gran temor; temor tan intenso que torna in-
fértil a la pareja.

El hecho de que la mujer no muestre las características
de elevación en las escalas de hipocondriasis, depresión e-
histeria, conocidas dentro del lenguaje del MMPI como "va -
lle de conversión", indica que las defensas habituales ante
la ansiedad en este grupo de mujeres no son de tipo conver-
sivo; sin embargo, es sumamente interesante notar que se -
casaron con hombres que sí tienen las características con -
versivas.

Como antes se dijo, es difícil analizar con claridad el

grupo orgánico ya que dentro de él se agruparon parejas con trastornos orgánicos variados. Es probable que bastantes - mujeres de ese grupo, especialmente las anovulatorias y las de matriz infantil, empleen las defensas conversivas para - evitar la maternidad.

La complementaridad de las características de personalidad de las parejas se pone, nuevamente, en evidencia. En - este caso, ante temores inconscientes profundos hacia la - procreación, se tornan infértiles. Puesto que la mujer no - posee las características de personalidad conducentes al empleo de mecanismos de conversión se une a un hombre que sí - las posee. Ambos están a salvo de la realización del embarazo que removería y renovaría los temores infantiles profundos.

Para lograr entender el complejo problema de la infertilidad, los estudios deberán investigar la interrelación, - tanto física como psicológica, de ambos cónyuges, y se considera que el método más adecuado de tratamiento para las - parejas infértiles funcionales sea una psicoterapia de pareja que se centre en investigar y disipar los temores profundos, producto de las fantasías infantiles.

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

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

- Abse, W.D., "Psychiatric Aspects of Human Male Infertility" Fertility and Sterility, Vol. 17: 1, pp. 133-139, 1966.
- Andrews, R.G., "Adoption and the Resolution of Infertility" Fertility and Sterility, Vol. 21: 1, pp. 73-76, 1970.
- Bakker, C.B., y Cameron, R.D., "Psychological Factors in Fertility Control", Fertility and Sterility, Vol. 15, pp. 559-567, 1964.
- Banks, L.A., Rutherford, R.N., y Coburn, W.A., "Fertility Following Adoptions: Report of 31 Cases". Fertility and Sterility, Vol. 12, pp. 438-442, 1962.
- Benedek, T.F., "Sexual Functions in Women and their Disturbance", en Arieti, S., (Ed.). American Handbook of Psychiatry, Vol. I, Basic Books Inc., Nueva York, décima edición, pp. 727-748, 1969.
- Benedek, T., "Infertility as a Psychosomatic Defense", Fertility and Sterility, Vol. 3; 6, pp. 527-541, 1952.
- Benedek, T., Han., G.C., Robbins, F.P., y Rubenstein, B.B., "Some Emotional Factors in Infertility", Psychosomatic Medicine, Vol. 15:5, pp. 485-498, 1953.
- + / Bos, C., y Cleghorn, R.A., "Psychogenic Sterility", Fertility and Sterility, Vol. 9:2, pp. 84-98, 1958.

Butcher, J.N., "MMPI Scale Correlates", material proporcionado en el V Taller y Simposio Anual del MMPI en la Cd. de México, 1970.

Butcher, J.N., y Panchieri P., A Handbook of Cross-National MMPI Research, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1976.

Butcher, J.N., y Tellegen, A., "Common Methodological Problems in MMPI Research", Journal of Consulting and Clinical Psychology, Special Research Issue, 1978 (en prensa).

Butcher, J.N., y Owen, P.L., "Objective Personality Inventories: Recent Research and Some Contemporary Issues", en Wolman, B.B. (Ed.) Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook, Nueva York: Plenum, 1978.

Cereijido, F., "Un Historial Clínico: Un caso de Esterilidad Femenina", Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1966.

Cooper, H., "Psychogenic Infertility and Adoption", S.A. Medical Journal, Vol. 45:719-722, 1971.

Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., y Dahlstrom, L.E., An MMPI Handbook: Clinical Interpretations. Vol. I Edición Revisada, University of Minnesota Press, Minn., 1975.

Deutsch, H., La Psicología de la Mujer. Vol. I y II, Editorial Losada, S.A., Buenos Aires, 1960.

Díaz-Guerrero, R., Estudios de Psicología del Mexicano, Editorial Trillas, S.A., México, D.F., 1968.

Dingnam, W.J., "Culdoscopia", en Tyler, E.T., Esterilidad: estudio y tratamiento de la pareja estéril. Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 176-180, 1963.

Dingnam, W.J., "Ovulación", en Tyler, E.T., Esterilidad: estudio y tratamiento de la pareja estéril. Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 101-111, 1963.

Downie, N.M., y Heath, R.W., Basic Statistical Methods, segunda edición, Harper & Row, Nueva York, 1965.

Dukes, D.C., y Franklin, R.R., "Sperm Agglutinins and Human Infertility: Female", Fertility and Sterility, Vol. 19: 263-267, 1958.

Eck, M.B., "The Infertile Couple: A Plea for Advocacy". - Child Welfare. Vol. 54:6, 1975.

Eisner, B.G., "Some Psychological Differences between fertile and Infertile Women". Journal of Clinical Psychology, pp. 391-395, 1960.

Faergeman, P.M., "Fantasies of Menstruation in Men". Leído en el primer congreso del Western New England Psychoanalytic Society, en Litchfield, Conn., enero, 1952.

Ferguson, S., "Chromosome Abnormalities as a cause of Human Infertility", Fertility and Sterility, Vol. 13:34-46, - 1962.

Fischer, I.C., "Psychogenic Aspects of Sterility", Fertility and Sterility, Vol. 4:6:466-471, 1953.

P — ✓
v abt S.C.P
14-99
Medicina
Hans
Ford, E.S.C., Formanm I., Willson, R.J., Char, W., Maxion, W. T., y Scholy, C., "A Psychodynamic Approach to the Study of Infertility", Fertility and Sterility, Vol. 4:6:456-465, 1953.

Forsham, P.H., y Thorn, G.W., "Esterilidad" en Harrison, T.B., (Ed.) Medicina Interna, segunda edición, La Prensa Médica Mexicana, pp. 633-635, s/f.

Freud, S. "El Tabú de la Virginidad. Aportaciones a la Psicología de la Vida Erótica" Obras Completas. Vol. I, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

Freud, S., "Introducción al Narcisismo", Obras Completas, -- Vol. I, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

Freud, S., "La Femeneidad", Obras Completas, Vol. II, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

Gilberstadt, H., y Duker, J.A., A Handbook for Clinical and Actuarial MMPI Interpretations, Philadelphia: Saunders, 1965.

7 Grimm, E.R., "Psychological Investigation of Habitual Abortion", Psychosomatic Medicine, Vol. 24:4, pp. 369-378, - 1962.

Gross, M., "Modificaciones Bioquímicas Cíclicas en la Mujer", Tyler, E., (Ed.), Esterilidad: estudio y tratamiento de la pareja estéril. Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 112-121, 1963.

Guilford, J.P., y Fruchter, B., Fundamental Statistics in Psychology and Education, quinta edición, MacGraw Hill series in Psychology, Mac Graw Hill Book Co., Nueva York, - 1973.

Gutheil, E.A., "Sexual Dysfunctions in Men", en Arieti, S., - (Ed.), American Handbook of Psychiatry, Vol. I, Basic Books, Inc. Nueva York, décima impresión, pp. 708-726, - 1969.

Guthrie, G.M., "Common Characteristics Associated with Frequent MMPI Profile Types", Journal of Clinical Psychology, Vol. 8, pp. 141-145, 1952.

Guttmacher, A.F., Best, W., y Jaffe, F.S., Anticoncepción - Fertilidad y Amor. Mundo Moderno, Paidós, Argentina, - 1969.

Hamblen, E.C., "Enfoque Racional del Tratamiento de la Pareja Estéril", en Tyler, E.T., (Ed.), Esterilidad: estudio y tratamiento de la pareja estéril. Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 122-126, 1963.

Heiman, M., "Toward a Psychosomatic Concept in Infertility", International Journal of Fertility, Vol. 4:3, pp. 247 - 252, 1959.

Heiman, M., "Reproduction: Emotions and the Hypothalamic-Pituitary Function", Fertility and Sterility, Vo. 10:2, pp. 162-176, 1959.

? - Heiman, M., "Sexual Response in Women: A Correlation of - Psychological Findings with Psychoanalytic Concepts" - Journal of the American Psychoanalytic Association, Vol. 2, pp. 360-385, 1963.

Heiman, M., y Kleegman, S.J., "Insemination: A Psychoanalytic and Infertility Study". Fertility and Sterility. - Vol. 17:1, pp. 117-125, 1966.

Horney, K., "Factores Psicogénicos en los Desórdenes Funcionales de la Mujer" en Psicología Femenina. Editorial -- Psique, pp. 191-205, s/f.

? Karahasanoglu, A., Barglow, P., y Growe, G., "Psychological-Aspects of Infertility", Journal of Reproductive Medicine, Vol. 9:5, pp. 241-247, 1972.

x ✓ Kaufman, S.H., "Impact of Infertility on the Marital and Sexual Relationship", Fertility and Sterility, Vol. 20:3 - pp. 380-383, 1969.

Knight, J.A., "False Pregnancy in a Male", Psychosomatic Medicine, Vol. 22: 4, pp. 260-266, 1960.

? Kostic, P., y Mladenovic, D., "The Influence of Frigidity - on Sterility", International Journal of Fertility. Vol.-5:4, pp. 417-420, 1960.

Langer, M., y Ochandorena, R.P., "El Espasmo de las Trompas-como Origen de la Esterilidad: sus causas, Mecanismo y Tratamiento", Medicina Psicosomática, pp. 103-115, s/f.

Langer, M., Maternidad y Sexo, estudio Psicoanalítico y Psicossomático. Editorial Paidós, Buenos Aires, 3a. ed., 1974

Lewis, H.R., y Lewis, M.E., Psicosomática, Cómo sus emociones pueden dañar su salud. Organización Editorial Novaro, - S.A. México, 1972.

- † - Loftus, T.A., "Psychogenic Factors in Anovulatory Women: -- Behavioral and Psychoanalytic Aspects of Anovulatory - Amenorrhea", Fertility and Sterility, Vol. 13: 1, pp. - 20-28, 1962.
- ② Mac Leod, A.W., "Some Psychogenic Aspects of Infertility" - Fertility and Sterility, Vol. 15, pp. 124-133, 1964.
- ✓ - Mai, F.M. Munday, R.N., y Rump, E.E., "Psychiatric Inter - view Comparisons Between Infertile and Fertile Couples", Psychosomatic Medicine, Vol. 34: 5, pp. 431-440, 1972.
- Marks, P.A., y Seeman, W., Actuarial Descriptions of Abnormal Personality, Baltimore: Williams & Wilkins, 1963.
- Martinez Bouquet, C.M., y Florez Monroy, M.C., "Tratamiento de una Pareja Infértil con Psicodrama Psicoanalítico". Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Mexicana el 17 de Noviembre de 1976.
- Masters, W.H., y Johnson, V.E., Respuesta Sexual Humana. - Editorial Intermédica, Argentina, 1976.
- Mc Cary, J.L., Sexualidad Humana, El Manual Moderno, S.A., México, D.F., 1969.
- Meehl, P.L., Research Results for Counselors. St. Paul, - Minn., Departamento Estatal de Educación, 1951.
- Meehl, P.E., & Dahlstrom, N.G., "Objective Configural Rules for Discriminating Psychotic from Neurotic MMPI - Profiles", Journal of Consulting Psychology, Vol. 24: - 375-387, 1960.
- Morris, T.A., y ^{sturgis} Somers, H.S., "Practical Aspects of Psychosomatic Sterility", Clinical, Obstetric and Gynaecology. Paul R. Hoeber, Inc., Medical Book Dept., Harper & Bros. s/f. 1959. Vol 2 pag 890
- Murdock, G.P., Nuestros Contemporáneos Primitivos. Segunda Edición, Fondo de Cultura Económica, México, D.F., - 1956.

Murphy, D.P., y Torrano, E.F., "Male Fertility in 3620 Childless Couples", Fertility and Sterility, Vol. 16: 337-339, 1965.

Nesbitt, R.E.L., Hollender, M., Fischer, S., Osofsky, H.J., "Psychological Correlates of the Polycystic Ovary Syndrome and Organic Infertility", Fertility and Sterility Vol. 19: 5: 778-786, 1968.

Niswander, K.R., Obstetric and Gynecologic Disorders: A Practitioners guide. El Manual Moderno, S.A., México, 1975.

9. Noyes, R.N., y Chapnick, E.M., "Literature on Psychology and Infertility. A Critical Analysis". Fertility and Sterility, Vol. 15:5:543-558, 1964.

Peterson, J.A., "Factores Emocionales en la Esterilidad" en Tyler, E.T., Esterilidad: estudio y tratamiento de la pareja estéril. Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 228-240, 1963.

O.K. — Piotrowski, Z.A., "Psychogenic Factors in Anovulatory Women II. Psychological Evaluation", Fertility and Sterility Vol. 13:1:11-19, 1962.

O.K. — Platt, J.J., Fischer, I. y Silver, M.J., "Infertile Couples: Personality Traits and Self-Ideal concepto Discrepancies". Fertility and Sterility, Vol. 24:12:972-976, -- 1973.

Pucheu, C. y Rivera, O., "El Empleo del MMPI en un Programa para Prevenir Desórdenes Mentales", en Butcher, J.N., y Panchieri, P., A Handbook of Cross-National MMPI Research, University of Minnesota Press, Minn., 1976.

Quinn, M.N. Psychological Statistics, cuarta edición, Wiley International Edition, John Wiley & Sons, Inc., Nueva York, 1969.

* Rakoff, A.E., "Psychogenic Factors in Anovulatory Women I, - Hormonal Patterns in Women with Ovarian Dysfunctions of Psychogenic Origin". Fertility and Sterility, Vol. 13: 1:1-10, 1962.

- ? Ramírez S. "Factores Culturales en la Esterilidad e Infertilidad", Revista Médica. Sria. de Marina, Vol. VII: - 27:219-297, 1960.
- ? Ramírez S., Esterilidad y Fruto, Psicología de la Función - Procreativa, Ed. Pax., Asociación Psicoanalítica Mexicana, México, D.F., 1962.
- Renne, D., "There's Always Adoption: The Infertility Problem". Child Welfare, Vol. 67:7:465-470, 1977.
- Rock, J., Tietze, C., y Mc Laughlin, H.B., "Effect of Adoption on Infertility", Fertility and Sterility, Vol. - 16:305-307, 1965.
- Roheim, G., Magia y Esquizofrenia. Biblioteca de Psiquiatría, psicopatología y psicósomática, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1959.
- K - ^{Rommer} Jay, R.J., y Rommer, C.S., "Sexual Tones in Marriage of the Sterile and Once Sterile Female". Fertility and Sterility, Vol. 9:4:309-320, 1958.
- X - Rothman, D., Kaplan, A.H., y Nettles, E., "Psychosomatic - Infertility". American Journal of Obstetrics & Gynecology, Vol. 83:3:373-381, 1962.
- Rubenstein, B.B., "An Emotional Factor in Infertility, a - Psychosomatic Approach", Fertility and Sterility, Vol. - 2:1:80-86, 1951.
- Rubin, I.C., "Estudios sobre la Permeabilidad Tubaria", en - Tyler, E.T., Esterilidad: estudio y tratamiento de la - pareja estéril. Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 146-175, 1963.
- Ruiz Velasco, V., "Esterilidad", Actualidades Médicas, México, D.F., Oct. 1976.
- Rutherford, R.N., Banks, A.L., Coburn, W.A., y Williams, J., "Psychometric Evaluation of the Infertile Couple", International Journal of Fertility, Vol. 5:2:121-132, 1960.

- Rutherford, R.W., Banks, L.A., Coburn, W.A., Zaffiro, D.D., y Williams, J., "The Treatment of Psychologic Factors - in Anovulation", Fertility and Sterility, Vol. 12:55-66 1961. ↓
- Rutherford, R.N., "Emotional Aspects of Infertility", Clinical Obstetrics & Gynecology. Paul S. Hoeber. Medical - Book Dept. Harper & Bros. 1966. March 1965
- Sandler B., y Obit, D., "Conception After Adoption: A Comparison of Conception Rates". Fertility and Sterility, Vol. 16:51-59, 1965.
- Sandler, B., "Emotional Stress and Infertility". Journal of Psychosomatic Research, Vol. 12:51-59, 1968.
- Seward, G.H., Wagner, P.S., Heinrich, J.F., Bloch, S.K., y Myerhoof, H.L., "The Question of Psychophysiologic Infertility: Some Negative Answers". Psychosomatic Medicine, Vol. 27:6:533-545, 1965.
- Seward, G.H., Bloch, S.K., y Heinrich, J.F. "The Question-of Psychophysiologic Infertility: Some Negative Answers. A Postscript". Psychosomatic Medicine, Vol. 29: 151-152 -1967.
- (?) Smith, F., "Chromosome Abnormalities as a Cause of Human Infertility". Fertility and Sterility, Vol. 13:34-46, - 1962.
- Soifer, R., Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Ediciones Kargieman, Buenos Aires, 1973.
- Stern, C., "Genetic Aspects of Sterility". Fertility and Sterility, Vol. 1:5:407-414, 1950.
- Taulbee, E.S., y Sisson, B.D., "Configural Analysis of MMPI Profiles of Psychiatric Groups". Journal of Consulting Psychology, Vol. 21:413-417, 1957.
- Tyler, E.T., "Introducción" en Tyler, E.D., Esterilidad: -- estudio y tratamiento de la pareja infértil. Editorial Médica Panamericana, Argentina, pp. 17-30, 1963.

Tyler, E.T., Evaluación de la Fecundidad Masculina", en -
Tyler, E.T., ed., Esterilidad: estudio y tratamiento -
de la pareja estéril. Editorial Médica Panamericana, -
Argentina, 1963.

Tyler, E.T., "Investigación Post-coito" en Tyler, E.T., Ed.
Esterilidad: estudio y tratamiento de la pareja estéril

Veevers, J.E., "The Social Meanings of Parenthood". Psy -
chiatry, Vol. 36:8:291-310, 1973.

o.k - Weir, W.C., y Wier, D.R., "The Natural History of Infertili
ty". Fertility and Sterility, Vol. 12:5:443-451, 1961.

? Wetschi, E., "Natural Control of Fertility", Fertility and-
Sterility, Vol. 19:1:1-14, 1968.

Wieke, V.R., "Psychological Reaction to Infertility". Psy--
chological Reports, Vol. 38:863-866, 1976.

A P E N D I C E

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

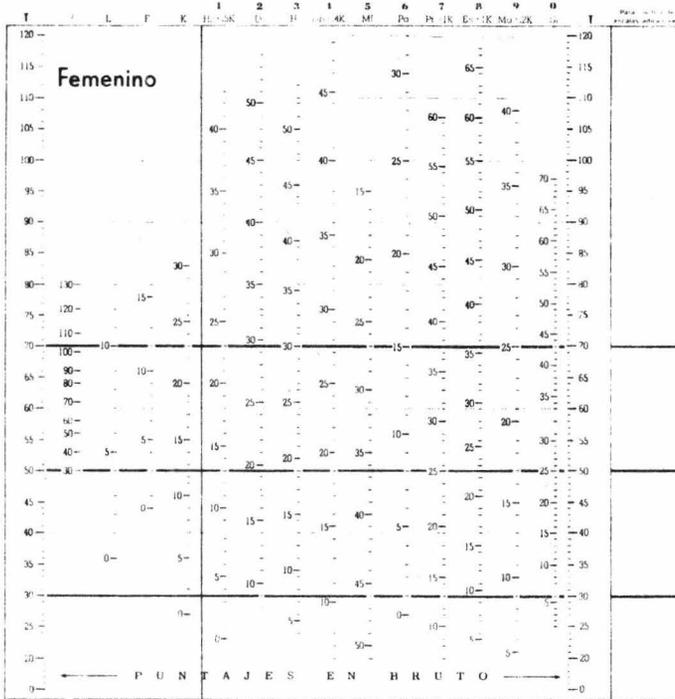
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto _____
 Agregar factor K _____
 Puntaje corregido _____

E	Fracciones K		
	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



Firma _____ Fecha _____

ESCALA L

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.*

Cierto --- ninguno

Falso

15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
30. A veces siento deseos de maldecir.
45. No siempre digo la verdad.
60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
75. Algunas veces me enojo.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer fuera en compañía de otros.
135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
150. Prefiero ganar a perder en un juego.
165. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
195. No me agradan todas las personas que conozco.
225. A veces murmuro o chismo un poco de la gente.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos - acerca de quienes conozco muy poco.
285. A veces me río de chistes sucios.

* Traducción de A. Bernal, A. Colón, E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres, el Personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico, con la colaboración del Dr. Starke R. Hathaway.

Adaptación para América Latina por el Dr. Rafael Núñez, México.

ESCALA F

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto:

- 14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
- 23. Sufro ataques de náusea y vómito.
- 27. Los espíritus malos se posesionan de mí a veces.
- 31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
- 34. Tengo toda la mayor parte del tiempo.
- 35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera-tenido mucho más éxito.
- 40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes de hacer cualquier cosa.
- 42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido- (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).
- 48. Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy ex - trañas.
- 49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
- 50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
- 53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y po - niendo sus manos sobre la cabeza de usted.
- 56. Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela - una o más veces por hacer travesuras.
- 66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
- 85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos - personales de otros, como calzado, guantes, etc., - que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
- 121. Creo que están conspirando contra mí.
- 123. Creo que me están siguiendo.

139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de he -
rir a otros.
146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me
siento feliz a menos que esté viajando de un lado a
otro.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas -
que luego no he recordado haber hecho.
168. Mi mente no está muy bien.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamienu
tos o ideas.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o lleu -
varme algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.
211. Puedo dormir de día pero no de noche.
215. He bebido alcohol con exceso.
218. No me molesta ver sufrir a los animales.
227. Me han dicho que camino dormido.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos -
de los que debieran.
246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miemu
bros de mi familia.
252. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.
256. La única parte interesante del periódico es la pági-

na cómica.

- 269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
- 275. Alguien controla mi mente.
- 286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
- 291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
- 293. Alguien ha tratado de influir en mi mente.

Escala F. Direccionalidad -- falso

- 17. Mi padre fue un buen hombre.
- 20. Mi vida sexual es satisfactoria.
- 54. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
- 65. Yo quise a mi padre.
- 75. Algunas veces me enojo.
- 83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
- 112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
- 113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
- 115. Creo en otra vida después de ésta.
- 164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
- 169. No tengo miedo a manejar dinero.
- 177. Mi madre fue una buena mujer.
- 185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
- 196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
- 199. Se debe enseñar a los niños la información básica so

bre la vida sexual.

220. Yo quise a mi madre.

257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que -
hago.

258. Creo que hay un Dios.

272. A veces estoy lleno de energía.

276. Me gustan los niños.

ESCALA K

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.

Falso.

30. A veces siento deseos de maldecir.

39. A veces siento deseos de destruir cosas.

71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelen de ellos y les ayuden.

89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.

124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes de perderlos.

129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.

134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.

138. La crítica o el regaño me hiere profundamente.

142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.

148. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.

160. Nunca me he sentido mejor que ahora.

170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.

171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasa da en una reunión aún cuando otros estén haciendo lo mismo.

180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien-que conozco por primera vez.

183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.

217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.

234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad - pensando las cosas apropiadas de que hablar.
272. A veces estoy lleno de energía.
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista razón especial.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse - problemas.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
374. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar - más despacio que de costumbre.
383. La gente me desilusiona con frecuencia.
397. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
398. Frecuentemente pienso "quisiera volver a ser niño".
406. Frecuentemente he conocido personas a quienes supo - nía expertas y que no eran mejores que yo.
461. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aún cuando sea por poco tiempo.
502. Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso acerca de las cosas.

ESCÁLA 1
HIPOCONDRIASIS

Número de reactivo y direccionalidad de la calificación.

Cierto.

- 23. Sufro de ataques de náusea y de vómito-.
- 29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
- 43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 62. Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
- 72. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
- 108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas-
la mayor parte del tiempo.
- 114. A menudo siento como si estuviera una banda apretándo me la cabeza.
- 125. Sufro mucho de trastornos estomacales.
- 161. A veces siento adolorida la parte superior de la ca-
beza.
- 189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.

Falso.

- 2. Tengo buen apetito.
- 3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
- 7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
- 9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
- 18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
- 51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.

55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.
68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o con tracciones musculares.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
163. No me canso con facilidad.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
188. Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen los ojos.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
230. Raras veces noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración.
243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.

ESCALA 2

DEPRESION

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

- 5. El ruido me despierta fácilmente.
- 13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
- 23. Sufro de ataques de náusea y de vómito.
- 32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
- 41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.
- 43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
- 67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
- 86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
- 104. No parece importarme lo que me pase.
- 130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
- 142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
- 158. Lloro con facilidad.
- 159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
- 182. Tengo miedo de perder el juicio.
- 189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 193. No me dan ataques de alergia o asma.

236. Me preocupo mucho.
 259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.

Falso.

2. Tengo buen apetito.
 8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
 9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
 18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
 23. Sufro de ataques de náusea y vómito.
 30. A veces siento deseos de maldecir.
 36. Raras veces me preocupo por mi salud.
 39. A veces siento deseos de destruir cosas.
 46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
 51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
 57. Soy una persona sociable.
 58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
 80. De vez en cuando mortifico a los animales.
 88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
 89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
 95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
 98. Creo en la segunda venida de Cristo.
 107. Casi siempre soy feliz.
 122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

131. No me preocupa contraer enfermedades.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
178. Mi memoria parece ser buena.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
248. Algunas veces sin razón alguna o aún cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
270. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
272. A veces estoy lleno de energía.
285. A veces me río de chistes sucios.
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista razón especial.

ESCALA 3

HISTERIA

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

- 10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
- 23. Sufro de ataques de náusea y vómito.
- 32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
- 43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 44. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
- 47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.
- 76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
- 114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
- 179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
- 186. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
- 189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
- 253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.

Falso.

- 2. Tengo buen apetito.
- 3. Me despierto cansado y fresco casi todas las mañanas.
- 6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periód-

dicos.

7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen-interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
30. A veces siento deseos de maldecir.
51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de - mis amigos.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelan de ellos y les ayuden.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o con - tracciones musculares.
107. Casi siempre soy feliz.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
128. El ver sangre no me asusta ni me enferma.
129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan - irritable y malhumorado.
136. Generalmente pienso qué segunda intención pueda te -

ner otra persona cuando me hace un favor.

137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la -
de la mayor parte de la gente que conozco.

Falso.

141. Mi conducta está controlada mayormente por las cos -
tumbres de los que me rodean.
147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he
podido decidirme a tiempo.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor
parte del tiempo.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
163. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan há-
bilmente que tenga que admitir que me engañaron.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demos -
trar que soy tímido.
174. Nunca me he desmayado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien -
que conozco por primera vez.
188. Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen -
los ojos.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
192. No he tenido dificultad en manter el equilibrio cu
do camino.
201. Desearía no ser tan tímido.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las lí
neas de las aceras.
243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.
265. Es más seguro no confiar en nadie.

267. Cuando estoy en un grupo tengo dificultad pensando - las cosas apropiadas de que hablar.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de - agua.
289. Siempre me disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un - abogado astuto.
292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que - ellos no me hablan a mí.

ESCALA 4
DESVIACION PSICOPATICA

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
24. Nadie parece comprenderme.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participe en pequeños robos.
42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).
61. No he vivido la vida con rectitud.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
110. Alguien me tiene mala voluntad.

118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
127. Yo se quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.

Cierto.

215. He bebido alcohol con exceso.
216. Hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.
224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba a salir.
239. He sufrido un desengaño amoroso.
244. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.

Falso.

8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
37. Nunce me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
82. Soy vencido fácilmente en una discusión.
91. No me molesta que se burlen de mí.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
107. Casi siempre soy feliz.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.

141. Mi conducta está controlada mayormente por las cos - tumbres de los que me rodean.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasa da en una reunión aún cuando otros estén haciendo lo mismo.
173. Me gustaba la escuela.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
201. Desearía no ser tan tímido.
231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
235. He sido bastante independiente y libre de la disci - plina familiar.
237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.
248. Algunas veces sin razón alguna o aún cuando las co - sas me están saliendo bien me siento muy alegre, "co mo si viviera en las nubes".
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
289. Siempre me disgusto con la ley cuando se pone en li - bertad a un criminal debido a los argumentos de un - abogado astuto.
294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista razón especial.

ESCALA 5

MASCULINIDAD - FEMENEIDAD

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

- 4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
- 25. Me gustaría ser cantante.
- 69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi pro
pio sexo.
- 70. Me gustaba jugar a las prendas.
- 74. A menudo he deseado ser mujer (o si Ud. es mujer). -
Nunca me ha pesado ser mujer.
- 77. Me gusta leer novelas de amor.
- 78. Me gusta la posefa.
- 87. Me gustaría ser florista.
- 92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
- 126. Me gustan las artes dramáticas.
- 132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorati-
vas.
- 140. Me gusta cocinar.
- 149. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
- 179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
- 187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábi-
les.
- 203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir no
ticias de teatro.
- 204. Me gustaría ser periodista.
- 217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
- 226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me moles-
tan y perturban mucho.

- 231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
- 239. He sufrido un desengaño amoroso.
- 261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.
- 278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me - estaba mirando con ojos críticos.
- 282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi fa - milia a los que usualmente quiero.
- 295. A mí me gustaba el cuento de "Caperucita Roja".
- 297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
- 299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de - las personas.

Falso.

- 1. Me gustan las revistas de mecánica.
- 19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indi - quen a quien debo halagar.
- 26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando es - toy en dificultades.
- 28. Cuando me hacen un mal siento que debiera pagarle con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de - principio.
- 79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
- 80. De vez en cuando mortifico a los animales.
- 81. Creo que me gustaría trabajar como guardabosque.
- 89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
- 99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
- 112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo - que creo que es justo.
- 115. Creo en otra vida después de ésta.
- 116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando - apuesto.

117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa- como cuando salgo a comer afuera en compañía de otros.
133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de- lo común.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con ma - yor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
144. Me gustaría ser soldado.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
198. Muy pocas veces sueño despierto.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las lí - neas de las aceras.
214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan - preocupado.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de - obras.
221. Me gusta la ciencia.
223. Me gusta mucho cazar.
229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociacio - nes.
249. Creo que existe el diablo y el infierno.
254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas - los unos a los otros.
260. En la escuela fui lento en aprender.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conve - niencia propia.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noti - cias deportivas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.

ESCALA 6

PARANOIA

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
24. Nadie parece comprenderme.
27. Los espíritus malos se posesionan de mí a veces.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
121. Creo que están conspirando contra mí.
123. Creo que me están siguiendo.
127. Yo sé quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
275. Alguien controla mi mente.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
293. Alguien ha tratado de influir mi mente.
299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
305. Aún cuando esté acompañado me siento sólo la mayor parte del tiempo.

- 317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
- 338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de - las que me corresponden.
- 341. A veces oigo tan bien que me molesta.
- 364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
- 365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.

Falso.

- 93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
- 107. Casi siempre soy feliz.
- 109. Algunas personas son tan dominantes que siento el de seo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
- 111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de-- hacerlo.
- 117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
- 124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo -- injustos para obtener beneficios o ventajas antes -- que perderlos.
- 268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca - casi siempre de ese estado.
- 281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
- 313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
- 316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse - problemas.
- 319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a - los demás, aunque no lo diga.
- 327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obede - cer, aún cuando yo creía que no tenían razón.

347. No tengo enemigos que realmente quieren hacerme daño.
348. Generalmente no me fío de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.

ESCALA 7

PSICASTENIA

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
217. Frecuentemente me siento preocupado por algo.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.

301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aún cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
321. Me ruborizo fácilmente.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.
359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.

361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.

Falso.

3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañas.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
122. Me parece que son tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
178. Mi memoria parece ser buena.
329. Casi nunca sueño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.

ESCALA 8
ESQUIZOFRENIA

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no -- puedo controlar.
24. Nadie parece comprenderme.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias peculiares y extrañas.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera-tenido mucho más éxito.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pe queños robos.
40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no - podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad pa-
ra hacerlo.
52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la es
cuela, o con personas conocidas a quienes no he vis
to hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen -
primero.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañi-
no o escandaloso.
104. No parece importarme lo que me pase.
121. Creo que están conspirando contra mí.

156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas - que luego no he recordado haber hecho.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
168. Mi mente no está muy bien.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
182. Tengo miedo a perder el juicio.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta - de lo que ocurría a mi alrededor.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
210. Todo me sabe igual.
212. Mi familia me trata más como niño que como adulto.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor - mantenerlas en secreto.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que - ocurría a mi alrededor.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier co - sa.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo - muy excitado.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
285. A veces me río de chistes sucios.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien -- me hacía hacer cosas hipnotizándome.
297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexua - les.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni si quiera puedo hablar de ellos.

305. Aún cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.

Falso.

8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
17. Mi padre fue un buen hombre.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
65. Yo quise a mi padre.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
178. Mi memoria parece ser buena.
187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio -- cuando camino.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.

ESCALA 9

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

- 11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
- 13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
- 21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
- 22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
- 59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de al - quien que no sabía tanto como yo.
- 64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los -- otros pierden la paciencia conmigo.
- 73. Soy una persona importante.
- 97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
- 100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
- 109. Algunas personas son tan dominantes que siento - el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, - aunque sepa que tienen razón.
- 127. Yo se quien es el responsable de la mayoría de mis - problemas.
- 134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con ma - yor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
- 143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que tra - taba de mantenerse unido a toda prueba.
- 156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas - que luego no he recordado haber hecho.
- 157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
- 167. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.

181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
212. Mi familia me trató más como niño que como adulto.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aún cuando no pueda devolverles el favor.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y perturban mucho.
228. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.
233. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que -- querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
240. Nunca me preocupo por mi aspecto.
250. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
263. Sudo con facilidad aún en días fríos.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que se salga con la suya.

279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.

Falso.

101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
105. Algunas veces, cuando no me siento muy bien, estoy malhumorado.
111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer fuera en compañía de otros.
148. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante.
166. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasa da en una reunión aún cuando los otros estén haciendo lo mismo.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
267. Me gustan los niños.
289. Siempre me disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.

ESCALA 0

INTROVERSION-EXTROVERSION

Número de reactivo y direccionalidad de calificación.

Cierto.

- 32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
- 67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
- 71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelan de ellos y les ayuden.
- 82. Soy vencido fácilmente en una discusión.
- 111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
- 117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
- 124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlas.
- 138. La crítica o el engaño me hiere profundamente.
- 147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.
- 172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
- 180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
- 201. Desearía no ser tan tímido.
- 236. Me preocupo mucho.
- 267. Cuando estoy con un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
- 278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
- 292. Por lo general, no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.

304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
216. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse--problemas.
321. Me ruborizo fácilmente.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no - esté resfriado.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
377. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me siente solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
383. La gente me desilusiona con frecuencia.
398. Frecuentemente pienso "quisiera volver a ser niño".
411. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
427. Me avergüenzan los cuentos picantes.
436. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesto a permitir a los demás.
455. Frecuentemente no me entero de los chismes y habladurías del grupo al que pertenezco.
473. Siempre que me es posible evito encontrarme entre - una multitud.
487. Me rindo fácilmente cuando las cosas van mal.
549. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
564. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando - otros creen que no vale la pena hacerlo.

Falso.

- 25. Me gustaría ser cantante.
- 33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
- 57. Soy una persona sociable.
- 91. No me molesta que se burlen de mí.
- 99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
- 119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
- 126. Me gustan las artes dramáticas.
- 143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataba de mantenerse unido a toda prueba.
- 193. No me dan ataques de alergia o asma.
- 208. Me gusta coquetear.
- 229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
- 231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
- 254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas - los unos a los otros.
- 262. No me molesta el no ser mejor parecido.
- 281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
- 296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
- 309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los de - más.
- 353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
- 359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
- 371. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
- 391. Me gusta muchísimo ir a bailes.

400. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
415. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
440. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
446. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
449. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
450. Gozo con la excitación de una multitud.
451. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
462. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
469. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas precisamente porque a ellas no se les habían ocurrido.
479. No me molesta ser presentado a extraños.
481. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
482. En los trenes, ómnibus, etc., con frecuencia les hablo a los extraños.
505. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
521. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.
547. Me gustan las fiestas y reuniones sociales.

T A B L A 1

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUESTRAS

años	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico		psicógeno		control		orgánico		psicógeno		control	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%
15-20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
21-25	4	6.6	0	0.0	2	4.9	6	9.8	3	5.4	4	9.8
26-30	12	19.7	11	19.6	10	24.4	21	34.4	17	30.0	10	24.4
31-35	23	37.7	14	25.0	7	17.1	19	31.2	15	26.8	7	17.1
36-40	13	21.3	13	23.2	5	12.2	11	10.0	14	25.0	9	22.0
41-45	7	11.5	9	16.1	10	24.4	4	6.6	5	8.9	9	21.9
46-50	1	1.6	7	12.5	5	12.2	0	0.0	0	0.0	1	2.4
51-	1	1.6	2	3.6	2	4.8	0	0.0	2	3.6	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 2

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: LUGAR DE ORIGEN

LUGAR	H O M B R E S						M U J E R E S					
	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%
D.F.	23	37.7	27	48.2	17	41.5	30	49.2	24	42.9	19	46.3
Edo. Rep.	33	54.1	23	41.1	17	41.5	25	41.0	29	51.7	16	39.1
Ext.	5	8.2	6	10.7	7	17.0	6	9.8	3	5.3	6	14.6
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 1

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUESTRAS

años	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico		psicógeno		control		orgánico		psicógeno		control	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%
15-20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
21-25	4	6.6	0	0.0	2	4.9	6	9.8	3	5.4	4	9.8
26-30	12	19.7	11	19.6	10	24.4	21	34.4	17	30.0	10	24.4
31-35	23	37.7	14	25.0	7	17.1	19	31.2	15	26.8	7	17.1
36-40	13	21.3	13	23.2	5	12.2	11	10.0	14	25.0	9	22.0
41-45	7	11.5	9	16.1	10	24.4	4	6.6	5	8.9	9	21.9
46-50	1	1.6	7	12.5	5	12.2	0	0.0	0	0.0	1	2.4
51-	1	1.6	2	3.6	2	4.8	0	0.0	2	3.6	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 2

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: LUGAR DE ORIGEN

LUGAR	H O M B R E S						M U J E R E S					
	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%
D.F.	23	37.7	27	48.2	17	41.5	30	49.2	24	42.9	19	46.3
Edo. Rep.	33	54.1	23	41.1	17	41.5	25	41.0	29	51.7	16	39.1
Ext.	5	8.2	6	10.7	7	17.0	6	9.8	3	5.3	6	14.6
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 3

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: AÑOS DE CASADOS

Matrimonios

AÑOS	ORGANICO		PSICOGENO		CONTROL	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%
1-5	30	49.2	22	39.3	9	22.0
6-10	25	41.0	20	35.7	10	24.4
11-15	2	3.3	12	21.4	8	19.5
16-20	1	1.6	1	1.8	9	21.9
21-25	2	3.3	0	0.0	4	9.8
26-30	0	0.0	0	0.0	1	2.4
31-35	1	1.6	1	1.8	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	40	100
	pb.	%	pb.	%	pb.	%

T A B L A 3

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: AÑOS DE CASADOS

Matrimonios

AÑOS	ORGANICO		PSICOGENO		CONTROL	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%
1-5	30	49.2	22	39.3	9	22.0
6-10	25	41.0	20	35.7	10	24.4
11-15	2	3.3	12	21.4	8	19.5
16-20	1	1.6	1	1.8	9	21.9
21-25	2	3.3	0	0.0	4	9.8
26-30	0	0.0	0	0.0	1	2.4
31-35	1	1.6	1	1.8	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	40	100
	pb.	%	pb.	%	pb.	%

T A B L A 4

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: ESCOLARIDAD

Escola ridad	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico pb. %		psicógeno pb. %		control pb. %		orgánico pb. %		psicógeno pb. %		control pb. %	
3°	2	3.3	5	8.8	3	7.3	5	8.2	8	14.3	2	4.9
1aria	15	24.6	10	17.8	5	12.2	16	26.2	11	19.6	6	14.6
2aria	6	9.8	9	16.0	5	12.2	15	24.6	7	12.5	16	39.0
Prepa	15	24.6	12	21.4	12	29.3	17	27.9	23	41.1	12	29.3
Uni.	22	36.1	17	30.4	14	34.1	7	11.5	7	12.5	5	12.2
Post grado	1	1.6	3	5.6	2	4.9	1	1.6	0	0.0	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 1

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUESTRAS

años	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico		psicógeno		control		orgánico		psicógeno		control	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%
15-20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
21-25	4	6.6	0	0.0	2	4.9	6	9.8	3	5.4	4	9.8
26-30	12	19.7	11	19.6	10	24.4	21	34.4	17	30.0	10	24.4
31-35	23	37.7	14	25.0	7	17.1	19	31.2	15	26.8	7	17.1
36-40	13	21.3	13	23.2	5	12.2	11	10.0	14	25.0	9	22.0
41-45	7	11.5	9	16.1	10	24.4	4	6.6	5	8.9	9	21.9
46-50	1	1.6	7	12.5	5	12.2	0	0.0	0	0.0	1	2.4
51-	1	1.6	2	3.6	2	4.8	0	0.0	2	3.6	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 2

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: LUGAR DE ORIGEN

LUGAR	H O M B R E S						M U J E R E S					
	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%
D.F.	23	37.7	27	48.2	17	41.5	30	49.2	24	42.9	19	46.3
Edo. Rep.	33	54.1	23	41.1	17	41.5	25	41.0	29	51.7	16	39.1
Ext.	5	8.2	6	10.7	7	17.0	6	9.8	3	5.3	6	14.6
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 1

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUESTRAS

años	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico		psicógeno		control		orgánico		psicógeno		control	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%
15-20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
21-25	4	6.6	0	0.0	2	4.9	6	9.8	3	5.4	4	9.8
26-30	12	19.7	11	19.6	10	24.4	21	34.4	17	30.0	10	24.4
31-35	23	37.7	14	25.0	7	17.1	19	31.2	15	26.8	7	17.1
36-40	13	21.3	13	23.2	5	12.2	11	10.0	14	25.0	9	22.0
41-45	7	11.5	9	16.1	10	24.4	4	6.6	5	8.9	9	21.9
46-50	1	1.6	7	12.5	5	12.2	0	0.0	0	0.0	1	2.4
51-	1	1.6	2	3.6	2	4.8	0	0.0	2	3.6	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 2

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: LUGAR DE ORIGEN

LUGAR	H O M B R E S						M U J E R E S					
	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%
D.F.	23	37.7	27	48.2	17	41.5	30	49.2	24	42.9	19	46.3
Edo. Rep.	33	54.1	23	41.1	17	41.5	25	41.0	29	51.7	16	39.1
Ext.	5	8.2	6	10.7	7	17.0	6	9.8	3	5.3	6	14.6
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 4

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: ESCOLARIDAD

Escola ridad	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico		psicógeno		control		orgánico		psicógeno		control	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%
3°	2	3.3	5	8.8	3	7.3	5	8.2	8	14.3	2	4.9
1aria	15	24.6	10	17.8	5	12.2	16	26.2	11	19.6	6	14.6
2aria	6	9.8	9	16.0	5	12.2	15	24.6	7	12.5	16	39.0
Prepa	15	24.6	12	21.4	12	29.3	17	27.9	23	41.1	12	29.3
Uni.	22	36.1	17	30.4	14	34.1	7	11.5	7	12.5	5	12.2
Post grado	1	1.6	3	5.6	2	4.9	1	1.6	0	0.0	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 1

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUESTRAS

años	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico		psicógeno		control		orgánico		psicógeno		control	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%
15-20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
21-25	4	6.6	0	0.0	2	4.9	6	9.8	3	5.4	4	9.8
26-30	12	19.7	11	19.6	10	24.4	21	34.4	17	30.0	10	24.4
31-35	23	37.7	14	25.0	7	17.1	19	31.2	15	26.8	7	17.1
36-40	13	21.3	13	23.2	5	12.2	11	10.0	14	25.0	9	22.0
41-45	7	11.5	9	16.1	10	24.4	4	6.6	5	8.9	9	21.9
46-50	1	1.6	7	12.5	5	12.2	0	0.0	0	0.0	1	2.4
51-	1	1.6	2	3.6	2	4.8	0	0.0	2	3.6	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 2

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: LUGAR DE ORIGEN

LUGAR	H O M B R E S						M U J E R E S					
	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%
D.F.	23	37.7	27	48.2	17	41.5	30	49.2	24	42.9	19	46.3
Edo. Rep.	33	54.1	23	41.1	17	41.5	25	41.0	29	51.7	16	39.1
Ext.	5	8.2	6	10.7	7	17.0	6	9.8	3	5.3	6	14.6
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 1

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUESTRAS

años	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico		psicógeno		control		orgánico		psicógeno		control	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%	pb.	%
15-20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
21-25	4	6.6	0	0.0	2	4.9	6	9.8	3	5.4	4	9.8
26-30	12	19.7	11	19.6	10	24.4	21	34.4	17	30.0	10	24.4
31-35	23	37.7	14	25.0	7	17.1	19	31.2	15	26.8	7	17.1
36-40	13	21.3	13	23.2	5	12.2	11	10.0	14	25.0	9	22.0
41-45	7	11.5	9	16.1	10	24.4	4	6.6	5	8.9	9	21.9
46-50	1	1.6	7	12.5	5	12.2	0	0.0	0	0.0	1	2.4
51-	1	1.6	2	3.6	2	4.8	0	0.0	2	3.6	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 2

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: LUGAR DE ORIGEN

LUGAR	H O M B R E S						M U J E R E S					
	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%	ORGANICO pb.	%	PSICOGENO pb.	%	CONTROL pb.	%
D.F.	23	37.7	27	48.2	17	41.5	30	49.2	24	42.9	19	46.3
Edo. Rep.	33	54.1	23	41.1	17	41.5	25	41.0	29	51.7	16	39.1
Ext.	5	8.2	6	10.7	7	17.0	6	9.8	3	5.3	6	14.6
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 3

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: AÑOS DE CASADOS

Matrimonios

AÑOS	ORGANICO		PSICOGENO		CONTROL	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%
1-5	30	49.2	22	39.3	9	22.0
6-10	25	41.0	20	35.7	10	24.4
11-15	2	3.3	12	21.4	8	19.5
16-20	1	1.6	1	1.8	9	21.9
21-25	2	3.3	0	0.0	4	9.8
26-30	0	0.0	0	0.0	1	2.4
31-35	1	1.6	1	1.8	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	40	100
	pb.	%	pb.	%	pb.	%

T A B L A 3

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: AÑOS DE CASADOS

Matrimonios

AÑOS	ORGANICO		PSICOGENO		CONTROL	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%
1-5	30	49.2	22	39.3	9	22.0
6-10	25	41.0	20	35.7	10	24.4
11-15	2	3.3	12	21.4	8	19.5
16-20	1	1.6	1	1.8	9	21.9
21-25	2	3.3	0	0.0	4	9.8
26-30	0	0.0	0	0.0	1	2.4
31-35	1	1.6	1	1.8	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	40	100
	pb.	%	pb.	%	pb.	%

T A B L A 3

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: AÑOS DE CASADOS

Matrimonios

AÑOS	ORGANICO		PSICOGENO		CONTROL	
	pb.	%	pb.	%	pb.	%
1-5	30	49.2	22	39.3	9	22.0
6-10	25	41.0	20	35.7	10	24.4
11-15	2	3.3	12	21.4	8	19.5
16-20	1	1.6	1	1.8	9	21.9
21-25	2	3.3	0	0.0	4	9.8
26-30	0	0.0	0	0.0	1	2.4
31-35	1	1.6	1	1.8	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	40	100
	pb.	%	pb.	%	pb.	%

T A B L A 4

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: ESCOLARIDAD

Escola ridad	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico pb. %		psicógeno pb. %		control pb. %		orgánico pb. %		psicógeno pb. %		control pb. %	
3°	2	3.3	5	8.8	3	7.3	5	8.2	8	14.3	2	4.9
1aria	15	24.6	10	17.8	5	12.2	16	26.2	11	19.6	6	14.6
2aria	6	9.8	9	16.0	5	12.2	15	24.6	7	12.5	16	39.0
Prepa	15	24.6	12	21.4	12	29.3	17	27.9	23	41.1	12	29.3
Uni.	22	36.1	17	30.4	14	34.1	7	11.5	7	12.5	5	12.2
Post grado	1	1.6	3	5.6	2	4.9	1	1.6	0	0.0	0	0.0
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 5
PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: OCUPACION

Ocupación	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico pb.	%	psicógeno pb.	%	control pb.	%	orgánico pb.	%	psicógeno pb.	%	control pb.	%
Obrero	2	3.3	2	3.6	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0
empleado	17	27.9	11	19.6	6	14.6	7	11.5	1	1.8	4	9.8
profesión	24	39.3	20	35.7	18	43.9	4	6.6	5	8.9	3	7.3
comercio	8	13.1	18	32.2	14	34.1	3	4.9	1	1.8	2	4.0
hogar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	45	73.8	44	78.6	27	65.8
otra	10	16.4	5	8.9	3	7.4	1	1.6	5	8.9	5	12.2
TOTAL	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 6

PUNTAJE BRUTO Y PORCENTAJES: INGRESOS

Ingresos	H O M B R E S						M U J E R E S					
	orgánico pb.	%	psicógeno pb.	%	control pb.	%	orgánico pb.	%	psicógeno pb.	%	control pb.	%
0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	42	68.8	44	78.6	30	73.2
0												
999	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.3	4	7.1	2	4.9
1000												
3999	10	16.4	11	19.6	1	2.4	10	16.4	6	10.7	6	7.3
4000												
7999	23	37.7	17	30.4	16	39.0	3	4.9	0	0.0	3	0.0
8000												
11999	8	13.1	10	17.9	10	24.4	4	6.9	2	3.6	0	0.0
12000												
15999	11	18.0	9	16.1	8	19.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
16000												
19999	6	9.8	5	8.9	2	4.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20000												
24999	0	0.0	2	3.6	2	4.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25000												
o más	3	4.9	2	3.6	2	4.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
T o t a l	61	100	56	100	41	100	61	100	56	100	41	100

T A B L A 7

t FISCHER

ESCALA	MEDIAS DE LOS GRUPOS			ERROR ENTRE SUJETOS		
	MEDICO X	PSICOLOGICO X	CONTROL X	Ms error	F	P
L	60.623	61.339	54.524	124.824	10.212	< .001
F	54.156	54.375	59.085	101.334	6.988	.001
K	56.975	57.268	52.354	84.611	8.166	< .001
1	56.836	55.384	58.512	161.105	1.442	.240
2	59.680	59.187	65.402	113.450	9.562	< .001
3	56.328	55.518	57.463	94.105	< 1	--
4	55.041	53.964	60.378	127.309	8.434	.001
5	58.738	57.937	58.110	65.195	< 1	--
6	53.631	55.941	54.951	108.563	< 1	--
7	53.426	53.339	55.756	80.710	2.118	.124
8	56.631	55.911	59.512	166.655	1.987	.141
9	55.590	53.161	57.756	124.785	4.077	.019
0	51.418	52.955	54.268	55.700	3.676	.028

T A B L A 8
ANALISIS DE VARIANZA

Media y desviación estándar
Varones

	orgánico		psicógeno		control	
	medias	desviación	medias	desviación	medias	desviación
L	59.885	10.081	59.821	10.237	53.415	7.887
F	54.443	7.177	55.286	9.429	58.780	9.873
K	56.164	8.351	57.750	8.030	53.097	9.825
1	56.836	10.364	59.054	11.367	58.878	14.271
2	61.852	10.504	62.339	8.552	65.892	12.214
3	56.541	8.592	58.411	8.373	56.927	10.284
4	54.705	7.729	55.928	8.998	60.585	11.565
5	59.508	8.259	60.107	5.858	59.268	8.062
6	53.295	8.013	56.000	9.550	53.805	10.210
7	53.984	7.969	56.161	8.038	56.707	11.180
8	56.229	9.420	57.339	10.998	58.878	14.772
9	56.098	8.638	53.964	9.652	58.585	11.305
0	49.262	6.295	51.160	6.392	53.146	7.660

T A B L A 9
 ANALISIS DE VARIANZA
 Medias y desviación estándar
 Mujeres

Escala	orgánico		psicógeno		control	
	medias	desviación	medias	desviación	medias	desviación
L	62.360	10.660	62.857	10.237	55.634	7.886
F	53.868	6.776	53.464	7.610	59.390	10.984
K	57.786	6.372	56.785	7.822	51.609	8.315
1	56.836	10.278	51.714	8.110	58.146	13.719
2	57.508	7.566	56.036	7.531	64.976	12.342
3	56.114	8.809	52.625	6.882	58.000	10.284
4	55.377	9.633	52.000	9.740	60.170	13.475
5	57.967	9.005	55.768	8.377	56.951	8.062
6	53.967	9.943	54.982	9.566	56.097	10.986
7	52.868	7.354	50.518	8.038	54.804	11.180
8	57.032	9.576	54.482	10.998	60.146	14.771
9	55.081	9.004	52.357	9.652	56.926	11.304
0	53.574	7.283	54.750	6.284	55.390	8.408

T A B L A 10

ANALISIS DE VARIANZA

Medias y desviación estándar
Diferencias al cuadrado con retención de signo

MATRIMONIOS

Escala	orgánico		psicógeno		control	
	medias	desviación	medias	desviación	medias	desviación
L	-41.902	264.854	-45.500	295.699	-34.463	126.077
F	7.656	106.886	42.786	198.951	-13.829	228.018
K	-18.279	134.458	28.821	170.613	21.244	121.145
1	- 3.869	245.055	184.196	393.612	-38.976	485.792
2	79.811	209.716	118.946	232.459	-45.146	452.881
3	- 6.426	254.226	88.786	240.199	-42.537	224.868
4	-12.082	280.310	69.571	230.788	-25.926	353.904
5	61.672	337.280	54.982	219.151	37.244	340.640
6	-10.049	240.487	21.161	234.890	-37.219	301.603
7	21.869	183.604	91.714	183.434	45.171	446.860
8	-35.623	201.048	67.036	252.107	- 9.317	655.614
9	4.754	197.014	46.071	210.928	84.780	383.541
0	-61.164	138.022	-49.125	121.410	-27.171	201.429

T A B L A 11

CONFIGURACION

Elevación de dos o más escalas \geq 70

VARONES

Escala	orgánico	por ciento	psicógeno-	por ciento	control	por ciento
1-2	3	.049	3	.054	0	.000
1-3	2	.033	2	.036	0	.000
1-8	0	.000	3	.054	1	.024
2-0	1	.016	2	.036	3	.073
2-1	4	.066	1	.018	2	.049
2-3	4	.066	4	.071	1	.024
2-4	1	.016	1	.018	2	.049
2-5	5	.082	4	.071	2	.049
2-7	3	.049	4	.071	3	.073
3-2	2	.033	1	.018	0	.000
3-5	2	.033	1	.018	0	.000
4-1	0	.000	1	.000	2	.049
4-2	0	.000	0	.000	2	.049
5-1	2	.033	0	.018	0	.000
5-2	2	.033	1	.036	1	.024
5-3	1	.016	2	.036	0	.000
5-4	0	.000	2	.018	1	.024
5-6	2	.033	1	.036	1	.024
5-9	5	.082	2	.018	2	.049
6-8	2	.033	1	.054	0	.000
7-2	0	.000	3	.036	0	.000
8-2	0	.000	2	.000	1	.024
9-4	3	.049	0	.018	0	.000
9-5	2	.033	1		2	.049

T A B L A 12

CONFIGURACION

Elevación de dos o más escalas - 70

MUJERES

escala	orgánico	por ciento	psicógeno	por ciento	control	por ciento
0-2	1	.016	2	.036	1	.024
0-5	2	.033	3	.054	0	.000
0-8	2	.033	0	.000	0	.000
0-9	2	.033	0	.000	0	.000
2-0	1	.016	2	.036	4	.098
2-1	2	.033	2	.036	1	.024
2-3	2	.033	1	.018	1	.024
2-4	0	.000	2	.036	0	.000
2-5	1	.016	1	.018	2	.049
2-6	0	.000	2	.036	1	.024
2-8	1	.016	0	.000	2	.049
3-1	3	.049	0	.000	1	.024
3-2	1	.016	2	.036	1	.024
3-5	2	.033	0	.000	0	.000
4-2	0	.000	1	.018	2	.049
4-6	1	.016	2	.036	0	.000
5-0	3	.049	2	.036	1	.024
5-2	6	.098	1	.018	4	.098
5-3	0	.000	2	.036	0	.000
5-4	1	.016	2	.036	0	.000
5-6	3	.049	3	.054	1	.024
5-8	4	.067	1	.018	0	.000
5-9	0	.000	1	.018	2	.049
6-8	0	.000	3	.054	0	.000
6-9	2	.033	1	.018	0	.000
8-2	0	.000	2	.036	0	.000
8-4	0	.000	0	.000	3	.073
8-9	2	.033	0	.000	1	.024
9-4	1	.016	1	.018	4	.098
9-5	1	.016	2	.036	0	.000
9-6	0	.000	3	.054	0	.000