



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PAREJA
ESTERIL ANTE LA INSEMINACION
HETEROLOGA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

ANDREA GONZALEZ LOPERENA

MARIA TERESA ROBLES HERNANDEZ

ASESORA : LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA C.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	Pag
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
ANTECEDENTES.....	5
FISIOLOGIA DE LA REPRODUCCION.....	10
PROCESO DE LA PAREJA.....	20
ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA PAREJA ESTERIL.....	27
METODO.....	37
RESULTADOS.....	44
ANALISIS DINAMICO E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS..	48
DISCUSION.....	66
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	75
REFERENCIAS.....	78
TABLAS Y GRAFICAS.....	85
ANEXO.....	110

RESUMEN

Se evaluaron 25 parejas con edad entre 21 y 47 años, con esterilidad definitiva del varón, las cuales solicitaron ingresar al programa de inseminación heteróloga. El 92% de las parejas consultó por esterilidad primaria y el 60% tenía más de 3 años de esterilidad. El 80% de los varones presentó azoospermia, el 12% impotencia y el 8% oligo-astenospermia severa. A cada miembro de la pareja se le aplicó la prueba de inteligencia de Wechsler (WAIS), la prueba de la figura humana (MACHOVER), el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI), y el test de apercepción temática (TAT). Para procesar los datos obtenidos se realizó un análisis de diferencias estadísticas entre hombres y mujeres en cada una de las pruebas psicológicas aplicadas, a excepción del TAT en el cual se realizó únicamente un análisis psicodinámico. En el WAIS se encontró que el 92% de las parejas, estaban dentro de la normalidad. En el MACHOVER existieron indicadores no cuantificables que se interpretaron clínicamente, encontrando que tanto el hombre como la mujer presentaban una diferenciación psicosexual basada en elementos externos y se sentían inferiores e incompletos. Sólo en el MMPI se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de depresión ($p < 0.05$), observando que las mujeres presentaban mayor depresión que los hombres; de paranoia ($p < 0.01$), encontrando que las mujeres eran menos desconfiadas que los hombres, y de sociabilidad ($p < 0.01$), lo cual implica que las mujeres presentaban mayor posibilidad de relación y contacto social. Con respecto al TAT se observó que ambos miembros de la pareja mostraban un autoconcepto devaluado, depresión, insatisfacción y tendencia a negar su problemática pero aludiendo a los hijos como una forma de mantener unida a la pareja; los dos perciben al

2.

hombre atrapado y a la mujer dependiente y contemplativa. Este trabajo demuestra que existen aspectos de la personalidad que se pueden poner de manifiesto con la utilización de algunas pruebas psicológicas para un mejor manejo de las parejas con trastornos de fertilidad.

INTRODUCCION

En la medida en que se ha trabajado evaluando a las parejas con trastornos de la fertilidad en las que la esterilidad es por una alteración definitiva del varón y que aspiran a ingresar al programa de inseminación heteróloga, en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, se ha observado que el estudio de las características psicológicas de éstas resulta de suma importancia, pues el impacto del diagnóstico de esterilidad hace que en ellas aflore una serie de sentimientos que desencadenan una comprensible depresión unida a preguntas como: ¿Qué es lo que está mal en mí?, ¿por qué yo?, ¿acaso Dios me ha castigado?...etc.

La situación de la pareja se traduce en inestabilidad emocional y angustia, en la cual alternan períodos contradictorios de frustración y optimismo (1), acentuándose cuando se encuentran con médicos poco éticos, los cuales les prometen éxito en los tratamientos (en ocasiones no los más adecuados), cobrándoles elevadas cantidades de dinero que en la mayoría de los casos no pueden pagar, viéndose obligados a abandonar esos tratamientos con mucha desilusión, frustración y enojo.

Las parejas no pueden aceptar la realidad y con frecuencia cambian de médico con las esperanzas de obtener un mejor resultado. Una vez que han comprobado que no lo hay deben tomar una de las siguientes alternativas: a) resignarse a no tener hijos, b) adopción y c) inseminación heteróloga. Las parejas no toleran la primera opción, pues la sociedad en la que vivimos tiene la concepción de la familia con hijos. Por otro lado, el problema de la adopción se ha agudizado, podría pensarse que el uso de métodos anticonceptivos y la práctica del aborto han limitado la "disponibilidad de niños"; sin embargo el mayor

obstáculo es la espera de muchos años y las restricciones y regulaciones que con frecuencia se presentan en las instituciones de adopción que desalientan o descalifican a las parejas, quedándoles como única alternativa la inseminación heteróloga en la cual se presenta la experiencia del embarazo y la vivencia del parto, así como también el parecido del producto con la madre.

Después de haber atravesado por toda esta serie de experiencias y una vez que se han decidido por la inseminación artificial con donador o heteróloga, los miembros de la pareja se muestran ansiosos de una rápida y veraz respuesta a su petición, y por lo mismo, en el mejor de los casos, mantienen una actitud positiva y cooperan durante todo el proceso de evaluación psicológica. Sin embargo, algunas parejas se resisten a cooperar durante la evaluación, ya que es una situación que viven no como un apoyo a su problemática, sino como un requisito más para poder ingresar al programa de inseminación heteróloga. También se observa que algunos varones se resisten a cooperar más que las mujeres. Dicha actitud ha sido explicada por Mahlstedt (2) como el resultado de la exagerada y constante demanda de atención por parte de las mujeres, en su afán de involucrar al hombre en su dolor.

Por todo lo anterior, la presente investigación pretende aportar datos psicológicos sobre el conocimiento de la pareja con trastornos de fertilidad ante la toma de una decisión importante en la vida, como lo es la inseminación heteróloga. Al considerar la trascendencia emocional y cultural ante tal decisión, se observa que existen valores en nuestra sociocultura que podrían estar implicados al replantear los métodos alternativos a la concepción de la pareja que presenta problemas de fertilidad.

ANTECEDENTES

El estudio de los factores psicológicos en la esterilidad se inició hace muchos años, ya que en 1942 el número de aportes al tema fue suficiente para que Kelley hiciera la primera revisión de la literatura. Posteriormente aparecen los estudios de Helen Deutsch y T. Benedek, y en 1948 el trabajo de Cárcamo y M. Langer (3).

Hace unos 20 años se pensaba que un porcentaje elevado de casos de esterilidad eran causados por factores emocionales, porque las parejas estériles eran descritas como poseedoras de rasgos típicos de personalidad que originaban la imposibilidad de concebir (3).

En 1962, Schlossberg y Blejer (3), estudiaron a 140 mujeres que consultaban por esterilidad y encontraron que el 50% tenía una personalidad infantil o fóbica, con estructuras inmaduras fijadas a una etapa muy regresiva de su desarrollo.

Platt comenta que la mayoría de las discusiones que se refieren a la esterilidad femenina, sugieren que existen factores como inmadurez emocional, dependencia oral, ambivalencia y agresividad involucrados en la esterilidad (4).

Algunos intentos de investigación, carentes de sistematización, se basaron muchas veces en informes de casos psicoanalíticos, llegando a ser francamente especulativos (5), ya que existen problemas metodológicos en la mayoría de los estudios realizados por Richardson (1962), Dunne (1975), Allison (1976) y aún Holtz (1983) y por lo mismo, es difícil descifrar si ciertas características psicológicas

predisponen a la pareja para ser estéril o si la esterilidad produce problemas psicológicos. Al respecto, Noyes y Chapnick en 1964 (5), informan que no se encontró evidencia contundente de que un factor psicológico específico pueda afectar la fertilidad de una pareja normal.

Actualmente, gracias a un mayor conocimiento de la Psicología y de la Neuroendocrinología, se han reducido los casos de esterilidad que se pensaba eran debidos a factores psicológicos y que conforme se ha incrementado el conocimiento biomédico pueden encontrarse con mayor facilidad causas fisiopatológicas en algunos casos de esterilidad; lo que no excluye la posibilidad de que opere en algunos casos un mecanismo psicossomático como causa única del problema de fertilidad.

Y aunque no existe suficiente información sobre este factor obviamente importante, Seibel y Taymor en 1982 (6); informaron que existe un 5% de probabilidad de que los factores emocionales sean vistos como causa única de la esterilidad, lo mismo que Rantala y Koskimies (1988) (7).

Se ha estimado que hasta un 10% de los casos de trastornos de la fertilidad pueden ser parcial o completamente explicados con base en la disfunción sexual masculina (8). Al respecto, Drake y Grunert (1979) (9), realizaron una investigación en la que 5 (10%) de 51 parejas que fueron programadas a un examen post-coital de rutina, como parte de su evaluación de esterilidad, manifestaron grados de disfunción sexual a la mitad del ciclo. Por estándares comunes, estas parejas no presentan un criterio clínico significativo de disfunción sexual, ya que ocurrió en menos del 25% de los casos.

Por otro lado, la tensión ha sido contemplada como un componente en los problemas de fertilidad, ya que puede ser un factor que inhiba la procreación y dentro de estas circunstancias se ha considerado que la adopción puede remover la tensión y cambiar la fisiología reproductiva. Al respecto, Arronet en 1974 (10), estudió 533 parejas estériles, de las cuales 133 adoptaron en un periodo de nueve años; la incidencia de embarazo después de la adopción fue de 20% y entre quienes no adoptaron la proporción de embarazo fue de 66%. Los autores concluyeron que la especulación acerca de la adopción para facilitar el embarazo no tiene ningún fundamento y el valor terapéutico de la adopción respecto a la concepción no está suficientemente apoyado.

Hasta 1973 la mayoría de los estudios clínicos se habían preocupado principalmente por la esterilidad en mujeres y habían sugerido que diversos factores emocionales de las mujeres, estaban involucrados en su problema de fertilidad. En dichos trabajos fue en donde se inició el uso de pruebas psicológicas para determinar los factores emocionales encontrados. Entre estos estudios se encuentran los de Eisner, Carrz y Grimm (citados en Platt), quienes confirmaron la impresión clínica de que la mujer estéril a diferencia de la mujer fértil, por lo general está más alterada emocionalmente (4).

Platt (1973) (4), utilizó también pruebas psicológicas en un estudio realizado para difundir el conocimiento de los aspectos psicológicos de la esterilidad tanto en hombre como en mujeres. Fueron evaluadas varias hipótesis de la personalidad y del autoconcepto de hombres y mujeres estériles encontrando que los individuos con trastornos de la fertilidad creen que los eventos emocionales de sus vidas están bajo el control de fuerzas externas caprichosas, más que bajo el control de sus propias capacidades, tienen discrepancia significativa entre la

percepción de su yo real y su yo ideal y difieren de las personas fértiles en un gran número de dimensiones de la personalidad, muestran mayor evidencia de disturbios emocionales, resaltando que las mujeres estériles presentan mayor neurotismo y ansiedad que los hombres.

Con respecto al impacto intrapersonal e interpersonal del diagnóstico y el tratamiento de la esterilidad. Daniluk (1988) (13) realizó un estudio exploratorio y longitudinal, tratando de dar respuesta al déficit de estudios experimentales rigurosos; trabajó con 43 parejas, quienes consultaban por primera vez sobre su trastorno de fertilidad. El estudio se realizó para determinar si ocurren cambios en la relación marital, en la satisfacción sexual y en los niveles de angustia psicológica en las parejas participantes, mientras progresaban las investigaciones médicas de su esterilidad, así como el impacto del diagnóstico y el tratamiento de la misma. Los cambios fueron evaluados basándose en sexo, información diagnóstica etiología de la esterilidad y la utilización de pruebas como el inventario multifásico de la personalidad (MMPI), la escala de cambios en la reacción (RCS), el cuestionario del hospital de Middlesex, el índice de satisfacción sexual (ISS), el test de ajuste marital (MAT), el índice general de sintomatología (GSI) y el SCL-90-R; además se tuvo en cuenta el tiempo invertido tratando de concebir. Los resultados indicaron que las parejas experimentaban angustia significativa durante la entrevista médica inicial y en el momento del diagnóstico, la cual fue disminuyendo conforme avanzaba la investigación médica.

Por medio de este revisión se confirma la importancia que tiene el estudio de los aspectos psicológicos de la esterilidad, con el fin de entender mejor su impacto en la vida de estas personas, quienes sufren

la esterilidad no sólo como entes individuales, sino ante todo como pareja.

FISIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Es necesario conocer algunos aspectos de la endocrinología para facilitar el entendimiento del funcionamiento normal de la reproducción humana y de cualquier tipo de trastorno en ella.

Las glándulas endocrinas incluyen diversas estructuras, sin embargo, para el presente estudio nos limitaremos a los órganos sexuales (ovarios y testículos) y a la hipófisis, la cual regula la secreción de las otras glándulas endocrinas.

A la hipófisis se le ha llamado "glándula maestra" porque vierte hormonas a la corriente sanguínea, las cuales estimulan a otras glándulas endocrinas para producir hormonas específicas. Dos hormonas hipofisarias, llamadas gonadotropinas, son de gran interés porque estimulan las gónadas: la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH). En la mujer la FSH y la LH estimulan los ovarios para la foliculogénesis o producción de oocitos, y para que produzcan y secreten las hormonas sexuales femeninas, los estrógenos y la progesterona. En el varón, la FSH regula la espermatogénesis o producción de espermatozoides, y la LH estimula las células intersticiales para la elaboración y secreción de testosterona (12).

Proceso de la espermatogénesis

En el interior del túbulo seminífero se encuentra el tejido germinal que contiene dos tipos de células, la espermatogonía y las células de Sertoli, cuya función es nutrir a los espermatozoides en las diferentes etapas del desarrollo.

En la primera etapa del proceso de espermatogénesis se dividen los cromosomas de la espermatogonia longitudinalmente (mitosis) 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 desplaza hasta la parte central del túbulo y tiene una división reductora (meiosis), de la que se obtendrán dos espermatocitos secundarios con 22 cromosomas cada uno, más un cromosoma Y en unos y un cromosoma X en el otro. De esta manera se forman el mismo número de espermatozoides Y y X. Los espermatocitos secundarios vuelven a sufrir otra división que corresponde a la última fase de células primitivas. De esta división surgen las espermátides que crecen y maduran hasta llegar a espermatozoides (13).

Proceso de la foliculogénesis y producción hormonal

La pubertad en la mujer empieza entre los nueve y los doce años de edad generalmente. La secreción de estrógenos aumenta durante la pubertad mediando los cambios físicos externos e internos, y asume un patrón cíclico de secreción que resulta en el sangrado periódico denominado menstruación. El primer sangrado menstrual se llama menarca. En los primeros años después de la menarca, los ciclos menstruales de una mujer joven pueden ser de una duración irregular, pero a los 18 ó 20 años su período adopta un cierto ritmo, aproximadamente de 26 a 34 días con una media de 28. La duración del sangrado fluctúa entre tres y siete días en la mayoría de las mujeres.

Las fases del ciclo menstrual están básicamente reguladas por hormonas. La primera se llama proliferativa, en la cual el endometrio crece. Esta fase dura 14 días en un ciclo de 28. En esta época la hipófisis secreta FSH que aumenta la producción de estrógenos ováricos, los

cuales estimulan el crecimiento del nuevo endometrio; asimismo, la FSH estimula la maduración de uno de los folículos ováricos, el cual se romperá durante la ovulación en respuesta al estímulo de una mayor producción de LH por la hipófisis.

El periodo después de la ovulación se llama fase secretora del ciclo menstrual. El cuerpo lúteo produce estrógenos y progesterona, y bajo la influencia de estas hormonas las glándulas del endometrio producen un líquido nutritivo para el óvulo que se dirige a la cavidad uterina.

Si no se presenta la fecundación, viene la menstruación, es decir, el desprendimiento del endometrio a través del cuello uterino y la vagina (12).

Causas de esterilidad en la mujer

Entre las causas más comunes de esterilidad en la mujer está la anovulación o falta de ovulación. Esta puede relacionarse con deficiencias hormonales (hipofisarias, tiroideas, ováricas o suprarrenales) u otros factores tales como desnutrición o estrés psicológico. Las infecciones pueden causar esterilidad al destruir las trompas y dejar secuelas que impidan el paso a los espermatozoides y óvulos hasta el sitio de la fertilización (14).

Una mujer puede, sin darse cuenta, estar impidiendo la concepción al usar ciertas duchas comerciales o desodorantes vaginales que contienen productos químicos que destruyen o inhiben la movilidad de los espermatozoides (12).

Trastornos reproductivos en el hombre

Los espermatozoides se producen durante todos los años de la reproducción y el hombre sano es fértil en cualquier época. Este fenómeno corresponde a la secreción de testosterona por los testículos, pero pueden ocurrir variaciones en algunas situaciones.

Frecuentemente el problema es una cuenta espermática baja, la cual puede ser producto de varios factores. Por razones de índole práctica se ha clasificado el factor masculino de esterilidad en cuatro subgrupos (15):

- a) **Factor pretesticular.** Lo constituyen las lesiones que alteran al hipotálamo y la hipófisis, y por ende, la estimulación gonadotrófica al testículo.
- b) **Factor testicular.** Las lesiones que afectan el testículo, las cuales pueden ser totales o parciales. Cuando la lesión es total están afectadas las dos funciones de la glándula (esteroidogénesis y espermatogénesis), en tanto cuando es parcial alguna de las dos funciones está alterada.
- c) **Factor posttesticular.** Las causas que pueden originar obstrucción, las cuales incluyen agenesia de conductos deferentes y vesículas seminales, obstrucción congénita o adquirida de la vía espermática, infecciones de los conductos espermáticos, causas inmunológicas y trastornos eyaculatorios.
- d) **Factor espermático.** Incluye causas metabólicas, morfológicas y fecundantes.

Dentro de cualquiera de estos factores y dependiendo del grado de alteración que los produzcan, se pueden tener pacientes con azoospermia, oligospermia, astenospermia, teratospermia, necrozoospermia e hipozoospermia, o una combinación de ellos (16). Estos términos se definen de la siguiente manera (17):

Azoospermia.-	Ausencia de espermatozoides.
Oligospermia.-	Disminución del número de espermatozoides en el plasma seminal.
Astenospermia.-	Disminución de la movilidad de los espermatozoides en el semen.
Oligo-astenospermia.-	Disminución en el número y la movilidad de los espermatozoides.
Teratospermia.-	Presencia aumentada de formas anormales de espermatozoides.
Necrozoospermia.-	La totalidad de los espermatozoides muertos.
Hipozoospermia.-	Disminución en el volumen del semen.

Una vez que una pareja se ha sometido a las pruebas de laboratorio necesarias y se le ha diagnosticado un problema de esterilidad que pueda corregirse, el médico determina cuál es el tipo de tratamiento adecuado para esa pareja. En el presente estudio se tomaron en cuenta las parejas con alteración del factor masculino en las que la inseminación heteróloga es el método más adecuado.

Para entender un poco más acerca de la esterilidad y la inseminación heteróloga se procede a definir los términos más utilizados.

Esterilidad e Infertilidad

Algunos autores hacen una diferenciación entre esterilidad e infertilidad y otros los emplean como sinónimos; sin embargo, para el presente trabajo se hará la diferencia de estos términos.

Ruiz Velasco (18) hace la siguiente distinción: "Esterilidad es la incapacidad de una pareja para concebir... se diferencia de la infertilidad en que ésta es la incapacidad de una pareja para llevar a buen término el producto de una concepción".

Cooper (19) hace esta diferencia: "La infertilidad implica un estado reversible, mientras que la esterilidad está relacionada a una condición basada en patología orgánica". Al parecer, en esta definición el término esterilidad se maneja cuando la patología orgánica no es reversible.

En la literatura latina, la pareja infértil es aquella que tiene abortos repetidos, mientras que una pareja estéril es aquella que luego de un año de relaciones sexuales frecuentes (2 a 4 por semana), sin medidas anticonceptivas, no logran el embarazo.

La esterilidad es primaria si hasta ese momento no se ha logrado ninguna gestación, o secundaria si la pareja tiene el antecedente de algún embarazo previo.

La esterilidad es absoluta cuando la causa que la determina es definitiva e irreversible, situación cada vez menos frecuente gracias al incesante avance de los conocimientos y la tecnología, en tanto que es relativa cuando las causas que la provocan son susceptibles de

tratamiento y corrección (3).

Inseminación artificial

La inseminación artificial se define como la aportación del eyaculado del varón al aparato genital femenino, realizada sin contacto sexual; constituye un procedimiento terapéutico para resolver algunos problemas de parejas estériles que desean procrear sus propios hijos (18).

La inseminación artificial puede ser de varios tipos (20):

- a) Inseminación in vitro
- b) Inseminación homóloga
- c) Inseminación heteróloga

Estos tres tipos de inseminación aunque tienen una raíz común presentan grandes diferencias, tanto en los aspectos médicos como en los legales, religiosos, culturales, éticos y psicológicos (21).

La inseminación o fertilización in vitro consiste en extraer oocitos mediante laparoscopia o aspiración por ecografía, para luego colocarlos en una cápsula y agregarles espermia. Después de unos días de incubación, se ubican en el útero (22).

Se habla de inseminación homóloga cuando el semen del esposo es usado al efectuar el procedimiento.

La inseminación es heteróloga cuando el semen del varón es anormal y se requiere espermia de otra persona (20). Durante las dos últimas

décadas, la inseminación heteróloga ha incrementado su frecuencia como solución para la esterilidad por factor masculino. Esto proviene de una actitud más liberal acerca de la propia intervención, la cual ha resultado moral y socialmente aceptable para un número creciente de parejas estériles (23). Sin embargo, sus implicaciones psicológicas están aún bajo escrutinio científico, siendo que el principal problema de la inseminación heteróloga no parece ser de naturaleza clínica, sino principalmente de tipo legal y psicológico (24).

Los casos en que se solicita semen de donador pueden resumirse en tres situaciones especiales:

- a) Esterilidad absoluta del varón
- b) Problemas genéticos en el varón
- c) Sensibilización Rh grave (varón Rh positivo homocigote)

En la práctica, su empleo casi se circunscribe a la esterilidad del varón; en estos casos es importante demostrar que la esterilidad masculina es irreversible.

Existen varias técnicas para la inseminación heteróloga:

- a) Intrauterina
- b) Intracervical
- c) Cervical con jeringa
- d) Con capuchón (modificada)

En la actualidad se utiliza de rutina la técnica modificada del capuchón. En esta técnica se coloca a la paciente en posición ginecológica, introduciendo un espejo vaginal estéril y seco, sin aseo

vaginal; se deposita el semen recientemente emitido directamente en el capuchón, tomando el borde superior de éste con una pinza uterina y procediendo a colocarlo en su sitio, de tal manera que el borde posterior del capuchón quede en contacto con el lado posterior del cuello.

A continuación se coloca a la paciente durante 30 minutos en ligera posición del Trendelenburg. El capuchón se deja en el cuello uterino por 24 horas, al cabo de las cuales se retira haciendo tracción de las hebras de hilo unidas al borde de él.

Este método se prefiere porque se manipula poco el semen, se permite una exposición más duradera del cuello uterino al esperma, lo cual es de utilidad cuando el volumen del semen es pequeño.

Los mejores resultados se obtienen entre el 40. y 60. mes, cuando se realiza un promedio de dos intentos por ciclo, y se considera que el 94% de los embarazos se logran en el primer año del procedimiento. De este momento en adelante, las posibilidades de éxito descienden hasta 4% ó menos.

Se comprende fácilmente la serie de factores que se encadenan en un procedimiento como éste, cuando se perpetúa durante tanto tiempo, donde no sólo el aspecto económico es importante, sino otros como la disponibilidad de donadores debidamente estudiados y controlados, así como las múltiples situaciones emocionales y psicológicas que necesariamente se involucran.

También se comprende que el procedimiento requiere como requisito

fundamental la determinación del momento ovulatorio, con la mayor precisión posible, lo cual no siempre es factible en los ciclos menstruales (25).

Otros aspectos importantes de la inseminación heteróloga son las posibles complicaciones y peligros que puede tener la intervención. Sin embargo, la información que existe es inadecuada, ya que la mayor parte de artículos de revisión sobre el tema no mencionan este tópico; algunas series señalan una pequeña frecuencia de infección, pero se ha hecho muy poco por definir sistemáticamente este problema.

Stone (26) resume las posibles complicaciones de la siguiente manera:

- A. Complicaciones relacionadas con el procedimiento de la inseminación
 - 1. Infección
 - a) Local (enfermedad inflamatoria pélvica)
 - b) General (SIDA, enfermedades sexualmente transmitibles)
 - 2. Reacciones psicológicas
 - 3. Dolor y molestia

- B. Complicaciones relacionadas con el embarazo
 - 1. Curso y final del embarazo
 - 2. Malformaciones congénitas
 - 3. Enfermedades genéticas
 - 4. Peligro de selección o manipulación genética
 - 5. Situaciones legales

PROCESO DE LA PAREJA

De manera muy general, podemos decir que la mayoría de las parejas se integran, primero, cuando surge una atracción de una persona por otra, la cual puede o no ser correspondida. Cuando se hace recíproca, se manifiesta el enamoramiento, del cual, una de sus características es la de pugnar por hacer permanente la relación y perpetuar el vínculo entre las dos personas. Así se llega al propósito de la vida en pareja, que significa entre otras cosas una mayor intimidad (27).

Una vez constituida la pareja, la relación entre ambos requiere para su mantenimiento de tres niveles de atracción mutua: a) el nivel de atracción física, que explica que exista un gusto físico y que los acercamientos y las relaciones físicas sean gratificantes para ambos; b) el nivel de atracción intelectual, que implica la existencia de una comunicación abierta en la que los integrantes de la pareja tengan de qué hablar y compartan intereses y actividades; c) por último el nivel de atracción afectiva, que consiste en que para que una pareja exista y se desarrolle principalmente deben existir sentimientos como el amor o el cariño entre ambos (27).

Estos niveles de atracción y sentimientos se dan a conocer regularmente a la sociedad por medio del matrimonio, que puede definirse como "una relación estable en la que se permite socialmente a un hombre y a una mujer tener hijos, sin perder su reputación en la comunidad... una regular o normal cohabitación en la misma casa y cierto grado de cooperación económica" (28), en donde el derecho a tener hijos implica el derecho a las relaciones sexuales.

Johnson (29) comenta que: "... el matrimonio es cualquiera de sus

formas es virtualmente universal en la sociedad humana y particularmente se ha observado que la monogamia es la forma "ideal", ya que para nuestra sociedad la exclusividad sexual que brinda la monogamia favorece la autoestima, la seguridad del afecto y la estima de otras personas". Pero en nuestra cultura el hombre es quien con más frecuencia, goza de esta seguridad y exclusividad. Pero en realidad, un hombre vive con una mujer, de tal suerte, que la poligamia y la infidelidad siguen siendo un derecho para los hombres, en cambio casi siempre se exige fidelidad a las mujeres, mientras dure la vida en común y cuando no da buen resultado esta unión es cuando se lleva a cabo la separación, en virtud de la cual se queda la mujer con los hijos, y cada una de las dos partes es libre de casarse nuevamente.

Los humanos buscamos sobre todo amar y ser amados, existe un deseo universal y primitivo de unirse, relacionarse, pertenecer, necesitarse y ser tomado en cuenta (30). Los hombres y las mujeres pueden tener compañía fuera del matrimonio con personas que comparten intereses comunes y disfrutan su compañía. Tal compañía llena una necesidad real, pero la mayoría de la gente tiene una necesidad aún más personal: la necesidad de intimar, lo que Kennedy llamó en 1979 "la experiencia profunda de la intimidad genuina".

Las personas se casan por varios motivos, algunos son positivos, otros son reacciones negativas o circunstancias no deseadas en sus vidas. Entre los motivos positivos encontramos que la gente se casa por amor, con la esperanza de que sus vidas se enriquezcan con todo aquello que les puede brindar el amor (atención, satisfacción sexual, hijos, nivel social, pertenencia, ser necesarios y tener bienes materiales, etc.) (30-32).

Las personas quieren a menudo una clase de matrimonio diferente al de sus padres, pero lo conocido genera una fuerza poderosa. La mayoría de las personas escogen generalmente lo conocido por más incómodo que resulte y no lo desconocido, aunque aparentemente sea mucho mejor. La gente busca un matrimonio similar al de sus padres, no por herencia sino simplemente por seguir modelos familiares; pero cualquiera que sea la clase de matrimonio, en toda pareja deben ser detectables y claramente observables tres mundos, cada uno significativo, con vida propia, haciendo posible al otro (27,31). Ello se refiere básicamente al hecho indispensable de que exista cierto grado de individualidad. No importa cuánto o qué tan intenso sea el vínculo afectivo, cada uno tiene intereses, actividades, relaciones propias, en las que no necesariamente debe participar el otro y las que deben ser reconocidas y aceptadas para cada uno.

En la pareja estos mundos, el tuyo, el mío, se sobreponen dando lugar a la creación del tercer mundo: el nuestro. En algunas parejas, la superposición es tan amplia que prácticamente sofoca, ahoga e impide la existencia de los mundos individuales. Esto es negativo, dado que tarde o temprano surgirá en uno o en los dos frustración, por falta del propio espacio, de la individualidad. Por otro lado, existen parejas en las que los mundos apenas tienen contacto y por ende, ante áreas individuales muy fuertes y amplias, se ve un raquítico mundo de la misma. Esta situación también es sumamente deletérea para la pareja. Lo ideal es la existencia de los tres mundos con un equilibrio razonable, de tal manera que ninguno de ellos predomine (27).

Todo esto puede parecer utópico, pero lo importante de muchos ideales no estriba tanto en su logro absoluto a manera de utopía; lo

significativo es tener la conciencia del ideal, de la meta y de la necesidad de un trabajo personal y de ambos, para vencer y sortear las dificultades que la pareja encontrará en su camino.

Por lo que la realización plena del amor de una pareja depende de como las dos personas hagan funcionar los tres elementos. El amor puede florecer cuando hay cabida para esos tres aspectos y ninguno domina. Para entender cómo se realiza la relación amorosa se debe tener en cuenta el sentimiento de estimación que cada uno tiene de sí mismo, junto con la manera como lo expresa y las exigencias que le hace al otro, y como resultado, la manera de actuar de cada quien respecto al otro (31).

Para Satir (31) el amor es un sentimiento que existe o no existe. Aparece sin ninguna razón aparente, pero para sobrevivir y crecer tiene que ser estimulado. Los sentimientos amorosos y las atenciones que se manifiestan durante el noviazgo se realizan en el matrimonio sólo si la pareja entiende que su amor debe ser alimentado cada día. Una nutrición efectiva se relaciona con el proceso que la pareja logra establecer entre los dos.

El proceso se refiere a la forma de funcionar de sus tres mundos, consiste en las decisiones que ambos toman y la forma de actuar de acuerdo a ellas. Particularmente, de las cosas que tienen que hacer en común y que antes hacían solos como: dinero, alimentos, diversiones, trabajo y religión. El amor es el sentimiento que dá principio al matrimonio, pero el proceso es lo que lo hace funcionar (31).

Todas las parejas tienen tropiezos de cuando en cuando en el matrimonio, todas tienen su dotación de dolor, desengaño o

desavenencias. Podrán superar o no estos obstáculos, pero esto nuevamente depende del proceso que existe entre ellos (27, 31).

Con respecto a esto, existen etapas importantes, naturales y comunes, por las que atraviesa una pareja cuando van creciendo los individuos que la forman. Cada una de estas etapas significa una crisis de angustia temporal y requiere un período de ajuste, así como una nueva integración.

- La primera crisis es la concepción, el embarazo y el nacimiento del primer hijo.
- La segunda crisis sobreviene cuando el niño empieza a utilizar un lenguaje inteligible.
- La tercera crisis llega cuando el niño hace el primer contacto fuera del hogar.
- La cuarta crisis, una de las más agudas, es cuando el niño entra a la adolescencia.
- La quinta, cuando el hijo llega a convertirse en adulto y deja el hogar para independizarse.
- La sexta, cuando el joven adulto se casa.
- La séptima, es la menopausia en la mujer.
- La octava, la andropausia en el hombre.
- La novena, viene cuando los padres se convierten en abuelos.
- La última o décima llega cuando la muerte toca a uno de los cónyuges.

La familia es el único grupo social en el que muchos cambios y diferencias deben acomodarse en tan poco espacio y en tan corto tiempo. Cuando tres o cuatro de estas crisis se producen al mismo tiempo, la

vida puede resultar muy intensa y tornarse más difícil que de costumbre, aún cuando estas tensiones son normales y comunes para la mayoría de la gente (31).

Como ya se mencionó, uno de los motivos para casarse es el deseo de tener hijos, sobre todo en una sociedad como la nuestra, en donde se mantiene y fomenta la concepción de la familia con hijos, y ciertamente la aparición de los hijos es considerada como la primera crisis esperada en una pareja fértil. Sin embargo, en la población estudiada, esta primera crisis es el hecho mismo de no poder tener hijos, sumándosele otras crisis que generalmente se presentan en forma simultánea e interactuando entre sí, estas son:

- a) Enfrentarse a su problema de esterilidad.
- b) Enfrentarse a una imagen distorsionada y sentimientos de inadecuación.
- c) Enfrentarse a la presión social y familiar.
- d) El enfrentamiento entre ambos cónyuges.
- e) Búsqueda de una solución a su problema.
- f) Enfrentarse a una serie de trámites institucionales, médicos y psicológicos, lo que les hace sentir que sus vidas son invadidas y manejadas por los especialistas.
- g) El atravesar por un período de gran desilusión, frustración y enojo al no conseguir una respuesta rápida y satisfactoria a sus peticiones.

Esta serie de crisis por las que atraviesan las parejas con problemas de fertilidad son vivenciadas con mucha angustia, ansiedad y períodos depresivos (33).

El hecho de que una pareja con trastornos de la fertilidad, después de

ser sometida a tratamientos logra el embarazo y éste llegue a feliz término, representa para ellos y la familia en general, motivo de gran alegría y esperanza. Y es por eso que el producto se considera "muy valioso" para el matrimonio, en particular para la madre, tanto por razones humanas como sociales, y requiere de cuidados especiales durante la etapa prenatal y el parto, a fin de que exista el menor riesgo posible para el producto; cuanto mayor es el grado de dificultad que ha tenido el matrimonio para lograr un embarazo, mayor cuidado amerita (9).

En muchas sociedades la esterilidad es fuente de vergüenza y hasta de ostracismo social para una mujer. La incapacidad para concebir se considera base suficiente para el divorcio (como ocurre entre los judíos ortodoxos). El valor dado al hecho de tener hijos se entiende muy bien en sociedades no industriales, en las que se necesitan muchas manos para la producción (12).

Como solución a la esterilidad, en algunas tribus de Africa, el hombre puede tomar nuevas compañeras sexuales, o bien, pueden hacerlo ambos cónyuges para determinar si con un compañero diferente resulta una unión fértil. Es raro, sin embargo, que un varón se identifique públicamente como estéril, atribuyendo la esterilidad solamente a las mujeres, siendo que aproximadamente el 40% de los trastornos de la fertilidad se deben a factor masculino. Esto no sólo ocurre en dichas tribus sino también en sociedades como la nuestra (10).

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA PAREJA ESTERIL.

Parece ser que el logro de la paternidad continúa siendo para muchos hombres y mujeres una meta principal en la vida. La importancia de conseguir tal meta ha sido reforzada a través de los siglos, siendo vista la paternidad como un criterio necesario para los cumplimientos personales, la aceptación social, el logro de un estatus adulto pleno, pertenecer a algún grupo religioso, la identidad sexual y los ajustes psicológicos. La fertilidad se asume como una razón humana básica y la paternidad como una señal necesaria de evolución (11).

El proceso del diagnóstico y tratamiento de la esterilidad tiene un profundo impacto en las parejas y este impacto es mucho más grande cuando el tratamiento es prolongado y no tiene éxito (2).

La afectación psicológica empieza a desarrollarse cuando una pareja se da cuenta de que no concebirá de acuerdo a sus planes, y se pregunta qué es lo que está mal en cada uno de ellos que no pueden hacer algo tan "fácil y simple" como embarazarse (2).

Cuando el problema de esterilidad es por factor masculino, las parejas solicitan la inseminación heteróloga o algunas otras alternativas. Todas estas opciones forzan a la pareja a enfrentar ajustes y medidas que pueden ser tan difíciles como el problema original de esterilidad (34).

Los médicos son los que más que cualquier otro profesional están en contacto directo con ellos, cuando aparece la crisis aguda y la depresión, y aunque muchos médicos piensan que el manejo de sentimientos no está dentro de su campo de trabajo y tratan solamente

el problema físico, no está por demás que consideren el contexto psicosocial interior de la pareja, ya que sólo de esta manera se pueden dar un manejo y un cuidado comprensivo (34).

El médico también debe tener cuidado en no dejarse engañar por una presencia aparentemente tranquila, ya que la pareja puede tratar de ocultar su coraje, culpa, frustración y/o depresión. Probablemente los miembros de la pareja no se sienten cómodos de expresar esta situación a su médico, especialmente en las visitas iniciales, pues tomen ser tomados como locos o muy necesitados de ayuda especializada (35).

Por esto el médico es una persona de inmensa importancia en este momento y si él no puede dar la ayuda necesaria, al menos puede ser un puente importante a la intervención terapéutica, pues en algunos puntos durante la investigación y tratamiento tentativo de la esterilidad es común que la pareja experimente un estado de crisis. Tal crisis puede ser sustancialmente definida como la ruptura del estado normal o un período de desequilibrio (34).

Existen elementos comunes para un estado de crisis:

- a) La ocurrencia de un evento estresante que amenaza, el cual es insoluble en el futuro inmediato.
- b) El problema sobrepasa los recursos existentes de la persona, por que está más allá de los métodos de resolución tradicionales.
- c) El problema se percibe como una amenaza a metas importantes de la persona involucrada.
- d) La situación de crisis puede remover núcleos de problemas en un presente cercano o en el pasado distante de ahora.

Una crisis es usualmente por tiempo limitado y apunta hacia una

resolución en un período aproximado de unas 6 semanas o menos. Parece que la mente y el cuerpo no pueden tolerar un estado de desequilibrio por un período indefinido y la persona intentará resolver la situación con o sin ayuda.

La salida puede ser una de las tres siguientes posibilidades: primera, la persona puede emerger del estado de crisis con el mismo nivel de funcionamiento anterior al evento; segunda, la persona puede emerger con un aumento de fuerza emocional (insight); tercera, la persona puede regresar a un nivel menor de funcionamiento (34).

Puede ser que haya repeticiones del estado de crisis durante la investigación de la esterilidad y de su tratamiento, en donde se corre el riesgo de cambios de una mala adaptación en el comportamiento. Por otra parte, también puede haber la oportunidad para el crecimiento positivo y el incremento de insight (34).

Pareciera que las parejas que sufren trastornos en la fertilidad generalmente se pusieran de acuerdo en no caer en una crisis al mismo tiempo y esto puede conducir al miembro que no está funcionando a creer que el otro no lo entiende, dando la impresión que el hombre y la mujer tienen muy poco para darse uno al otro y forzando a la persona en crisis a depender de ayuda externa (34).

Existe un lado muy positivo en el desequilibrio y la vulnerabilidad del estado de crisis debido a que los mecanismos de enfrentamiento (Coping) están fallando, la persona está muy abierta al cambio y al crecimiento, en tiempos de crisis frecuentemente se descartan los patrones de imitación viejos y defectuosos y se aprenden nuevos y más apropiados métodos. La ansiedad experimentada por la gente en crisis, es un

estado de alta energía y si es dirigida adecuadamente, puede ser usada para resolver la situación crítica.

La crisis de la esterilidad produce muchos sentimientos en la pareja. Mazor (36) dice que existen tres fases de las reacciones psicológicas: 1o. la pareja reacciona a su inhabilidad para concebir con shock, incredulidad o negación. Empiezan por examinarse a sí mismos y su comportamiento presente y pasado en un intento de formular una teoría que explique su esterilidad, otros sentimientos son irracionales basados en parte en mitos y suposiciones o en pensamientos mágicos o infantiles. Durante esta fase inicial ellos pueden sufrir un decremento en la confianza en sí mismo, culpa y autoduda por su creencia de que algo que han hecho está contribuyendo a su esterilidad (34, 36). Durante la segunda fase, la cual ocurre cuando el tratamiento no tiene éxito, la pareja empieza a llorar la pérdida de un hijo que no ha nacido, la esposa puede llorar la pérdida de la oportunidad de experimentar el embarazo, alumbramiento y la crianza; ella y su esposo pueden llorar la pérdida de una oportunidad de perpetuar sus genes o el nombre de su familia. Finalmente, pueden lamentar la pérdida de aceptación social, de individuos y grupos que valoran el embarazo y la familia. No es sorprendente que las parejas estériles se lamenten y sufran, desafortunadamente sufren de una pérdida que no puede ser fácilmente apreciada por aquéllos que los rodean, ya que estas pérdidas son de metas y experiencias no visibles o tangibles. Como resultado de esto, frecuentemente sufren sin el apoyo de la familia o de los amigos. Menning (34), ha dicho que en el proceso de llorar esta pérdida, la pareja puede experimentar una reacción de dolor modificada, incluyendo sorpresa, negación, ira o coraje, aislamiento, pena y resolución. Los sentimientos varían en orden y en intensidad, pero la mayoría de las personas enfrentan un

síndrome similar de sentimientos, cuando ellos intentan trabajar a través de la crisis de esterilidad, el orden en el cual han sido observados más frecuentemente y el más lógico es el que se expone a continuación.

Sorpresa.- La primera reacción de la mayoría de la gente al tener noticias de la esterilidad es de choque emocional y sorpresa. En estos momentos es cuando nos percatamos de la poca preparación que existe para enfrentarse a la esterilidad. El descubrimiento de un problema de fertilidad tiende a ser mejor aceptado por aquellos que han sido mejor orientados y quienes se creen capaces de superar cualquier obstáculo si se pone suficiente empeño y voluntad. Es sorprendente cuántas personas dicen que hubieran podido aceptar la esterilidad con más naturalidad si hubieran sabido que es tan común.

Negación.- "Esto no me puede pasar a mí", la negación es frecuentemente la siguiente reacción de la esterilidad, especialmente si las pruebas iniciales revelan un problema absoluto e intratable en una de las partes. La negación sirve a un propósito, permite a la mente y al cuerpo ajustarse en su propia medida a una situación difícil de superar. La negación es peligrosa cuando permanece por largo tiempo o es un mecanismo de imitación permanente.

Ira o Coraje.- Cuando los miembros de una pareja entran a una investigación de esterilidad o a un tratamiento tentativo, ellos pierden mucho del control sobre su cuerpo. La ira es una respuesta predecible a la pérdida de este control. Aún en la mejor relación médico-paciente puede presentarse un elemento de frustración, desaliento y malestar. Las parejas estériles frecuentemente proyectan su ira hacia la gente que tiene control sobre ellos, como por ejemplo

el médico o la enfermera, hacia aquéllos que pueden lograr embarazarse sin dificultad o hacia los que pretenden la legalización del aborto. Cualquiera que sea la fuente o el tipo de ira, es muy necesario que la persona puede ventilarla, la ira tiende a disiparse diciendo y volviendo a decir las indignidades que la producen y esto puede hacerse sin detrimento de la persona.

Aislamiento.- La esterilidad es un tema muy personal e inherentemente sexual, por lo que las parejas pueden tener en secreto su esterilidad, porque no quieren ser objeto de lástima o recibir una ayuda que no han solicitado. Aunque es un secreto comprensible, puede tener efectos negativos, tratando de librarse de la curiosidad de familiares y amigos respecto a sus planes de tener familia. También puede haber ruptura en la comunicación y un incremento en el estrés matrimonial. Pueden tener dificultades en sus relaciones sexuales convirtiéndose en un foco de coraje, culpa o una desalentadora separación.

Culpa.- Otra razón para el secreto de la esterilidad es frecuentemente la presencia de culpa. La gente parece tener la necesidad de construir una causa y un efecto, relacionando eventos. Los miembros de la pareja estéril repasan mutuamente e individualmente sus historias buscando actos por los que ellos puedan ser castigados. Se ha observado que algunos elementos que producen culpa son: las relaciones prematrimoniales, el uso de anticonceptivos, los abortos, las enfermedades venéreas y los amores extramaritales. La persona estéril puede purgar por largo tiempo buscando el perdón. La culpa puede sintetizarse en que la persona se siente indigna e incapaz en muchos sectores, empleo, amigos, etc. y la relación matrimonial puede sufrir las consecuencias cuando una persona se siente totalmente indigna. La

Última consecuencia es la destrucción de sí misma .

Pena.- Es un sentimiento obligado en la conclusión de esterilidad. Este estado puede ser precedido por un período de depresión, es el final de la agonía del tratamiento médico sin resultado. La sexualidad adquiere un nuevo sentido por no ligarse a la procreación. La pareja debe aceptar la esterilidad como una limitación personal e implica que no tendrán hijos propios, se renuncia a la continuidad genética, la fertilidad, a la experiencia del embarazo. Al igual que cuando se pierde un ser querido, las personas pasan por un proceso de duelo por la pérdida del hijo jamás logrado y como no hay una pérdida tangible y objetiva, es difícil para los familiares y amigos comprender la "pérdida" y acompañar a la pareja en estos momentos de intenso dolor.

Resolución.- La meta de cualquier crisis, incluyendo la de esterilidad, es el paso a la resolución. El proceso de la resolución requiere del reconocimiento detallado de la dificultad emocional a través de agobiante trabajo. Los sentimientos no son incapacitantes por siempre, pueden surgir nuevas y diferentes crisis, la reactivación es usualmente breve y la persona la acepta con una mejor filosofía. Existen algunos pasos en el proceso de resolución: 1) el retorno de la energía, 2) el surgimiento de eventos de entusiasmo y bienestar, 3) el surgimiento de una perspectiva en la que colocan a la esterilidad en un lugar de su vida, 4) una sensación de optimismo y retorno de fé, 5) el regreso del humor y 6) algo de difícil pasado puede hacerlos más fuertes. Los conceptos de sexualidad, imagen de sí mismos y la autoestima, son desconectados en relación a la procreación. Comienzan otra vez los planes para el futuro y construyen un obstáculo alrededor de la esterilidad.

La fase final ocurre cuando la pareja es forzada a considerar las alternativas de poder tener un hijo. Debe elegir entre las alternativas de inseminación heteróloga, adopción, madre sustituta o vivir sin hijos. Esta fase puede ser difícil ya que la pareja puede no haber resuelto su pena y no ser capaz de tomar una decisión racional con respecto a estas alternativas. Además cualquiera de estas alternativas puede no ser vista inicialmente como aceptable para ellos, su familia, iglesia u otros a quienes ellos buscan como guía para aceptación o aprobación.

Las reacciones psicológicas generalmente tienen un importante efecto en la respuesta psicosexual de la esterilidad. Muy frecuentemente el individuo estéril siente que él o ella está de alguna forma dañado o anormal, como resultado de su fertilidad deteriorada. Este sentimiento de ser anormal frecuentemente se extiende hacia sentimientos de autoestima e imagen corporal. Así que no es sorprendente que los individuos estériles se vean a sí mismos como socialmente indeseables. Esto puede dirigirse hacia una disminución de la habilidad para responder sexualmente, para disfrutar del sexo y de su propia sexualidad, convirtiéndose relativamente en asexuados o bien a intentos por restaurar su autovalor sexual a través de aventuras sexuales extramaritales. Afortunadamente esto no es común, porque es obviamente devastador para la mayoría de las relaciones (36).

Keye (36) encontró que existen tres factores que pueden contribuir a la disfunción sexual, responsables por lo menos en la mente de los pacientes.

- a) Los cambios físicos que resultan del problema de esterilidad. Como resultado de esto, la mujer puede desarrollar vaginismo, el cual

solo aumenta el malestar. Esto puede conducir a la disminución en la frecuencia del coito.

- b) Los problemas sexuales pueden desarrollarse en hombres y mujeres como resultado de la necesidad de tener "sexo por calendario". El sexo entonces se convierte en una meta orientada y desarrollada para concebir y no por placer. Como resultado de esto, el éxito o fracaso de la propia sexualidad no es medido en términos del placer, sino de la habilidad para procrear hijos.
- c) El impacto psicológico de ser estéril. Como se dijo antes, muchos hombres y mujeres estériles sufren de una alterada imagen corporal, sintiéndose como si fueran anormales y por tanto, física y sexualmente indeseables, provocando inhibición en el deseo sexual o disfunción orgásmica en la mujer e impotencia o disfunción eyaculatoria en el hombre (35, 36).

La prevalencia real de la disfunción sexual (deseo sexual inhibido, anorgamia, impotencia, eyaculación precoz o tardía), no es afectada significativamente por la esterilidad. Pero como ya ha sido mencionado, la esterilidad produce un sentimiento de pérdida y desamparo; las pérdidas pueden ser:

- a) de una relación con una persona emocionalmente importante
- b) de salud
- c) de estatus o prestigio ante los ojos de los demás
- d) de autoestima
- e) de autoconfianza y un adecuado sentido de competencia o control
- f) de seguridad ocupacional, financiera, cultural
- g) de la esperanza de alcanzar una importante fantasía

h) de alguien de gran valor simbólico.

Por lo anterior se puede resumir que según las investigaciones revisadas (1-9, 11, 24, 25, 33-37, 51), las parejas que enfrenta un problema de fertilidad sufren estados de depresión y crisis, sentimientos de culpa, agresión y decepción, se tornan extremadamente emotivas, vulnerables o hipersensibles a la indiferencia o al excesivo interés de la gente a su alrededor. La frustración y la agresión aumentan paulatinamente, se culpan a sí mismos, se consideran subvalorados o bien, uno de ellos puede dirigir su agresión contra el otro haciéndolo sentir que "no sirve". Predomina el sentimiento de depresión y se desmorona la autoestima; de aquí la importancia de la intervención por parte del psicólogo en el transcurso del tratamiento médico de estas parejas, ya que como se mencionó anteriormente en ocasiones ni el médico ni la pareja reconocen el impacto que dicho trastorno produce en la vida íntima y social de los pacientes. El psicólogo en estos momentos, sobre todo en el inicio del tratamiento médico, puede ser de gran ayuda ya que sería un apoyo para las parejas, pues generalmente asisten a la consulta médica experimentando altos niveles de ansiedad (11, 33). Incluso presentan dudas con respecto a la decisión que han tomado (IH), pues en nuestra cultura este procedimiento de reproducción asistida no es una situación bien vista sobre todo por la falsa asociación que se hace de la virilidad y la capacidad reproductiva, el psicólogo puede orientar estas dudas brindando información, reeducando a estas parejas para que entiendan de una forma más adecuada dicha situación y de esta manera la enfrenten con una nueva perspectiva, lo mismo que para lograr una mejor interacción con los demás y entre ellos mismos.

METODO

Justificación y Planteamiento del Problema

El estudio de la preja con trastornos de la fertilidad es una área fascinante pero compleja y por lo mismo poco investigada. Se ha puesto mayor atención a los aspectos clínicos restándole atención a los aspectos psicológicos, los cuales son de suma importancia ya que de su adecuado manejo depende en muchas ocasiones el éxito del tratamiento (en este caso la inseminación heteróloga).

Se ha observado a lo largo de la revisión de la literatura que el estudio de los aspectos psicológicos de la pareja estéril permite definir la relación marital de la pareja (34,37), realizar una cuidadosa selección de los casos para un determinado tratamiento y preparar a las parejas para enfrentar su vida familiar en el futuro. Es por tal motivo que la presente investigación busca explorar y esclarecer algunas de las manifestaciones psicológicas presentes en la pareja que solicita la inseminación heteróloga y que ha sido sometida a una evaluación psicológica. Esperando que los resultados brinden a los profesionales de la salud antecedentes para lograr un mejor manejo de estos pacientes, así como un mayor entendimiento de su problemática y no sólo por estos, sino también por las personas que se encuentran rodeando a la pareja.

Planteamiento del Problema

¿Qué indicadores emocionales se pueden obtener a través de las pruebas psicológicas en parejas con trastornos de la fertilidad ante la inseminación heteróloga?

Objetivo General

Conocer aspectos emocionales que se encuentran implicados en las parejas estériles por factor masculino, obtenidos a través del uso de instrumentos psicológicos tanto autodescriptivos como dinámicos.

Preguntas Específicas de Investigación

- a) ¿Qué elementos emocionales a nivel de autoconcepto e imagen corporal pueden ser observados a través de la prueba de Machover en hombres y mujeres que solicitan inseminación heteróloga?
- b) ¿Qué elementos autodescriptivos se pueden observar a través de la prueba del MMPI en hombres y mujeres que solicitan inseminación heteróloga?
- c) ¿Qué elementos de la dinámica de la personalidad pueden ser observados por medio del TAT en hombres y mujeres que solicitan inseminación heteróloga?
- d) ¿Qué diferencia se pueden encontrar entre hombres y mujeres que solicitan inseminación heteróloga en las pruebas de Machover, MMPI y TAT?

Definición de Variables

Variable Independiente

- Situación clínica en la que se encuentran las parejas en estudio (inseminación heteróloga)
- Sexo

Definición conceptual

Sexo.-Condición orgánica, anatómica y fisiológica que distingue al varón de la hembra. Aparato genital (38). Se refiere al sexo genético que heredamos (la fórmula XX, XY) y la forma y aspecto de los genitales, tanto externos como internos (27).

Inseminación heteróloga.- Es aquella que se realiza cuando el semen del varón es anormal y se requiere espermatozoides de otra persona (20).

Definición Operacional

La situación clínica por la que atraviesan las parejas se refiere al conocimiento que tienen éstas de su diagnóstico de esterilidad por trastorno definitivo del factor masculino y la solicitud de inseminación heteróloga como una opción para solucionar su problema.

Inseminación heteróloga.- Es la colocación de semen de un donador en el cérvix de la mujer que requiere este procedimiento, por trastorno definitivo del factor masculino.

Sexo.- Género masculino o femenino, hombre-mujer.

Variable Dependiente

Indicadores emocionales encontrados en las pruebas psicológicas aplicadas.

Para la prueba de Machover existen indicadores gráficos y de contenido para su calificación (ver anexo) (39,40).

Para la prueba del MMPI existen una serie de posibles indicadores tal y como lo manejan Benavides y Di Castro (41) (ver anexo).

Para la prueba del TAT dado que se basa en la teoría psicoanalítica es difícil establecer indicadores. Sin embargo, se utiliza el protocolo propuesto por Bellak (42) para manejo de la información (ver anexo).

Tipo de Estudio

Es un estudio exploratorio y por su naturaleza de tipo Ex-postfacto. Se caracteriza porque la situación clínica por la que atraviesan los sujetos ya está dada (conocimiento del diagnóstico de esterilidad y la solicitud para ingresar al programa de inseminación heteróloga), y porque no hay manipulación de la variable independiente.

Diseño

El diseño de investigación es de una sola muestra porque se trata de parejas, pero se extrajeron elementos de ésta, para comparar a hombres y mujeres utilizando un diseño de dos grupos independientes.

Muestreo

El muestreo fue probabilístico, ya que no se conocía la probabilidad de inclusión de los sujetos dentro de la muestra y por lo mismo los resultados no pueden ser generalizados al resto de la población. Además, es intencional porque se buscó de acuerdo a los intereses de la investigación, seleccionando en hombres y mujeres aquellos elementos

que proporcionararan mayor información.

Pacientes

Se evaluaron 25 parejas con esterilidad por factor masculino que solicitaron ingresar al programa de inseminación heteróloga en el departamento de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", en un período que va de octubre de 1987 a mayo de 1989.

La edad promedio de los hombres fue de 31.8 años (rango de 26 a 47 años) y la edad promedio de las mujeres fue de 28.6 años (rango de 21 a 38 años) (tabla 1). A todos los pacientes se les realizó una valoración psicológica como requisito para ingresar al programa de inseminación heteróloga. Dicha valoración comprendió la aplicación de varios instrumentos; sin embargo, para esta investigación se eligieron sólo aquellas parejas en las que aparecían como mínimo las siguientes pruebas: WAIS, MACHOVER, MMPI y TAT.

Instrumentos

- 1.- Escala de Inteligencia de D. Wechsler para adultos (WAIS). Es un instrumento para medir la inteligencia. Fue aplicado y calificado según las indicaciones de Wechsler. De los resultados obtenidos sólo se tomó en cuenta el coeficiente intelectual total como dato descriptivo de la muestra.
- 2.- Prueba de la figura humana de K. Machover. La utilización de esta prueba proyectiva constituye una fuente de información y comprensión de la personalidad. Se aplicó según las indicaciones de su autora (43) y

se calificó tomando en cuenta algunos indicadores del protocolo de análisis del dibujo propuestos por Bellak (39 , 40) (ver anexo).

3.- Inventario multifásico de la personalidad de Hathaway y Mc Kinley (41-44). Esta prueba es un inventario de personalidad, para su aplicación se utilizó la forma abreviada (366 preguntas) y para su calificación se utilizaron las plantillas y el perfil propuesto por sus autores (ver anexo).

4.- Test de apercepción temática (TAT), descrito originalmente por Morgan y Murray (42). Esta es una técnica para la investigación de la dinámica de la personalidad tal y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa del medio ambiente. Consiste en una serie de 31 láminas, pero para el presente estudio sólo se utilizaron las láminas I, II, III, IV Y XIII, ya que se consideró que podrían arrojar mayor información, tomando en cuenta su contenido y el aspecto emocional que se pone en juego en la apercepción (ver anexos).

Procedimiento

Las parejas en estudio fueron remitidas para evaluación al Departamento de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de la Nutrición para realizar las evaluaciones necesarias cumpliendo de esta manera con los requisitos para ingresar al programa de inseminación heteróloga. Esta es una situación muy angustiante para las parejas, pues de ello depende que sean aceptados o no, de tal manera que se ven obligados a participar en las evaluaciones sin obtener un aparente beneficio.

Por lo anterior, la presente investigación pretendió rescatar la

información existente en los expedientes seleccionados, con el fin de analizar más a fondo la problemática de las parejas, además de considerar la posibilidad de proponer un protocolo para una mejor evaluación.

Procesamiento de los datos

Se procedió al análisis de la información obtenida, para lo cual se realizó un análisis estadístico de diferencias entre hombres y mujeres en cada una de las pruebas a excepción de la prueba de TAT en la que se realizó únicamente un análisis dinámico por la naturaleza de la prueba. En las pruebas de Machover y MMPI, además del análisis estadístico de diferencias entre hombres y mujeres, se realizó un análisis dinámico de los datos no cuantificables que arrojaron dichas pruebas (ver resultados).

RESULTADOS

Utilizando el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) por computadora (45), se establecieron las características de la muestra, encontrando que el 92% de las parejas consultó por esterilidad primaria (tabla 2), el 60% tenía más de 3 años de esterilidad (tabla 3) y el 36% ya había intentado la inseminación heteróloga (tabla 4). El 80% de los varones presentó azoospermia, el 12% impotencia y el 8% oligoastenospermia severa (refractoria o cualquier tipo de tratamiento) (tabla 5). Sólo el 4% de las parejas habían tenido una pareja anterior (tabla 6) y el tiempo promedio de casados fue de 5.9 años con un rango de 2 a 16 años (tabla 7).

Con respecto al coeficiente intelectual se encontró, a través de un análisis de frecuencias (tabla 8), que el 92% de las parejas estaban dentro de la normalidad. Los hombres de 102 y las mujeres con un promedio de 98 (gráfica 1). En relación a la escolaridad, se encontró que los hombres llegaron a nivel medio superior y las mujeres en promedio únicamente la educación media (tabla 9 y gráfica 2). Respecto a la ocupación, los hombres presentan una gran variedad tales como maestros, comerciantes y empleados con un 12% respectivamente, y profesionistas en un 16%. en cambio las mujeres en su mayoría son amas de casa (40%) y profesoras (20%) (tabla 10).

En el análisis de frecuencias realizado a la prueba de Machover, según los indicadores estudiados, se observa que el 44% de los hombres presentan un esquema corporal integrado y el 36% de las mujeres también (tabla 12), en relación al tamaño de los dibujos de la figura masculina el 60% de los hombres y el 48% de las mujeres los hicieron medianos

(tabla 13 y gráfica 3). Las omisiones más frecuentes en la figura masculina de hombres y mujeres fueron las pupilas y ambas manos (tabla 14). La diferenciación psicosexual en la figura masculina fue presente en el 64% de los hombres y en el 60% de las mujeres (tabla 15). El emplazamiento más frecuente de la figura masculina realizada por los hombres fue arriba con un 36% y en las mujeres fue en el centro con un 48% (tabla 16). El esquema corporal de la figura femenina fue integrado en un 40% tanto en hombres como en mujeres (tabla 17). El tamaño de la figura femenina fue mediana en un 40% en hombres y un 44% en mujeres (tabla 18 y gráfica 4). Con respecto a las omisiones de la figura femenina, de hombres y mujeres, se encontró nuevamente que las de mayor frecuencia fueron la pupilas y ambas manos (tabla 19). La diferenciación psicosexual de la figura femenina, realizada por hombres y mujeres, estuvo presente en un 68% respectivamente (tabla 20). El emplazamiento de la figura femenina dibujada por los hombres fue arriba y en el centro en un 44% respectivamente y en las mujeres, arriba, en un 32% y en el centro en 36% (tabla 21). La mayor frecuencia del orden de las figuras fue hombre-mujer en un 68% en hombres y mujer-hombre en las mujeres con un 56% (tabla 22).

Para analizar los datos obtenidos en las pruebas aplicadas se recurrió a la estadística no paramétrica. En la prueba de Machover se utilizó la prueba de χ^2 ya que los datos pertenecen a un nivel de medición nominal, y además por el tamaño de los grupos (46). El valor de χ^2 reveló que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (tabla 11). Sin embargo, al realizar el análisis clínico de la prueba, se obtuvo un gran número de indicadores tanto gráficos como de contenido en los dibujos e historias de hombres y mujeres.

Para obtener el perfil general de hombres y mujeres en la prueba de MMPI se realizó un análisis de frecuencia (tabla 23) y para obtener diferencias en las escalas entre hombres y mujeres se recurrió a la estadística no paramétrica utilizando la prueba t de Student ya que el nivel de medición es intervalar (46). Encontrando diferencias estadísticamente significativas (tabla 24), en las escala de Depresión ($t = -1.95$, $gl = 47.63$; $p < 0.05$), observándose que las mujeres muestran mayor depresión ($x = 24.16$) que los hombres ($x = 22.00$). En las escala de parancia ($t = 2.67$, $gl = 47.51$; $p < 0.01$) se observó que las mujeres son menos desconfiadas ($x = 9.80$) que los hombres ($x = 7.96$). De la misma forma se encontraron diferencias en la escala de sociabilidad ($t = -2.49$, $gl = 42.62$; $p < 0.01$). No se presentaron diferencias significativas en las demás escalas.

Debido a que los perfiles generales obtenidos de hombres y mujeres se homogeneizaron, se realizó una agrupación de las escalas que se encontraban con mayor frecuencia elevadas (con una T entre 60 y 80) o sumergidas (con una T entre 45 y 30). Las escalas elevadas en el caso de los hombres son la 2, 5, 9 y 8, y las sumergidas 0, 6 y 9; en el grupo de mujeres las escalas elevadas son las 9, 2 y 3, y las sumergidas son la 0, 1, 6 y 9. Lo que nos lleva a pensar en una reacción adaptativa. Además de lo anterior se realizó una agrupación en relación a la escala 2 y a la escala 9, tomando como parámetros una T entre 60 y 80 (elevadas) y una T entre 45 y 30 (sumergidas). Se obtuvieron 3 grupos el primero con la escala 2 elevada (10 hombres y 10 mujeres), el segundo grupo se realizó con las escala 2 elevada (8 hombres y 8 mujeres) y el tercero fueron aquellos que se encontraban dentro del área de la normalidad (entre 45 y 55 T) (6 hombres y 8 mujeres).

Para la prueba del TAT se realizó un análisis clínico dada la naturaleza de la prueba.

ANÁLISIS DINAMICO E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Prueba de Machover. En el grupo de los hombres, la mayoría realizó figuras de nivel estructural adecuado, lo que implica una buena integración del esquema corporal. Es importante mencionar que aunque esto hizo la mayoría existieron sujetos que dibujaron figuras de nivel estructural mediocre, incompletas, grotescas, desarticuladas y primitivas, lo que se encuentra muy relacionado con la capacidad intelectual de los sujetos ya que el 43 es borderline y el 36 pertenece al nivel de normal torpe.

En la imagen corporal que ofrecen por medio del dibujo, aunque tenga un buen nivel estructural, la mayoría omite caracteres sexuales secundarios; realizando la diferenciación psicosexual a través del cabello, la indumentaria y los accesorios.

Frecuentemente los varones realizan el dibujo de su propio sexo y del sexo opuesto de tamaño mediano en un 60% y 40% respectivamente, el resto son dibujos grandes 24% figura masculina y 36% figura femenina, y pequeños 16% figura masculina y 24% figura femenina, lo que hablaría de inadecuación con su propia imagen e inadecuación y en algunos sentimientos de inferioridad, situación que es compensada en la prueba con la escritura de la historia, que a diferencia de los dibujos pequeños, habla de metas elevadas y tendencia al éxito pero con poca búsqueda en forma realista de los objetivos para la consecución de las mismas.

La calidad grafológica de las líneas es de tipo niño, en el mismo dibujo aparecen fuertes y esbozadas lo cual nos vuelve a hablar de

aspectos ambivalentes de la energía de los varones, pudiéndose encontrar contrastes en el elemento de labilidad emocional relacionándose con la inseguridad que vienen manifestando.

Existe una diferencia importante en la comparación de la figura masculina y la figura femenina realizadas por los hombres, quienes generalmente hacen dibujos masculinos serios, rígidos y evasivos, en tanto que los dibujos femeninos más dispuestos al contacto social y con menor rigidez.

En las figuras de los hombres se observa que la cabeza está claramente dibujada en contraste con el cuerpo vagamente trazado o definitivamente omitido, ya que no se aceptan con su aspecto físico y tienen problemas con su funcionamiento corporal. Lo que confirma que frecuentemente recurren a la racionalización como mecanismo defensivo y además generalmente omiten manos y pupilas expresando dificultad de contacto con el medio exterior.

Respecto a su concepto de la relación de pareja obtenida a través de las historias, generalmente buscan relacionarse con mujeres que sean buenas amas de casa, que se preocupen por el cuidado de su cuerpo y su aspecto físico y por su superación intelectual, además de ser comprensivas, agradables y buenas, ya que ellos requieren constantemente de su apoyo.

En sus historias los hombres revelan una gran necesidad de superarse a través del estudio y el trabajo, interesándose básicamente en ser buenos proveedores de sus hogares y en retribuir a sus padres y ayudarlos pues los ven ignorantes y empobrecidos. También se esfuerzan

por alcanzar el éxito para obtener reconocimiento y aceptación social, con gran despliegue de energía en su búsqueda.

Los hombres piensan, a través de las historias, que las mujeres se casan básicamente para tener hijos, para vivir la experiencia del embarazo, situación que les hace sentirse muy felices y acompañadas; sin embargo, algunos expresan que ellos también disfrutan de la idea del embarazo y algunos otros se sienten desplazados y olvidados por sus esposas.

Se observa a través de las historias que relatan la mayoría de los hombres, que más que interesarse por la procreación de un hijo, enfatizan la importancia de ser buenos educadores y proveedores de los niños, mostrando de esta manera el troquel social del "buen padre".

En el grupo de las mujeres, la mayoría, al igual que los hombres dibujan figuras adecuadamente estructuradas, por lo que tienen una buena integración del esquema corporal. Sin embargo, la imagen corporal que ofrecen a través de sus dibujos aunque de buen nivel estructural, generalmente omiten caracteres sexuales secundarios; haciendo la diferenciación psicosexual por medio del cabello, indumentaria y accesorios.

También en el grupo de las mujeres se observa que la mayoría dibujan a la figura de su propio sexo y del sexo opuesto medianos 44% y 48% respectivamente, siendo el resto de los dibujos grandes en un 40% en la figura femenina y en un 30% en la figura masculina, los dibujos pequeños en la figura femenina fueron 16% y en la figura masculina de un 20%. Encontrando nuevamente dificultad con la propia imagen y sentimientos de inadecuación. Esta situación se ve compensada en la

prueba, con la escritura de la historia en la que se habla de metas elevadas con grandes tendencias a la actividad y a la comunicación, pero también puede ser reforzada cuando en las historias la mujer reconoce ser dependiente y por lo mismo se esfuerza poco.

Existe una diferencia importante en los dibujos de la figura masculina y femenina realizados por las mujeres. Ya que por lo general, los dibujos de la figura femenina son menos rígidos que los de la figura masculina y más dispuestas al contacto social, lo que les permite lograr el apoyo y reconocimiento del exterior.

Al hacer la revisión de omisiones y distorsiones de los dibujos realizados por las mujeres, también se observa que la cabeza está claramente marcada en contraste con el cuerpo vagamente trazado, haciendo uso de la racionalización como mecanismo de defensa.

La calidad grafológica de las líneas es fuerte en la mayoría de los dibujos, lo que nos habla de un alto nivel de energía una buena capacidad para autoafirmarse, tener seguridad y confianza en sí mismas.

Finalmente es importante mencionar un aspecto que es característico en los dibujos realizados por la mayoría de las mujeres, esto es, su posibilidad de asumir una menor responsabilidad, dado que sus dibujos tienden a ser dibujos de niños, lo cual nos habla de una posibilidad de no comprometerse y de búsqueda del hijo que no tienen, siendo esto un mecanismo regresivo.

En cuanto a las historias que elaboran la mayoría de las mujeres, es importante remarcar que la percepción que tienen de sí mismas, coincide

con la forma en que los hombres las perciben. Desean superarse sintiéndose muy seguras de lograrlo; se preocupan excesivamente por su cuerpo y su aspecto físico, además de asumir sin ningún conflicto su rol femenino: ser buenas amas de casa, buenas madres, serviciales y comprensivas con sus esposos. De esta manera, se observa que tienen una mayor posibilidad de expresión, de su expectativa de rol y de su deseo de tener hijos.

Manifiestan abiertamente su necesidad de tener hijos y reconocen que los hombres también lo necesitan. Piensan que los hombres se casan para tener hijos, hecho que como a ellas, también a ellos los haría felices; sin embargo, al no poder lograr la meta de tenerlos, las mujeres tienden a considerar al hombre como causante de su infelicidad y además son exigentes y demandantes de las atenciones y cuidados que deben tener los hombres hacia ellas, lo que se traduce en una gran dependencia hacia su pareja.

Prueba de Minnesota. El MMPI es considerado como un excelente instrumento para discriminar entre los individuos mentalmente sanos y enfermos, o con tendencias más o menos patológicas en comparación a los miembros de su propio grupo, para lo cual es recomendable realizar un proceso de normalización estadística, previo a la valoración clínica del grupo (44, 47-49). Debido a que en este estudio no se realizó este proceso, los perfiles generales obtenidos de hombres y mujeres se encuentra homogeneizados, lo que no permite una observación real de la puntuación de las escalas elevadas (con una T entre 60 y 80) y sumergidas (con una T entre 45 y 30). Por lo que se realizó una agrupación de las escalas que se encontraban con mayor frecuencia elevadas o sumergidas. En el caso de los hombres con la 2, 5, 9 y 8 elevadas y sumergidas la 0, 6 y 9. En el grupo de las mujeres las

elevadas son la 9, 2 y 3 y las sumergidas son la 0, 1, 6 y 9.

La presencia de la escala 9 tanto en las escalas elevadas como en las sumergidas y la escala 2 en las elevadas, en el grupo de hombres como en el de mujeres nos hace pensar en una reacción adaptativa (48, 50).

Es curioso que a pesar de la homogeneización de los perfiles, sobresalen aquellas escalas que en la agrupación fueron significativas, aunque por supuesto no con el mismo valor T. Por lo anterior y tomando en cuenta la aparición de las escalas 2 y 9 en la agrupación de frecuencias se realizó una división más de la muestra obteniendo 3 grupos de hombres y mujeres, el primer grupo constituido por 6 hombres y 8 mujeres que presentaron su perfil dentro del área de la normalidad, el segundo grupo con 10 hombres y 10 mujeres caracterizado por presentar la escala 2 elevada y el tercer grupo con 8 hombres y 8 mujeres que presentaron la escala 9 elevada. La determinación de la elevación de las escalas se hizo en relación al valor T entre 60 y 80. En estos subgrupos también se observó la homogeneización de los perfiles, por lo que se marca en ellos la desviación estándar para tener una mejor distribución de la muestra.

La interpretación de los perfiles que a continuación se realiza toma en cuenta las escalas que resultan significativas en el perfil general de hombres y mujeres, y las escalas significativas según la agrupación.

PERFIL GENERAL MASCULINO DEL MMPI 25839147;9:5:17 (FIGURA 1)

Al responder a la prueba los sujetos trataron de ofrecer una imagen favorable de sí mismos, mostrándose convencionalmente bien ajustados a

los valores sociales; aunque sienten tener problemas no consiguen expresarlos en forma abierta (pues tienen la sensación de poder resolver la mayoría de sus conflictos), ya que esto distorsionaría su imagen y reduciría la consecuente aceptación social que esperan.

El rol masculino aceptado no aparece estereotipado, por lo que pueden ser más flexibles en relación al desarrollo de actividades no consideradas "masculinas". En general hay tendencias a aislarse y a apartarse cuando se sienten incomprendidos o temen ser rechazados por sus compañeros. Presentan preocupación por lograr una mejor adaptación, así como también se permiten expresar sentimientos de autodesprecio, culpa y falta de seguridad en sí mismos, aunque pueden aparecer como sociables y amistosos, por lo que generalmente crean una impresión favorable, ya que tienen una gran necesidad de reconocimiento por aquellas personas que les son significativas. Sus relaciones con las demás personas tienden a ser superficiales y con desconfianza, pero actuando en forma convencional y apareciendo con una gran necesidad de estar en contacto con el grupo, mostrándose extrovertidos, pero sin establecer una relación más profunda.

Hacia el exterior se muestran seguros y equilibrados dando la impresión de que "no pasa nada", pero sus escalas en la prueba muestran la presencia de alteración, tensión y ansiedad, y pueden presentar episodios periódicos de depresión, debido a sus sentimientos subyacentes de inadecuación y falta de valía. Se defienden contra la depresión a través de una actividad excesiva, mostrando un amplio rango de intereses, pero sin utilizar su energía adecuadamente pues sus sentimientos de inferioridad, inadecuación y baja autoestima limitan el grado en que se comprometen en situaciones orientadas al éxito.

Al responder la prueba, las mujeres trataron de ofrecer una imagen favorable de sí mismas, mostrándose convencionalmente ajustadas a los valores sociales. Aunque sienten tener problemas no consiguen expresarlos en forma abierta, ya que esto distorsionaría su imagen y reduciría la aceptación social que esperan. tienen la sensación de poder resolver la mayoría de los conflictos, en caso de llegar a tenerlos. Las mujeres refieren algunos síntomas físicos y tratan de ser realistas acerca de su salud, pero dado que existen escalas sumergidas en los perfiles podemos hablar de la presencia de mecanismos de negación y formaciones reactivas ante la problemática de la pareja. Al negarse la situación existente se propicia la actuación de otro tipo de conductas que dejan ver su problema (irritabilidad, tensión, preocupación, búsqueda de muchos intereses, etc.), presentan dudas sobre sí mismas, abrigan sentimientos de inadecuación, inseguridad y desamparo. tienden a provocar actitudes de protección y amabilidad de las demás personas, aunque su necesidad de afecto y atención las conduce hacia la interacción social, sus relaciones interpersonales tienden a ser más superficiales e inmaduras, pues son desconfiadas y por lo general centradas en sí mismas.

Esperan atención y afecto de los demás y cuando estos no responden apropiadamente a sus demandas, pueden volverse hostiles y resentidas, pero es probable que esos sentimientos se nieguen y no se expresen abierta o directamente, tienden a rechazar impulsos inaceptables y cuando no lo pueden hacer se sienten ansiosas y culpables.

Están interesadas en el éxito y el reconocimiento. Pueden parecer

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stake R. Hathaway y J. Charnley McKinley

FIGURA 2

Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Departamento _____ Fecha de la Prueba _____

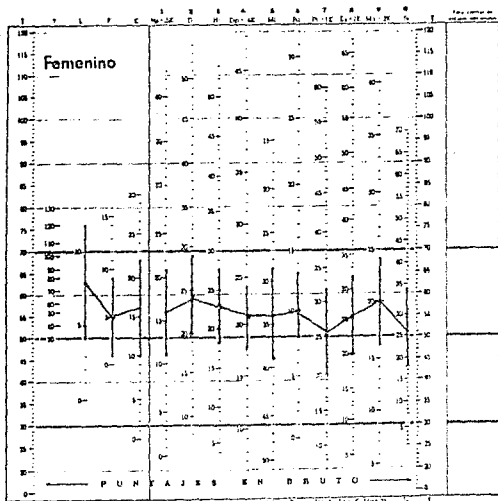
Años escolares o estudios cumplidos _____



Estado Civil _____ Edad _____ Retirado por _____

NOTAS

293, 16; 4; 5; 16



Fracciones de

	S	A	A	A
22	15	12	8	
23	15	12	8	
24	16	11	8	
27	14	11	5	
28	13	10	5	
29	12	10	5	
32	12	9	5	
33	11	8	4	
34	10	8	4	
35	10	8	4	
36	9	7	4	
37	9	7	3	
38	8	6	3	
39	8	4	3	
40	7	4	3	
41	7	5	3	
42	6	5	3	
43	6	4	2	
44	5	4	2	
45	5	4	2	
46	4	3	1	
47	4	3	1	
48	3	2	1	
49	3	1	0	
50	0	0	0	

Puntaje en bruto

Agrupar factores K _____
Puntaje corregido 16 _____ 24 _____ 26 _____ 26



competitivas y laboriosas pero no se sitúan en realidad en situaciones directamente de reto en las que pueden experimentar fracaso.

PERFILES DE LOS SUBGRUPOS

Perfil del MMPI del subgrupo masculino, dentro del área de la normalidad (figura 1-1).

Al responder a la prueba, los sujetos muestran tendencia a dar una imagen favorable de sí mismos, tratando de ajustarse a lo que social y convencionalmente se espera de ellos, con poca capacidad para reconocer sus problemas, pero sí, se sienten capaces de enfrentarlos, en el caso de llegar a tenerlos.

El rol masculino no aparece estereotipado, por lo que se puede esperar mayor flexibilidad en la realización de actividades consideradas poco "masculinas". Son un grupo con una adecuada perspectiva de la vida, con buenos niveles de energía y entusiasmo en la realización de sus actividades. Se muestran realistas con respecto a su salud, con presencia de algunos síntomas físicos. Tienen intereses prácticos, son convencionales, con aceptación de las reglas socialmente establecidas. Se describen como personas afectuosas y sociables con necesidad de aprobación social.

Perfil del MMPI del subgrupo masculino con la escala 2 elevada (figura 1-2).

Al responder a la prueba, los sujetos trataron de ofrecer una imagen favorable de sí mismos, utilizando la represión y la negación, mostrándose convencionalmente ajustados a los valores sociales. Y



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Cheney McKinley

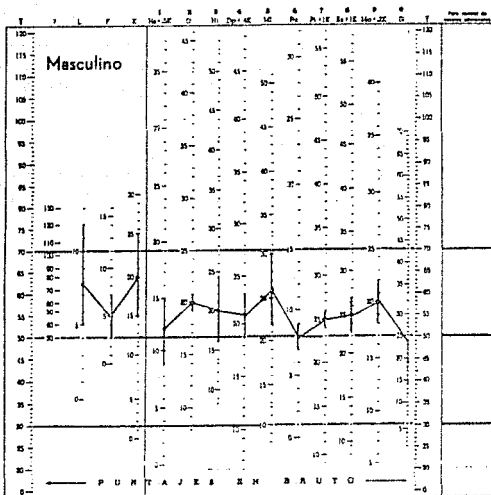
Nombre FIGURA 1-1
(letra de estado)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o etapas completas _____

Estado Civ _____ Edad _____ Nivel de In _____



Procesamiento K

K	1	2	3
20	15	12	6
28	15	13	5
28	14	11	8
27	14	11	5
28	15	12	5
35	13	10	5
54	18	10	5
23	12	8	5
28	13	8	4
31	11	8	4
35	10	5	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
18	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	2
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
7	4	3	1
6	4	3	1
5	3	2	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntaje en bruto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	5	20	20	20	26	8	10	10	10

Agregar factor K

Puntaje corregido

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	21	25	25	31					



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ fecha _____

aunque, sienten tener problemas no consiguen expresarlos en forma abierta, pues el hacerlo distorsionaría su imagen y reduciría la consecuente aceptación que esperan. Además, sienten que poseen una buena capacidad para enfrentar los conflictos, sin necesidad de ayuda. Son un grupo de hombres levemente depresivos, preocupados por su salud, con algunas quejas somáticas y pesimistas por la situación que atraviesan. Se les percibe solitarios, sin involucrarse con las personas, aislados, con poca confianza en sí mismos. Son personas egoístas que generalmente necesitan percibirse en forma favorable, sus relaciones interpersonales tienden a ser superficiales. Por lo que son convencionales con aceptación de las normas sociales, no presentan dudas en sus actitudes, ni preocupaciones indebidas. Se muestran alertas y seguros, con buen nivel de energía y actividades, alejándose del papel masculino estereotipado, por lo que pueden ser más flexibles en relación al desarrollo de actividades no consideradas "masculinas".

Perfil del MMPI del subgrupo masculino con la escala 9 elevada (figura 1-3)

Al responder a la prueba, los sujetos presentaron cierta tendencia a mostrar una imagen favorable de sí mismos, reconociendo parcialmente sus conflictos y admitiendo sus limitaciones para resolverlos.

Son un grupo de hombres agradables, entusiastas, interesados en muchos aspectos de la vida. Son personas a quienes se les considera felices. Aparecen optimistas, independientes y con confianza en sí mismos, con tendencia a mostrar una valorización irreal de sus capacidades, lo mismo que de su autoestima. Lo que les produce tensión y ansiedad. Son personas difíciles y obstinadas, aún cuando se presentan un tanto

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stanke R. Hathaway y J. Chamley McKinley

FORMA 1 - USADENP/MSU

FIGURA 1-3

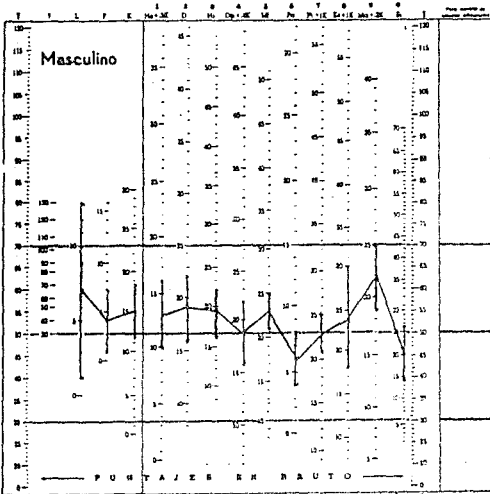
Nombre _____ (Letra de estado)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Otras escaleras o estudios completados _____

Estado Civil _____ Edad _____ Retirado por _____



Puntaje en
bruto 7 4 15 19 19 23 6 20 20 20

Acertar factor K
Puntaje corrigido 13 19 20 22 22

Procesamiento

1	2	3	4
30	15	12	8
29	13	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	3
25	13	10	3
24	13	10	3
23	12	9	3
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	2
13	7	5	2
12	5	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	3	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	3	1
4	2	3	1
3	2	3	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A.
under license of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

alejados del rol masculino estereotipado, sus intereses son prácticos, son realistas acerca de su salud, presentan una visión adecuada de la vida y aceptación de las normas sociales. Sus relaciones interpersonales tienden a ser superficiales y convencionales.

Perfil del MMPI del subgrupo femenino dentro del área de la normalidad (figura 2-1)

Al responder a la prueba, las pacientes intentan ofrecer una imagen favorable de sí mismas utilizando la represión y la negación, apareciendo socialmente ajustadas a valores sociales convencionales, y aunque sienten tener problemas no consiguen expresarlos en forma abierta, y admiten sus limitaciones para solucionarlos.

Estas mujeres se muestran realistas acerca de su salud y presentan pocas manifestaciones somáticas, son convencionales con aceptación de las reglas sociales y acatan el rol psicosexual socialmente asignado. Se observan como personas con una adecuada perspectiva de la vida, con un buen nivel de energía y entusiasmo. Son flexibles y alertas, con intereses prácticos y establecen relaciones sociales satisfactorias.

Perfil del MMPI del subgrupo femenino con la escala 2 elevada (figura 2-2)

Al responder a la prueba, las pacientes presentan cierta tendencia a mostrar una imagen favorable de sí mismas, y aún cuando sienten tener problemas, no consiguen expresarlos en forma abierta ya que esto distorsionaría su imagen y reduciría la aceptación social que esperan, además presentan cierta capacidad para enfrentar los conflictos.

PERFIL Y SUMARIO

FIGURA 2-2



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chorney McKinley

Nombre _____
(línea de mald)

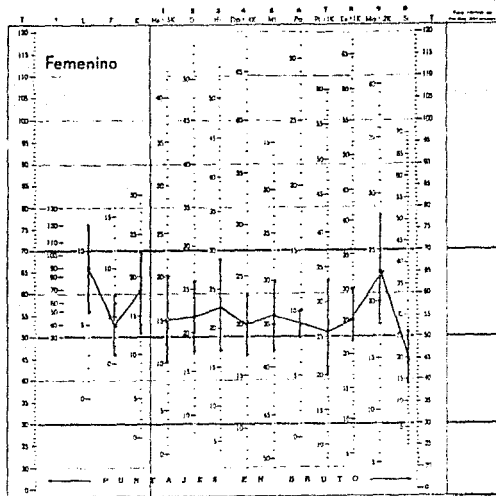
Dirección _____

Ocupación _____ fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios completos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

NOTAS



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

Puntaje en bruto	7	6	17	27	22	54	10	54	---	---
Agregar factor K	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Puntaje corregido	17	---	---	---	---	---	---	---	---	---



Firma _____ fecha _____

Son un grupo de mujeres levemente depresivas, preocupadas y pesimistas por la situación en la que se encuentran. Se les percibe solitarias, aisladas, sin involucrarse con la gente, con poca confianza en sí mismas, aunque pueden establecer relaciones sociales satisfactorias.

Dan la apariencia de estabilidad y tranquilidad cubriendo su papel psicosexual socialmente asignado. Son convencionales, no presentan dudas en sus actitudes. Se muestran realistas acerca de su salud, con pocas manifestaciones somáticas y con actividades y energía de personas generalmente sanas.

Perfil del MMPI del subgrupo femenino con la escala 9 elevada (figura 2-3)

Al responder a la prueba, las pacientes presentan cierta tendencia a mostrar una imagen favorable de sí mismas, reconocen parcialmente sus conflictos, pero tratan de minimizarlos y de restarles importancia, experimentando tensión emocional por ello. Pero se esfuerzan en resolver sus problemas por sí solas, sin pedir ayuda.

Este es un grupo de mujeres que tiende a mostrar una valoración irreal de sus propias capacidades y autoestima, aparentando felicidad y satisfacción, se muestran optimistas, con confianza en sí mismas, independientes, ambiciosas y enérgicas, entusiastas e interesadas en muchos aspectos de la vida. Todo esto les produce tensión y ansiedad. Son convencionales y dependientes, asumiendo su rol psicosexual socialmente asignado. Son realistas acerca de su salud y presentan pocas manifestaciones somáticas, su perspectiva de la vida es equilibrada y sus relaciones interpersonales tienden a ser

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley

Nombre FIGURA 2-5

(letra de molde)

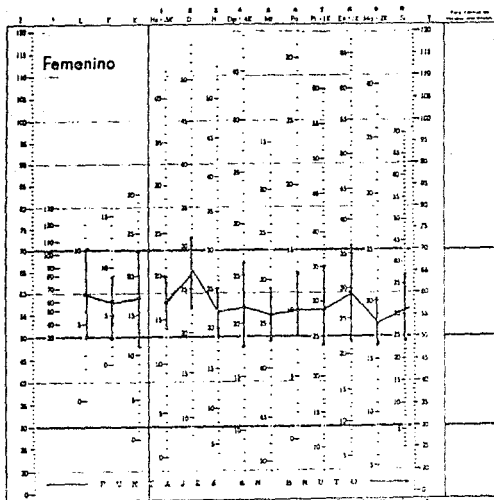
↑
Femenino

Ocupación _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado (Prov) _____ Edad _____ Referencia por _____



Fracciones K				
K	S	A	T	T
32	15	12	1	1
29	13	12	4	1
28	14	11	6	1
27	14	11	5	1
26	13	10	5	1
25	13	10	5	1
24	13	10	5	1
23	12	9	5	1
22	11	9	4	1
21	11	8	4	1
20	10	8	4	1
19	10	8	4	1
18	9	7	4	1
17	9	7	3	1
16	8	6	3	1
15	8	6	2	1
14	7	6	2	1
13	7	5	2	1
12	6	5	2	1
11	6	4	2	1
10	5	4	2	1
9	5	4	2	1
8	4	3	2	1
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	1
1	1	1	0	1
0	0	0	0	1

NOTAS

Puntaje en
bruto 9 4 18 22 23 24 49 20

Agregar factor K 15 20 26 26 25

Puntaje corregido _____



Tema _____ Fecha _____

superficiales.

Para la prueba del TAT, se realizó un análisis clínico dado la naturaleza de la prueba. Encontrando que por medio de las figuras de identificación de las historias de hombres y mujeres se observa un autoconcepto devaluado y un tono afectivo marcadamente depresivo, ya que los personajes que ofrecen se encuentran generalmente tristes, pensativos, preocupados, con llanto, solos, sufriendo, enfermos, desesperados y abandonados.

Las mujeres además tienden a mostrarse frustradas y con problemas pero apáticas ante la solución de los mismos, presentándose débiles con sentimientos de abandono e insatisfacción.

Los hombres por su parte además, también muestran insatisfacción, indiferencia pero sobre todo hay desconfianza e inseguridad, con la sensación de encontrarse atrapados.

En relación a la lámina 1, ésta es la imagen de un niño contemplando un violín que está sobre una mesa, y generalmente explora conflictos de autonomía, sumisión y funcionamiento del yo (42).

En las historias de los hombres encontramos que generalmente se adopta una posición infantil con respecto a la tarea que viven como impuesta, comúnmente sus historias son de niños que están en contra de la tarea a realizar y la abordan de tres formas diferentes 1) los que aceptan realizar la tarea por el provecho práctico que pueden obtener de ella, 2) aquellos que aceptan realizar la tarea por la necesidad de aceptación familiar y 3) aquellos que la aceptan porque no tienen

ninguna otra alternativa propia.

Las mujeres al igual que los hombres asumen la tarea con una actitud infantil y la viven como impuesta, pero a diferencia de ellos la forma de abordarla es más bien contemplativa y con mayor apego a la imposición familiar.

Se observa que en ambos grupos al final de las historias se logra una identificación con la tarea o situación adquirida tratando de adaptarse.

La lámina 2 es una vista campestre. En el primer plano está una joven con libros en la mano; en el fondo está un hombre trabajando en el campo y una mujer de edad, embarazada, que observa. Esta lámina generalmente ofrece indicadores sobre las relaciones familiares, tipos de relación entre el sujeto y la familia, roles de los sexos y apercepción del embarazo (42).

Con respecto a las relaciones familiares los hombres predominantemente refieren tener relaciones familiares adecuadas, algunos otros presentan relaciones familiares convencionales con carencias económicas en donde los padres brindan apoyo a los hijos esperando retribución de ellos en el futuro (como un seguro de vida), los padres son vistos como proveedores y que apoyan, pero también los perciben empobrecidos, de menor cultura e ignorantes, por lo que el hijo tiene una necesidad de retribuir y de ayudar a los padres.

Las mujeres predominantemente refieren tener relaciones familiares poco adecuadas con retribución por parte de los hijos hacia los padres por

el apoyo brindado, pero además, predominan las carencias económicas, por lo que las mujeres tienden a huir y a tomar una actitud de escape. Al igual que los hombres tienen una percepción devaluada y empobrecida de los padres.

Es interesante, dada la problemática de la población estudiada, que la mayoría de los sujetos omiten el embarazo de la mujer de edad, lo que nos habla de la negación de la esterilidad.

En el manejo de la lámina 3 se utilizaron las dos formas existentes, 3 VH, en el suelo, contra un sofá, está la forma acurrucada de un muchacho con la cabeza reclinada sobre su brazo derecho. Junto al muchacho está un objeto que podría ser un revólver en el suelo (42).

La lámina 3 NM, una joven está de pie, cabizbaja; cubre su rostro con la mano derecha. Extiende su brazo izquierdo hacia adelante contra una puerta de madera (42). Las láminas exploran generalmente el manejo de la frustración, elaboración del duelo y pone de manifiesto sentimientos depresivos y la forma de afrontar los conflictos (42).

La mayoría de los sujetos de la muestra tanto hombre como mujeres, no enfrentan las situaciones conflictivas permanecen pasivos, solos, con una sensación de culpa, con poco confianza en el mundo y sin pedir ayuda, tienden a aislarse y se centran en sí mismos; en general los personajes sufren por algo que es vivido como irreparable con un sentimiento de inadecuación y la sensación de estar incompletos. Con necesidad de ocultar su problemática.

La lámina 4, es una mujer que está tomando de los hombros a un hombre cuyo rostro y cuerpo se ven que se alejan, como si él intentara

retirarse de ella, y en el fondo una mujer semidesnuda. Explora la relación hombre-mujer (42).

Con respecto a la relación de pareja tanto en hombres como en mujeres las historias muestran a la mujer como alguien demandante, que exige, compromete y ruega. El hombre es visto con indiferente e insatisfecho, generalmente con deseos de huida, de escape, evasión y negación de la situación conflictiva.

Es importante hacer notar que las historias hacen frecuentemente alusión a hijos y son éstos los que logran que la pareja se mantenga a pesar del conflicto. Además, presentan un juego de papeles que culturalmente es reforzado en donde el hombre tiene mayores posibilidades de realizar otras actividades, además de su trabajo y de las actividades que realiza dentro del hogar, lo mismo que más libertad para establecer otras relaciones, a diferencia de la mujer que generalmente se dedica al cuidado de los hijos y al hogar.

La lámina 13 HM es un joven que está de pie con la cabeza baja y oculta por su brazo. Detrás de él está la figura de una mujer acostada en la cama. Explora la relación heterosexual (42).

En las historias que dan la mayoría de los sujetos, tanto en hombres como en mujeres, llama la atención que se eviten elementos que indiquen la expresión de la sexualidad, ya que esta temática es omitida consistentemente.

La relación que se encuentra en la mayoría de las historias es entre una mujer enferma y un hombre que no llega o no alcanza a salvarla, no cubre las necesidades básicas, no provee aunque se esfuerza en hacerlo,

trabaja y no gana lo suficiente. El hombre aparece como un ser "ineficaz" para solucionar el conflicto de la mujer (enferma, con hambre e insatisfecha).

En conclusión, hombres y mujeres perciben en el hombre deseos de logro y capacidad para cumplir con las exigencias, y que a nivel de pareja se sienten atrapados en una situación de desventaja. La mujer es percibida como dependiente, demandante y contemplativa.

Las láminas en donde se evidencia la relación de la pareja son la 4 y la 13 HM, dicha relación se expresa como enfermiza, con carencias e insatisfacción, relacionándose mujeres demandantes, exigentes, comprometedoras, rogonas, dependientes y contemplativas con hombres con deseos de logro y capacidad para aceptar exigencias, pero que con respecto a su relación de pareja se sienten atrapados e insatisfechos, tratando de alejarse de esta situación en la que se sienten "ineficaces", por lo que dan la apariencia de indiferencia buscando negar la situación conflictiva. Esta apariencia puede ser explicada tomando en cuenta los estereotipos de los roles psicosexuales adquiridos en la infancia, por medio del juego principalmente, en donde el niño aprende a ser competitivo, agresivo y buen proveedor sin jugar a ser papá a diferencia de la niña que sí juega a ser mamá y a la casita, aprendiendo de esta manera a ser buena ama de casa y creciendo con el deseo de algún día ser mamá. Por lo que el hombre puede dar una respuesta que parezca más adaptada ante la problemática que la mujer, aún cuando en este caso la esterilidad es por factor masculino. Por lo que ambos miembros de la pareja tratan de negar dicha situación, omitiendo elementos que indicaran expresión de la sexualidad ya que generalmente la potencia sexual es igualada a la capacidad procreativa (51, 52, 55). Por lo que la mujer asume ante los demás la

responsabilidad de la infertilidad diciendo que se encuentra en tratamiento, salvando de esta manera el "honor" de su marido.

Los hijos surgen jugando un papel importante en la relación de estas parejas, pues son considerados como elementos que unirán a la pareja a pesar de los conflictos existentes. Siendo éstos quienes den cohesión a la pareja.

DISCUSION

El problema de esterilidad es complejo puesto que involucra a ambos miembros de la pareja que no pueda procrear. Este problema se ve intensificado, pues un gran número de factores de orden biológico, sociocultural y psicológico se entrelazan en forma determinante sobre la capacidad de reproducción de una persona. Si aunada a la complejidad de la interacción de estos factores se suman los de su pareja, el problema se agudiza aún más y se convierte en un problema conyugal; viéndose obligados a buscar ayuda para resolver su problema.

La literatura consultada (1, 3, 18, 20 y 23) indica que las investigaciones que se han realizado encaran el problema de la esterilidad principalmente desde el punto de vista clínico, preocupándose generalmente de los aspectos biológicos de la esterilidad en mujeres y existen muy pocos estudios sobre esterilidad masculina (8, 35, 36) y sólo algunos estudios (4, 11, 19, 37, 52) en los cuales se aborda el problema tomando en cuenta los aspectos psicológicos, con la utilización de pruebas psicológicas.

Con el objeto de ampliar el conocimiento sobre los aspectos psicológicos de la pareja estéril se llevó a cabo la presente investigación. Esta pretendió encontrar indicadores emocionales a través de las pruebas de Machover, MMPI y TAT. Asimismo, buscó averiguar cuáles son las diferencias entre hombres y mujeres en su respuesta emocional ante una toma de decisión importante.

El análisis cuantitativo no muestra diferencias estadísticamente

significativas en las pruebas de MACHOVER y TAT, sin embargo el enfoque clínico más minucioso sí permite detectar diferencias entre hombres y mujeres en su respuesta emocional ante el problema.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres y las encontradas en el análisis clínico es posible que se puedan encontrar en otras parejas (53), pero debido a que no hubo un grupo de comparación no es posible afirmarlo y por esta misma razón los resultados encontrados son exclusivos de este grupo.

En la prueba de MACHOVER se concluye que a través del análisis estadístico no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a los indicadores manejados. Pero en el análisis clínico se encontraron elementos gráficos y de contenido, lo que indica que la mayoría de los sujetos presentaron dibujos de buen nivel estructural, con poca precisión de la diferenciación psicosexual, ya que ésta la realizan por medio de elementos externos, omitiendo los caracteres sexuales secundarios. Los dibujos generalmente son medianos con el cuerpo vagamente trazado, implicando sentimientos de inadecuación. Dicha situación es compensada en las historias hechas por los hombres en las que hablan de metas elevadas y tendencias al éxito, pero sin hacer uso adecuado de la energía para alcanzar sus objetivos.

Las mujeres al igual que los hombres tienen metas elevadas, pero ellas se sienten seguras de lograrlas, sin embargo, son demandantes de la atención y cuidados por parte de su pareja, lo que se puede observar claramente en el relato de sus historias. Tienden a ser menos rígidas que los hombres y con mayor disposición al contacto social, además de

tener una mayor capacidad de autoestima, mayor posibilidad de expresión y asumir menor responsabilidad en la problemática que presentan, lo que significa una actitud regresiva.

El análisis estadístico del MMPI permitió obtener el perfil general de hombres y mujeres, aunque con un fenómeno de homogeneización por lo cual fue necesario un análisis en el que se agruparon las escalas más elevadas y las más bajas. En los hombres las más altas fueron la 2, 5, 8 y 9 y las más bajas fueron la 0, 6 y 9. En las mujeres las más altas fueron la 2, 3 y 9, y las bajas la 0, 1, 6 y 9. Tanto en hombres como en mujeres las escalas 2 y 9 aparecen elevadas, siendo curioso que la escala 9 también aparece baja en ambos, lo que parece corresponder a una reacción adaptativa. Por lo que se recurrió a una análisis más en donde se obtuvieron 3 grupos de hombres y mujeres el primer grupo correspondió a los perfiles que mostraban todas sus escalas clínicas dentro del área de la normalidad, el segundo grupo constituido por aquellos que presentaban la escala 2 elevada (T entre 60 y 80) y el tercer grupo por aquellos que presentaron la escala 9 elevada (T entre 60 y 80).

A pesar de la homogeneización del perfil en el análisis estadístico se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las escalas 2, 6 y 0, siendo las mujeres las que mayor puntaje alcanzaron en cada una de ellas.

En la prueba del TAT generalmente adoptan una actitud infantil ante la situación vivida como impuesta tratando de adaptarse por medio de la identificación de las tareas adquiridas. Suelen devaluar a las figuras paternas y tienen la necesidad de superiores para retribuirles por el apoyo brindado en el pasado, además de su propia superación. Tienen a

enfrentar las situaciones conflictivas en forma pasiva, solos y con desconfianza ante el mundo.

La mujer es vista como demandante y comprometedora ante la cual el hombre se siente atrapado en la relación y busca evitarla, alejándose y negando su problemática, sin embargo, es capaz de aceptar las exigencias y sobreponerse a ellas. Es importante mencionar que en la mayoría de las historias, la existencia de los hijos es la que logra mantener la relación de la pareja.

Consistentemente son omitidos elementos que indican la expresión de la sexualidad en su esfuerzo por negar su problemática. Los mecanismos de defensa que utilizan con mayor frecuencia son la negación, la formación reactiva, la racionalización y la regresión en la mujer.

Debido al tipo de pruebas utilizadas se encontraron actitudes diferentes ante cada una de ellas, en la prueba del MMPI dado que es una prueba estructurada se observó defensividad ante la misma, tratando de manipularla, o intentando dar una imagen favorable de sí mismos. En la prueba del TAT debido a que es una prueba semiestructurada se observó una actitud menos defensiva, dejando ver la aceptación y acatamiento de los roles establecidos, así como la importancia de los hijos. Por último, la prueba de MACHOVER al ser un instrumento semiestructurado permite que los sujetos muestren más abiertamente su aceptación por los roles socialmente establecidos, así mismo, en el relato se permiten una mayor expresión de sus deseos de tener hijos, situación que es más notoria en las mujeres.

Es comprensible que al considerar a la esterilidad como un problema de

pareja o conyugal, ambos miembros se encuentran afectados psicológicamente, este resultado es consistente con los hallazgos (4, 11, 19, 33-37) en los que ambos miembros de la pareja presentan alteraciones emocionales.

Al acudir a solicitar el ingreso al programa de inseminación heteróloga, es evidente que las parejas atraviesan por una etapa crítica a la cual se considera como una situación conflictiva o amenazante para ellos, enfrentándola solos, con sentimientos de minusvalía y falta de seguridad en sí mismos; estos sentimientos recuerdan con algunos de los que conforman el "síndrome de sentimientos" que Menning (34) considera aparecen en las parejas estériles. Desafortunadamente las parejas sufren y se lamentan de una pérdida que no puede ser fácilmente apreciada por aquellos que los rodean, ya que estas pérdidas son de metas y experiencias no visibles o tangibles. Como resultado de esto, frecuentemente sufren sin el apoyo de la familia o de los amigos, aunado a esto son desconfiados frente al mundo por lo que establecen relaciones interpersonales superficiales, mostrando una apariencia de sociabilidad y convencionalismo por su gran necesidad de aprobación y reconocimiento social; pero en realidad son temerosos por lo que difícilmente obtienen ayuda del exterior, aunque la están buscando. Temen que su problema, el cual es un tema personal e inherentemente sexual, sea descubierto. Este temor es comprensible puesto que vivimos en una sociedad que fomenta la idea de la familia con hijos, donde el hombre engendra y la mujer consibe, de tal manera que evitan hacer pública su deficiencia ya que el hombre está muy necesitado de mantener una imagen de superioridad sobre la mujer, y se observa en muchos casos que la pareja oculta la realidad del problema y la mujer su "la culpabilidad" de la infertilidad.

Sin embargo, en este grupo en el que la mayoría tienen una escolaridad a nivel medio (por lo menos) y en las que la racionalización es utilizada frecuentemente como mecanismo defensivo, acuden al INHSZ solicitando ayuda, lo que los coloca en un nivel más avanzado en el manejo de su problemática, lo que Menning (34) llamaría búsqueda de resolución.

Es de gran importancia mencionar que la mayoría de los sujetos presentaron dificultad en la expresión de su propia imagen al sentirse inadecuados lo que es compensado con una excesiva actividad para lograr las metas tal altas que regularmente se proponen. Al respecto se observa que algunos de los sujetos no se esfuerzan lo suficiente por alcanzar dichas metas, pues realizan actividades en las que su energía no es canalizada adecuadamente, o bien, sus niveles de energía están bajos. Este tipo de conducta se consideró como se mencionó una reacción adaptativa, también hay que hacer notar que en el análisis de los tres grupos (escalas 2, 9 y nivel normal) no existieron diferencias, probablemente por la homogeneización y además porque la esterilidad no es un problema de carácter. Este aspecto en las reacciones de las parejas estudiadas es explicado por Menning (34), cuando dice que las parejas que sufren trastornos en la fertilidad, pareciera como si se pusieran de acuerdo en no caer generalmente en una crisis al mismo tiempo, esto puede conducir al que no está funcionando (en crisis), a creer que el otro no lo entiende, dando la impresión que el hombre la mujer tienen muy poco para darse el uno al otro, forzando a la persona en crisis a depender de ayuda externa. Desgraciadamente esta explicación está dada en función de la pareja y en nuestra investigación fue difícil manejar los datos como tal.

Manning (34) sostiene que existe un lado muy positivo en el desequilibrio y la vulnerabilidad del estado de crisis debido a que los mecanismos de enfrentamiento están fallando, estando la persona muy abierta al cambio y al crecimiento, por lo que viejos y defectuosos patrones de imitación son frecuentemente descartados en tiempo de crisis, y nuevos y más apropiados métodos pueden ser aprendidos.

En el grupo de mujeres es curioso observar que aunque se sienten seguras de lograr lo que se proponen, tienden más bien a ser pasivas y dependientes en la relación de pareja, en la cual los roles establecidos para cada sexo se ven aceptados tanto por hombres como por mujeres. 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 (53), situación que mantiene la inmadurez e infantilismo de la mujer; característica que es considerada en el grupo de mujeres como una forma de compensar su falta de hijos.

Otra forma de ver la aceptación de los roles femeninos en nuestro grupo de mujeres es que aunque la mayoría tuvo una educación media (primaria y secundaria) no trabajan, por lo menos no remuneradamente, se dedican al hogar, adecuándose al papel tradicional de que el lugar de la esposa está en el hogar, dedicándose a atender las necesidades de afecto, atención y apoyo que el hombre también requiere de ellas (54).

Los hombres por su parte se sienten atrapados y con deseos de huida ante las demandas excesivas de atención y cuidado por parte de las mujeres, lo cual concuerda con la explicación propuesta por Mahlstedt (2). Aunque tratan de evadir la situación como una forma de negar suproblemática, son capaces de aceptarla y sobrellevarla, pues en

ocasiones llegan a sentirse culpable por no darle a la mujer la oportunidad de vivenciar el proceso del embarazo. Es así como piensan tanto hombres como mujeres, que el hombre debe ser trabajador, proveedor y un buen modelo educativo para los hijos (el hombre demuestra de esta manera su interés por la paternidad).

En la expresión de la sexualidad, hombres y mujeres omiten consistentemente cualquier indicador, sin embargo, las pruebas aplicadas, permiten rescatar algunos elementos entre los cuales se nota una gran preocupación por su funcionamiento físico y un notable esfuerzo por alcanzar virilidad, sobre todo en las figuras masculinas dibujadas por los hombres y mujeres en la prueba de Machover.

Muy frecuentemente el individuo estéril siente que él o ella está de alguna manera dañado o anormal, como resultado de su fertilidad deteriorada (35, 36). Este sentimiento de ser anormal frecuentemente se extiende hacia la autoestima e imagen corporal. Así que no es sorprendente que los individuos estériles se vean a sí mismos como social o sexualmente indeseables. Esto puede dirigirse hacia una disminución de la habilidad para responder sexualmente, para disfrutar del sexo y de su propia sexualidad, lo que se confirma cuando omiten todos aquellos elementos que tienen que ver con su sexualidad, esta negación habla de un conflicto sexual debido a que las concepciones populares expresan que una relación sexual intensa, necesariamente debe acompañarse de fecundación, o por el contrario, se asocia la frigidez con la esterilidad e infertilidad. Aún cuando esto está bien lejos de ser una asociación (51, 52, 55).

Tratando de concluir, podemos decir que cada pareja tiene sus características particulares y reaccionan y elaboran sus pérdida de manera diferente. El hombre puede negar el problema, pero muestra pérdida de autoestima, depresión, sentimientos de culpa, aislamiento y puede alterarse su función sexual.

Las mujeres aceptan y tratan de enmascarar el problema, asumiendo el estigma de una familia que reclama descendencia, pero hay otras que reaccionan con rabia, coraje y reprobación. Sobre todo porque el tratamiento impone mayor incomodidad por las técnicas del intercurso que generalmente son desagradables y dolorosas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Limitaciones

Podría decirse que todas las posibles limitaciones que pueden encontrarse en un estudio de tipo ex-post-facto.

Sugerencias

Sería importante investigar la interrelación física y psicológica de ambos cónyuges, considerando que el método más adecuado es el apoyo psicológico a todas las parejas y el tratamiento individual para quienes lo necesiten; se sugiere la aplicación de una batería de pruebas que comprenda una entrevista individual y una entrevista de pareja, así como la aplicación de pruebas que permitan entender mejor la relación de pareja dentro de la cual se explore disfunción sexual, relaciones familiares, relaciones interpersonales para explorar presión social y cómo ésta ha afectado sus vidas.

Sería muy interesante hacer un seguimiento de las parejas estudiadas para completar los resultados de la presente investigación y saber qué sucede cuando las parejas que fueron aceptadas en el programa logran el embarazo, pues al parecer se encuentran más preocupados por lograr éste que por el hijo que vendrá.

Se sugiere la difusión de los trastornos de la fertilidad en un nivel escolar básico (secundaria), en donde se informe sobre la etiología de los posibles trastornos, la manera de prevenirlos, sus posibles consecuencias y la ayuda especializada con la que pueden contar en caso

de sufrir de infertilidad o esterilidad. Encontrándose de esta manera habilitados para enfrentar el problema en caso de sufrirlo.

También (56) es importante que una vez establecido el diagnóstico diferencial las parejas sean informadas de:

- Qué es la infertilidad y qué es la esterilidad.
- La etiología del problema en particular.
- La frecuencia estadística de las parejas que sufren dicho trastorno y la distribución estadística entre hombres y mujeres.
- Las posibles alternativas para solucionar su problema.
- El impacto psicológico que producen el diagnóstico y el tratamiento, así como del proceso emocional por el que pueden atravesar, pues esto altera su vida cotidiana y puede afectar el transcurso del tratamiento, así como su vida conyugal.
- Que el trastorno de su fertilidad no es forzosamente un desorden sexual.
- Y que pueden existir casos (un 10%) en los que no se tienen conocimiento de la etiología.

Por último (36), acompañando al tratamiento médico se sugieren algunos puntos para tratar de reducir el impacto psicológico por la pérdida de su fertilidad.

- 1.- Discutir la naturaleza de los problemas psicológicos, sexuales y sociales que pueden acompañara la esterilidad.
- 2.- Ayudar a la pareja a entender sus motivos para ser padres (el deseo de ser padre, el deseo de experimentar un embarazo, el deseo

de cumplir con las expectativas de otros, (el deseo de mantener su continuidad genética).

- 3.- Alentar a la pareja a discutir sus expectativas, sentimientos y motivaciones.
- 4.- Ayudar a la pareja a separar su sexualidad de su habilidad para procrear.
- 5.- Evitar acusar a alguien por la esterilidad.
- 6.- Proseguir con la evaluación y tratamiento, tratando que la pareja se sienta confortable de acuerdo a un plan que ha sido discutido con la pareja.
- 7.- Sugerir a la pareja un diseño de actividades sexuales en donde el motivo no sea concebir, actividades que incluso pueden no incluir coito.
- 8.- Evitar la existencia de problemas específicos respecto al tiempo y técnica del coito.

Estos puntos serían tomados en cuenta según las necesidades de la pareja.

REFERENCIAS

- 1) Moscona E.: Perfil Psicológico de la Pareja Esteril. En: Manejo de la pareja esteril; un libro para facilitar el tratamiento de la esterilidad. McGregor C, Zarate A. (Eds), Ed. Trillas, México, 1987
- 2) Mahlstedt PP.: The Psychological component of infertility. *Fertil Steril* 43:335, 1985
- 3) Paola GB Di, Procaccini IC.: Enfoque de la pareja esteril. En: Avances en Reproducción Humana. Asch R, Acosta A. (Eds), Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1983, cap. 1
- 4) Platt JJ, Fisher I, Silver MJ.: InferLife couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies. *Fertil Steril* 24:972, 1973
- 5) Edelmann RJ, Connolly KJ.: Psychological aspects of infertility. *Br J Med Psychol* 1986, Sep. 89 (Pt 3), 209.
- 6) Seibel M, Taymor M.: Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 37:157, 1982
- 7) Rantala ML, Koskimies AI.: Sexual behavior of infertile couples. *Int J Fertil* 33:26, 1988
- 8) Amelar RD, Dubin L, Walshp.: Male infertility. Philadelphia WB Saunders, Co. 1977, p. 202

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79.

- 9) Drake T, Grunert GM.: A cyclic pattern of sexual dysfunction in the infertility investigation. *Fertil Steril* 32:3, 1979
- 10) Arronet GH, Berquist CA, Parkm HC.: The influence of adoption on subsequent pregnancy in infertile marriage. *Int J Fertil* 19:159, 1974
- 11) Daniluk JC.: Infertility: Intrapersonal and Interpersonal impact. *Fertil Steril* 49:982, 1988
- 12) Katchadourian HA, Lunde DT.: Las bases de la sexualidad humana. Ed. Compañía Editorial Continental, México, 1985
- 13) McCary JL.: Sexualidad humana. Ed. El Manual Moderno, México, 1982
- 14) Arrighi AA, Cogorno ML.: Anovulación: fisiopatología y diagnóstico. En: Avances en Reproducción Humana. Asch R, Acosta A. (Eds), Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1988, cap. 10
- 15) Calamera JC, Brugo OS, Nicholson RF.: Metodología diagnóstica del factor masculino. En: Avances en Reproducción Humana. Asch R, Acosta A. (Eds), Ed. Medica Panamericana. Buenos Aires, 1988, cap. 17
- 16) Carrere CA.: Factor masculino: Tratamiento. En: Avances en Reproducción Humana. Asch R, Acosta A. (Eds), Ed. Medica Panamericana. Buenos Aires, 1988, cap. 12

- 17) Overstreet JW, Sokol RZ, Rajfer J, Swerdloff RS.: Infertility in male. *Annals of Internal Medicine* 103:906, 1985
- 18) Ruiz VV, Rosas AJ.: Nuestra experiencia con la inseminación en la pareja estéril. *Ginecología y Obstetricia de México* 39:235, 1976
- 19) Larraitz de IM.: Parejas infértiles: Interrelación de factores de personalidad. Tesis de Licenciatura UNAM, 1980
- 20) Rodríguez-Argelles J.: Aspectos de la reproducción relacionados con los derechos humanos. V "Inseminación Artificial". *Gaceta Medica de México* 117:274, 1981
- 21) Figueroa CPR.: IV Reunión Anual de la Sociedad de Andrología. Simposio "Inseminación Artificial". *Obstetricia y Ginecología Latino-Americana* 41:68, 1983
- 22) Acosta A.: Procedimientos quirúrgicos de laboratorio en la fertilización in vitro y transferencia embrionaria (FIV-TE). En: Avances en Reproducción Humana. Asch R, Acosta A. (Eds), Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1988, cap. 19
- 23) García FR, Vázquez MJ, Andrade ZJC.: Inseminación artificial con semen de donador. *Ginecología y Obstetricia de México* 54:338, 1986
- 24) Avidan D.: Artificial insemination donor: Clinical and psychological aspects. *Fertil Steril* 27:528, 1976

- 25) Morán C, Alvarado DA y cols.: Análisis de la medición ónica de progesterona como índice de ovulación en la esterilidad inexplicable. Arch Invest Med (México) 19:107, 1988
- 26) Stone SC.: Complicaciones y engaños de la inseminación artificial. Clinicas Obstétricas y ginecológicas, 3:679, 1980
- 27) Alvarez GJL.: La condición sexual del mexicano. Ed. Grijalbo, México, 1985
- 28) Johnson HM.: Sociología y Psicología Social de la Familia. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967
- 29) Engels F.: El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Ed. Editores Mexicanos Unidos, S.A. Colección Ciencias Sociales, México, 1981
- 30) Rice PF.: Haule development and aging. Ed. Allyn and Bacon Inc. EU Massachusetts, 1986, cap 15
- 31) Satir V.: Relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax-México, México, 1988
- 32) Marañon G.: Amor, Conveniencia y Eugenia. Ed. B. Costa-Amic, México, 1976
- 33) Robles MT, González M, Morán C.: Protocolo de remisión a evaluación psicológica para parejas con trastornos de la fertilidad. XXVI Reunión Nacional de Fertilidad y Reproducción Humana. Jurica, Oro., 26-29 de julio de 1989

- 34) Menning BE.: The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 34:313, 1980
- 35) Spencer L.: Male infertility 5 psychological correlates. *Postgrad Med* 81:226, 1987
- 36) Keye WR.: Psychosexual responses to infertility. *Clin Obstet Gynecol* 27:760, 1984
- 37) Greenfeld D, Haseltine F.: Aspectos psicosociales en fertilización in vitro. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1:149, 1986
- 38) RaLuy PA.: *Diccionario Porrúa de la Lengua Española*. Ed. Porrúa, México, 1981
- 39) ABT LE, Bellak L.: Psicología proyectiva. Enfoque Clínico de la Personalidad Total. Ed. Paidós, México, 1985
- 40) Delfín MM.: Algunos aspectos de la identidad psicosexual en sujetos intersexuados (FTC). Tesis de Licenciatura UNAM, 1983
- 41) Benavidez TJ, Castro SF.: Técnicas de evaluación de la personalidad. Facultad de Psicología, UNAM, México, 1985
- 42) Ballak L.: El uso clínico de las pruebas psicológicas TAT, CAT y SAT. Ed. El Manual Moderno, México, 1986
- 43) Machover K.: Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Un método para la investigación de la

personalidad. ED. Cultural S.A. Bogota , 1974

- 44) Rivera JO, Esquivel AF, Lucio GME.: Taller sobre el manejo y la interpretación del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI). Facultad de Psicología, UNAM, México, 1983
- 45) Padua J.: Manejo de las pruebas estadísticas. Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Ofertas y Condiciones para su utilización o interpretación de resultados. Ed. El Colegio de México, México, 1975
- 46) Siegel S.: Estadística no paramétrica aplicada a las Ciencias de la Conducta. Ed. Trillas, México, 1985
- 47) Graham JR.: MMPI Guía Práctica. Ed. El Manual Moderno. México, 1987
- 48) Nuñez R.: Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. 2ª edición, Ed. El Manual Moderno, México, 1984
- 49) Rivera JO.: Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota). Ed. Diana, México, 1987
- 50) Noyes AF, Kolb L.: Psiquiatría Clínica Moderna. 5ª edición, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1977

- 51) Ramírez S.: Infancia es Destino. Ed. Siglo XXI, México, 1984
- 52) Ramírez S.: Esterilidad y Fruto. Psicología de la Función Procreativa. Ed. Pax-México, México, 1962
- 53) Paulson JD, Haarmann BS, Salerno RL, Asmar P.: An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertil Steril* 49:258, 1968
- 54) Rodríguez M.: La mujer Azteca. Ed. Universidad Autónoma del Estado de México, México, 1988
- 55) Ramírez S.: El mexicano, psicología de sus motivaciones. Colección Enlace, Ed. Grijalbo, México, 1988
- 56) Henning BE.: Infertility a guide for the childless couple. Englewood Cliffs. Prentice-Hall, New Jersey, 1977
- 57) Signorini J, Lupo A.: Los tres ejes de la vida. Ed. Biblioteca Universidad Veracruzana. México, 1989.

T A B L A S Y G R A F I C A S

TABLA 1 EDADES DE HOMBRE Y MUJERES

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	%	(FREC)	%	(FREC)
21	--	--	4.0%	(1)
23	--	--	4.0%	(1)
24	--	--	8.0%	(2)
25	--	--	8.0%	(2)
26	4.0%	(1)	8.0%	(2)
27	16.0%	(4)	12.0%	(3)
28	8.0%	(2)	8.0%	(2)
29	16.0%	(4)	16.0%	(4)
30	12.0%	(3)	--	--
31	4.0%	(1)	8.0%	(2)
32	4.0%	(1)	--	--
33	16.0%	(4)	8.0%	(2)
34	--	--	8.0%	(2)
36	--	--	4.0%	(1)
37	4.0%	(1)	--	--
38	--	--	4.0%	(1)
39	4.0%	(1)	--	--
40	4.0%	(1)	--	--
42	4.0%	(1)	--	--
47	4.0%	(1)	--	--

X=31.84

X=28.68

TABLA 2 TIPO DE ESTERILIDAD

TIPO	PAREJAS %	(FREC)
PRIMARIA	92.0%	23
SECUNDARIA	8.0%	2

TABLA 3 TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ESTERILIDAD

ANOS	PAREJAS %	(FREC)
1	8.0%	(2)
2	4.0%	(1)
3	28.0%	(7)
4	8.0%	(2)
5	16.0%	(4)
6	16.0%	(4)
8	4.0%	(1)
10	4.0%	(1)
12	4.0%	(1)
15	8.0%	(2)

TABLA 4 INTENTOS DE INSEMINACION ANTERIOR

INTENTO	PAREJAS	
	%	(FREC)
SI	36.0%	(9)
NO	64.0%	(16)

TABLA 5 ETIOLOGIA DE LA ESTERILIDAD MASCULINA

DIAGNOSTICO	HOMBRES	
	%	(FREC)
AZOOSPERMIA	80.0%	(20)
OLIGOASTENOS- PERMIA	8.0%	(2)
IMPOTENCIA	12.0%	(3)

TABLA 6 MATRIMONIOS ANTERIORES

PAREJAS	%	(FREC)
SI	4.0%	(1)
NO	96.0%	(24)

TABLA 7 TIEMPO DE CASADOS DE LAS PAREJAS

AÑOS	%	PAREJAS (FREC)
2	16.0%	(4)
3	4.0%	(1)
4	16.0%	(4)
5	24.0%	(6)
7	16.0%	(4)
8	8.0%	(2)
9	4.0%	(1)
11	4.0%	(1)
12	4.0%	(1)
16	4.0%	(1)

TABLA 8 CI TOTAL DE HOMBRES Y MUJERES

CIT	HOMBRES		MUJERES	
	%	(FREC)	%	(FREC)
68	4.0	(1)	--	--
80	4.0	(1)	--	--
84	--	--	4.0	(1)
86	--	--	12.0	(3)
87	4.0	(1)	--	--
88	4.0	(1)	4.0	(1)
89	--	--	4.0	(1)
90	--	--	4.0	(1)
91	4.0	(1)	4.0	(1)
92	--	--	4.0	(1)
94	12.0	(3)	4.0	(1)
95	4.0	(1)	--	--
96	--	--	8.0	(2)
97	4.0	(1)	4.0	(1)
98	--	--	4.0	(1)
100	--	--	8.0	(2)
102	8.0	(2)	8.0	(2)
105	4.0	(1)	8.0	(2)
106	4.0	(1)	--	--
108	--	--	4.0	(1)
109	4.0	(1)	4.0	(1)
110	16.0	(4)	--	--
111	--	--	4.0	(1)
112	--	--	4.0	(1)
113	4.0	(1)	--	--
114	4.0	(1)	--	--
116	4.0	(1)	--	--
117	4.0	(1)	--	--
119	8.0	(2)	--	--
127	--	--	4.0	(1)

X=102

X=98.160

TABLA 9 ESCOLARIDAD DE HOMBRES Y MUJERES

AÑOS	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
3	4.0 (1)	-- --
6	12.0 (3)	16.0 (4)
8	4.0 (1)	4.0 (1)
9	8.0 (2)	20.0 (5)
10	4.0 (1)	4.0 (1)
11	-- --	8.0 (2)
12	12.0 (3)	28.0 (7)
13	12.0 (3)	8.0 (2)
14	8.0 (2)	-- --
15	4.0 (1)	4.0 (1)
17	28.0 (7)	8.0 (2)
19	4.0 (1)	-- --

X= 12.52

X= 10.72

TABLA 10 OCUPACION DE HOMBRES Y MUJERES

OCUPACION	HOMBRES		MUJERES	
	%	(FREC)	%	(FREC)
AGENTE DE VENTAS	8.0	(2)	4.0	(1)
AMA DE CASA	--	--	40.0	(10)
MAESTRO	12.0	(3)	20.0	(5)
BIBLIOTECARIO	4.0	(1)	--	--
SECRETARIA	--	--	8.0	(2)
COMERCIANTE	12.0	(3)	4.0	(1)
OBRERO	4.0	(1)	4.0	(1)
MESERA	--	--	4.0	(1)
ALBANIL	4.0	(1)	--	--
CARPINTERO	4.0	(1)	--	--
PROFESIONISTA	16.0	(4)	4.0	(1)
TECNICO INDUSTRIAL	8.0	(2)	--	--
ARRENDATARIO	4.0	(1)	--	--
TRANSPORTISTA	4.0	(1)	--	--
EMPLEADO	12.0	(3)	4.0	(1)
CULTORA DE BELLEZA	--	--	4.0	(1)
IMPRESOR	4.0	(1)	--	--
ESTUDIANTE	--	--	4.0	(1)
OPERADOR	4.0	(1)	--	--

TABLA 11 PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA (χ^2) DE LA PRUEBA DE MACHOVER DE HOMBRES Y MUJERES

INDICADORES	VALOR χ^2	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICANCIA
MASCULINO:			
ESQUEMA CORPORAL	2.00	4	0.73
TAMANO	0.00	1	1.00
OMISIONES			
1	6.08	8	0.63
2	8.69	9	0.46
3	5.43	7	0.60
4	4.34	3	0.22
IMAGEN CORPORAL	0.08	1	0.77
EMPLAZAMIENTO	3.36	3	0.33
FEMENINA:			
ESQUEMA CORPORAL	1.42	4	0.83
TAMANO	0.08	1	1.00
OMISIONES			
1	11.40	8	0.17
2	6.91	6	0.32
3	8.09	6	0.23
4	3.02	3	0.38
IMAGEN CORPORAL	0.00	1	1.00
EMPLAZAMIENTO	5.67	4	0.22
ORDEN DE FIGURAS	2.92	1	0.08

TABLA 12 ESQUEMA CORPORAL DE LA FIGURA MASCULINA DE LA PRUEBA DE MACHOVER DE HOMBRES Y MUJERES

ESQUEMA CORPORAL	HOMBRES		MUJERES	
	%	(FREC)	%	(FREC)
DESINTEGRADA	12.00	(3)	4.00	(1)
SEMI-INTEGRADA	8.00	(2)	12.00	(3)
MEDIANAMENTE INTEGRADO	12.00	(3)	12.00	(3)
MAS COMPLETO	24.00	(6)	36.00	(9)
INTEGRADO	44.00	(11)	36.00	(9)

TABLA 13 TAMAÑO DE LOS DIBUJOS MASCULINOS DE HOMBRES Y MUJERES

TAMAÑO	HOMBRES		MUJERES	
	%	(FREC)	%	(FREC)
PEQUEÑO	16.00	(4)	20.00	(5)
MEDIANO	60.00	(15)	48.00	(12)
GRANDE	24.00	(6)	32.00	(8)

TABLA 14 OMISIONES DE LA FIGURA MASCULINA DE HOMBRES Y MUJERES

(1) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	36.00 (9)	32.00 (8)
PUPILAS	32.00 (8)	20.00 (5)
OJOS	4.00 (1)	-- --
BRAZOS	4.00 (1)	4.00 (1)
AMBAS MANOS	16.00 (4)	32.00 (8)
MANO DERECHA	4.00 (1)	-- --
DEDOS	4.00 (1)	4.00 (1)
GENITALES	-- --	4.00 (1)
HOMBROS	-- --	4.00 (1)
(2) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	48.00 (12)	68.00 (17)
CUELLO	4.00 (1)	-- --
AMBAS MANOS	20.00 (5)	12.00 (3)
MANO IZQUIERDA	-- --	4.00 (1)
DEDOS	4.00 (1)	-- --
CADERA	8.00 (2)	4.00 (1)
PIERNAS	-- --	4.00 (1)
TRONCO	4.00 (1)	-- --
PIES	12.00 (3)	4.00 (1)
HOMBROS	-- --	4.00 (1)

(3) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	76.00 (19)	84.00 (21)
AMBAS MANOS	4.00 (1)	4.00 (1)
CADERA	-- --	4.00 (1)
PIERNAS	4.00 (1)	-- --
TRONCO	-- --	4.00 (1)
GENITALES	8.00 (2)	4.00 (1)
PIES	4.00 (1)	-- --
HOMBROS	4.00 (1)	-- --

(4) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	100.00 (25)	84.00 (21)
CADERA	-- --	8.00 (2)
GENITALES	-- --	4.00 (1)
PIES	-- --	4.00 (1)

TABLA 15 DIFERENCIACION PSICOSEXUAL DE LA FIGURA
MASCULINA DE HOMBRES Y MUJERES

DIFERENCIACION PSICOSEXUAL	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
PRESENTE	64.00 (16)	60.00 (15)
DIFUSA	39.00 (9)	40.00 (10)

TABLA 16 EMPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA FIGURA MASCULINA DE HOMBRES Y MUJERES

EMPLAZAMIENTO	HOMBRES		MUJERES	
	%	(FREC)	%	(FREC)
ARRIBA	36.00	(9)	28.00	(7)
ABAJO	8.00	(2)	12.00	(3)
CENTRO	28.00	(7)	48.00	(12)
LADO DERECHO	--	--	--	--
LADO IZQUIERDO	28.00	(7)	12.00	(3)

TABLA 17 ESQUEMA CORPORAL DE LA FIGURA FEMENINA DE HOMBRES Y MUJERES

ESQUEMA CORPORAL	HOMBRES		MUJERES	
	%	(FREC)	%	(FREC)
DESINTEGRADO	8.00	(2)	4.00	(1)
SEMI-INTEGRADO	16.00	(4)	8.00	(2)
MEDIANAMENTE INTEGRADO	12.00	(3)	16.00	(4)
HAS COMPLETO	24.00	(6)	32.00	(8)
INTEGRADO	40.00	(10)	40.00	(10)

TABLA 18 TAMAÑO DE LOS DIBUJOS FEMENINOS DE HOMBRES Y MUJERES

TAMAÑO	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
PEQUERO	24.00 (6)	16.00 (4)
MEDIANO	40.00 (10)	44.00 (11)
GRANDE	36.00 (9)	40.00 (10)

TABLA 19 OMISIONES DE LA FIGURA FEMENINA DE HOMBRES Y MUJERES

(1) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	20.00 (5)	36.00 (9)
PUPILAS	44.00 (11)	16.00 (4)
BRAZOS	4.00 (1)	4.00 (1)
AMBAS MANOS	20.00 (5)	20.00 (5)
MANO DERECHA	8.00 (2)	-- --
DEDOS	-- --	12.00 (3)
GENITALES	-- --	4.00 (1)
PIES	4.00 (1)	4.00 (1)
HOMBROS	-- --	4.00 (1)

(2) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	52.00 (13)	72.00 (18)
AMBAS MANOS	20.00 (5)	8.00 (4)
DEDOS	12.00 (3)	-- --
CADERA	4.00 (1)	4.00 (1)
PIERNAS	-- --	4.00 (1)
PIES	8.00 (2)	-- --
HOMBROS	4.00 (1)	4.00 (1)
(3) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	80.00 (20)	88.00 (22)
CADERA	8.00 (2)	-- --
PIERNAS	-- --	4.00 (1)
TRONCO	-- --	4.00 (1)
GENITALES	-- --	4.00 (1)
PIES	8.00 (2)	-- --
HOMBROS	4.00 (1)	-- --
(4) OMISIONES	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
NADA	94.00 (24)	92.00 (23)
CADERA	-- --	4.00 (1)
GENITALES	4.00 (1)	-- --
PIES	-- --	4.00 (1)

TABLA 20 DIFERENCIACION PSICOSEXUAL DE LA FIGURA FEMENINA DE HOMBRES Y MUJERES

DIFERENCIACION PSICOSEXUAL	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
PRESENTE	68.00 (17)	68.00 (17)
DIFUSA	32.00 (8)	32.00 (8)

TABLA 21 EMPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA FIGURA FEMENINA DE HOMBRES Y MUJERES

EMPLAZAMIENTOS	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
ARRIBA	44.00 (11)	32.00 (8)
ABAJO	-- --	16.00 (4)
CENTRO	44.00 (11)	36.00 (9)
LADO DERECHO	-- --	4.00 (1)
LADO IZQUIERDO	12.00 (3)	12.00 (3)

TABLA 22 SECUENCIA DE LAS FIGURAS MASCULINAS Y FEMENINAS DE HOMBRES Y MUJERES

ORDEN	HOMBRES % (FREC)	MUJERES % (FREC)
HOMBRE- MUJER	68.00 (17)	44.00 (11)
MUJER-HOMBRE	32.00 (8)	56.00 (14)

TABLA 23 MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DEL MMPI DE HOMBRES Y MUJERES

ESCALAS	HOMBRES		MUJERES	
	MED	DES	MED	DES
L	8.60	4.15	8.36	3.78
F	5.08	2.66	5.24	3.51
K	16.92	3.85	16.12	6.37
H	14.80	5.01	15.68	4.50
D	22.00	3.74	24.16	4.08
Hi	21.72	4.57	22.80	4.61
Dp	21.72	3.95	20.84	3.19
MF	26.12	3.89	33.60	4.84
Pa	7.96	2.55	9.80	2.30
Pt	25.92	3.52	26.16	5.69
Es	27.56	5.49	26.44	6.23
Ma	20.08	2.97	19.56	4.25
Si	21.52	5.42	26.28	7.86

TABLA 24 PRUEBA T OBTENIDA PARA LA PRUEBA DE PERSONALIDAD
MMPI ENTRE HOMBRES Y MUJERES

ESCALAS	VALOR T	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD
L	0.21	47.59	0.8
F	-0.18	44.70	0.8
K	0.54	39.46	0.5
H	-0.65	47.46	0.5
D	-1.95	47.63	0.05*
Hi	-0.33	48.00	0.4
Dp	0.87	45.89	0.3
MF	-6.01	45.89	0.00***
Pa	-2.67	47.51	0.01**
Pt	-0.18	40.01	0.8
Es	0.67	47.24	0.5
Ma	0.50	42.92	0.6
Si	-2.49	42.68	0.01**

* $p = .05$

** $p = .01$

*** $p = .001$

TABLA 25 MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DEL MMPI
DEL SUBGRUPO 1

ESCALAS	HOMBRES		MUJERES	
	MED	DES	MED	DES
L	8.33	4.4	9.72	4.7
F	4.66	2.0	5.87	3.4
K	20.2	5.0	12.6	5.8
H	11.5	2.9	14.3	3.2
D	20.1	1.4	22.3	3.0
Hi	19.8	4.0	22.8	3.9
Dp	21.1	1.6	20.1	4.0
MF	25.5	3.6	33.8	6.2
Pa	7.5	1.3	9.8	1.2
Pt	24.6	0.8	24.6	5.2
Es	25.00	2.0	22.3	4.2
Ma	20.33	2.0	18.3	2.0
Si	18.6	5.3	24.6	7.1

HOMBRES= 6

MUJERES= 8

**TABLA 26 MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DEL
MMPI DEL SUBGRUPO 2**

ESCALAS	HOMBRES		MUJERES	
	MED	DES	MED	DES
<i>L</i>	9.8	3.4	7.3	3.1
<i>F</i>	6.0	2.6	6.1	3.3
<i>K</i>	17.5	3.9	16.7	5.8
<i>H</i>	17.0	5.0	16.8	3.0
<i>D</i>	24.2	3.4	26.7	3.6
<i>Hi</i>	24.0	4.5	21.7	3.3
<i>Dp</i>	22.3	4.6	21.5	3.5
<i>MF</i>	26.3	3.4	34.3	3.2
<i>Pa</i>	9.6	2.3	10.2	2.2
<i>Pt</i>	26.8	3.7	28.6	5.3
<i>Es</i>	28.6	5.6	29.2	6.8
<i>Ma</i>	18.0	2.7	17.7	2.3
<i>Si</i>	21.6	4.9	31.2	7.4

HOMBRES= 10

MUJERES= 10

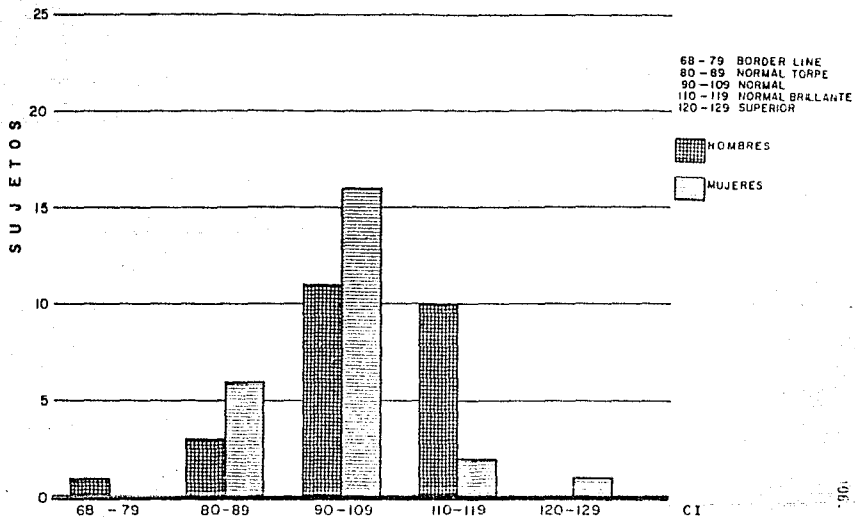
TABLA 27 MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DEL
MMPI DEL SUBGRUPO 3

ESCALAS	HOMBRES		MUJERES	
	MED	DES	MED	DES
L	6.8	5.9	9.3	3.2
F	3.6	2.9	4.0	2.9
K	14.5	2.8	17.5	4.6
H	12.5	3.3	14.7	5.4
D	18.6	2.5	21.6	4.3
Hi	19.1	3.3	22.6	5.6
Dp	19.0	2.7	19.7	2.8
MF	23.3	2.4	34.3	3.8
Pa	6.3	2.2	8.8	1.1
Pt	22.8	1.7	26.0	5.5
Es	24.3	6.4	25.8	3.7
Ma	22.0	2.8	23.3	5.3
Si	20.3	6.3	19.6	6.0

HOMBRES= 8

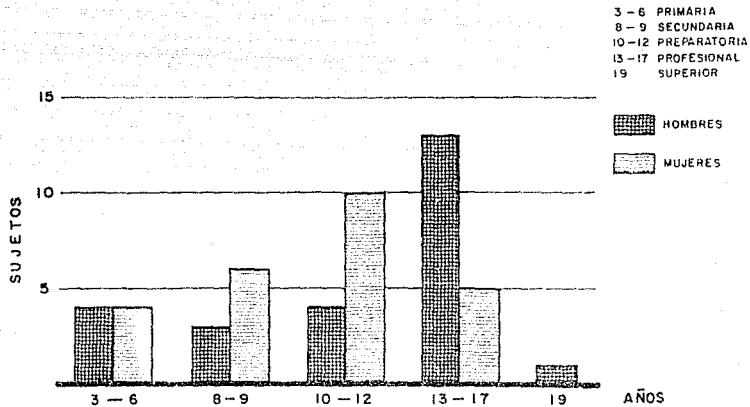
MUJERES= 8

C.I. TOTAL DE HOMBRES Y MUJERES



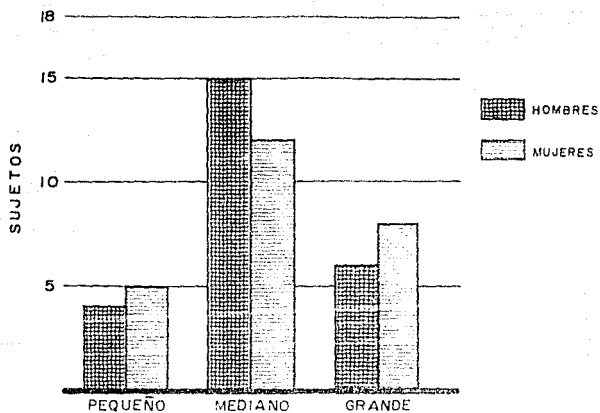
GRAFICA 1

AÑOS DE ESCOLARIDAD



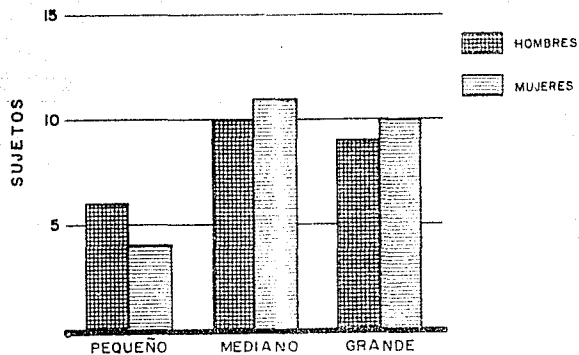
GRÁFICA 2

TAMAÑO DE LOS DIBUJOS MASCULINOS



GRAFICA 3

TAMAÑO DE LOS DIBUJOS FEMENINOS



GRAFICA 4

A N E X O

INDICADORES

MACHOVER

- a) Integración del Esquema Corporal: Se codificó a través de categorías que van de 0 a 4.
- (0) Para dibujos desintegrados
- (1) Para dibujos semi-integrados: Presencia de cabeza y tronco únicamente
- (2) Para dibujos medianamente integrados: Presencia de cabeza, tronco y manos
- (3) Para dibujos más integrados: Presencia de cabeza, tronco, brazos con manos y extremidades inferiores
- (4) Para dibujos integrados: Presencia de todo lo anterior, más número completo de dedos, rasgos faciales y pies
- b) Tamaño del Dibujo: Se codificó como pequeño, mediano y grande, como lo indica K Machover (43).
- c) Omisiones de las partes del cuerpo:
- | | | | |
|---------|--------------|----------------|-----------|
| Pupilas | Brazos | Mano izquierda | Piernas |
| Ojos | Ambas manos | Dedos | Tronco |
| Cuello | Mano derecha | Cadera | Genitales |
| Pies | Hombros | | |
- d) Diferenciación Psicosexual: Se basa en los detalles del dibujo y en la identificación psicosexual del sujeto, de acuerdo a la presencia de caracteres sexuales secundarios,

que se codificaron como presentes y difusos (40).

- e) Emplazamiento: Aquí se valorò la ubicación del dibujo en la hoja y se codificò como:
- | | | |
|------------|------------------|--------------------|
| (1) Arriba | (3) Centro | (5) Lado izquierdo |
| (2) Abajo | (4) Lado derecho | |

MMPI

- a) Autoconcepto
- b) Relaciones Interpersonales
- c) Mecanismos de Defensa
- d) Contacto Social

La obtención de lo anterior, se logra por medio de la interpretación de las escalas del perfil correspondiente a hombres y a mujeres (41).

TAT

- a) Tema Principal
- b) Héroe Principal
- c) Necesidades e Impulsos Principales del Héroe
- d) Concepto del Medio Ambiente
- e) Figuras Paternas y Maternas

- f) **Conflictos Significativos**
- g) **Defensas Principales contra los Conflictos y Temores**
- h) **Adecuación del super yo.**
